

**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: Hipertensión Arterial.**

Que para obtener el título de

Licenciada en Enfermería

Presenta:

P.L.E Jazmin Duran Valdes

Asesora:

ME. Ruth E. Pérez Guerrero

Morelia Michoacán, MARZO DEL 2013

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

I JUSTIFICACIÓN

II OBJETIVOS

2.1 General.

2.2. Específicos.

III METODOLOGÍA

IV CASO CLÍNICO

V MARCO TEÓRICO

5.1 Proceso de Enfermería.

5.2. Teoría de Déficit de Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem.

5.3. Historia Natural de la Enfermedad : Hipertensión Arterial.

VI APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

6.1. Valoración con el Referente Teórico de Dorothea Elizabeth Orem

6.2. Diagnostico de Enfermería.

6.3 Plan de Intervención.

6.4. Ejecución.

6.5. Evaluación.

VII CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

VIII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

IX BIBLIOGRAFÍA

X GLOSARIO DE TÉRMINOS

XI ANEXOS

XII APÉNDICES

DIRECTIVOS

Dra .María Leticia Rubí García Valenzuela

Directora

M. E. Ruth E. Pérez Guerrero

Secretaria Académica

M. C. E. Roberto Martínez Arenas

Secretario Administrativo

MESA SINODAL

Asesor: M.E. Ruth E. Pérez Guerrero

Vocal 1: M. E. Brenda Martínez Ávila

Vocal 2: Dra. María Teresa Silvia Tinoco Zamudio

AGRADECIMIENTO

A mi asesora

Gracias por su apoyo didáctico, por su comprensión y paciencia para poder concluir el presente trabajo, así como obtener mi titulación en Enfermería.

A mi paciente

Agradezco a la paciente, la Sra. Hortensia Valdés Albarrán por que sin su consentimiento y cooperación para llevar acabo dicho trabajo de investigación no hubiera sido posible concluirlo.

A la escuela

Gracias a sus instalaciones y facilidades para obtener información, por medio de computadoras, libros, revistas, artículos entres otros, que son fuente importante de investigación y valides de lo que está presentando en el presente trabajo.

A los profesores

Gracias por la proyección de sus conocimiento por que sin su apoyo no estuviera en la cima de mi profesión, agradezco a los profesores que me impartieron el curso del proceso enfermero los cuales me dieron a conocer en forma detallada paso a paso la forma en cómo se debe realizar y me resolvieron las dudas que en algún momento se me presentaron.

DEDICATORIA

A DIOS

Principalmente por permitirme darme licencia de concluir mis estudios, de darme conocimiento, razonamiento, sobre todo vida y salud para llevarlos acabo, por que sin él nunca lo hubiera logrado y no estaría en donde me encuentro con la gente hermosa que amo tanto gracias a Él por todo lo que me ha brindado en la vida.

A MIS PADRES

FRANCISCO DURAN HERNANDEZ

MARIA DE LA LUZ VALDES ALBARRAN

Gracias por su apoyo incondicional, la confianza que siempre me brindaron, el sustento económico, el apoyo emocional que siempre ocupe el cual nunca se me negó, gracias por siempre creer en mí y estar cuando más los necesité, los quiero mucho, siempre los respetaré y los admiro ampliamente, gracias por siempre apoyarme en las metas que me propuse a lo cual ésta es una de ellas de las cuales he tenido en mi vida.

A MÍ

Me siento orgullosa y satisfecha por todo lo que hasta hoy he logrado con mi vida, todo lo que soy y he hecho es el principio de un camino sin final.

A MI MARIDO OCTAVIO FAJARDO

Gracias por su apoyo incondicional que siempre me brindó, la confianza que me tubo, la paciencia con la que se portó y el sustento económico que me facilitó para poder concluir con lo que hasta hoy logré, él cual le agradezco profundamente y sobran palabras para decirle lo mucho que lo admiro y lo AMO.

I. INTRODUCCIÓN

La enfermería es la “ciencia” y el “arte” de proporcionar cuidados de “predicción, prevención, y tratamiento de las respuestas humanas del individuo, familia y comunidad a procesos vitales, procesos de salud reales o potenciales; así como la colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario en la solución de las respuestas fisiopatológicas.

El proceso enfermero es el instrumento metodológico que utiliza el profesional de enfermería y /o el estudiante de enfermería para aplicar los sistemas teóricos (método científico, metaparadigma, teorías y marcos conceptuales) a la práctica real, mediante la utilización de sus opiniones. 2

El presente trabajo surge principalmente por inquietud de investigar y conocer sobre hipertensión arterial, aplicando un proceso enfermero a él adulto mayor, por consiguiente se formularan objetivos general y específicos relacionados a la patología y los cuales nos ayudaran a realizar el presente trabajo. El proceso consta de cinco etapas las cuales fueron aplicadas, de acuerdo a su orden, se aplico una guía la cual nos dio un amplio panorama de su vida, social, religiosa, cultural, sexual y su enfermedad. Se realizo visita domiciliaria para valorar al paciente antes y después de aplicar el proceso y así mismo evaluar si contribuí al final del proceso mejorar su estado de salud,

Se hace la presentación y conclusión final del proceso enfermero realizado.

Por último el trabajo en exposición se realizo en un periodo comprendido de el mes de noviembre al 17 de diciembre del 2011, con apoyo y asesoría de maestros durante un curso que se llevó a cabo en las instalaciones de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, la finalidad de realizar el proceso enfermero es para obtener mi título de Licenciado en Enfermería.

I JUSTIFICACIÓN

Según estadísticas de la Organización mundial de la Salud en el 2011, en el mundo el 26.6% de la población entre 20 y 69 años padece hipertensión arterial, pero el 60% de ellos, no conocen que la tienen. Esta enfermedad eleva el riesgo de sufrir problemas como insuficiencia renal, infartos y otros problemas cardiovasculares.

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) hay una relación lineal y continua entre niveles elevados de presión arterial y el riesgo cardiovascular relativo. Las estadísticas en algunos países del mundo indican que la hipertensión arterial puede alcanzar hasta un 40% de prevalencia. Este informe también indica que la hipertensión arterial no obedece a estratos sociales, pues al dividir a los países en naciones en desarrollo, en vías de desarrollo con baja mortalidad y en vías de desarrollo con alta mortalidad, la distribución de la hipertensión arterial fue idéntica en los tres grupos. En consecuencia, debe ser obligatoria la aplicación de estrategias que reduzcan este importante factor de riesgo.

Según la OMS, en América Latina y el Caribe la proporción de personas hipertensas no diagnosticado es del 50 % y sólo uno de cada 10 pacientes logra mantener sus niveles de tensión arterial por debajo de 140/90 mmHg. La misma fuente señala que el incremento en el diagnóstico está directamente relacionado con el aumento en la accesibilidad a la atención médica y la eliminación de las oportunidades perdidas.

La prevalencia mundial estimada en un billón aproximadamente de hipertensos y 7.1 millones de muertes al año, que representa el 4.5% del gasto monetario por enfermedad, siendo la hipertensión arterial un factor de riesgo prevalente para la enfermedad cardiovascular fundamentalmente en el mundo industrializado, actualmente es considerada como un problema de salud, contribuyendo a este criterio, entre otros elementos el aumento de la longevidad.

En Occidente las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte siendo la hipertensión arterial el factor de riesgo cardiovascular más importante y frecuente donde se estima que causa un 6% de muertes al año.

En Estados Unidos la hipertensión arterial es el trastorno cardiovascular más frecuente, ya que afecta a más de 50 millones de habitantes; en el 40% de los adultos negros y más del 50% de la población total mayores de 60 años están afectadas siendo una de las principales causas de morbi-mortalidad cardiovascular considerada como un problema de la salud pública.

El problema de hipertensión arterial ha tenido mayor relevancia en Latinoamérica como causa de enfermedad cardiovascular considerada enfermedad aterosclerótica y establecida como la epidemia del siglo XXI. Donde las tasas de mortalidad según la OPS son altas desde 1990 reportando Argentina 46.6%, Chile 46,4% y Puerto Rico 40.5% 28. Conociendo que Latinoamérica vive una transición epidemiológica, la mortalidad cardiovascular representa el 26% de las muertes por cualquier causa, este aumento es debido a la creciente prevalencia de los factores de riesgo

En el ámbito nacional la morbilidad prioritaria, registrada en la Memoria Anual de Vigilancia Epidemiológica, se encuentran las siguientes tasas de incidencia: hipertensión arterial 11.57, 10,000 habitantes.. Además, la vigilancia epidemiológica es la encargada de evaluar la mortalidad prioritaria, observándose las siguientes tasas: hipertensión arterial con 0.23, 10,000 habitantes.

Actualmente la hipertensión arterial es una de las primeras cinco causas de muerte en el estado de Michoacán, ya que aproximadamente cada año fallecen 3,800 personas; por lo que en el marco del día mundial de este padecimiento, La Secretaría de Salud de Michoacán (SSM), sigue intensificando acciones a partir de mayo del 2011 para combatir esta enfermedad en el marco hoy de la conmemoración mundial de este padecimiento. Hasta la semana 17 de este año, en todo el sector salud se tienen registrados 5,685 nuevos casos.

En el 2010 la hipertensión arterial ocupó el cuarto lugar entre las principales causas de mortalidad en Michoacán con 916 casos reportados.

La Secretaría de Salud ha implementado varias estrategias para combatir este padecimiento como el programa 5 pasos por tu salud que se ha implementado en las 8 jurisdicciones sanitarias del Estado el cual consiste promover una mejor alimentación, aumento en la actividad física, así como el consumo de frutas, verduras y agua simple.

A nivel municipal la incidencia de hipertensión arterial en el año 2011 según estudios realizados ocupa el 8vo. lugar entre las principales causas de muerte, dada la circunstancia se implementaron rutinas de ejercicio, talleres o reuniones donde realizan actividades benéficas para su salud, y donde quemaran calorías, de tal manera que se les dan platicas sobre el plato del buen comer ya que dicha patología en a nivel municipal se le atribuye principalmente a problemas de obesidad y factores heredofamiliares.

.

.

II OBJETIVOS

2.1 General.

Desarrollar un proceso de enfermería enfocado a la hipertensión arterial con el referente teórico de Dorothea E. Orem, aplicando las cinco etapas del proceso de enfermería a fin de mejorar la salud del paciente.

2.2. ESPECIFICO

- ✓ Valorar las condiciones en que se encuentre el paciente hipertenso incluyendo su estado de salud, así como su integridad física, emocional, espiritual.
- ✓ Diseñar los diagnósticos de enfermería que se encuentren acordes a sus necesidades humanas y fisiológicas
- ✓ Elaborar un plan de cuidados acorde a su estado de salud
- ✓ Ejecutar e implementar medidas de autocuidado al paciente e involucrarlo a que las lleve a cabo para mejor su estado de salud.
- ✓ Evaluar la evolución del estado de salud en que se encuentra el paciente
- ✓ Enseñar a que conozca las medidas necesarias para autocuidarse, como medidas, alimentarias, medicas, físicas, aseo y vestimenta.

III METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo se tomo un curso del mes de noviembre del 2011 al 17 de diciembre del mismo año, se aplicó el modelo de Dorothea E. Orem a un paciente con Hipertensión Arterial, basado en la teoría del déficit de autocuidado que esta pionera maneja para el desarrollo del Proceso enfermero.

Para que se pudiera llevar a cabo el Proceso Enfermero se selecciono un paciente con diagnostico medico médico de Hipertensión Arterial, posteriormente se elaboro cada una de las etapas y se desarrollaron en el paciente, iniciando con la Valoración, posteriormente se sigue con los Diagnósticos de Enfermería, Plan de cuidados, ejecución y se concluye con la evaluación del Proceso Enfermero.

El seguimiento de este se casó se llevó a cabo durante los meses de Diciembre del 2011 finales de Abril del 2012, en la comunidad de Paricuario municipio de Juárez, Michoacán.

IV CASO CLÍNICO

HIPERTENSION ARTERIAL

HVA de sexo femenino, casada, católica, de 60 años de edad, casada, católica, dedicada al hogar, originaria de Paricuaró, Municipio de Juárez Michoacán y residente de Paricuaró, su escolaridad es secundaria terminada. Es madre de un hijo varón de 23 años. Madre fallecida por cáncer cervicouterino, y padre fallecido por problemas asociados a bronconeumonía, comenta que sus padres nunca tuvieron problemas relacionados a hipertensión arterial.

Habita en casa propia de dos pisos la cual se encuentra en buenas condiciones y la cual cuenta con colado, buena ventilación, piso de mosaico, la vivienda cuenta con drenaje y baño bien acondicionado, agua potable, luz eléctrica.

Tiene muy buenos hábitos higiénicos, su aseo personal lo realiza diaria al igual diariamente se cambia de ropa interior como exterior, su aseo bucal lo realiza dos veces al día, le faltan algunas piezas dentales.

En su alimentación comenta que la descuida un poco, consume de todo pero en pocas cantidades, se considera con mala alimentación con relación a su padecimiento actual. Todas las mañanas desayuna café con pan dulce y raras veces almuerza frijoles con crema y tortillas hechas a mano, en la comida siempre consume carne, rara vez consume verduras y siempre acompaña la comida con frijoles y refresco de dieta, su cena es un vaso de leche con una pieza de pan, no consume frutas, consume muy poca cantidad de agua, no presenta problemas de masticación.

Su sistema digestivo lo considera perezoso, refiere evacuar solo una vez al día por las mañanas, sufre de problemas de estreñimiento, y la micción comenta no tener problemas de dolor, olor o urgencia para realizarla, a pesar de consumir poca agua, ya que tiene más de 20 años consumiendo solo refresco.

Se le diagnosticó hipertensión arterial hace 6 años, en su clínica familiar del IMSS de Paricuaró, Municipio de Juárez, se le recetó captopril vía oral de 25 mg una por la

mañana y otra por la noche, se controla favorablemente con dicho medicamento, comenta haber sufrido de un ataque en el cual tenía episodios de cambios de humor, desesperación y perdió la noción del tiempo, este episodio duro aproximadamente 20 minutos, según le informo su esposo, comenta que nunca tomo importancia al suceso que vivió y que se suscito hace 3 años el cual no se realizo estudios y no lo ha vuelto a manifestar, actualmente continua con el mismo medicamento prescrito refiere sentirse tranquila y controlándose muy su enfermedad, asiste a sus citas para vigilar su estado de salud, tiene una vida un poco sedentaria, no realiza ejercicio pero se justifica con las actividades domesticas que realiza diariamente.

Menciona que para ella su enfermedad no ha sido impedimento para llevar su vida normal que siempre a llevado con su familia y sociedad, se siente motivada por ver a su hijo egresar de la licenciatura, pero en ocasiones se deprime por el futuro que este puede tener en relación a ejercer su profesión que su hijo y esposo son las personas más importantes en su vida, su relación familiar es buena en comunicación, su meta es ver a su hijo ejerciendo su carrera profesional.

Se realiza somatometría con una T/A 130/90 mmHg, FC, 88x'; FC 28x; Tem 36°C; Peso 72.700 kg, Talla 1.67 mts. Tratamiento médico prescrito captopril vía oral de 25 mg 1 por la mañana y 1 por la noche.

V MARCO TEÓRICO

5.1 Proceso de Enfermería

Biografía

Dorothea E. Orem

Una de las enfermeras americanas más destacadas nació en Baltimore, Maryland, en 1914. Inicio su carrera enfermera en la Providence Hospital School of Nursing en Washington, DC, donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década de los 1930. Orem recibió un Bachelor of Sciences en Nursing Education de la Catholic University of America (CUA) en 1939 y en 1946, obtuvo un Mater of Sciences in Nurse Education en la misma universidad.

Las primeras experiencias enfermeras de Orem incluyeron actividades de enfermería quirúrgica, enfermería de servicio privado (tanto de servicio domiciliario como hospitalario) servicio como personal hospitalario en unidades medicas pediátricas y de adultos, supervisora de noche en urgencias y maestra de ciencias biológicas. Orem ostento el cargo de directora de enfermería y del Departamento de Enfermería en el Providence, hospital, Dretoit, de 1940 a 1949. Tras marcharse a Dretoit, paso 8 años (1949-1957) en Indiana trabajando en la División of Hospital and Institutional Services del Indiana State Board of Health. Su meta era mejorar la calidad de enfermería en los hospitales generales de todo el estado. Durante este tiempo, Orem desarrollo su definición de la práctica de enfermería. (Orem 1956)

En 1957, Orem se traslado a Washington DC, donde trabajo en la Office of Education, en el U.S. Department of Health, Education and Welfare como asesora de programas de estudio. De 1958 a 1960 trabajo en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras.³

5.2 LA TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA ELIZABETH OREM

La teoría del déficit de autocuidado de Orem, publicada por primera vez en 1971, ha sido ampliamente aceptada por la comunidad de enfermería. Contiene tres teorías relacionadas sobre el autocuidado, el déficit de autocuidado y el sistema de enfermería.

*La teoría del autocuidado propone que éste es una conducta aprendida que los individuos inician y llevan a cabo por sí mismos para conservar la vida, la salud y el bienestar. La capacidad del individuo para autoayudarse se denomina gestión del autocuidado. Los adultos cuidan de sí mismos, mientras que los niños, los ancianos, los enfermos y minusválidos necesitan ayuda para conseguir su autocuidado.

Hay tres clases de requisitos para el autocuidado:

1.-Los requisitos universales comunes a todo el mundo, son el aporte de aire, agua, comida, la evacuación de excretas, la actividad y el descanso, el aislamiento y la interacción social; la prevención de los peligros para la vida y el bienestar y fomentar la actividad humana.

2.-Los requisitos de desarrollo son los asociados a los factores que fomentan los procesos de desarrollo conocidos a lo largo del ciclo vital.

3. Los requisitos de las interacciones de la salud aluden a los defectos y cambios de la estructura e integridad normales que influyen negativamente en la capacidad del individuo para autocuidarse.

*La teoría del déficit de autocuidado afirma que las personas se benefician de la enfermería porque tienen limitaciones de la salud que les impiden autocuidarse. Esas limitaciones pueden proceder de enfermedades, lesiones traumáticas o ser consecutivas a las pruebas o los tratamientos médicos. Hay dos variables que afectan a este déficit: la gestión (capacidad) de autocuidados y las demandas de autocuidado terapéutico (los cuidados necesarios para satisfacer los requisitos

existentes). El déficit de autocuidado no es suficiente para satisfacer la demanda reconocida de autocuidado.

La teoría del sistema de enfermería propone que los sistemas de enfermería se forman cuando las enfermeras prescriben, diseñan y prestan servicios de enfermería que regula las aptitudes de autocuidado del individuo y cumplen los requisitos de autocuidado terapéutico. Se distinguen tres tipos de sistemas de enfermería:

- 1.- Los sistemas totalmente compensatorios, necesarios para las personas incapaces de regular y vigilar su ambiente y de elaborar la información.
- 2.- Los sistemas parcialmente compensatorios, dirigidos a las personas incapaces de realizar algunas actividades (pero no todas) del autocuidado.
- 3.- Los sistemas de apoyo educativo (de desarrollo), las personas que deben aprender a aplicar las medidas de autocuidado y que necesitan ayuda para hacerlo.

Dorothea E. Orem

(1971, 1980, 1985, 1991) Teoría del déficit de autocuidado

Definiciones/ Descripciones teóricas de los cuatro conceptos fundamentales

Persona/ Cliente

Una unidad que funciona biológica, simbólica y socialmente y que inicia y lleva a cabo por sí misma actividades de autocuidado para conservar la vida, la salud y el bienestar; las actividades de autocuidado tienen que ver con el aporte de aire, agua, comida, la eliminación de excretas, la actividad y el descanso, el aislamiento y la interacción social, la prevención de los riesgos para la vida y el bienestar y el fomento de la actividad humana.

Entorno

El ambiente está ligado al individuo, formando un sistema integrado e interactivo.

Salud

La salud es un estado que se caracteriza por la solidez e integridad de las estructuras humanas desarrolladas, y el funcionamiento corporal y mental. Incluye aspectos físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. El bienestar es un estado que se caracteriza por experiencias de satisfacción, placer y cierta clase de felicidad; por experiencias espirituales; por intentar la consecución de los propios ideales, y por una personalización continuada. El bienestar está asociado a la salud, al éxito en los esfuerzos personales y a la suficiencia de los recursos.

Enfermería

Un servicio de ayuda o asistencia a las personas que son dependientes total o parcialmente (lactantes, niños y adultos) cuando ellos mismos, sus progenitores, sus tutores u otros adultos responsables de su cuidado ya no son capaces de prestarles o controlar su cuidado. Un esfuerzo creativo de un ser humano para ayudar a otro ser humano. La enfermería es una actividad deliberada, una función de la inteligencia

práctica de las enfermeras, una función para impulsar las condiciones humanamente deseables de las personas y sus ambientes.

Se distingue de otros servicios humanos y de otras formas de asistencia por su enfoque hacia los seres humanos.⁴

Orem afirma que había tres etapas en los cuidados de enfermería: A) Determinación y continuación de las necesidades de cuidados enfermeros; B) Diseños de las acciones de enfermería que contribuyen a alcanzar las metas de salud al cliente; Y C) Iniciación, diversión y control de las actividades asistenciales.⁵

Orem (1991) define ocho requisitos universales de autocuidado de seres humanos:

1. Mantener una entrada suficiente de aire.
2. Mantener unos ingresos de agua.
3. Mantener un consumo suficiente de alimentos.
4. Prestar los cuidados que exigen los procesos de eliminación, de excretas.
5. Mantener un equilibrio entre actividad y reposos.
6. Mantener un equilibrio entre soledad e interacción social.
7. Prevenir los riesgos para la vida humana, las funciones corporales y el bienestar de los seres humanos.
8. Fomentar el funcionamiento y desarrollo del ser humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con las posibilidades humanas, las limitaciones del conocimiento, y el deseo de ser una persona normal (la normalidad se usa en el sentido de lo que es básicamente humano y de lo que está de acuerdo con las características y aptitudes genéticas y constitucionales de los individuos (6).

PROCESO DE ENFERMERÍA

Un proceso es una serie de actuaciones o medidas planificadas dirigidas a obtener un resultado u objetivo particular. El proceso de la enfermería es un método sistemático y racional de planificación y de presentación individualizada de los cuidados de enfermería. Su finalidad es reconocer el estado de salud de un cliente y los problemas o las necesidades reales o potenciales del mismo; organizar planes para satisfacer las necesidades detectadas, y llevar a cabo determinadas intervenciones de enfermería para cubrir esas necesidades. El proceso de la enfermería es cíclico; es decir, sus elementos integrantes siguen un orden lógico, pero en cualquier momento puede intervenir más de uno de ellos.⁷

El proceso de enfermería es un método sistemático de brindar cuidados humanísticos centrados en el logro de objetivos de forma eficiente.⁸

El proceso enfermero es el instrumento metodológico que utiliza el profesional de enfermería y /o el estudiante de enfermería para aplicar los sistemas teóricos (método científico, metaparadigma, teorías y marcos conceptuales) a la práctica real, mediante la utilización de sus opiniones.⁹

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL PROCESO DE ENFERMERÍA

COMPONENTES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Se compone de cinco fases:

- 1.-Valoración consiste en recoger, organizar, ponderar y registrar los datos sobre el estado de salud de un cliente, sirven de base para las actuaciones y decisiones que se toman en fases posteriores, no se sacan conclusiones de los datos.
- 2.- El diagnóstico es un proceso cuyo resultado es formular o hacer un diagnóstico de enfermería, la enfermera ordena, reúne y analiza los datos, y pregunta ¿Cuales

son los problemas de salud reales o potenciales del cliente que exigen la ayuda de la enfermera? Y ¿Qué factores contribuyeron a este problema?

3.- La planificación, la fase planificación es la redacción de un plan de cuidados que se emplea para coordinar la asistencia prestada por todos los miembros del equipo.

4.- La ejecución puesta en práctica del plan de cuidados de enfermería. Durante esa ejecución la enfermera pone en marcha las medidas de enfermería prescritas o delega la atención en otra persona adecuada, establece el valor del plan de enfermería, termina cuando la enfermera registra los cuidados prestados y las respuestas del cliente.

5.- La evaluación es la valoración de la respuesta del cliente a las intervenciones enfermeras. La enfermera señala en que medidas se han alcanzado los fines/ resultados de los cuidados. El plan de cuidados se vuelve a valorar en esta fase, y ello puede producir cambios en cualquiera o en todas las fases anteriores del proceso de enfermería, son yuxtapuestas. La valoración la primera fase del proceso de enfermería suele realizarse durante la ejecución y la evaluación, cada fase afecta a las otras; están relacionadas, si se obtienen datos suficientes en la valoración, los diagnósticos de enfermería no serán completos ni exactos; esto se reflejara en las fases de planificación, ejecución y evaluación. Una valoración incompleta significa una evaluación equívoca.

PERSPECTIVA HISTÓRICA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Antes las enfermeras tenían tendencia a prestar la asistencia basándose en las órdenes redactadas por los médicos. El cuidado de enfermería que se prestaba con independencia del médico se guiaba frecuentemente por la intuición y la experiencia más que por un método científico.

El termino proceso de enfermería y el método de trabajo que implica son relativamente nuevos. En 1955 Hall creó el termino, y Johnson (1959), Orlando (1961), y Wiedenbach (1963) fueron los primeros que lo utilizaron para referirse a una serie de pasos que describen el proceso de enfermería. La American Nurses Association (ANA) publicó la Standards Of Nurses Practice, que describen las cinco fases del proceso de enfermería: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación (ANA 1973).

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería se caracteriza por unas propiedades exclusivas que les permiten responder a los cambios que sufre el estado de salud del cliente, es cíclico y dinámico más que estático, se centra en el cliente. La enfermera organiza un plan de cuidados según los problemas del cliente. En la fase de valoración, la enfermera recoge datos para conocer los hábitos y necesidades del cliente, y esto le permite incorporar esos hábitos al plan de cuidados lo más probable.

El proceso de enfermería es interpersonal y de colaboración. Para asegurar unos cuidados de calidad, la enfermera debe compartir con el cliente las inquietudes y problemas así como participar en la evaluación continua del plan. Esto depende de una comprensión entre el cliente y la enfermera. Para llevar a cabo el proceso de enfermería de forma eficaz y plantearse individualmente las necesidades especiales del cliente, la enfermera debe colaborar con cada individuo, familia o comunidad, según proceda.

Otra característica del proceso es su universalidad. Se puede aplicar a clientes de cualquier edad, es útil en varios ámbitos (hospitales, clínicas) ramas de la especialización (enfermería maternal). El proceso de la enfermería es una adaptación del método de resolución de problemas, se puede considerar como un proceso paralelo aunque separado del proceso médico. El proceso de enfermería se

dirige así las respuestas de un cliente a las enfermedades y demás alteraciones de salud.

Las enfermeras utilizan diversas técnicas de relación interpersonal e intelectuales para aplicar el proceso de enfermería. Las capacidades interpersonales consisten en transmitir la información; escuchar; hacer que coincidan el interés, los sentimientos compasivos, los conocimientos y la información; inspirar confianza; y obtener los datos de tal manera que respete la dignidad del cliente.

Las aptitudes intelectuales consisten en analizar, resolver los problemas, pensar con espíritu crítico y emitir juicios de enfermería. Las enfermeras deben ser creativas al utilizar el proceso de enfermería, pueden utilizar sus conocimientos teóricos y prácticos para atender a los clientes.

VENTAJAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Beneficia a los clientes mejorando la calidad de los cuidados que reciben. Un alto nivel de participación del cliente junto a una evaluación continua, aseguran el nivel adecuado de calidad de los cuidados dirigidos a satisfacer las necesidades del cliente, las enfermeras pueden emplear el tiempo y los recursos con eficiencia en beneficio propio y de sus clientes.

Tienen la ventaja de saber que están prestando cuidados que satisfacen las necesidades de los consumidores de cuidados de salud y cumpliendo las normas de su profesión. El proceso de enfermería es un método inestimable para las enfermeras. Mantiene a las enfermeras responsables y pendientes de la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación de los cuidados al cliente. El proceso de enfermería puede ayudar a las enfermeras a definir su función ante otras personas ajenas a la profesión, demostrando aportaciones de la enfermería a la salud de los clientes.

VALORACIÓN

La valoración es la primera fase del proceso de enfermería e incluye la recogida, organización y validación de los datos. Debe realizarse antes de que pueda hacerse un diagnóstico de enfermería, la valoración es un proceso continuo que se realiza durante todas las fases del proceso de enfermería, la finalidad de la valoración es crear una base de datos sobre la respuesta de un cliente ante la salud o al enfermedad con el fin de conocer los cuidados de enfermería que necesita el cliente. Las respuestas del cliente comprender aspectos sobre la vida diaria, la salud, y sobre aspectos biofísicos, emocionales, socioeconómicos, culturales y espirituales.

Hay cuatro clases distintas de valoración: valoración inicial, valoración focalizada, valoración de urgencia y valoración después de un tiempo, varían según su finalidad, oportunidad, tiempo disponible y estado del cliente.

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO, 1992) recomienda que a cada cliente se le tomen a su ingreso unos datos de valoración de enfermería que queden registrados siguiendo las normas del centro. Esta delegación, no exime a la enfermera de la responsabilidad de asegurarse de que la información es completa y exacta. El estado del cliente puede impedir una valoración completa a su ingreso en cuyo caso se terminara mas adelante.

MÉTODOS DE VALORACIÓN

Son la observación, las entrevistas y las exploraciones. La observación se produce siempre que la enfermera se pone en contacto con el cliente o con sus allegados. La entrevista es efectuar la historia de enfermería, la exploración es para evaluar el estado de la salud física, la enfermera utiliza los tres métodos para valorar a los clientes.

LA OBSERVACION

Observar es reunir datos utilizando los cinco sentidos. Es una capacidad consiente y deliberada que se desarrolla con un esfuerzo y un método organizado, las enfermeras en las observaciones minuciosas se utiliza en la mayoría de los sentidos.

La observación tiene dos aspectos: a) reconocer los estímulos, b) seleccionar, organizar e interpretar los datos. La observación comprende la selección, organización e interpretación de los datos, se pueden producir errores, observar implica distinguirlos de una forma significativa.

Las observaciones de enfermería deben estar organizadas de manera de que no se omita nada importante, y lo hacen normalmente centrándose ante todo en el cliente.

- 1.- Signos clínicos de cansancio del cliente.
- 2.- Amenazas para la seguridad del cliente, reales o en riesgo.
- 3.- La presencia y el funcionamiento del equipo asociado.
- 4.- El entorno inmediato, incluyendo las personas que hay en él.

LA ENTREVISTA

Una entrevista es una comunicación programada o una conversación que se realiza con el propósito, por ejemplo: de dar información, de identificar problemas o preocupaciones mutuas, para evaluar un cambio, enseñar, dar apoyo o proporcionar asesoramiento o tratamiento. Es un proceso que la enfermera emplea en la mayoría de las fases del proceso de la enfermería, el propósito principal es la recogida de datos.

Hay dos sistemas de entrevista: dirigido y no dirigido. La entrevista dirigida está muy estructurada y proporciona información específica, al enfermera establece la finalidad de la entrevista y dirige a la misma al menos al principio haciendo preguntas

cerradas. Las enfermeras la utilizan para recoger y dar información en un periodo de tiempo.

La entrevista no dirigida, la enfermera permite que el cliente dirija los objetivos, los temas y el ritmo de la charla. La relación de compenetración es el entendimiento entre dos o más personas, la enfermera insita a la conversación haciendo preguntas abiertas y dar respuestas efectivas. Las enfermeras utilizan la entrevista no dirigida para resolver problemas, asesorar y evaluar el rendimiento, la finalidad es recoger los datos y empezar a establecer una relación de compenetración. La enfermera comienza haciendo preguntas abiertas para conocer las áreas que inquietan al cliente. Conforme se desarrolla la entrevista la enfermera puede hacer preguntas cerradas para obtener datos mas concretos y para completar la historia de enfermera.

CLASES DE PREGUNTAS EN LA ENTREVISTA

Las preguntas cerradas, usadas en la entrevista dirigida, son restrictivas y generalmente solo requieren respuestas cortas para obtener datos específicos

Las preguntas abiertas propias de la entrevista no dirigida, son las que se dirigen o invitan al cliente a descubrir y a profundizar en sus ideas y sentimientos. Dan al cliente la libertad de hablar de lo que desee. La enferma observa a menudo que es necesario emplear a la vez preguntas abiertas y cerradas durante una entrevista para alcanzar los objetivos de la misma y obtener la información necesaria.

Una pregunta neutra es una pregunta que el cliente puede contestar sin que la enfermera dirija o presione la respuesta.

Pregunta inductora, orienta la respuesta del cliente, no le permite al cliente decidir si la respuesta es verídica o no. El resultado de ello es la recogida de unos datos inexactos.

LA PLANIFICACIÓN DE LA ENTREVISTA Y EL CONTEXTO

Antes de empezar una entrevista la enfermera revisa la información que tiene a su alcance; revisa el formulario de recogida de los datos para asegurarse de que la información debe obtenerse porque es realmente necesaria y tendrá alguna finalidad relacionada con las necesidades del cliente. Cada entrevista y su contexto están influidos por el tiempo, el lugar y la disposición de los asientos.

Tiempo

Las enfermeras deben programar las entrevistas de los clientes hospitalizados cuando están bien físicamente sin dolores, sabiendo que no abra interrupciones por amigos, familia y profesionales sanitarios, o que serán mínimas. Deben programar las entrevistas en sus hogares a una hora seleccionada por el cliente, el cliente debe sentirse cómodo y no tener prisas.

Lugar

Debe tener la intimidad adecuada para fomentar la comunicación, habitación bien iluminada, ventilada, sin ruidos, movimientos, ni interrupciones, un lugar donde no puedan oír ni ver al cliente.

Disposición de los Asientos

La enfermera debe estar de tras de una y el cliente situado en enfrente crea un ambiente formal, sin mesa alguna en medio, se crea una atmosfera menos formal y la enfermera y el cliente tienden a sentirse en igualdad de condiciones.

Distancia

Entre el entrevistador y el entrevistado no debe ser ni muy grande ni muy pequeña la distancia, la gente se siente incómoda hablando con alguien demasiado cerca o

demasiado lejos. Se siente cómoda en una distancia de 90 a 122cm durante una entrevista.

ETAPAS DE UNA ENTREVISTA

El Comienzo

Puede ser la parte más importante, lo que se dice y hace marca la pauta para el resto de la entrevista. Consta de dos pasos: la creación de una relación de compenetración y la orientación del entrevistado, puede tener lugar al mismo tiempo y con frecuencia son indistinguibles. Para conseguir una relación de compenetración es preciso que exista buena voluntad y confianza. La enfermera debe no excederse a una conversación demasiado superficial, puede provocar ansiedad y puede parecer poco sincera.

En la etapa de orientación la enfermera explica la finalidad y la naturaleza de la entrevista. La enfermera suele informar al cliente sobre su derecho a no aportar datos y a forma en que se empleara la información.

Tema Principal

Al elaborar el tema principal de la entrevista el cliente trasmite lo que piensa, siente, sabe y recibe en respuesta a las preguntas de la enfermera. Para desarrollar eficazmente la entrevista es preciso que la enfermera utilice técnicas de comunicación que permitan a las dos partes sentirse cómodas y servir al propósito de la entrevista.

La Finalización

La enferma termina normalmente la entrevista, sin embargo, es cliente quien la da por terminada; ejemplo: cuando deciden no proporcionar más información o cuando es incapaz de ofrecer más datos.

La Exploración

Es un método sistemático de recogida de datos que utiliza las capacidades de observación, los sentidos de la vista, (el oído, olfato y el tacto) para describir los problemas de salud, la enfermera utiliza los métodos de la inspección , auscultación, palpación y percusión. El desarrollo para una valoración física requiere conocimientos, practicas y tiempo, es frecuente que la enfermera comience describiendo el aspecto general estudiando su piel, el alcance de los movimientos hasta posiciones extremas y la capacidad para desplazarse, y vigilando las constantes vitales. Se lleva a cabo de forma sistemática, puede hacerse siguiendo el orden que prefiera explorando de la cabeza a los pies o por aparatos/ sistemas. La enfermera que lleva a cabo una exploración física utilizando el método cefalocaudal (de la cabeza a los pies) otra veces, la enfermera puede realizar una exploración de detección selectiva, también llamada restricción por aparatos, es un breve paso de varias partes o sistemas del cuerpo.

EL PROCESO DE VALORACIÓN

Incluye cuatro actuaciones estrechamente relacionadas:

- ❖ Recogida de datos.
- ❖ Organización de datos.
- ❖ Validación de los datos.
- ❖ Registro de los datos.

Recogida de los Datos

Consiste en reunir la información sobre el estado de salud de un cliente. Debe ser un proceso tan sistemático como continuo para evitar que se omitan datos importantes y que reflejen los cambios en el estado de salud de un cliente.

Una base de datos es toda la información que se dispone de un cliente; comprende la historia y la exploración física de enfermería, la historia clínica y exploración física realizada por el médico y las pruebas diagnósticas.

Clase de datos, los datos subjetivos, también conocidos como síntomas o datos < no visibles>, son evidentes sólo para la persona afectada y únicamente puede describirlos o verificarlos esa persona.

Los datos objetivos, también llamados signos o datos manifiestos, son detectables por un observador o pueden compararse con alguna norma aceptada. Se pueden ver, oír, sentir u oler.

Fuentes de los datos son primarias o secundarias. El cliente es la primera fuente de información, la familia, otros profesionales de la salud, datos de laboratorio y de diagnóstico son fuentes secundarias o indirectas.

El Cliente

Siempre que no esté demasiado enfermo ni sea demasiado joven o tenga demasiada confusión mental para comunicarse. El cliente puede aportar datos subjetivos que nadie más puede ofrecer.

Personas de Apoyo

Las personas allegadas al paciente son una fuente de información especialmente importante para un cliente demasiado joven, con confusión mental o inconsciente. Antes de obtener informes de las personas de apoyo, la enfermera debe asegurarse de que el cliente, si está capacitado mentalmente, acepta ese informe. También debe

de indicar en la historia de la enfermería que los datos fueron aportados por una persona allegada al paciente.

Registros del Cliente

Comprender los datos documentados por varios profesionales de la salud. Contienen informes relativos a la ocupación de este, su religión y su estado civil. Los informes médicos (la historia clínica, la exploración física, notas sobre la evolución y consultas) dan la pauta sobre la salud y las enfermedades anteriores y actuales de un cliente. Las pruebas de laboratorio forman parte de la exploración inicial del médico, para ayudar al diagnóstico. Cualquier dato de un cliente debe compararse con las normas establecidas para esa prueba concreta, según la edad, sexo, etc.

Profesionales Sanitarios

Sirven de posibles fuentes adicionales para informarse sobre la salud de un cliente. Compartir la información entre los profesionales es importante para asegurar una continuidad en la asistencia.

Publicaciones

Las publicaciones son las revistas profesionales y los textos de consulta, pueden aportar otros informes para la base de datos.

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

Para la obtención sistemática de datos, la enfermera utiliza historia de enfermería o valoración de enfermería. Los datos recogidos son subjetivos en gran medida, hay muchos modelos esquemas. El esquema se puede modificar de acuerdo con el estado físico del cliente.

Modelos Conceptuales de Enfermería

Basados en ciertas teorías de enfermería esquema de patrones funcionales de Gordon, el modelo de autocuidado de Orem y el modelo de adaptación de Roy .

Orem (1991) define ocho requisitos universales de autocuidado de seres humanos:

- 1.-Mantener una entrada suficiente de aire.
- 2.-Mantener unos ingresos de agua.
- 3.-Mantener un consumo suficiente de alimentos.
- 4.-Prestar los cuidados que exigen los procesos de eliminación, de excretas.
- 5.-Mantener un equilibrio entre actividad y reposos.
- 6.-Mantener un equilibrio entre soledad e interacción social.
- 7.-Prevenir los riesgos para la vida humana, las funciones corporales y el bienestar de los seres humanos.
- 8-Fomentar el funcionamiento y desarrollo del ser humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con las posibilidades humanas, las limitaciones del conocimiento, y el deseo de ser una persona normal (la normalidad se usa en el sentido de lo que es básicamente humano y de lo que está de acuerdo con las características y aptitudes genéticas y constitucionales de los individuos.

Modelos de Bienestar

Las enfermeras emplean modelos sobre el bienestar para ayudar a los clientes a reconocer los riesgos para la salud y para profundizar en los hábitos de vida y en su conducta así la salud, en las ideas, valores y actitudes que influyen en grado de bienestar, estas abarcan : historia sanitaria, evaluación del estado físico, valoración nutricional, análisis de los estrés de la vida, hábitos de vida y de salud, ideas sobre la salud, salud sexual, salud espiritual, relaciones, valoración de los riesgos para la salud.

Modelos Ajenos a la Enfermería

Pueden servir para organizar los datos. La enfermera los combina generalmente con otros métodos para obtener una historia completa.

Modelos de Sistemas Corporales

Se centra en las alteraciones de los siguientes sistemas: sistemas cutáneo, aparato respiratorio, sistema cardiovascular, sistema nerviosos, sistema musculo esquelético, aparato digestivo, sistema genitourinario, sistema reproductor.

VALIDACIÓN DE LOS DATOS

La información recogida durante la fase de valoración debe ser completa objetiva y precisa. La validación consiste en un << doble examen >> o inspección de los datos para confirmar que son exactos y objetivos, permite a la enfermera:

- Asegurarse de que la información recogida durante la valoración es completa.
- Asegurarse de que los datos objetivos y los subjetivos relacionados son coherentes.
- Obtener información adicional que pueda haber pasado desapercibida.
- Distinguir entre indicios y deducciones.
- Evitar conclusiones precipitadas y tomar una dirección equivocada al identificar los problemas.

Por regla general la enfermera comprueba la valides de los datos cuando hay discrepancias entre los que han obtenido en la entrevista de enfermería y los de la exploración física.

Los indicios son datos subjetivos y objetivos que pueden ser observados directamente por la enfermera. Las deducciones son las conclusiones o interpretaciones de la enfermera sobre los indicios. Se habla de conclusión anticipada cuando las suposiciones se aceptan como hechos.

REGISTRO DE LOS DATOS

Para finalizar la fase de valoración, la enfermera registra los datos. La exactitud de la información es esencial y debe incluir todos los datos obtenidos sobre el estado de salud del cliente, para que la exactitud se mayor, lo mejor es que la enfermera registre los datos subjetivos utilizando las propias palabras del cliente.¹⁰

DIAGNOSTICO

Diagnosticar es la segunda etapa del proceso de enfermería, las enfermeras utilizan pensamiento crítico para interpretar los datos de la valoración e identificar los factores relacionados y los problemas del paciente.

Diagnóstico de enfermería

El diagnostico enfermero es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia o la comunidad a problemas de salud/ procesos vitales reales o potenciales. Proporciona la base para seleccionar las intervenciones enfermeras para conseguir los objetivos de los que es responsable el enfermero o la enfermera. En 1990, la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) adopto una definición oficial.

TIPOS DE DIAGNOSTICOS ENFERMEROS

- 1.- Un diagnostico real es la respuesta de un paciente o de problema de salud que existe en el momento de valoración de enfermería. Se basa en la presencia de los signos y síntomas asociados.
- 2.- Un diagnóstico de enfermería potencial o de riesgo, es un juicio clínico de que un paciente es más vulnerable a un determinado problema que otros, en situación igual o parecida.
- 3.- Un diagnóstico de enfermería posible es aquel en el que las pruebas de que existe un problema de salud no están claras o se desconocen los factores causales.

4.- Un diagnóstico de salud se refiere a una respuesta saludable por parte de un paciente que desea un mayor nivel de salud.

COMPONENTES DE UN DIAGNOSTICO ENFERMERO

Enunciado del problema (etiqueta diagnóstica), describe el problema de salud o la respuesta del paciente para los cuales se están administrando el tratamiento de enfermería. El fin de la etiqueta diagnóstica es guiar la elaboración de objetivos del paciente y de criterios de resultado, para ser útiles en la clínica, las etiquetas tienen que ser concretas.

Etiología identifica una o más causas probables del problema de salud, orienta el tratamiento de enfermería y permite a la enfermera individualizar la atención al paciente. Pueden incluirse los comportamientos del paciente, los factores ambientales o las interacciones de ambos. La NANDA utiliza el término factor relacionado para describir la etiología o la causa probable de los diagnósticos de enfermería.

Características definitorias, son el conjunto de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica concreta. Las características definitorias sugieren criterios de resultados y también pueden orientar las intervenciones de enfermería.

IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS DEL PACIENTE

Un problema de salud se reconoce por las características siguientes:

- ❖ Es una respuesta humana a un proceso vital, un acontecimiento o un factor estresante.
- ❖ Requiere que se intervenga para prevenir o resolver la enfermedad o para ayudar a afrontarla.

- ❖ Supone o tiene como consecuencia un proceso ineficaz de afrontamiento/ adaptación o una vida diaria que no satisface al paciente.
- ❖ Es un estado del paciente no deseable.

Los pacientes tienen problemas de diversos tipos. Algunos son diagnósticos de enfermería y otros no, y la enfermera debe ser capaz de distinguir entre ellos.

DISTINCION ENTRE DIAGNOSTICOS ENFERMEROS Y DIAGNOSTICOS MEDICOS.

Mientras que un diagnóstico enfermero es un enunciado del juicio de la enfermera y se refiere a un problema que el personal de enfermería está autorizado a tratar, un diagnóstico médico es emitido y se refiere a un problema que solo un médico debe tratar. Los diagnósticos enfermeros describen las respuestas físicas, socioculturales, psicológicas y espirituales del paciente a una enfermedad o a un problema potencial de salud. Los diagnósticos de enfermeras cambian a medida que lo hacen las respuestas del paciente.

Los diagnósticos de enfermería son problemas de pacientes y las enfermeras tienen responsabilidades relacionadas con ambos. Están obligadas a diagnosticar y prescribir dentro de los límites marcados por las leyes que rigen la práctica de la enfermería, las enfermeras están obligadas a llevar a cabo los tratamientos prescritos por los médicos es decir, las funciones dependientes. Puede que las enfermeras no prescriban todos los cuidados para un diagnóstico de enfermería, pero pueden prescribir la mayor parte de las intervenciones necesarias para prevenirlo o resolverlo.

DISTINCION ENTRE DIAGNOSTICOS ENFERMEROS Y PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES.

Los problemas interdependientes son un tipo de problemas potenciales. Las intervenciones de enfermería independientes para problemas interdependientes se

concentran sobre todo en vigilar el estado del paciente y prevenir el desarrollo de la complicación.

Los problemas interdependientes tienden a estar presentes, es decir, cada enfermedad o tratamiento tiene complicaciones específicas que siempre se asocian con él.

EL PROCESO DIAGNOSTICO

Utiliza dos habilidades del pensamiento crítico: el análisis y la síntesis. El análisis es la separación en componentes, es decir, la división del todo en sus distintas partes. La síntesis es lo contrario a saber, reunir las partes en un todo. El pensamiento crítico es un proceso cognitivo durante el cual una persona revisa los datos y estudia las explicaciones antes de formarse una opinión.

ANALISIS DE LOS DATOS

Consta de los pasos siguientes:

- 1.-Comparación de los datos con los estándares (identificar los que son significativos).
- 2.- Agrupación de los datos (generar hipótesis provisionales).
- 3.- Problemas interdependientes.

Estas actividades tienen lugar de forma continuada, y secuencial.

Comparación de los datos con los estándares. La enfermera compara los datos del paciente con una amplia gama de estándares, como los signos vitales normales, las cifras de laboratorio, alimentos, crecimiento, desarrollo. También acude a sus conocimientos personales psicología y sociología.

Un estándar o norma es una regla, modelo, patrón o medida captado de forma general. La enfermera compara los datos del paciente con los estándares y normas para identificar los que son significativos y pertinentes.

Agrupación de los datos, consiste en determinar las relaciones entre los hechos y buscar en ellos patrones. Es el inicio de las síntesis. La enfermera estudia los datos para determinar los patrones presentes si representan incidentes aislados y si son significativos.

IDENTIFICACION DE PROBLEMAS DE SALUD, RIESGOS Y FACTORES FAVORABLES

Problemas de salud y riesgos, durante el análisis de los datos, la enfermera agrupa a estos y asigna etiquetas para que los problemas de salud tengan una solución satisfactoria. El paciente debe admitir que el problema existe. La enfermera determina si el paciente necesita ayuda para afrontar el problema..

Determinación de la etiología, tras confirmar con el cliente los problemas y establecer diagnóstico, la enfermera examina las relaciones causales entre los problemas y los factores relacionados o de riesgo. Los factores favorables de un paciente pueden encontrarse en la ficha de valoración de enfermería (hogar, familia, actividades recreativas, ejercicio, amigos,).

ERRORES EN EL RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO

Errores en la recogida de datos, solo pueden realizarse diagnósticos correctos y precisos a partir de una base de datos completa y exacta. Un plan de valoración organizado ayuda a prevenir los errores en la recogida de información.

Errores en interpretación de los datos, se producen cuando la enfermera malinterpreta el significado de las informaciones significativas, es decir, a lo formulación de un juicio basado solo en uno o dos datos.

Errores de agrupación de datos, un agrupamiento incorrecto de los datos también conduce a errores de diagnóstico.

Evitar los errores, minimizar los errores de diagnóstico:

- Verificar, el proceso diagnóstico debe iniciarse y terminarse hablando con cliente y la familia. Al final del proceso se les pide que confirmen los diagnósticos enfermeros.
- Construir una buena base de conocimientos y adquirir experiencia clínica. Las enfermeras deben aplicar conocimientos de áreas muy distintas para identificar los datos y patrones significativos y para generar hipótesis sobre ellos.
- Tener un conocimiento práctico de lo que es normal. Las enfermeras tienen que conocer lo que es la norma, en cuanto a signos vitales, pruebas de laboratorio, desarrollo del habla, ruidos respiratorios.
- Consultar. Las enfermeras deben consultar las fuentes adecuadas siempre que tengan dudas acerca de un diagnóstico.
- Basar los diagnósticos en patrones.
- Mejorar las habilidades de pensamiento crítico. Esto ayuda a la enfermera a estar atenta a los errores de razonamiento y a evitarlos, como generalizar en exceso, acudir a estereotipos.

Planificación

La planificación es una fase sistemática y deliberativa del proceso de enfermería en la que se toman decisiones y se resuelven problemas. Durante la misma, la enfermera consulta los datos de la evaluación del cliente y los enunciados diagnósticos para orientarse al formular los objetivos del cliente y determinar las estrategias de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar los problemas de salud del cliente.

Tipos de planificación

Planificación inicial

Por lo general es la enfermera que realiza la valoración de ingreso la que desarrolla el plan inicial y general de cuidados, tiene la ventaja de poder observar el lenguaje corporal del paciente, la planificación debe iniciarse lo antes posible por acortar las estancias en los hospitales.

Planificación Continúa

La realizan todas las enfermeras, a medida que obtienen nueva información y evalúan las respuestas del cliente a los cuidados. También al iniciarse el turno los cuidados que deben prestarse con los objetivos siguientes: 1.- Determinar si el estado de salud del paciente ha cambiado durante el turno. 2.-Establecer las prioridades en el plan de cuidados del cliente durante el turno. 3.- Decidir en qué problemas concentrarse durante el turno. 4.- Coordinar las actividades de la enfermera para que pueda abordar más de un problema en cada contacto con el paciente.

Planificación de alta

Es cuando se da de alta a pacientes en los hospitales que siguen necesitando cuidados. Se debe evaluar, al considerar las necesidades de alta, los recursos del cliente, su familia y la comunidad.

CONSULTA

La consulta es el proceso en el cual dos personas deliberan, la enfermera busca que le aconsejen o le aclaren algún punto acerca de los objetivos del paciente.

El proceso de planificación

El proceso de planificación comprende las siguientes actividades:

Establecer prioridades

Es el proceso por el que se determina un orden de preferencias para las estrategias de enfermería. La enfermera y el paciente empiezan a planificar decidiendo que diagnóstico enfermero es el primero en necesitar atención, cual el segundo y así sucesivamente.

Valores y creencias del cliente con relación a la salud

Los valores relativos a la salud pueden ser muy importantes para la enfermera, pero no así para el paciente, en una situación de riesgo vital, por lo general la enfermera debe tomar la iniciativa.

Prioridades del cliente

Hacer participar al cliente en la asignación de prioridades y en la planificación de la asistencia mejora la colaboración entre este y la enfermera, en ocasiones, lo que el paciente considera importante puede estar en conflicto con los conocimientos de la enfermera sobre posibles problemas o complicaciones.

Recursos a disposición de la enfermera y el cliente.

Si el dinero, equipamiento, personal escasean, puede asignarse a un problema de salud una prioridad menor de la habitual. Los recursos del paciente, los medios económicos o las capacidades de afrontamiento pueden influir en la asignación de prioridades.

Urgencias de problemas de salud

Las situaciones de riesgo vital exigen que la enfermera les asigne una prioridad alta es decir, a aquellas que podrían tener un efecto negativo o destructivo sobre él.

Plan de tratamiento médico

Deben ser congruentes con los tratamientos prescritos por otros profesionales de la salud.

Establecer los objetivos del cliente y los criterios de resultados

Tras asignar las prioridades, la enfermera establece los objetivos para cada diagnóstico enfermero. Un objetivo es la evolución del paciente o una modificación de su comportamiento deseado, conseguir un objetivo es resolver el problema.

Algunos textos de enfermería distinguen entre objetivos, que serían enunciados amplios acerca de los efectos de las intervenciones de enfermería, y los criterios de resultados, considerados como los criterios mensurables y más específicos que se utilizan para evaluar si se ha logrado el objetivo.

Fines de los objetivos / criterios de resultados

- 1.- Orientar en la planificación de las intervenciones de enfermería con las que se lograrán las modificaciones deseadas en el paciente.
- 2.- Proporcionar un plazo para las actividades planificadas.
- 3.- Servir como criterios para evaluar los progresos del paciente.
- 4.- Permitir al paciente y a la enfermera determinar cuando se ha resuelto un problema.
- 5.- Motivar a ambos e infundirles un sentimiento de logro.

Objetivos a largo y a corto plazo

Un objetivo a corto plazo puede ser < El paciente levantará el brazo derecho hasta el hombro el viernes>. En el mismo contexto, un objetivo a largo plazo podría ser < El paciente recuperará la funcionalidad plena del brazo derecho en 6 semanas>.

Los objetivos a largo plazo se utilizan a menudo en pacientes que viven en su domicilio, los objetivos a corto plazo son útiles para pacientes que precisan asistencia sanitaria durante poco tiempo.

Relación entre los objetivos / criterios de resultados y los diagnósticos de enfermería

Se derivan de los diagnósticos enfermeros y guardan relación con ellos – principalmente con la primera parte del enunciado. Al desarrollar criterios de resultado, la enfermera formula preguntas.

Componentes de los enunciados de objetivos / criterios de resultados

Consta de los cuatro componentes siguientes:

- 1.- Sujeto, es el paciente.
- 2.- Verbo, denota una acción que el paciente debe realizar. Se emplean verbos que denotan conductas observables directamente.
- 3.- Condiciones o puntualizaciones, pueden añadirse al verbo para explicar las circunstancias en las cuales debe producirse la conducta del paciente.
- 4.- Criterios de resultado esperado, indica el estándar por el que se evalúa un rendimiento o el nivel al cual el paciente llevara a cabo la conducta especificada.

Selección de estrategias de enfermería

Son actividades de enfermería que están relacionadas con un diagnostico enfermero específico y que una enfermera realiza para conseguir los objetivos del paciente, deben centrarse en eliminar o reducir la etiología del diagnostico enfermero, que es la segunda parte de su enunciado.

Consideración de las consecuencias de cada estrategia

Una acción tendrá más de una consecuencia, la estrategia proporciona información precisa, podría dar lugar a los siguientes comportamientos del paciente:

- ❖ Aumento de la ansiedad.
- ❖ Disminución de la ansiedad.
- ❖ Deseo de hablar con el médico.
- ❖ Deseo de abandonar el hospital.
- ❖ Relajación.

Crterios para elegir estrategias de enfermería

La enfermera basa esta decisión en sus conocimientos y experiencia, la información que recibe del paciente es muy importante.

Tipos de estrategias de enfermería

Se identifican y escriben la etapa de planificación del proceso de enfermería; en realidad se llevan a cabo durante la fase de ejecución. Una intervención de enfermería es todo cuidado directo que una enfermera realiza en favor de un paciente.

Las intervenciones independientes

Son las actividades que las enfermeras están autorizadas a emprender sobre la base de sus conocimientos y habilidades.

Las intervenciones derivadas

Son las que se realizan por orden del médico o bajo su supervisión, o bien según procedimientos sistematizados.

Las intervenciones interdependientes

Son acciones que la enfermera lleva a cabo en colaboración con otros miembros del equipo de asistencia sanitaria, como fisioterapeutas, asistentes sociales, dietólogos y médicos.

Redacción de las órdenes de enfermería

Tras elegir las intervenciones de enfermería adecuadas, la enfermera las escribe en el plan de cuidados como ordenes de enfermería. Son instrucciones para las actividades concretas que la enfermera realiza con el fin de ayudar al paciente a lograr los objetivos de salud establecidos. Los componentes de una orden de

enfermería son: fecha, verbo de acción, área de contenido, elemento tiempo y firma que es signo de su responsabilidad y tiene valor legal.

Relación entre las órdenes de enfermería y el estado del problema

Las ordenes de observación, comprenden las observaciones para determinar si se está produciendo una complicación, así como observaciones de las respuestas del paciente a las terapias de enfermería o de otro tipo.

Las órdenes de prevención prescriben los cuidados necesarios para prevenir complicaciones o reducir factores de riesgo.

Las órdenes de tratamiento comprenden la docencia, las referencias a otros profesionales, la fisioterapia y otros cuidados necesarios para tratar un diagnóstico enfermero real.

Las órdenes para la promoción de la salud son adecuadas cuando el paciente no tiene problemas de salud o cuando la enfermera formula un diagnóstico de salud.

Desarrollo de los planes de enfermería

Es una guía escrita que organiza la información sobre los cuidados a un cliente como un todo significativo. Comprende las acciones que deben emprender las enfermeras para atender a los diagnósticos enfermeros del cliente y alcanzar los objetivos marcados.

Objetivos de un plan de cuidados por escrito

- 1.- Ofrecer directrices para los cuidados individualizados al paciente.
- 2.- Facilitar la continuidad de los cuidados. El plan escrito es un medio para comunicar y organizar las acciones de un personal de enfermería que cambia constantemente.
- 3.- Orientar sobre lo que debe quedar documentado en las notas de evolución del paciente.

4.- Orientar para designar al personal que va atender al paciente.

5.- Orientar para el reembolso de las campañas de seguro médico, denominado a menudo reembolso o cargo de terceros.

Planes de cuidados

Puede estar planificado e impreso de antemano o bien ser totalmente manuscrito. El personal de enfermería desarrolla y acepta los planes estandarizados de cuidados, los estándares de cuidados, los protocolos, los criterios de actuación y los procedimientos con los fines siguientes:

1.- Garantizar que se prestan los niveles mínimamente aceptables de cuidados.

2.- Favorecer un empleo más eficiente del tiempo al ahorrar a las enfermeras el tener que escribir a mano actividades comunes que se realizan una y otra vez con todos (o la mayoría) de los pacientes de una unidad de enfermería.

Los estándares de cuidados son directrices detalladas que representan los cuidados previstos indicados en una situación determinada, como un diagnóstico médico, una prueba o un tratamiento, un diagnóstico enfermero o un problema interdependiente.

Los planes de cuidados estandarizados (modelo de planes de cuidados) son guías preplanificadas y preimpresas para los cuidados de enfermería a grupos de pacientes con necesidades comunes.

Formato para los planes de cuidados

Se organiza en cuatro columnas o categorías a) diagnósticos enfermeros o lista de problemas; b) objetivos y criterios de resultados; c) ordenes de enfermeras y d) evaluación.

Las órdenes permanentes son documentos escritos sobre criterios de actuación, reglas y órdenes relativas a los cuidados del paciente.

Planes de cuidados informatizados

Con ellos pueden generarse tanto planes estandarizados como individualizados.

Planes de tratamiento de casos

Es el que organiza los cuidados que debe prestarse cada día a un tipo concreto de caso durante la estancia prevista del paciente en el centro.

EJECUCION

La ejecución es la fase en la que la enfermera pone en marcha el plan de cuidados de enfermería. Globalmente definida, la ejecución consiste en realizar, delegar y registrar. La enfermera realiza o delega las órdenes de enfermería que fueron desarrolladas en la fase de planificación y después concluye la fase de ejecución registrando las actividades de enfermería y las respuestas de los clientes.

RELACIÓN ENTRE LA EJECUCIÓN Y OTRAS FASES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Una ejecución satisfactoria depende, en parte, de la calidad de la valoración, del diagnóstico y de la planificación que se hayan realizado. Estas tres primeras fases del proceso de enfermería proporcionan la base para las acciones autónomas de enfermería llevadas a cabo durante la fase de ejecución. Las fases del proceso de enfermería son interdependientes y simultáneas, más que aisladas y lineales.

La valoración continua se produce de forma simultánea a la ejecución, la valoración continua no es lo mismo que la ejecución, sino que ambas se producen de forma concurrente. Por último, las enfermeras ejecutan órdenes de enfermería que implican específicamente una nueva valoración.

Habilidades de ejecución

Para ejecutar el plan de cuidados satisfactoriamente las enfermeras requieren buenas habilidades cognitivas, interpersonales y técnicas.

Habilidades cognitivas

Incluyen la solución de problemas, la toma de decisiones, el razonamiento crítico y el pensamiento creativo.

Habilidades interpersonales

Son todas las actividades que las personas utilizan al comunicarse directamente con otras. Incluyen actividades verbales y no verbales.

Habilidades técnicas

Son habilidades < manuales> como la manipulación de equipamiento, administración de inyecciones, realización de vendajes, y movilizar, levantar y colocar a los clientes.

Proceso de ejecución

Incluye: Una nueva valoración del cliente.

Determinar la necesidad de cuidados de enfermería.

Ejecutar las estrategias de enfermería.

Comunicar las acciones de enfermería.

Nueva valoración

Se realiza a través de todo el proceso de enfermería, siempre que la enfermera tenga contacto con el cliente antes de la ejecución.

Determinar la necesidad de cuidados de enfermería

Al ejecutar algunas estrategias de enfermería, la enfermera puede necesitar ayuda por uno de los siguientes motivos: la enfermera es incapaz de ejecutar la estrategia de enfermería ella sola (p. ej.. dar la vuelta en la cama a un paciente obeso).

Ejecución de las estrategias de enfermería

Las actividades de enfermería suelen incluir cuidar, comunicar, ayudar, enseñar, aconsejar, actuar como defensor y agente de cambio del cliente, guiar y tratar, asignar y delegar cuidados a otro personal de enfermería.

Comunicar las acciones de enfermería

Tras cumplir las órdenes de enfermería, enfermera completa la fase de ejecución registrando las intervenciones, así como las respuestas del cliente, en las notas evolutivas de enfermería.

EVALUACION

Evaluar es juzgar o estimar. La evaluación es la quinta y última fase del proceso de enfermería. En este contexto, la evaluación es una actividad planeada, continua y con objetivos, en la que los clientes y los profesionales sanitarios determinan: 1) el progreso del cliente referido a la consecución de objetivos y 2) la eficacia del plan de cuidados de enfermería. La evaluación es una parte muy importante del proceso de enfermería, ya que las conclusiones obtenidas de la evaluación determinan si las intervenciones de enfermería deben suspenderse, continuarse o cambiarse.

La evaluación puede ser continua intermitente o terminal. La evaluación continua se realiza durante o inmediatamente después de ejecutar una orden de enfermería, y permite a la enfermera realizar modificaciones puntuales en una intervención. La evaluación intermitente, realizada a intervalos determinados, muestra el grado de progreso hacia la consecución del objetivo y permite a la enfermera corregir cualquier deficiencia.

La evaluación final indica el estado del cliente en el momento de ser dado de alta.

Relación entre la evaluación y otras fases del proceso de enfermería

La evaluación depende de la eficacia de las fases que la preceden. Los datos de valoración deben ser precisos y completos, de forma que la enfermera pueda formular la evolución esperada pertinente en la fase de planificación. Los resultados

esperados deben ser establecidos concretamente en términos de comportamiento para que sean útiles en la evaluación de las respuestas del cliente. Finalmente, sin la fase de ejecución, en la que el plan se lleva a cabo, no habría nada que evaluar. Las fases de evaluación y de valoración son concurrentes.

EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DEL CLIENTE

Identificación de los resultados esperados

Los resultados esperados, formulados en la fase de planificación, son los criterios utilizados para evaluar la respuesta del cliente a los cuidados de enfermería.

Obtención de datos

Utilizando los resultados esperados claramente establecidos, precisos y mensurables como una guía, la enfermera obtiene datos de forma que se puedan extraer conclusiones sobre la consecución o no de los objetivos. Suele ser necesario obtener datos tanto subjetivos como objetivos.

Enjuiciamiento de la consecución de objetivos

Si las dos primeras partes del proceso de evaluación han sido realizadas de forma eficaz, resulta relativamente fácil determinar si se ha conseguido un objetivo. Tanto la enfermera como el cliente pueden adoptar un papel activo en la comparación de las respuestas reales del cliente con la evolución esperada.

RELACIÓN ENTRE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA Y LA EVALUACIÓN DE LOS CLIENTES

Extracción de conclusiones sobre el estado del problema

La enfermera utiliza los juicios sobre la consecución de objetivos para determinar si el plan de cuidados fue eficaz para resolver, reducir o prevenir problemas del cliente.

Revisión y modificación del plan de cuidados de enfermería

Tras la obtención de conclusiones sobre el estado de los problemas del cliente, la enfermera modifica el plan de cuidados según este indicado.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN EL CUIDADO DE ENFERMERIA

La evaluación de la calidad del cuidado de enfermería es una parte esencial de la responsabilidad profesional. La valoración de la calidad consiste solamente en el análisis de los servicios; la garantía de calidad implica que se están realizando esfuerzos para evaluar y asegurar la calidad del cuidado sanitario.

Perspectiva histórica

Desde tiempos la evaluación ha progresado a través de cierto número de fases.

La estructura en la que tiene lugar el cuidado del paciente, la evaluación de la estructura se centra en la organización del sistema de cuidados del cliente.

El proceso de los cuidados

La evaluación del proceso se centra en las actividades de la enfermera, es decir, el rendimiento de la persona que presta la atención en relación a las necesidades del cliente.

Resultados de los cuidados

El foco de la evaluación de resultados es el estado de salud, el bienestar y la satisfacción del cliente, o los resultados de los cuidados en términos de cambios en el cliente. Su ventaja es que los logros se pueden observar con facilidad.

5.3 Historia Natural de la Enfermedad: Hipertensión Arterial.

<p>Definición: Es la elevación de la presión arterial por arriba de las cifras consideradas como normales. Generalmente el diagnóstico se establece cuando en la visita médica se encuentra elevación de las cifras de presión arterial Diastólica por arriba de 140y la Sistólica arriba de90 mmHg en dos ocasiones distintas y el diagnóstico se asegura si además se encuentra algún signo de daño en órgano “blanco”. 11</p>	
<p>Periodo Prepatogénico</p>	<p>Periodo Patogénico</p>
<p>Agente</p> <p>Antecedentes Familiares de Hipertensión Arterial, Diabetes, Tabaquismo, Obesidad, Vida Sedentaria, Hipertrofia del Ventrículo Izquierdo, Hipercolesterolemia, Dieta y Magnitud de Ingesta de Sal, Patologías Cardiacas.11</p> <p>Huésped</p> <p>Mayores de 45 un 20% y mayores de 65 50%.</p> <p>Se presenta tanto en hombre como mujer.</p> <p>Genética.</p> <p>Malos habitos.</p>	<p>Clínica</p> <p>Estado Crónico:</p> <hr/> <p>Secuelas y Daño:</p> <p>Incapacidad Psicosocial:</p> <p>Complicaciones: Trombosis y hemorragias.</p> <p>Encefalopatías alteraciones de la conciencia.</p> <p>ECV.</p> <p>Síndrome de Help.</p>

<p>Ambiente</p> <p>En cualquier medio socioeconómico cultural y principalmente en malos hábitos alimenticios, sedentarismo y obesidad.11</p>	<p>Subclínica:</p> <p>Deficiente nutrición celular, cambios en el gasto cardiaco, falla de órganos como corazón, cerebro, riñones y ojos.</p> <p>Cambios Tisulares:</p> <p>Signos y Síntomas: puede ser asintomática, dolor de pecho, dolor de cabeza, mareos, vómitos, fatiga</p> <p>Cambios sistémicos:</p> <p>Cambios Locales:</p>
	<p>Contacto- Agente- Huésped</p> <p>Patogenicidad: alta</p> <p>Virulencia: alta.</p>

Prevención Primaria		Prevención Secundaria	
Promoción a la Salud	Protección Especifica	Diagnostico Precoz	Tratamiento Oportuno
Orientar sobre: la alimentación y nutrición,	Manejo de dieta baja en sal (hipo sódica - hipo –	HC Examen Físico. BUN, Creatinina.	Hospitalización. Administración de Antihipertensivos.

<p>toxicomanías, recreación y esparcimiento, mejoramiento de ambiente, chequeo anual, prevenir situaciones de estrés y disminución de peso.</p>	<p>grasa). Asistir a grupos de ayuda. Educar sobre los efectos nocivos del tabaco – alcohol. Actividad física diaria. Realizar controles diarios de tensión arterial.</p>	<p>Electrolitos. Glicemia. Rx de tórax.</p>	<p>Control de TA. Dieta hipo sódica.</p>
Limitación del Daño		Prevención Terciaria	
<p>Se debe dar al paciente un tratamiento oportuno y se debe no abandonar el tratamiento para evitar daño en órganos diana. Evitar complicaciones, muerte.</p>		Rehabilitación	
		<p>Productividad del paciente en actividades de la vida diaria. Reintegración a la vida social y laboral.</p>	

VI APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERA

6.1 Valoración con el Referente Teórico de Dorothea Elizabeth Orem

FACTORES CONDICIONANTES BASICOS:

Sexo: Femenino

Edad: 60 años

Edo. Civil: Casada

Religión: Católica

Escolaridad: Secundaria terminada

Ocupación: Al hogar

Familia Nuclear: Un hijo varón

Personas que constituye el principal apoyo para el paciente:

Su marido e hijo

Dependencia económica: Su esposo

Condiciones del hogar: casa propia la cual cuenta con todos los servicios.

a.- Mantenimiento del aporte de aire suficiente

FC 88x' **T/A** 130/90 **FR** 28x'

Temperatura 36°

b- Mantenimiento de un aporte de agua suficiente

Consume agua de garrafón entre 300 a 500 ml al día.

Toma café

Consume refresco de cola.

c.- Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente

Peso: 72.700 **talla:** 1.67 **IMC:** **Niveles de Glucosa:**

Mala alimentación en calidad, con mal apego a la dieta para hipertensos, la mayoría de las veces solo desayuna café con pan dulce, no consume frutas solo pocas verduras, rara vez, a aumentado considerablemente su peso.

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

Evacua solamente una vez por las mañanas, con dificultad, presenta estreñimiento y sin ninguna dificultad para la micción.

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

No realiza ejercicio, por que realiza demasiado que hacer se justifica.

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

Se siente preocupada por el futuro de su hijo.

Su familia es lo más importante y no la descuidan, mantienen muy buenas relaciones de comunicación.

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

Se encuentra tranquila y orientada, no realiza ejercicio, mala dieta para hipertensos.

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.

Su mayor anhelo es ver a su hijo concluir su licenciatura y ejercerla, sus relaciones familiares son buenas tienen mucha comunicación sobre sus vidas personales.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

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

Etapas de desarrollo

Adulto

Rol (es) Mujer, Casada, Madre, Se dedica al hogar.

Salud sexual:

Historia Gineco- obstétrica:

Tiene un hijo varón

Menarca 14 años

Ivs 28 años

Menopausia 57 años

Gesta 1

Cesárea 1

Requisitos de desviación de la salud

Se le diagnostica hipertensión arterial hace aproximadamente 6 años, la cual controla con captopril vía oral de 25 mg una por las mañanas y una por las noches.

6.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

DIAGNÓSTICO I.

Dominio 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés.

Clase 2: Respuestas de afrontamiento.

Requisito de autocuidado: Mantenimiento del equilibrio entre soledad y la interacción social.

Diagnóstico: 00148 Temor, relacionado con falta de familiaridad con la experiencia o experiencias ambientales, manifestado con informes de intranquilidad

Indicadores

Busca información para reducir el miedo

Planea situaciones para superar las situaciones

Mantener a	Aumentar a
3	5
3	5

Agencia de autocuidado: Agente de Autocuidado Terapéutico / Agente de Autocuidado.

Demanda de autocuidado: Parcialmente Compensatorio

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio

Intervención

Apoyo emocional 5270

Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias

Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.

Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

Fundamento Científico

El tener conocimiento sobre la enfermedad reduce la angustia y fomenta la tranquilidad, además de favorecer el auto cuidado y la identificación de riesgos. El paciente puede afrontar mejor la tensión asociada a la Hipertensión Arterial, dichas fuentes pueden proporcionar información específica para mejorar su estilo de vida y erradicar el temor.

DIAGNOSTICO 2.

Dominio 2: Nutrición

Clase 1: Ingestión

Requisito de autocuidado: Mantenimiento de un aporte de alimentos suficientes

Diagnóstico: 00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades, relacionado con factores económicos, manifestado por falta de alimentos, falta de información e informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas.

Plan de intervención

1008 Estado Nutricional, ingesta alimentaria y de líquidos

Indicadores

100801 Ingesta alimentaria oral

100803 Ingesta hídrica oral

Mantener a	Aumentar a
3	5
2	5

Agencia de Autocuidado: Agente de Autocuidado Terapéutico / Agente de Autocuidado

Demanda de Autocuidado: Parcialmente Compensatorio

Sistema de Enfermería: Apoyo Educativo

Intervención

5246 Asesoramiento Nutricional

- ❖ Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto
- ❖ Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente
- ❖ Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética.
- ❖ Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente.
- ❖ Revisar con el paciente la medición de ingesta y eliminación de líquidos, valores de hemoglobina, lecturas de presión sanguínea o ganancias o pérdidas de peso si procede.

Fundamento Científico

El tener conocimiento de los nutrientes que son fuente de energía, constituyen los tejidos y regulan el proceso metabólico, el establecer las necesidades calóricas del cliente puede ayudar a asegurar que la dieta proporcione el aporte óptimo de calorías y nutrientes es importante, la distribución uniforme de las los nutrientes totales a lo largo del día ayuda a proporcionar una fuente de energía necesaria para satisfacer las necesidades óptimas para el cuerpo.

DIAGNÓSTICO 3.

Dominio 3: Eliminación e Intercambio

Clase 2: Función Gastrointestinal

Requisito de Autocuidado: Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente

Diagnóstico: 00011 Estreñimiento relacionado con actividad física, manifestado con eliminación de heces duras secas y formadas y esfuerzo con la defecación.

Plan de Intervención

1608 Control del Síntoma

Indicadores

160802 Reconoce la persistencia del síntoma

160804 Reconoce la frecuencia del síntoma

Mantener a	Aumentar a
2	5
2	5

Agencia de Autocuidado: Agente de Autocuidado Terapéutico/ Agente de Autocuidado

Demanda de Autocuidado: Parcialmente Compensatorio

Sistema de Enfermería: Apoyo educativo

Intervención

Manejo de la Nutrición 1100

- ❖ Determinar las preferencias de comidas del paciente.
- ❖ Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.
- ❖ Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.
- ❖ Realizar una selección de comidas.
- ❖ Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente según cada caso.

Fundamento Científico

El tener malos hábitos alimenticios encamina a tener una vida poco saludable, en la que con el paso del tiempo las complicaciones pueden ser agravantes como suele ser el caso del estreñimiento el cual con el paso del tiempo lleva a problemas de hemorroides las cuales son molestas y se pueden complicar, es de suma importancia el tener una buena alimentación que comprenda los alimentos de la pirámide nutricional la cuales contienen los requerimientos esenciales para tener una buena digestión, así se puede prevenir problemas de estreñimiento y el sistema digestivo se regula ayudando a una buena digestión y excreción, cabe mencionar que el tener un buen metabolismo se puede complementar con una rutina de ejercicio diariamente 30 minutos.

DIAGNOSTICO 4.

Dominio 4: Actividad / Reposo

Clase 2: Actividad / Ejercicio

Requisito de Autocuidado: Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo.

Diagnóstico: 00088 Deterioro de la ambulación, relacionado con obesidad, manifestado por deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas.

Plan de Intervención

0200 Deambulación Caminata

Indicadores

020001 Soporta el peso

020004 Camina a paso moderado

	Mantener a	Aumentar a
020001 Soporta el peso	3	5
020004 Camina a paso moderado	3	5

Agencia de Autocuidado: Agente de Autocuidado Terapéutico / Agente de Autocuidado

Demanda de Autocuidado: Parcialmente Compensatorio

Sistema de Enfermería: Apoyo Educativo

Intervención

0200 Fomento del Ejercicio

- Valorar las ideas del paciente sobre el efecto del ejercicio físico en la salud.

- Informar al paciente acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
- Instruir al paciente en los ejercicios del precalentamiento y relajación adecuadas.
- Preparar al paciente en técnicas para evitar lesiones durante el ejercicio.
- Ayudar al paciente a desarrollar un programa de ejercicios adecuados a sus necesidades.

Fundamento Científico

El ejercicio es extremadamente fuente importante para mejorar los estilos de vida saludables, el tener una rutina de ejercicio diariamente combinada con una dieta saludable estimula las articulaciones y reduce los niveles de grasa en sangre mejora la circulación sanguínea además que previene la obesidad y las enfermedades que consigo trae.

DIAGNOSTICO 5.

Dominio 4: Actividad / Reposo

Clase 2: Actividad / Ejercicio

Requisito de Autocuidado: Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo.

Diagnóstico: 00097 Déficit de actividades recreativas relacionada con entorno desprovisto de actividades recreativas, manifestado por afirmaciones del paciente de que se aburre (ejemplo; tiene algo que hacer).

Plan de intervención

1601 Participación en actividades de ocio

Indicadores

160401 Participación en actividades diferentes al trabajo habitual.

160403 Uso de habilidades sociales y de interacción apropiadas.

Mantener a	Aumentar a
2	5
2	5

Agencia de Autocuidado: Agente de Autocuidado Terapéutico / Agente de Autocuidado

Demanda de Autocuidado: Parcialmente Compensatorio.

Sistema de Enfermería: Apoyo Educativa.

Intervención

Potenciación de la autoestima 5400

- Animar al paciente a identificar sus virtudes.
- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
- Animar al paciente a evaluar su propia conducta.
- Facilitar un ambiente y actividades que aumenten su autoestima.
- Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente, si procede.
- Ayudar al paciente a examinar las percepciones negativas que tiene de si mismo.
- Explorar las razones de la autocrítica o culpa.
- Ayudar al paciente a identificar la importancia de su cultura, religión, raza, genero, edad en su autoestima y los niveles de autoestima en el tiempo.
- Comprobar la frecuencia de las manifestaciones negativas sobre si mismo.
- Observar los niveles de autoestima si procede.

Fundamento Científico

Las tareas compatibles con la concentración y los intereses de la persona pueden aumentar el contacto con la realidad, favorece las relaciones con los demás y aumenta la autoestima. Las actividades informales favorecen el bienestar más que las actividades organizadas. Las actividades en solitario ejercen poco efecto sobre la satisfacción vital

DIAGNOSTICO 6.

Dominio 4: Actividad / Reposo

Clase 4 : Respuesta cardiovascular / pulmonar

Requisito de Autocuidado: Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo.

Diagnostico: 00092 Intolerancia a la actividad relacionado con sedentarismo, manifestado por presión arterial anormal en respuesta a la actividad.

Plan de intervención

0005 Tolerancias de la actividad

Indicadores

000513 Realización de las actividades de la vida diaria referidas

Mantener a	Aumentar a
3	5

Agencia de Autocuidado: Agente de Autocuidado Terapéutico / Agente de Autocuidado

Demanda de Autocuidado : Parcialmente compensatorio.

Sistema de Enfermería: Apoyo Educativo

Intervención

Manejo de Energía 0180

- Determinar las limitaciones físicas del paciente.
- Determinar la percepción de la causa de la fatiga por parte del paciente.
- Favorecer la expresión verbal de los sentimientos acerca de las limitaciones.
- Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.
- Facilitar la alternancia de periodos de reposo y actividad.
- Planificar las actividades para los periodos en los que el paciente tiene más energía.
- Enseñar al paciente y seres queridos a establecer metas.
- Evaluar el aumento programado de los niveles de actividades.

Fundamento Científico

El tener un estilo de vida saludable conlleva a una vida larga y sin tantas complicación de salud, el llevar una rutina diaria de ejercicio una dieta equilibrada de acuerdo a sus necesidades calóricas proporciona un equilibrio arterial, peso estable una aporte energético optimo para realizar actividades rutinarias, además el ejercicio evita posibles complicaciones articulares y el realizar ejercicio motiva, estimula y eleva el autoestima; lo contrario el sedentarismo atrofia las articulaciones y atrae enfermedades cardiovasculares, obesidad.

DIAGNOSTICO 7.

Domino 11: Seguridad / Protección

Clase 1: Infección

Requisito de Autocuidado: Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreción.

Diagnóstico: 00004 Riesgo de Infección relacionado con malnutrición, manifestado por falta de una dieta apropiada en aporte de nutrimentos benéficos para su estado de salud.

Plan de Intervención

1902 Control del Riesgo

190203 Supervisa los factores de riesgo de la conducta personal.

190208 Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo.

190216 Reconoce cambios en el estado de salud

Mantener a	Aumentar a
2	5
1	5
2	5

Agencia de Autocuidado: Agente de Autocuidado Terapéutico / Agente de Autocuidado

Demanda de Autocuidado: Parcialmente Compensatorio

Sistema de Enfermería: Apoyo Educativo

Intervención

1100 Manejo de la Nutrición

- ✓ Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente.
- ✓ Realizar una selección de comidas.
- ✓ Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente según el caso.
- ✓ Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.
- ✓

Fundamento Científico

En la actualidad el riesgo de contraer enfermedades cardiovasculares va aumentando gradualmente debido a los estilos de vida que estamos llevando, el sobre peso es una de los principales desencadenantes para contraer dichas patologías, por tanto es de suma importancia tener un adiestramiento en la preparación del plato saludable de acuerdo a las necesidades económicas que cada persona tenga.

DIAGNOSTICO 8

Dominio 4: Actividad / Reposo

Clase 2: Actividad / ejercicio

Requisito de Autocuidado: Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo

Diagnóstico: 00085 Deterioro de la movilidad física, relacionado con malnutrición, conocimientos deficientes sobre el valor de la actividad física, sedentarismo, manifestada con disminución del tiempo de reacción.

Plan de Intervención

Nivel de Movilidad 0208

Indicadores	Mantener a	Aumentar a
020803 Movilidad Muscular	1	5
020806 Deambulaci3n Camina	1	5

Agencia de Autocuidado: Agente de Autocuidado Terap3utico / Agente de Autocuidado

Demanda de Autocuidado: Parcialmente Compensatorio

Sistema de Enfermer3a: Apoyo Educativo

Intervenci3n

5612 Enseñanza: Actividad / Ejercicio prescrito

- ✓ Informar al paciente del prop3sito y los beneficios de la actividad/ ejercicio prescrito.
- ✓ Enseñar al paciente a realizar la actividad / ejercicio prescrito.
- ✓ Informar al paciente acerca de las actividades apropiadas en funci3n del estado f3sico.
- ✓ Observar al paciente mientras realiza la actividad / ejercicio.
- ✓ Ayudar al paciente a alternar correctamente los periodos de descanso y de actividad.

Fundamento Cient3fico

El tener conocimiento de la importancia de tener una vida saludable ayuda a prevenir complicaciones de salud las cuales en la mayor3a de los casos suelen ser agravantes, ya que conducen a enfermedades cardiovasculares, es por eso que mente sano cuerpo sano el tener conocimiento de una vida saludable no lleva a tener una cuerpo saludable el realizar diariamente ejercicio f3sico diariamente m3nimo caminar por lo menos 30 minutos diarios ayudan a prevenir problemas circulatorios,

cardiovasculares, y sobre todo problemas que comprometen el sistema musculoesquelético debido a el deterioro de la movilidad que uno como persona ejerce, es por eso que debemos de tener una rutina diaria para ejercitar, y fortalecer nuestro cuerpo.

DIAGNOSTICO 9

Dominio 2: Nutrición

Clase 5: Hidratación

Requisito de Autocuidado: Mantenimiento de un aporte de agua suficiente

Diagnóstico: 00027 Déficit de Volumen de líquidos, relacionado con fracaso de los mecanismos reguladores, manifestados por aumento de la frecuencia del pulso, sequedad de la piel, cambio en el estado mental.

Plan de Intervención

0601 Equilibrio Hídrico

Indicadores

060101 Presión Arterial.

0606109 Peso corporal estable.

Mantener a	Aumentar a
1	5
1	5

Agencia de Autocuidado: Agente de Autocuidado Terapéutico / Agente de Autocuidado.

Demanda de Autocuidado: Parcialmente Compensatorio

Sistema de Enfermería: Parcialmente compensatorio.

Intervención

Vigilancia 6650

- Determinar los riesgos de salud del paciente.

- Obtener información sobre la conducta y las rutinas normales.
- Observar la capacidad del paciente para realizar las actividades de autocuidado.
- Establecer la prioridad de las acciones en función del estado del paciente.

Fundamento Científico: Una buena hidratación ayuda a mantener una piel bien hidratada. El consumo diario de un mínimo de 1.5 litros de agua ayuda a prevenir problemas de deshidratación una piel bien hidratada es mas resistente a problemas de úlceras.

DIAGNOSTICO 10.

Dominio 1: Promoción de la Salud.

Clase 2: Gestión de la salud.

Requisito de Autocuidado: Mantenimiento ineficaz de la salud relacionado con afrontamiento familiar ineficaz, manifestado con falta de expresión de interés por mejorar las conductas de salud.

Diagnostico 0099 Mantenimiento ineficaz de la salud relacionado con afrontamiento familiar ineficaz, manifestado con falta de expresión de interés por mejorar las conductas de salud.

Plan de intervención

1602 Conducta de Fomento de la Salud.

Indicadores

160202 Busca equilibrio entre ejercicio, trabajo, ocio, descanso y nutrición.

160206 Conserva relaciones sociales satisfactorias.

160209 Utiliza recursos físicos y económicos para fomentar la salud

160210 Utiliza el apoyo social para fomentar la salud.

Mantener a	Aumentar a
3	5
3	5
2	5
2	5

Agencia de Autocuidado: Agente de Autocuidado Terapéutico / Agente de Autocuidado.

Demanda de Autocuidado: Parcialmente Compensatorio

Sistema de Enfermería: Parcialmente compensatorio.

Intervención

5230 Aumentar el afrontamiento

- Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal si está indicado.
- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Fundamento Científico

El participar en actividades recreativas adecuadas a su edad y situación de cada persona ayudan a aumentar el autoestima, ya que el tener contacto con el exterior mejora la forma de ver la vida y la comunicación con sus familiares resulta ser muy benéfica tanto para sus familiares como para ella misma ya que el tener una buena comunicación es la forma de expresar sentimientos en relación a su enfermedad y los familiares se pueden involucrar de tal forma que su estado mejore.

6.3 Plan de Intervención

Valorar la capacidad y disposición del paciente para comprender y retener la información.

Se valoran factores causales.

Valorara la percepción del paciente sobre la hipertensión

Valorar los factores causales; creencias personales, falta de conocimientos, falta de personal de apoyo.

Se le proporciona información y conocimientos adecuados sobre su padecimiento actual.

Enseñar al paciente y familiares sobre conductas saludables.

Se incluye a familiares en el cuidado de la salud del paciente.

Valorar la percepción del paciente sobre creencias sobre su enfermedad y el concepto que tiene sobre la misma.

Se le proporciona información sobre las consecuencias para la salud de determinadas conductas

Establecer una relación terapéutica que facilite la expresión y abordaje para la modificación de hábitos.

Se le explica a la paciente y familiares que es la H.T.A, las cifras normales, las posibles complicaciones y los síntomas.

Se instruye a la paciente las medidas higiénico- dietéticas para el adecuado control de la enfermedad: nutricionales, estrés y obesidad.

Instruir al paciente y a su familia sobre la hipertensión, factores que contribuyan al aumento de la T/A, identificación de los cuales se pueden evitar y el efecto de la T/A elevada sobre el corazón, los riñones y el cerebro.

Se le explicara la importancia que tiene el tener un manejo adecuado de su tratamiento farmacológico, dietético, haciendo énfasis en las restricciones sobre sodio, calorías de acuerdo a las indicaciones médicas.

Se le enseñara a la paciente sobre su tratamiento farmacológico, que identifique perfectamente nombre, indicación, dosis y conocimiento sobre los efectos adversos que le pueden producir las fármacos que consuma.

Se orienta y enseña al paciente sobre rutinas de ejercicio que puede realizar sin dañar su salud, los cuales se le informa son de suma importancia para mejorar su estado de salud.

Se fomenta el ejercicio físico activo de forma progresiva.

Se le hace hincapié a la paciente sobre la importancia del control de peso y el beneficio de perder kilos de manera controlada.

Se le brinda información para corregir o reforzar las conductas alimentarias.

Se le adiestra en la preparación de su dieta calculando las necesidades calóricas y reducir la ingesta de sal y exceso de grasa.

Se le proporcionan dietas a la paciente bajas en sodio y calorías, y se adaptan de acuerdo a su condición económica en la cual se encuentre proporcionándole raciones favorables de alimento con los nutrientes apropiados para su estado de salud.

6.4 EJECUCIÓN

(10- Febrero- 2012)

Se orienta y ayuda al paciente a expresar sentimientos y tener seguridad al darlos a conocer a sus familiares, para así mismo se sienta cómoda consigo misma y erradique un poco su temor por algo que todavía no existe. Se realizaron 2 sesiones con material didáctico sobre el proceso de la enfermedad, la paciente mostro interés por conocer más acerca de su padecimiento y mencionaba que el conocer de su padecimiento la hacía sentirse más segura y el comprender el porqué de muchas situaciones por las que pasaba. Deja claro que valora mucho más la vida y le pide a Dios saber llevar su enfermedad y expresarse ante dudas que se le presenten así buscar ayuda y no precipitarse o hacer conjeturas sobre situaciones inciertas.

Se le dio a conocer los problemas los problemas que puede tener el dejar o descuidar su tratamiento farmacológico y las complicaciones serias que este puede traer, por otra parte se estuvo comprobando que el usuario tomara su medicamento verificando siempre los cinco correctos que este implica.

(24- Febrero – 2012)

Se orienta a la paciente sobre su alimentación que debe de consumir, mediante pláticas e ilustraciones de folletos y libros durante tres días consecutivos, conjuntamente realizamos un .listado de alimentos que puede consumir, para así mismo tenerlo como recordatorio en un lugar visible. También se orientó sobre las posibles complicaciones que tiene acerca de su obesidad, para que esta información le fuera más interesante nos apoyamos de revistas y videos las cuales demostraban la magnitud de complicaciones que contrae el tener un problema de peso. Se le sugiere y explica la importancia que tiene el realizar ejercicio durante mínimo 30 minutos diarios.

(03 – Marzo – 2012)

Se le orienta a la Señora Hortensia sobre los beneficios que tiene el realizar ejercicio, por medio de pláticas y prácticas de ejercicio se enseña a la paciente sobre una programa de ejercicios que incluya movilidad articular, actividades de aerobics, caminar mínimo durante 30 minutos diarios, de todas estas actividades que se le mostraron ilustrativamente se le sugiere tener una rutina diaria durante toda la semana, esto le ayudara a mejor su estado físico, ayudando a disminuir su obesidad al igual a mejorar su estado de salud.

(10 – Marzo – 2012)

Durante esta sesión la cual fue necesario realizar sesiones de alimentación, en las cuales se diseñó un platillo de acuerdo a sus necesidades económicas el cual se modificó teniendo en cuanto tuviera mínimo 4 de los 6 grupos alimenticios, esto con la finalidad de mejorar su condiciones en relación a eliminación y excreción, también se le sugiere a la paciente restringir un poco alimentos con sal y carnes rojas, para que le fuera más atractivo a la paciente se le proporcionaron dos colaciones 2 horas después de haber realizado una comida, estas sesiones que constaron de ilustrar a la paciente le ayudaron a diseñarlo y adaptarlo a su nivel socioeconómico lo cual le resulto agradable y se mostró cooperativa y menciona que gracias a esta platica ilustrativa su estado de salud mejorara al igual que su estado de ánimo.

(31 – Marzo – 2012)

Se le orienta a la paciente sobre los beneficios que tiene el ingerir agua diariamente mínimo 2 litros al día para evitar complicaciones de salud, comenzó ingiriendo pocas cantidades de agua, gracias a la sesión de ejercicios que se le enseñaron se dio cuenta que se cuerpo le exigía más agua durante las últimas dos semanas a lo cual se dio cuenta que su estado de salud era cada mes mejor debido a los beneficios que tiene el realizar ejercicio y combinarlos con una buena alimentación y agua por lo menos 2 litros durante todo el día.

Por otra parte comenta la paciente que se encuentra muy agradecida con las sesiones que le he proporcionado y los beneficios que tiene en su estado de salud actual y expresa que a su familia ya no le brinda refresco y los invita a tener rutina de ejercicio y tomar agua.

En cuanto a las mucosas se observaron y se mantuvieron bien hidratada gracias al consumo de líquido y rutina de ejercicio, todo esto se logró gracias al quipo se realizó entre la enfermera, paciente y familia, cada semana durante se revisaba al paciente sobre una posible complicación a lo cual la respuesta fue negativa.

(06 – Abril – 2012)

Durante estas últimas sesiones trabajando con la usuaria se le hacían varias preguntas y propuestas para realizar actividades, con la finalidad de mejorar su estado de ánimo, gracias a las actividades de ejercicio que realizaba se pudieron erradicar horas de ocio así mismo se le proporcionaron actividades recreativas para mejorar aún más su autoestima esto le yudo considerablemente ya que mostraba interés por aprender manualidades e involucraba a su familia sobre ideas que tenía para realizar dicha actividad, con esto la relación enfermera - paciente fue satisfactoria debido que se ayudó e impulso considerablemente a que la paciente creyera en ella y se valorara, así como tuviera la confianza de expresar sus sentimiento y saber llevar su enfermedad sin dañar su núcleo familiar.

6.5 EVALUACIÓN

(10- Marzo – 2012)

El objetivo que plante con la paciente sobre tener más relaciones sociales y expresar sentimientos fue favorable ya que la paciente muestra deseos de salir adelante con su familia al mismo tiempo que este muy pendiente de su patología y de conocer más sobre la misma, menciona que valora más la vida y sobre todo a su familia y si propia vida ya que cuida su alimentación y vigila su enfermedad.

(24 – Marzo – 2012)

La señora Hortensia se comprometió a modificar sus hábitos alimenticios, después de las sesiones e que se le proporcionaron, tomo conciencia acepto modificar su alimentación y continuo con el listado que se le realizo sobre los alimentos permitidos para llevar un buen estado de salud, menciona que le resulta un poco complicado tener una buena dieta baja en carbohidratos y la disminución del refresco de cola que consumía, comenta que la ingesta de líquidos todavía no toma los 2 litros requeridos pero que se apoya de una botella de 1.5 ml la cual llena y es la meta que se fija durante el día la cual le resulta más fácil, porque la consume sin problema alguno.

(03 – Abril- 2012)

La orientación que se le proporciono a la señora durante la ejecución fue benéfica, debido a que ya realiza actividades físicas para mejorar su salud, camina de 25 a 30 minutos diarios, las horas de ocio las utiliza para hacer alguna creatividad, se le nota con una mejor actitud consigo, familiares y sociedad. Su estado de salud es estable su niveles de presión arterial son de 120 / 80 y su obesidad no se conseguido que baje de peso, solo se encuentra en el mismo peso, pero su hábitos alimenticios son más saludables.

(10 – Abril- 2012)

El objetivo planteado se logra satisfactoriamente debido a que la paciente si modifico su hábitos alimenticios, a lo cual refiere la señora Hortensia que en ocasiones su cuestión económica no le permite comer en grandes cantidades frutas y verduras pero las incluye en pocas cantidades y comenta que esto le a ayudado satisfactoriamente para mejorar su sistema digestivo su eliminación y excreción mejoraron a tal grado que ya no presenta problemas de estreñimiento.

(01 – Mayo – 2012)

Gracias a las orientaciones que se le proporcionaron a la señora Hortensia el objetivo se está logrando satisfactoriamente, ya que al inicio de desarrollar las estrategias para que ingiriera más líquidos no cercioramos que solo ingería de 300 a 500 ml de agua al día, actualmente comenta la paciente que ingiere al día 1.5 ml diarios de agua.

(15 – Mayo – 2012)

El objetivo se continua cumpliendo porque la usuaria muestra favorables relaciones con los demás y aumenta su autoestima al realizar actividades recreativas como son, manualidades, sale al parque con su familia y realiza todas las tardes de 25 a 30 minutos diario de trote o camina, comenta que ya no tiene horas de ocio ya que trata de suplirlas por actividades ya sea en el hogar o fuera de casa, esto le a ayudado satisfactoriamente para elevar su autoestima y sentirse bien consigo misma y su familia.

VII CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El Proceso Atención de Enfermería es un instrumento indispensable para brindar atención integral a los pacientes, ya sea hospitalizados o no, en cualquier nivel de atención, el haber realizado el proceso atención de enfermería con una paciente de hipertensión arterial es de gran ayuda para ampliar mis conocimientos en el área de salud sobre todo promoverlo en primer nivel de salud, proporcionando conductas generadoras de salud a la población.

El Proceso de Atención de Enfermería permite brindar una atención integral, tomando en cuenta las dimensiones física, psicológica, social, cultural y espiritual del individuo.

La información y orientación en cada una de las etapas del PAE permite al usuario llegar a una independencia y a la enfermera desarrollar conocimientos, habilidades, destrezas y cambios de actitud.

En el presente caso clínico se proporcionó atención en los tres niveles, previniendo complicaciones, tratando y controlando el padecimiento y rehabilitando a la paciente promoviendo su propio cuidado. Se trabajó conjuntamente con Hortensia de 60 años de edad y su familia, desde que se le comento que si quería participar en el PAE.

Se desarrollaron las etapas brindando cuidados individuales e integrales para colaborar al control de su enfermedad y mejorar su calidad de vida mediante la promoción del auto cuidado.

Los resultados obtenidos fueron satisfactorios, ya que se han controlado hasta la fecha sus cifras de presión arterial, sus hábitos alimenticios los cuales eran muy desordenados fueron modificados los cuales se ven reflejados en su peso, al igual que su estado de ánimo el cual era apático actualmente convive más y participa en actividades que le cubren las horas de ocio que permanecía si realizar nada, cabe mencionar que gracias a las pláticas e ilustraciones que le proporcione durante las sesiones por medio de folletos, pláticas entre otras cosas la señora Hortensia

menciona que conoció más acerca del padecimiento que padece así como la manera de controlarlo y prevenir complicaciones para su salud.

Al final de todo el trabajo que como equipo realizamos expreso su agradecimiento por toda la información que le brinde así como los cuidados y beneficios recibidos durante este proceso, ya que los resultados trajeron una mejora en su salud y calidad de vida. Cabe mencionar que la comunicación fue un factor importante entre enfermera – paciente para facilitar el Proceso Atención Enfermería

SUGERENCIAS

El Proceso Enfermero es un método sistemático donde se pone en práctica los conocimientos teóricos que se han obtenido durante la carrera, a fin de dar una mejor atención al individuo sano, enfermo, a la familia o a la comunidad, este método permite al personal de enfermera prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Dar seguimiento en las instituciones de salud a los pacientes hipertensos, dar vigilancia epidemiológica ya que en la actualidad es un padecimiento cuya incidencia va en aumento y ocupa los primeros lugares como causa de mortalidad general.

Cabe mencionar que es de suma importancia llevar a cabo PAE para darnos cuenta de la problematización que existe sobre las enfermedades crónico degenerativas las cuales entre ellas se encuentra la hipertensión arterial la cual se le da poca importancia y al elaborar Proceso Atención de Enfermería nos permite tratar, controlar y prevenir complicaciones en el paciente. También es una buena opción de trabajo para obtener el título profesional.

VIII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez, B. (2002). Proceso Enfermero. Guadalajara, Jal, México: Ediciones Cuellar. Pag 19
2. Romero, Mario. (2000) Revista Desarrollo Científico de Enfermería. Volumen 8 (6). Pag 173
3. Raile, M. Marriner, A. (2011). Modelos y Teorías en Enfermería Elsevier España. S.L. Barcelona : España
4. Kozier, B.,Erb, G., Blais, K., Wilkinson, J,M. (1999). Fundamentos de Enfermería, 5° Edicion, Vol. 1. Megraw – Hill Interamericana. Pag 52
5. Kozier, B.,Erb, G., Blais, K., Wilkinson, J,M. (1999). Fundamentos de Enfermería, 5° Edicion, Vol. 1. Megraw – Hill Interamericana. Pag 94
6. Kozier, B.,Erb, G., Blais, K., Wilkinson, J,M. (1999). Fundamentos de Enfermería, 5° Edicion, Vol. 1. Megraw – Hill Interamericana. Pag 108
7. Kozier, B.,Erb, G., Blais, K., Wilkinson, J,M. (1999). Fundamentos de Enfermería, 5° Edicion, Vol. 1. Megraw – Hill Interamericana. Pag 91
8. Rodríguez, B. (2002). Proceso Enfermero. Guadalajara, Jal, México: Ediciones Cuellar. Pag 29
9. Romero, Mario. (2000) Revista Desarrollo Científico de Enfermería. Volumen 8 (6). Pag 173.
10. Kozier, B.,Erb, G., Blais, K., Wilkinson, J,M. (1999). Fundamentos de Enfermería, 5° Edición, Vol. 1. Megraw – Hill Interamericana. Pag 91- 114.
11. Guadalajara J, (2006). Cardiología, 6° Edición, México Df. Pag. 677 - 715
12. McCloskey J., Bulechek, G. (2000). Clasificación de Intervenciones de enfermería. 3° Edicion, Harcourt. Pag 155.

13. [www. Wikipedia.com/Dorothea Orem](http://www.Wikipedia.com/Dorothea Orem).

14. Microsoft ® Encarta ® 2009. © 1993-2008 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

IX BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez, B. (2002). Proceso Enfermero. Guadalajara, Jal, México: Ediciones Cuellar. Pag 19
2. Romero, Mario. (2000) Revista Desarrollo Científico de Enfermería. Volumen 8 (6). Pag 173
3. Raile, M. Marriner, A. (2011). Modelos y Teorías en Enfermería Elsevier España. S.L. Barcelona : España
4. Kozier, B.,Erb, G., Blais, K., Wilkinson, J,M. (1999). Fundamentos de Enfermería, 5° Edicion, Vol. 1. Megraw – Hill Interamericana. Pag 52
5. Kozier, B.,Erb, G., Blais, K., Wilkinson, J,M. (1999). Fundamentos de Enfermería, 5° Edicion, Vol. 1. Megraw – Hill Interamericana. Pag 94
6. Kozier, B.,Erb, G., Blais, K., Wilkinson, J,M. (1999). Fundamentos de Enfermería, 5° Edicion, Vol. 1. Megraw – Hill Interamericana. Pag 108
7. Kozier, B.,Erb, G., Blais, K., Wilkinson, J,M. (1999). Fundamentos de Enfermería, 5° Edicion, Vol. 1. Megraw – Hill Interamericana. Pag 91
8. Rodríguez, B. (2002). Proceso Enfermero. Guadalajara, Jal, México: Ediciones Cuellar. Pag 29
9. Romero, Mario. (2000) Revista Desarrollo Científico de Enfermería. Volumen 8 (6). Pag 173.
10. Kozier, B.,Erb, G., Blais, K., Wilkinson, J,M. (1999). Fundamentos de Enfermería, 5° Edicion, Vol. 1. Megraw – Hill Interamericana. Pag 91- 114.
11. Microsoft ® Encarta ® 2009. © 1993-2008 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

X GLOSARIO DE TÉRMINOS

Diagnóstico: Determinación de la naturaleza de una enfermedad. El diagnóstico debe combinar una adecuada historia clínica (antecedentes personales y familiares, y enfermedad actual), un examen físico completo y exploraciones complementarias (pruebas de laboratorio y de diagnóstico por imagen).

Enfermedad: Cualquier estado donde haya un deterioro de la salud del organismo humano.

Enfermería: En general, se trata de la asistencia y cuidados de otro individuo. De modo más específico, la enfermería se refiere a los cuidados del enfermo y al trabajo relacionado con la prevención y la salud pública. Esto abarca las funciones y los deberes a cargo de quienes han recibido formación y preparación en el arte y ciencia de la enfermería, por lo general en la ayuda a los médicos, dentistas y otros profesionales sanitarios.¹⁴

Hipertensión: Tensión arterial alta. Frecuentemente se trata de una hipertensión esencial, primaria o idiopática, cuando la etiología es desconocida.

Menarca: Aparición de la primera menstruación.

Morbilidad: Proporción de individuos de una población que padece una enfermedad en particular. Puede depender o no de la densidad de los individuos en la población.

Mortalidad: Tasa de muertes producidas en una población durante un tiempo dado, en general o por una causa determinada.

OMS: Organización Mundial de la Salud

Síntoma: Fenómeno revelador de una enfermedad.

XI ANEXOS

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA DE CELAYA

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

GUÍA DE VALORACIÓN

(DOROTHEA ELLIZABETH OREM)

1. FACTORES CONDICIONANTES BASICOS

a) Descriptivos de la persona

Fecha: 28/12/11 Nombre : HVA Sexo : Masc. ()

Fem (x) Edad: 60 Religión: católica

Edo Civil: casada Escolaridad: secundaria terminada

Lugar de Residencia: Paricuario, Municipio de Juárez Domicilio actual (calle, número, colonia):

centro conocido

Características de la vivienda:

Renta _____ Propia x Otro _____

Material de Construcción:

Adobe _____ Ladrillo x Otros _____

Cuenta con los servicios básicos de vivienda:

Agua Potable x Luz eléctrica x

Drenaje x Pavimentación x

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios Básicos:

Alumbrado Público (x) Recolección de Basura (x)

Drenaje y Alcantarillado (x)

Rol que ocupa en la familia:

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

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

Como percibe la relación con la familia:

Buena (x) Regular () Mala ()

Nivel de Educación:

Analfabeta () Primaria () Secundaria (x)

Bachillerato () Licenciatura () Otros _____

Ocupación: Al hogar Horario : _____

Antecedentes Laborales _____

Ingresos Económico Familiar:

Menos de 1 S. m. () 1 - 2 S. m (X) mas 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 () Culturales () Deportivas ()

Religiosas () Otras Ninguna _____

¿Qué hace usted para cuidar su salud? tomar mis medicamentos en horarios indicados _____

c) Estado de Sistema de Salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno () Regular (X) Deficiente ()

¿A qué servicio de salud acude usted regularmente?

IMSS (X) ISSSTE () SALUBRIDAD ()

Particular () Otros _____

Diagnostico Medico: Hipertensión arterial _____

Estado de Salud Grave () Delicado () Estable (X)

Valorar la existencia de recursos dispensables 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

II REQUISITOS DE AUTO CUIDADO UNIVERSALES

a) Mantenimiento del aporte suficiente de aire

Frecuencia Respiratoria: 28 x' Llenado Capilar: 2
segundos

Cianosis: _____

Si () No (X) Especifique: _____

Tabaquismo:

Si () No (X)

Especifique: _____

¿Cocina con leña?

Si (X) No () Cuanto tiempo? _____

Alergias:

Si () No (X)

Especifique: _____

Tipo de respiración:

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

Otros. _____

Nariz:

Desviación de tabique () pólipos () Secreciones ()

Dolor () Edema () Otros: Ninguno

Torax:

Tonel () En Quilla () En Embudo ()

Otros: Ninguno

Ruidos Respiratorios:

Normales (X) Estertores () Sibilancias () Murmullo Vesicular ()

Padece alguna enfermedad pulmonar: _____

Si () No (X) Especifique: _____

Cardiovascular:

T/A: 130/90 FC: 88 Soplos () Arritmias ()

Otras alteraciones: Ninguna

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta Disnea:

Si () No (X)

Apoyo Ventilatorio: _____

b) Mantenimiento de aporte de agua suficiente:

Valore datos de Deshidratación:

Mucosa oral: Seca: () Hidratada: (X)

Piel: Seca:(X) Escamosa: Norma ()

Turgencia: Normal () Escasa ()

¿Qué cantidad de agua ingiere usted al día?

3000 – 500 ml (X) 500- 1000 ml ()

1500 – 2000 ml () > a 2000 ml ()

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: 1600 ml

Aporte de líquidos parenterales:

Especifique: _____

c) Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos:

Peso: 72.700 Talla: 1.67 IMC: _____ Cintura: 82

Ha observado variaciones en el peso:

Si (X) No ()

Perdida () Ganancia (X)

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

Dentadura:

Completa () Faltan piezas (X)

Prótesis fija () Prótesis extraíble ()

Especifique: Molares y un Canino

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: No

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 Nasoyeyunal () Vía oral (X)

Gastroclisis () Nutrición Parenteral ()

Que tan frecuente usted come:

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

Alimento/frecuencia	1	2	3	4
Leche		X		
Deriv. De la leche			X	
Carne	X			
Cerelaes			X	
Verduras			X	
Frutas			X	
Huevos		X		
Pescado				X
Pastas y Harinas			X	

¿Con que guisa los alimentos?

Aceite (X) Manteca () Otros: _____

¿Cómo es su dieta habitual?

Sin restricciones (X) Diabética () Hiposodica ()

Hipoproteica () Hiperprotéica () Otros: _____

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

Grupo de evacuación intestinal

Presencia de:

Estoma intestinal: Colostomia () Ileostomia ()

Hemorroides () Pólipo rectal () Rectorragia ()

Otros: _____ Ninguno

Alteraciones al evacuar:

Tenesmo () Pujo () Cólico ()

Otros: _____ Ninguno

Apoyo para la eliminación intestinal:

Movilización () Medicación () Higiene ()

Otros: _____

Evacuación intestinal:

Espontanea () Estreñimiento (X)

Diarrea () Otros _____

Características de las eses fecales:

Café (X) Acolia () Melena () Otros _____

Consistencia de las eses fecales:

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

Dura (X)

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 perspiración:

Cambio en los patrones normales de sudoración

Disminuida () Ausente () Aumentada ()

Condición o circunstancia

Temperatura corporal: 36° C Dolor () Alt. Emocionales ()

Temperatura ambiental: _____ Otros. _____

Grupo menstruación:

Menarca: 13 años Días del ciclo menstrual : 4 días

Tipo, cantidad y características del flujo : Rojo fuerte y abundante

Presenta algún problema durante su menstruación:

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

e) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

REPOSO

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

< 6 Hr () 6 – 8 Hr (X) 8 – 10 () >10 Hr ()

¿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 cuando?

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

Presencia de :

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

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

Sonambulismo () Terrores nocturnos ()

Factores que interrumpan su descanso y sueño: _____

¿Acostumbra a tomar siestas?

Si (X) No ()

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?

Si () No (X) Especifique: medicamento, clonazepan _____

ACTIVIDAD

Sistema Musculo Esquelético:

Presencia en articulaciones de:

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

Contracturas () Especifique: _____

Tratamiento: _____

¿Alguna actividad física le produce dolor?

Si () No () Especifique: No realiza _____

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si () No (X) Cual: _____

Frecuencia/ Duración: _____

f) Mantenimiento del equilibrio entre 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 ()

Tumoraciones () Lesiones ()

Sistema Ocular:

Presenta problemas visuales.

Si () No (X) Especifique: _____

Utiliza lentes: Si () No (X)

Armazón () Contacto () Tiempo: _____

Presencia de alteraciones oculares:

Si () No (X) Especifique: _____

¿Con quienes convive diariamente?

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

¿Cómo considera sus relaciones con las personas con las 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 () Apatía ()

Dificultad para la comunicación () Otros: Ninguno_____

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

Sistema Neurológico:

Estado de conciencia:

Consiente (X) Inconsciente () Sopor ()

Estupor () Confusión () Coma ()

Glaslow:_____

Problemas con:

Concentración () Razonamiento () Especificar _____

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

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

Antecedentes heredo familiares patológicos:

Si (X) No () Especifique: Madre fallecida por cáncer cervicouterino_____

Toxicomanías:

Si () No (X) Especifique:_____

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?

Si () No () Especifique._____

h) Funcionamiento humano y grupos sociales

¿Se acepta en su aspecto físico?

Si (X) No () 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 ()

Depresiones () Ansiedad () Vergüenza () Temor (X)

Desesperanza y negatividad ()

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

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

Cólera ()

III REQUISITOS DE AUTO CUIDADO DE DESARROLLO

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

1. Etapas del ciclo vital.

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

Niñez Si () No (X) Especifique_____

Edad escolar Si () No (X) Especifique_____

Adolescente SI () No (X) Especifique _____

Adulto Joven Si () No (X) Especifique _____

Edad fértil SI () No (X) Especifique_____

Adulto maduro SI () No (X) Especifique_____

2. Salud Sexual

Sistema Reproductor:

Ha recibido educación sexual

Si () No (X) Especifique _____

Cuál es su orientación sexual _____

Con que frecuencia tiene actividad sexual _____ una vez cada dos
semanas _____

Está 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: _____

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 () Frecuencia: _____

¿Presenta problemas de erección?

Si () No () Tratamiento: _____

¿Presenta problemas de eyaculación precoz?

Si () No () Tratamiento: _____

Mujer:

Menarca: 14 años Días del ciclo menstrual: 4
días _____

Tipo, cantidad y características del flujo: rojo fuerte y
abundante _____

Presenta algún problema durante su menstruación:

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

Embarazos 1 Partos _____ Cesárea 1 Abortos _____ Óbitos _____
Partos Prematuros _____

Embarazos de alto riesgo _____ Periodo Inter genésico _____

Menopausia 57 Fecha de ultimo Papanicolaou _____

Presencia de flujo/ hemorragia transvaginal _____ Características

¿Existe alteración del crecimiento físico?

Si () No (X) Especifique: _____

IV. REQUISITOS DE DESVIACION DE LA SALUD

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

4 – 6 meses () 6 – 12 meses () > 12 meses (X)

No se realiza ()

Especifique: _____

¿Sabe usted de que está enfermo?

Si (X) No ()

¿Qué conoce acerca de su enfermedad? _____

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

Si () No (X)

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

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación?

Si () No (X) Especifique: _____

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

Ambientales () Familiares () Personales ()

Especifique: NO

XII . APENDICES

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

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

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

PLE _____ doy mi consentimiento para colaborar en el trabajo académico solicitado.

Acepto participar

PLE

Morelia, Mich. a _____ de _____ 2011

