



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE
SAN NICOLAS DE HIDALGO**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**“Proceso de enfermería con el referente teórico de
Dorothea Elizabeth Orem, aplicado a una persona con
Hipertensión arterial”**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN ENFERMERIA

PRESENTA

AMAURI DANIEL RUIZ PÉREZ

ASESORA: NORA MADRIGAL SALGUERO

CO-ASESOR: DOCTORA MARIA DE JESÚS RUIZ RECÉNDIZ

CO-ASESOR: DOCTOR IGNACIO LÓPEZ VILLASEÑOR

Morelia, Michoacán. Octubre 2015



DIRECTIVOS

ME. Ana Celia Anguiano Morán

Directora de la Facultad

MSP. Julio César González Cabrera

Secretario Académica

ME. Bárbara Mónica Lemus Loeza

Secretaria Administrativo.

MESA DE SINODALES

Presidente

L.E. Nora Madrigal Salguero

Vocal 1

Dra. Ma. De Jesús Ruiz Recéndiz

Vocal 2

Dr. Ignacio López Villaseñor

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios todo poderoso por darme fuerzas y salud porque gracias a Él he llegado a cumplir una de mis metas, por estar siempre conmigo en los mejores y peores momentos de mi vida.

Gracias a mi padre Abelardo Manuel Ruiz Martínez y mi madre Elizabeth Pérez Alfaro por darme su apoyo cada día, sus consejos, por ser mi sostén y por el gran amor constante que me brindan y por su gran sacrificio.

Gracias a mis hermanos Araceli Ruíz Pérez, Abelardo Ruíz Pérez y Oscar Ruíz Pérez por darme muchos ánimos y apoyarme en mi carrera.

Gracias a mi novia Yuri Moreno Santiz por su comprensión, consejos, Y paciencia, me daba ánimos para que le pusiera más empeño a este trabajo.

A la LE. Nora Madrigal Salguero, por haber aceptado ser mi asesora, por su apoyo, comprensión y porque gracias a ella pude terminar este Proceso de Enfermería, por su amistad, por sus conocimientos y asesoría que me brindo cada momento.

A mis amigos y demás personas que me han apoyado en algún momento haciendo mejor mí caminar por esta vida.

INDICE

INTRODUCCIÓN	8
I. JUSTIFICACION.....	10
II. OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo general.....	12
2.2 Objetivos específicos.....	12
III. METODOLOGIA.....	12
IV. MARCO TEORICO.....	14
4.1 Antecedentes Proceso de enfermería.....	14
4.1.1 Etapa de valoración	16
4.1.2 Fase de diagnóstico:	23
4.1.3 Etapa de Planeación:	29
4.1.4 Fase de Ejecución:	33
4.1.5 Fase de evaluación	35
4.1.6 Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem.....	37
4.1.7 HISTORIA NATURAL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL	44
V. CASO CLÍNICO	52
5.1 Valoración con el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem	54
5.1.1 Factores condicionantes básicos.....	54
5.1.2 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES.....	54
5.1.3 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO:	56
5.1.4 REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD.....	56
VI. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	57
VII. CONCLUSIONES	75
VIII. SUGERENCIAS	76
IX. BIBLIOGRAFIAS	77
X. GLOSARIO DE TERMINOS	79
XI. ANEXOS	82
XII. APENDICE	101

RESUMEN

La hipertensión es generalmente una afección sin síntomas en la que la elevación anormal de la presión dentro de las arterias aumenta el riesgo de trastornos como el ictus, la ruptura de un aneurisma, una insuficiencia cardiaca, un infarto de miocardio y lesiones de riñón.

La palabra hipertensión se refiere a un cuadro de presión arterial elevada. Se la llama "el asesino silencioso" porque generalmente, no causa síntomas durante muchos años (hasta que lesiona algún órgano vital).

Si la presión sube por encima del límite normal -que se podría cifrar en 140-90 en los adultos- se produce lo que denominamos hipertensión arterial.

Se trata de una enfermedad muy común, notando que en la medida que aumenta la edad aumenta la predisposición a padecerla. Se observa además que las mujeres después de los 50 años registran valores de presión arterial con respecto a los hombres.

Es fundamental cambiar esta realidad trabajando como agentes multiplicadores de salud, dando charlas en la comunidad del colegio, secundario Padre Respuela, tendiente a apuntar a la toma de conciencia por parte de la población.

Pensamos que la educación es una herramienta fundamental, junto al trabajo de médicos, generalistas, cardiólogos, enfermeros y técnicos, para llevar a cabo este proyecto.

PALABRAS CLAVES: Hipertensión Arterial, infarto al miocardio, insuficiencia cardiaca, proceso enfermero.

ABSTRACT

Hypertension is generally a symptomless condition in which abnormally high pressure in the arteries increases the risk of conditions such as stroke, aneurysm rupture, heart failure, myocardial infarction and kidney injuries.

The word hypertension refers to high blood pressure box. It is called the "silent murderer " because it usually causes no symptoms for many years (until he injured a vital organ).

If the pressure rises above the normal limit, which could encrypt at 140/90 in adults occurs what we call high blood pressure.

This is a very common disease, noting that as age increases increases predisposed. It is further noted that women after age 50 blood pressure values recorded with respect to men.

It is essential to change this reality working as multipliers health, giving talks in the school community, Father Respuela side, tending to target awareness by the population.

We believe that education is a fundamental tool, alongside the work of physicians, general practitioners, cardiologists, nurses and technicians to carry out this project.

KEYWORDS: Arterial hypertension, myocardial infarction, heart failure, high blood pressure numbers. High 140/90 mm hg. Normal 120/80 mm hg, nursing process.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica no transmisible que ha continuado con un crecimiento muy importante en los últimos años en la población joven. Por ello, enfermería debe participar activamente en las acciones que ayuden a prevenir las complicaciones ocasionadas por esta enfermedad. Una manera de hacerlo es mediante la aplicación de la metodología de enfermería o proceso enfermero o de enfermería.

El Proceso de Enfermería es un método sistemático y organizado para proporcionar los cuidados de enfermería individualizados, centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o de riesgo (Rosales, 2002).

Este método es considerado una valiosa herramienta en el desempeño del profesional de enfermería, que permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. La enfermería como profesión prestadora de servicios de salud es sensible a las demandas de calidad por parte del usuario, aunque debe involucrarse en la parte de calidad en relación con la restricción de costos convirtiendo el proceso de enfermería en un instrumento para que la enfermera evalúe constantemente la calidad del cuidado, fomentar la innovación y creatividad a la hora de solucionar los problemas de atención de enfermería (Rosales, 2002).

El trabajo que se presenta a continuación es sobre una persona con hipertensión arterial clínicamente diagnosticada en donde se aplican los cinco pasos del proceso enfermero tomando como referencia a la teórica Dorothea E. Orem.

Este trabajo está conformado por capítulos. El capítulo I presenta los elementos que justifican la realización de este proceso. En el capítulo II se muestran los objetivos del trabajo efectuado. El capítulo III contiene los elementos relativos a la metodología empleada en el proceso de enfermería. En el capítulo IV se desarrolla el marco teórico, el cual contiene los antecedentes del proceso enfermero, la Proceso de enfermería con el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem aplicado a una persona con hipertensión arterial

historia de la teoría de Dorothea E. Orem, los antecedentes de la hipertensión arterial, el caso clínico de la paciente, y los cinco pasos del proceso de enfermería desarrollados utilizando las taxonomías NANDA-NOC-NIC.

Los capítulos V y VI contienen la aplicación del proceso de enfermería mediante la valoración con base en el referente teórico de Orem, los diagnósticos de enfermería, criterios de resultado, intervenciones y evaluación. Se presenta la identificación de necesidades reales, de riesgo y de salud así como el establecimiento de planes de cuidados para actuar y orientar a la usuaria en todas sus dimensiones que ayudaron a controlar y tener más conocimiento de la enfermedad.

EL capítulo VII contiene las conclusiones derivadas de los resultados obtenidos, en tanto que el capítulo VIII presenta las sugerencias. Las referencias bibliográficas se ubican en el capítulo IX, el glosario de términos en el capítulo X y los anexos en el capítulo XI.

I. JUSTIFICACION

La hipertensión arterial es una afección sin síntomas en la que la elevación anormal de la presión dentro de las arterias aumenta el riesgo de trastornos como ictus, ruptura de aneurisma, insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio y lesiones del riñón.

La hipertensión arterial afecta aproximadamente a 1.000 millones de personas en el mundo y se ha convertido en la enfermedad crónica más frecuente (OMS, 2011).

Así mismo, gran número de personas desconoce que padece esta enfermedad, lo cual es preocupante, puesto que si se controla a tiempo pueden evitarse consecuencias graves (OMS, 2011).

En este sentido, los especialistas afirman que entre más alta sea la presión arterial, mayor será la probabilidad de sufrir un infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca y enfermedad renal (OMS, 2011).

Por otro lado, la OMS alertó que para 2015, podrían morir 20 millones de personas por enfermedad cardiovascular, por infarto y ataque cerebrovascular.

Internacionalmente se dispone de datos de la enfermedad de acuerdo al origen étnico, que muestran que afectan a más de 50 millones de personas, ya que el 38% de los adultos afroamericanos sufren hipertensión, en comparación con el 29% de blancos, Las consecuencias de la hipertensión arterial, son más graves en las personas de etnia negra (Merck, 2001).

De acuerdo a cifras a nivel nacional se estima que solamente se diagnostica este trastorno en dos de cada tres individuos que lo padece y solo alrededor del 75% recibe tratamiento farmacológico, y este es adecuado únicamente en el 45% de los casos (Merck, 2001).

La importancia de la aplicación del proceso enfermero en el paciente con hipertensión arterial permite tener un mejor control y atención más organizada ya que es el indicador más significativo de la calidad del cuidado, así como prevenir y controlar la sintomatología del padecimiento para fomentar los cuidados de estas personas.

De igual manera ayuda a mejorar la actuación del profesional de salud y su capacidad para actuar, proporcionando cuidados eficaces y eficientes de acuerdo con los deseos y necesidades del individuo, para mejorar su estilo de vida.

El proceso de enfermería, por tanto, permite que exista mayor control sobre la orientación e información de acuerdo a su enfermedad, sobre buenos hábitos alimenticios, de nutrición y ejercicio físico.

Por esto, el proceso de enfermería requiere el empleo de modelos de cuidado de enfermería en problema de salud que requieren una atención continua por parte del equipo de salud y un conocimiento y compromiso hacia el autocuidado por parte del paciente (Chávez, 2011).

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Aplicar a una persona con hipertensión arterial el proceso de enfermería con el referente teórico de Dorothea Orem.

2.2 Objetivos específicos

1. Aplicar la guía de valoración con base en el referente teórico de Dorothea Orem a la persona con hipertensión arterial.
2. Identificar los diagnósticos de enfermería en la persona con hipertensión arterial con base en los datos obtenidos en la etapa de valoración del proceso de enfermería.
3. Planificar las intervenciones y acciones de enfermería con base en los diagnósticos identificados utilizando las taxonomías NOC y NIC.
4. Implementar las intervenciones y acciones de enfermería con base en la priorización de los requisitos de autocuidado y la planeación realizada.
5. Evaluar los resultados obtenidos con las intervenciones y acciones de enfermería implementadas.

III. METODOLOGIA

Para la realización del proceso de enfermería se identificó a una persona con el padecimiento de hipertensión arterial a fin de aplicar la metodología. Al mismo tiempo se realizó la investigación documental sobre las estadísticas de morbi-mortalidad de hipertensión arterial en el adulto mayor a nivel mundial, nacional, estatal y local. Para realizar el marco teórico del proceso de enfermería de acuerdo a la teoría de Dorothea E. Orem y de hipertensión arterial, se efectuó una búsqueda de artículos en revistas científicas indexadas consultando buscadores como scielo, cochrane y google académico, realizando la selección de los artículos mediante lectura crítica.

Se solicitó la firma del consentimiento informado a la persona, donde se establece que ella está de acuerdo en participar en la realización de un plan de cuidados con

base en la metodología del proceso de enfermería. Para la obtención de información de cada una de las etapas del proceso de enfermería se implementaron las siguientes técnicas: para la valoración se utilizó un instrumento basado en el referente teórico de Dorothea Orem, mediante entrevista directa; se identificaron los diagnósticos de enfermería de acuerdo a la taxonomía II de la North Americana Nursing Diagnosis Association (NANDA por sus siglas en inglés); posteriormente de acuerdo a la identificación de los requisitos de autocuidado alterados en los diagnósticos, se realizó la planeación mediante un plan de intervenciones y acciones de enfermería con base a la taxonomía Nursing Intervention Classification (NIC por sus siglas en inglés) seleccionando las acciones de acuerdo a los recursos de la persona; en la etapa de ejecución se implementó el plan mediante acciones de enfermería; y posteriormente en la etapa de evaluación se determinó el progreso obtenido por la persona en las intervenciones y acciones realizadas.

Para finalizar, se elaboraron las conclusiones y sugerencias del proceso de enfermería.

IV. MARCO TEORICO

4.1 Antecedentes Proceso de enfermería

Definición. Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos. También es definido como el método mediante el cual se aplica este marco a la práctica de enfermería. Es un enfoque deliberativo de resolución de problemas que requieren capacidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a satisfacer las necesidades del sistema cliente-familia (Hernández, 2003).

Antecedentes

El proceso de enfermería ha evolucionado hacia un proceso de 5 fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. Hall en 1955 lo describió como un proceso distinto. Jhonson, Orlando y Wiedenbach desarrollaron un proceso de tres fases diferentes (valoración, planeación y ejecución); en 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto, en él se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los 70 Blach, Roy, Mundinger y Jauron y Aspinall añadieron la fase diagnóstico, dando lugar al proceso de cinco fases (Genellys, 2008).

Desde entonces, el proceso de enfermería ha sido legitimizado como el marco de la práctica de enfermería. La American Nurses Association (ANA por sus siglas en inglés) utilizó el proceso de enfermería como directriz para el desarrollo de las normas de la práctica de enfermería. El proceso de enfermería se ha incorporado en el marco conceptual de mayoría de los planes de estudios de enfermería. También se ha incluido en la definición de enfermería de la mayoría de las leyes de práctica de enfermería. Más recientemente, los exámenes estatales de licenciatura fueron revisados para comprobar la capacidad de los aspirantes a licenciados en enfermería de utilizar los pasos del proceso de enfermería (Hernandez, 2003). Para la ANA el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión; favoreciendo el desarrollo de la Enfermería como

disciplina científica e incrementando la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad.

Así, en muchos países la aplicación del proceso es un requisito para el ejercicio de la enfermería profesional; en el nuestro, cada día requiere mayor relevancia en la formación de enfermeras (os) y en su aplicación durante la práctica; sin embargo todavía falta camino por recorrer en este terreno, el cual resulta desconocido para muchas enfermeras (os) aun en nuestro días (Genellys, 2008).

Características

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

Es sistemático: por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación) (Hearthher, 2009).

Tiene una finalidad: se dirige a un objetivo (Herdman, 2009).

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

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

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

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

Proceso de enfermería con el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem aplicado a una persona con hipertensión arterial

Es interactivo: por requerir de la interrelación humanística con el (los) usuarios (as) para acordar y lograr objetivos comunes (Genellys, 2008).

Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería (Hernández, 1991).

4.1.1 Etapa de valoración

Es la primera etapa del proceso de enfermería que nos permite estimar el de salud del usuario, y comunidad. Con la valoración se reúnen todas las piezas necesarias del rompecabezas (Heather, 2009). Pudiéndose definir como el proceso organizando y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente.

Durante esta etapa, se reúnen datos procedentes de diferentes fuentes. Estas fuentes se clasifican como primarias o secundarias: la fuente primaria es la información obtenida directamente del paciente; las fuentes secundarias son todas las demás que no sean el propio paciente. Están en aquellas situaciones en las que el cliente no puede participar o cuando es necesaria mayor información para aclarar o validar datos proporcionados por el usuario. Entre las fuentes secundarias se encuentran los familiares o seres queridos del paciente, documentos o registro (Hernández, 1991).

Requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente:

- Las convicciones del profesional: Conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud y la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos profesionales: Deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.

- **Habilidades:** En la valoración se adquiere con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- **Comunicarse de forma eficaz:** Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- **Observar sistemáticamente:** Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- **Diferenciar entre los signos e inferencia y confirmar las impresiones:** Un signo es un hecho que uno percibe a través de usos de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos, las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiere un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de enfermería (Hernández, 1991).

Características de la recogida de datos

La sistematización a seguir puede basarse en distintos criterios: criterios de valoración siguiendo un orden de “cabeza a los pies”: este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies dejando para el final la espalda (Marriner, 2003).

Criterios de valoración por sistema corporal o aparatos: se valora el aspecto general y las constantes vitales y a continuación cada sistema o aparato comenzando por las zonas más afectadas, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención. Criterios de valoración por “patrones funcionales de salud”: permite la recogida de datos, los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación del riesgo con respecto al estado al estado de salud (Marriner, 2003).

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde se buscan datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente, factores contribuyentes en los problemas de salud. En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta: conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc.) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones); habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas); convicciones (ideas, análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente), determinando de la continuidad del plan de cuidado establecido, obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente. En la recogida de datos se necesita capacidad creadora, sentido común y flexibilidad (Marriner, 2003).

Tipos de datos a recoger

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud. Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades (Marriner, 2003).

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

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

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

Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual (Marriner, 2003).

Método para obtener datos:

a) Entrevista clínica. Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos. Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal.

La entrevista formal: consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados. La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, ésta son: obtener información específica y necesarias para el diagnóstico enfermero y la planeación de los cuidados, facilitar la relación enfermera/paciente, permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos y también, ayuda a la enfermera (o) a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración (Hernández, 1991)

La entrevista consta de tres partes: iniciación, cuerpo y cierre. La iniciación comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.

El cuerpo. La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otra área como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente (Hernández, 1991).

Cierre. Es la fase final de la entrevista no se debe introducir temas nuevos, es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación (Hernández, 1991).

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos: un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican. Ámbito de la entrevista, es de una habilidad técnica. La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los Proceso de enfermería con el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem aplicado a una persona con hipertensión arterial

ruidos audibles si no también, la imagen global que ofrece el centro sanitario. Estas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos (Marriner, 2003).

Técnicas para la recogida de datos:

Técnicas verbales: el interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos; la reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información, las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista (Marriner, 2003).

Técnicas no verbales: facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales: expresiones faciales, la forma de estar y la posición corporal, los gestos, el contacto físico y la forma de hablar. Para finalizar la entrevista las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, concreción, y respeto (Heather, 2009-2011).

b) La observación:

Es una habilidad de alto nivel que debe desarrollarse desde la formación académica, a través de todos los sentidos (vista, oído, tacto, olfato, y gusto). Esta herramienta se puede utilizar desde el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de la recolección de datos por la observación, que continúa a través de la relación enfermera-paciente. Es el segundo método básico de valoración de información tanto del Paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina (Hernández, 1991).

c) La exploración física:

Proceso de enfermería con el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem aplicado a una persona con hipertensión arterial

La actividad final de la recolección de datos es el Examen Físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo. La exploración física se centra en: determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirma los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación (Hearther, 2009).

Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría) (Hernández, 1991).

Palpación: consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad) (Hearther, 2009).

Percusión: Implica el dar golpes con uno varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonidos: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal de aire y timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara (Heather, 2009).

Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicar solo la oreja sobre la zona a explorar (Hernández, 1991).

Fases de la validación de datos:

Validación de datos. Significa que la formación que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es que se asegura que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones. Se considera datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso talla, etc. Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyan o se contrapongan a los primeros (Hernández, 1991).

Organización de los datos:

En esta etapa se trata de agrupar la información, de forma que ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas o por patrones funcionales etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organiza mediante categoría de información, para establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc (Marriner, 2003).

Los componentes de la valoración del paciente que se han seleccionado son los datos de identificación, datos culturales y socioeconómicos, historia de salud (diagnósticos médicos, problema de salud, resultados de pruebas diagnósticos y los tratamientos prescritos), valoración física y patrones funcionales de salud (Marriner, 2003).

La valoración mediante patrones funcionales (funcionamiento) se realiza en términos mensurables y no abstractos (necesidades), en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración, aunque no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades; antes al contrario, se complementan (Hernández, 1991).

Para la documentación y registro de la valoración se consideran los siguientes aspectos:

- a) Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- b) Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- c) Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, “normal,” “regular”, etc.
- d) Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, etc.
- e) La anotación debe ser clara y concisa
- f) Se escribirá de forma legible y con tinta imborrable. Trazar línea sobre los errores.
- g) Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de común (Hearther, 2009).

4.1.2 Fase de diagnóstico:

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una función intelectual compleja, al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como de los recursos existentes de la intervención de enfermería con el objetivo de resolverlo o disminuirlo. En ella se va exponer clínico y de formulario para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico (Hearther, 2009).

Lo que se requiere para formular diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes es haber realizado la valoración. También es preciso conocer las categorías diagnósticas de la NANDA y la estructura que debe tener los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes de acuerdo a sus características (Heather, 2009).

Las funciones de enfermería tiene tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la

enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación: la dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluyendo aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito; la dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaborando las enfermeras y otros profesionales de la salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativos o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo; dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los diagnósticos de enfermería. (D.E.) (Heather, 2009).

Los pasos de esta fase son:

1. Identificación de problema: análisis de los datos significativos, bien sean datos o la educación de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis; síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.
2. Formulacion de problemas. diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes (Heather, 2009).

Diferencia entre un diagnóstico de enfermería y un problema interdependiente.

Ambos son juicios clínicos, el diagnóstico enfermero se centra en la respuestas humanas, que es el campo de acción específico de la enfermería, en donde la enfermera tiene autoridad para la predicción, prevención y tratamiento en forma independiente; en cambio en problema interdependiente se centra en las respuestas fisiopatológicas, en donde el médico es el principal responsable, la

enfermera y el resto de los integrantes del equipo sanitario colabora en la predicción, prevención y tratamiento (Genellys, 2008).

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

1. Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
2. Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
3. Características definitorias: cada diagnósticos tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
4. Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo (Heather, 2009).

Tipos de diagnósticos:

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

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

Factores relacionados. El enunciado debe descriptivo de la definición del diagnóstico y las características que lo definen. El término "real" no forma parte del enunciado en un diagnóstico de enfermería real. Costa de tres partes, formatos PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) +

Proceso de enfermería con el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem aplicado a una persona con hipertensión arterial

signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el diagnóstico (Heather, 2009).

Diagnóstico posible: Son enunciando que describe un problema sospechado para el que se necesita datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (p) + etiología/factores contribuyentes (E) (Heather, 2009).

Diagnóstico de salud o bienestar: Es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor. No contiene factores relacionados (Joaquin, 2008)

Existe un quinto tipo de diagnóstico, el diagnóstico de síndrome que comprende un grupo de diagnósticos de enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los diagnósticos de enfermería de síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica (Heather, 2009)

Clasificación de los problemas interdependiente

Los problemas interdependientes se clasifican en reales y de riesgo. Cuando el problema se hace evidente a través de sus signos y síntomas, se trata de un problema interdependiente real, y si existe factores de riesgo pero aún no hay manifestaciones clínicas, entonces se trata de un problema interdependiente de riesgo. Hay que tener presente que los problemas interdependientes se refieren a respuesta fisiopatológicas y que deben redactarse con terminología médica (Heather, 2009).

Estructuración de los diagnósticos enfermeros:

Para redactar un diagnóstico enfermero, el primer paso es utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la

NANDA previamente identificado por el profesional de enfermería durante el razonamiento diagnóstico (Heather, 2008).

Diagnóstico real: se aconseja un formato en tres partes: problema + factores relacionados y datos objetivos y subjetivo. El problema es la respuesta humana, los factores relacionados son las causas del problema (etiología), cuyo origen puede obedecer a trastornos fisiológicos, socioculturales, ambientales o espirituales y los datos objetivos o subjetivos. El problema se une a los factores relacionados con las palabras RELACIONADO CON, y estos se unen con las características definitoria mediante las palabras MANIFESTADO POR (Heather, 2009).

Diagnóstico de riesgo: se emplean únicamente dos partes: problemas + factores de riesgo, ya que no existe datos objetivos y subjetivos (características definitorias). Los factores de riesgo son aquellos que predisponen a un individuo, familia y comunidad a un acontecimiento nocivo (Heather, 2009).

Diagnósticos de salud: estos únicamente lleven un solo elemento que es el nombre correspondiente a la respuesta humana, a la cual se le anteponen las palabras potencial de aumento de o potencial de mejora. De igual forma que los diagnósticos enfermeros de riesgo, los diagnósticos de salud son escasos en el listado de categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A, a pesar de ellos la mayoría de las etiquetas diagnósticas se pueden formular como tal, si se emplean las palabras antes mencionadas (Heather, 2009).

A la hora de escribir un diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices, tales como unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando “relacionado con” mejor que “debido a” o “causado por”. No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa. Igualmente la primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de enfermería (Heather, 2009).

Diferencia entre un diagnóstico de enfermería y un diagnóstico médico

Diagnóstico de Enfermería

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

Diagnóstico Médico

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

4.1.3 Etapa de Planeación:

Una vez se ha concluido la valoración e identificando las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamientos enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas (Hernández, 1991).

Etapas en el Plan de Cuidados

1. Establecer prioridades en los cuidados. Seleccionar todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad, raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados (Marriner, 2003).

Elaboración de la actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponde a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realiza para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes. Enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde que hacerlo y quién ha de hacerlo (Marrner, 2003).

Documentación y registro para la Planeación

Determinación de prioridades:

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aún más la relación terapéutica. Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ellos y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otros. En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potencial sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad (Marriner, 2003).

Actuaciones de Enfermería:

Son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ellos se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema. El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones de enfermería, encaminadas a conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares, como se explicó anteriormente (Marriner, 2003).

Del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería se desprende la responsabilidad del tratamiento tanto de los diagnósticos enfermeros como de las complicaciones fisiológicas, y para ellos el modelo establece dos tipos de Proceso de enfermería con el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem aplicado a una persona con hipertensión arterial

prescripciones: enfermería y médica. Las prescripciones de enfermería son aquellas en que la enfermera puede prescribir independiente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción. Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros (Marriner, 2003).

Las prescripciones médicas son actuaciones prescritas por el médico, representa tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja. La enfermera/o toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios. En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la cantidad y la calificación de los distintos estamentos que van a intervenir con nosotros; también influyen los recursos financieros (Marriner, 2003).

Tipos de actividades de enfermería

- **Dependientes:** Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha llevar a cabo una actuación médica
- **Interdependientes:** Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otro miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, etc.
- **Independiente:** Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica, son actividades que no requieren la orden previa de un médico (Marriner, 2003).

Con base en lo señalado en NIC, las actividades o acciones específicas que realizan las enfermeras para llevar a cabo una intervención y que ayudan al paciente/ cliente a avanzar hacia el resultado deseado. Las actividades de enfermería se traducen en una acción concreta. Para poner en práctica una

intervención se requiere una serie de actividades. Las intervenciones, incluyen tratamiento y prevención de aspectos fisiológicos y psicosocial (Johnson, 2006).

Documentación en el plan de cuidado de Enfermería:

La última etapa del plan de cuidado es el registro de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería, se obtienen mediante una documentación. El plan de cuidados de enfermería, “es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se espera, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ellos”.

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante: los cuidados individualizados, la continuidad de los cuidados, la comunicación, y la evaluación. Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados (Marriner, 2003).

Partes que componen los planes de cuidados:

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales: diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes, criterios de resultados, intervenciones y acciones, evaluación (informe de evolución) (Marriner, 1994).

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

- Individualizado: Permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidado y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.
- Estandarizado: Un plan de cuidados estandarizados es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los

problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.

- Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del Paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería (Marriner, 1994).
- Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto (Hernández, 2003).

4.1.4 Fase de Ejecución:

La fase de ejecución es la cuarta etapa del proceso enfermero, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborados y está enfocado al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras: continuar con la recogida y valoración de datos; realizar las actividades de enfermería; anotar los cuidados de enfermería existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas; dar los informes verbales de enfermería y mantener el plan de cuidados actualizado (Marriner, 1994).

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al Paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realiza todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnóstico enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada, de las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas (Marriner, 1994).

Pasos de la Ejecución

- La preparación consiste en revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario y que sean compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria haciéndose necesaria la revaloración; analizar y estar seguro de que se tiene los conocimientos y habilidades necesarios para realizar las actividades planeadas, en caso de no ser así, es indispensable solicitar asesoría; tener en mente las complicaciones que puede presentar al ejecutar cada actividad de enfermería; reunir el material y equipo necesario para llevar a cabo cada intervención; crear un ambiente confortable y seguro para el usuario durante la relación de cada actividad; delegar cuidados enfermeros que se apeguen a los cuatro puntos clave de la delegación (Marriner, 2003).

- La intervención inicia en: posterior a la fase de preparación puede llevarse a cabo las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes planeadas, que incluyen: la valoración; la presentación de cuidados para conseguir los objetivos; la educación del usuario, familia y comunidad, y la comunicación en otros miembros del equipo de atención sanitaria. Es fundamental considerar las capacidades físicas, psicológicas y personal del usuario durante la ejecución de las acciones de enfermería, para lograr su participación e independiente (Marriner, 2003).

Como las respuestas humanas y fisiopatológicas son cambiantes, es precisa la revaloración de usuario, familia y comunidad para estar seguros de que las intervenciones de enfermería son las apropiadas. Cada acción de enfermería debe ser el resultado de una valoración y de la aplicación del pensamiento crítico, por consiguiente el termino rutina es inadecuado, cuando se emplea la metodología del proceso enfermero. En cada intervención, el profesional de enfermería es tan responsable de los resultados emocionales, como de los resultados físicos, por lo que es necesario actuar siempre con pleno conocimiento de los principios y razones observando atentamente a la respuesta del usuario y familia (Marriner, 1994).

- La documentación: Es el registro que realiza la enfermera (o) en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del usuario y como requisito indispensable en todas las Instituciones de Salud. Son propósitos de los registros de enfermería: mantener informados a otros profesionales el área de salud sobre datos de valoración de usuario, cuidados proporcionados y las respuestas del usuario/ familia; se basa para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidado; respaldar legalmente las actuaciones de la enfermera (o) y ser para emitir el pago de los servicios prestados (Marriner, 2003)

Existen gran diversidad en los registros de enfermería por obedecer a requisitos particulares de cada unidad de atención para el cuidado de la salud; sin embargo, estos deben reunir ciertas características universales como son: fecha y hora; datos de valoración, intervenciones de enfermería; resultados obtenidos y nombre / firma de la enfermera (o). Asimismo las notas deben ser breves, claras, completas, legibles, relevantes y oportunas (Hernández, 1991).

4.1.5 Fase de evaluación

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

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

Cuando los resultados no son los esperados o simplemente no hay una respuesta satisfactoria, la enfermera (o) debe revisar cada una de las etapas del Proceso, detectar posibles fallas y proceder a corregirlas. Para el desarrollo de esta actividad, la enfermera y el paciente deben determinar el progreso o falta de progreso hacia la realización de sus metas en forma conjunta; identificando obstáculos estrategias. La evaluación es compleja; sin embargo al emplear la Proceso de enfermería con el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem aplicado a una persona con hipertensión arterial

metodología del proceso enfermero se facilita por ser sistemática y continua, ya que brinda una base cognoscitiva para la práctica autónoma de la enfermería y requiere de la interrelación con el usuario y su familia (Marriner, 2003).

El proceso de evaluación consta de dos partes:

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

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

1. Aspecto general y funcionamiento del cuerpo: observación directa, examen físico; examen de la historia clínica.
2. Señales y síntomas específicos: observación directa, entrevista con el paciente, examen de la historia.
3. Conocimientos: entrevista con el paciente, cuestionarios (test).
4. Capacidad psicomotora (habilidades): observación directa durante la realización de la actividad.
5. Estado emocional: observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal emociones; información dada por el resto del personal.
6. Situación espiritual (modelo holístico de la salud): entrevista con el paciente, información dada por el resto del personal (Marriner, 2003).

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio. Las tres posibles conclusiones (resultados esperados), son las siguientes: el paciente ha alcanzado el resultado, el paciente está en Proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades, y el paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir.

En este caso se realiza una revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo (Marriner, 2003).

4.1.6 Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem.

Antecedentes personales

Dorothea Elizabeth Orem, una de las primeras teorías de la enfermería, nació en Baltimore, Maryland, su padre, trabajador de la construcción, era aficionado a la pesca, y su madre, ama de casa a quien le gustaba leer. (Marriner, 2003). Era la menor de dos hermanas, Se educó con las hijas de la caridad de s. Vicente de paúl se graduó en 1930. Dentro de su trayectoria como teorista no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que habían tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica, Inicio su carrera de enfermería en la escuela de enfermería del providente hospital de Washington D. C., donde finalizo su diplomatura a principios de la década de los 30. Su experiencia profesional incluye el ejerció privado, la enfermera hospitalaria y la docencia. Orem fue directora de la escuela de enfermería y del departamento de enfermería del providente hospital (Marriner, 2003).

En 1957 se trasladó a Washington D. C. trabajando como consultora para planes de estudios de la oficina de educación del ministerio de salud, educación y bienestar (HEW) desde 1955 a 1960. Durante esta época comienza a detectar déficit en la formación de las enfermeras sin titulación, en 1959 inició su actividad docente como profesora agregada de formación de enfermería en la Universidad católica de América en 1970 abandono la universidad católica y estableció su primera consultig-form como Orem y shilelds, S.A. en chevy Chase, Maryland. El primer libro de Orem, publicado en 1971, fue Nursing: consepts of practice (Marriner, 1994).

En 1980 recibió en premio de la teoría de enfermería de la asociación de alumnos de la universidad católica de América. También el 1980 se publicó la segunda

edición de nursig: concepts and practice, y en 1985, la tercera. Orem se retiró en 1984, residiendo desde entonces en Savannah, Georgia, donde disfruta leyendo, viajando, realizando tareas de asesoramiento y asistiendo a conferencias de enfermería para exponer su teoría (Rodríguez, 2002).

Orem ha definido el concepto meta paradigmático de cuidado: como un servicio o actividad que se deriva de los conocimientos que poseen los profesionales de la enfermería, es decir, este concepto se deriva de la definición y las proporciones que caracterizan a los conceptos de persona, entorno, salud y enfermería (Marriner, 1994).

Persona. Orem concibe a la persona como una unidad con funciones, biológicas, simbólicas y sociales, y centra su atención en la capacidad de estas para transformar su autocuidado. (Marriner, 1994). Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; si no fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados (Marriner, 2003).

Entorno. En este modelo es entendido como todo aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona (Mcloskey, 2002).

Salud. Es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales, y que se diferencia del concepto de bienestar, y que este es la manifestación de la experiencia vivida por el sujeto, aunque este se encuentre en condiciones o circunstancia que no pueden ser definidas como saludables (Marriner, 1994)

Enfermería. Es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Los cuidados de enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta (Hernández, 2003).

Acción de enfermería, propiedad o atributo complejo de la persona formadas y entrenadas como enfermeras que capacita para conocer y ayudar a los demás a conocer su demanda de autocuidado terapéutico, y para ayudar a los demás a controlar el ejercicio o el desarrollo de su acción de autocuidado o de cuidado dependiente (Hernández, 2003).

Orem define el objetivo de la enfermería como: “Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencia de dicha enfermedad”. Además que la enfermera puede utilizar 5 métodos de ayuda (Hernández, 1991).

Un método de ayuda desde una perspectiva es una seria secuencial de acciones que, si se llevan a cabo resolverá o compensara las limitaciones asociadas a la salud de las personas que se comprometen a realizar acciones para regular su propio funcionamiento de desarrollo, o el de sus dependientes. Las enfermeras utilizan todos los métodos, los seleccionan y los combinan en relación con las necesidades de acción de las personas que reciben tratamiento enfermero y en relación con las limitaciones de acciones asociadas con su estado de salud: actuar o hacer por cuenta de otro, guiar y dirigir, enseñar, ofrecer apoyar físicos o psicológicos y ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal (Johnson, 2006).

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

1. Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
2. Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
3. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.

4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo, las medidas de higiene en las escuelas.
5. Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un Enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar (Johnson, 2006).

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

a) La teoría del autocuidado: Describe y explica el autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia. “El autocuidado es una actividad del individuo aprendida por esta y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparecen en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar” (Hernández, 1991)

Define además tres requisitos de autocuidado: un requisito de enfermería es la expresión de los objetivos que se han de alcanzar, de los resultados que se desea obtener del compromiso deliberado con el autocuidado. Son los medios para llevar a cabo las acciones que constituyen el autocuidado (Hernández, 2003).

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

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

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

Requisitos del autocuidado relativo al desarrollo. Se separan de los requisitos universales en la segunda edición de Nursing: concept and practice. Promueven procedimiento para la vida y para la maduración y previene las circunstancias perjudiciales para esa maduración o mitigan sus efectos. De dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez (Johnson, 2006).

Requisitos del autocuidado de las alteraciones de la salud son las acciones que necesitan ser realizadas en relación con los defectos genéticos y constitucionales, las desviaciones de la estructura y la función humana y sus defectos, así como el diagnóstico médico y el tratamiento prescrito o realizado por el médico. “existen en las personas que están enfermas o lesionadas, y tienen formas específicas de enfermedad, incluyendo defectos y discapacidades, y que están bajo el diagnóstico y el tratamiento médico (Marriner, 1994).

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

b) Teoría del déficit de autocuidado. Describe y explica las razones por las que la enfermería puede ayudar a las personas. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no puede asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la Intervención de la enfermera (Marriner, 1994).

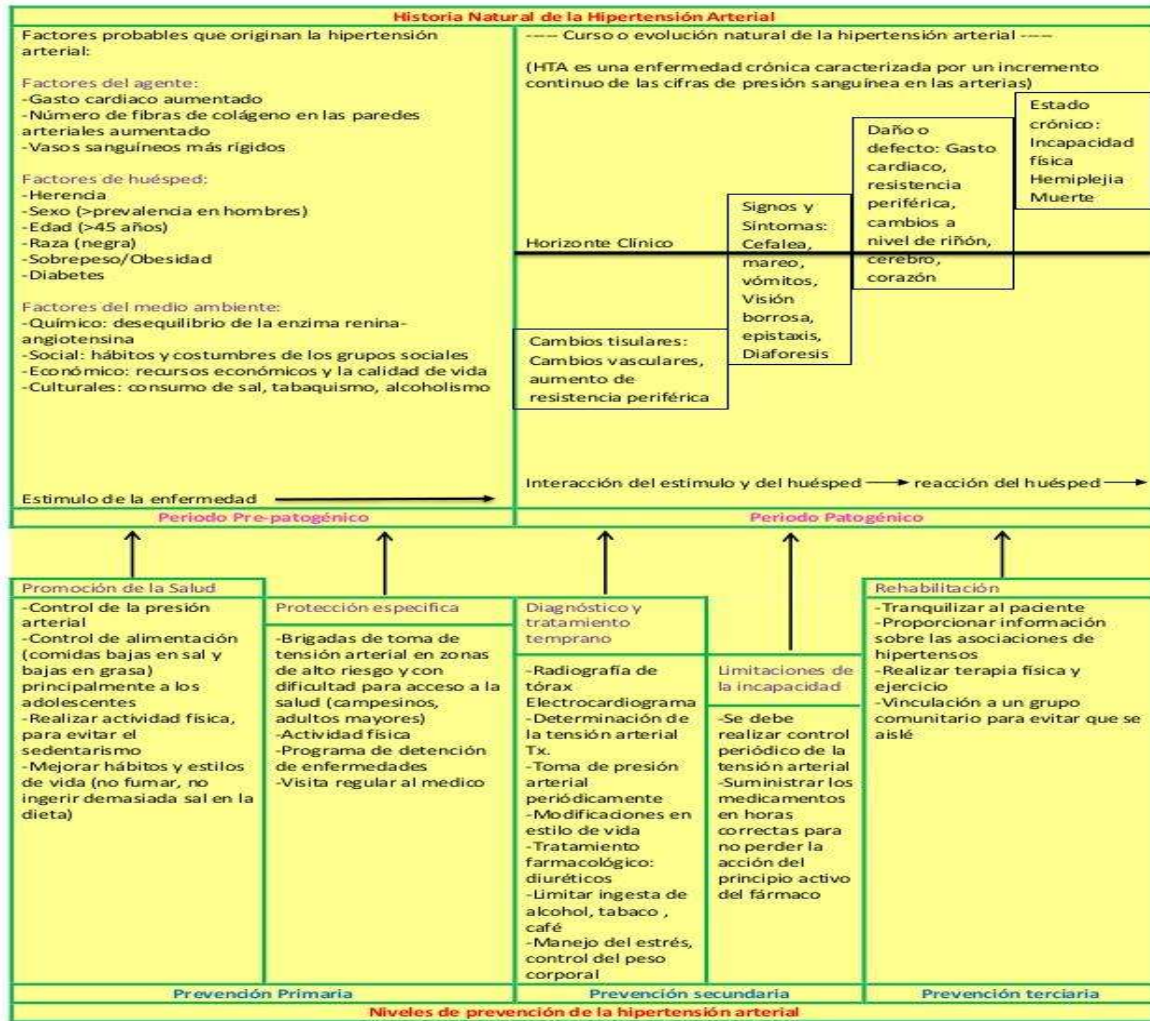
El déficit de autocuidado, una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de las propiedades humanas en la que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción no son operativas o adecuadas para conocer o e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o prevista (Heather, 2009).
Proceso de enfermería con el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem aplicado a una persona con hipertensión arterial

c) **Teoría de los sistemas de enfermería.** Describe y explica las relaciones que es necesario establecer y mantener para que se dé la enfermería. Un sistema de enfermería es algo que se construye a través de las actividades de enfermería y de las relaciones entre las enfermeras y los pacientes. Es un producto que debería ser beneficioso para las personas con categoría de pacientes en las situaciones del ejercicio profesional de la enfermería en las que el marco temporal para la relación se corresponde con el tiempo en el que aparecen los modelos en las que las enfermeras (o) pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas (Marriner, 1994).

Sistemas de Enfermería totalmente compensadora. La enfermera suple al individuo. Son necesarios cuando la enfermera está compensando una incapacidad total (o una prescripción en contra) del paciente para realizar actividades de autocuidado que requieren movimiento de deambulación y de manipulación (Joaquín, 2008).

Sistemas de Enfermería parcialmente compensadores. El personal de enfermería proporciona autocuidados. Son aquellos en los que tanto la enfermera como el paciente realiza medidas de asistencia y otras actividades que impliquen labores manipulativas o de ambulatorias (Joaquin, 2008).

Sistema de Enfermería de apoyo educativo. La enfermera actor ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, para que no pudieran hacer sin esta ayuda (Joaquín, 2008).



Tomado de Hernández, L. 2010. Historia Natural de la Hipertensión arteria sistémica.

4.1.7 HISTORIA NATURAL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Agente biológico endógeno.

Anatómico Gasto cardíaco aumentado, seguido de la constricción arterial porque al transcurrir los años, el número de fibras de colágeno en las paredes arteriales aumenta haciendo que los vasos sanguíneos se vuelvan mas rígidos. Al reducirse así la elasticidad, el área seccional del vaso se reduce creando resistencia al flujo sanguíneo y como consecuencia compensadora se aumenta la presión arteria (Robbins, 1990).

HUESPED.

Sexo Edad Raza Sobrepeso, Predomino femenino y afroamericanos (pielmorena). Edad adultos de los 40 a 65 años un 20% un 50% en más de 65 años. Situaciones: tipo de ocupación. Situaciones de estrés, obesos, fumadores, factores hereditarios, hábitos dietéticos (Robbins, 1990).

Medio ambiente.

Socioeconómico, Pobreza, Sociocultural, Consumo de sal Tabaquismo Alcoholismo grandes urbes, contaminación por ruido ámbito laboral (Robbins, 1990).

Niveles de prevención

Prevencion primaria.

Realizar exploración neurológica para identificar probable daño a órgano blando cerebro.

Realizar examen de agudeza visual (cuadro de snellen), así como exploración de fondo de ojos para identificar retinopatía.

Estimar riesgo cardiovascular en el paciente adultos

Promoción de la salud.

Aconsejar a las personas mantener un índice de masa corporal en 18.5 y 24.9 kg/m², para prevenir el riesgo de hipertensión arterial sistémica.

Recomendar terapias conductuales acompañadas de técnicas de relajación para el manejo del estrés así como un plan de alimentación con sumo alto de frutas y vegetales e ingesta baja de grasas saturadas.

Aconsejar al paciente la reducción de sal en la dieta diaria familiar y la suspensión del hábito al tabaco y ofrecer su integración a grupo de apoyo.

Sugerir al paciente, disminuir el consumo excesivo de café y otros productos con alto contenido en cafeína.

Proponer al paciente, realizar cambios en su vida, dado que la suma de varias intervenciones reduce la presión sistólica 10 mm hg o más, aproximadamente (Robbins, 1990).

Protección específica:

Está dirigido a determinados grupos de la población, como aquellos que presentan factores de riesgo a la salud, las medidas principales en este nivel son: Mantener el peso corporal dentro de los parámetros normales evitándose sedentarismo, consumo de alcohol, tabaquismo y droga, promover en la comunidad el programa de detección oportuna al hipertensión arterial, realizar programas dirigidos a la comunidad en general con énfasis en individuos con factor de riesgo a la salud (Harrison, 1990).

PREVENCIÓN SECUNDARIA: En este nivel la enfermedad ya se ha originado por ello las medidas aplicativas está dirigido a interrumpir el curso de la patología en el individuo, tales como son:

Diagnostico precoz:

Identificar a los pacientes con hipertensión arterial y valorar su intensidad, analizar la existencia o no de repercusiones en los órganos diana y establecer un perfil de riesgo cardiovascular para proceder al abordaje

terapéutico individualizado, descartando previamente la existencia de otras patologías que puedan influir en el pronóstico y/o tratamiento de la hipertensión (Centremedic. 2014).

Tratamiento oportuno:

El objetivo del tratamiento de esta enfermedad en los mayores es el mismo que en los jóvenes: conseguir una presión arterial menor de 140/90 mmHg. Con ello se alcanzan los máximos beneficios del tratamiento (Robbins, 1990).

Lo primero, mentalizarse. El primer paso del tratamiento es que el afectado comprenda que la hipertensión le puede causar muchos problemas y discapacidades a medio plazo, y que el tratamiento reduce la posibilidad de que esto suceda (Robbins, 1990).

Dieta sin sal. La dieta y la pérdida de peso pueden ser el único tratamiento necesario en la hipertensión leve. La dieta debe ser sin sal o con poca sal. Hay que tener cuidado con los productos enlatados, precocinados y los extractos de caldo, porque contienen sal. La restricción del consumo de alcohol también es necesaria (Robbins, 1990).

Más ejercicio físico. El ejercicio y el control de la ansiedad, aunque no han demostrado servir como único tratamiento, influyen en el bienestar físico y en el grado de cumplimiento de los demás tratamientos (Hernandez. 2010).

Medicamentos. En muchos casos es necesario usar medicamentos para bajar la presión a los límites normales.

Dada la variabilidad entre las personas, es imprescindible a esta edad individualizar el tratamiento (Hernandez. 2010).

El médico deberá elegir el mejor fármaco, considerando todos los aspectos de esa persona, y muy especialmente la calidad de vida.

El número de medicamentos antihipertensivos eficaces y seguros es enorme y no deja de crecer. Es excepcional no poder controlar la presión arterial con medicamentos hoy día (Hernandez. 2010).

En las personas mayores se debe empezar con la mitad de la dosis mínima recomendada, subir lentamente la dosis y vigilar estrechamente los efectos secundarios.

Es importante no olvidar las interacciones del antihipertensivo con otros fármacos y con otras enfermedades (pulevasalud. 2009).

Prevención terciaria:

Rehabilitacion:

Las metas de cada plan de rehabilitación cardíaca son diferentes para cada paciente. Al establecer sus propias metas, el grupo de rehabilitación toma en cuenta su salud general, su problema cardíaco específico, los factores de riesgo, las recomendaciones de su médico y, por supuesto, sus propias preferencias (Geosalud. 2010).

La rehabilitación cardíaca puede reducir sus síntomas y la probabilidad que presente otros problemas cardíacos en el futuro. Tiene muchos otros beneficios.

- El ejercicio mejora sus músculos, le da más energía y le hará sentirse mejor emocionalmente. Ayuda a su corazón y le da más fuerza a su cuerpo. El ejercicio también le permitirá regresar al trabajo y otras actividades más pronto (Geosalud. 2010).
- Una alimentación saludable puede reducir el nivel de colesterol en su sangre, controlar el peso, y ayudarlo a controlar su presión sanguínea y otros problemas tales como la diabetes. Además, se sentirá mejor y tendrá más energía (Geosalud. 2010).

- Los servicios de rehabilitación le pueden ayudar a dejar de fumar. Dejar de fumar reduce el riesgo de padecer de enfermedades tales como el cáncer de pulmón, enfisema, y bronquitis. También reduce la probabilidad de tener ataques cardíacos, ataques cerebrales, y otros problemas cardíacos y de los vasos sanguíneos. Tendrá más energía y salud (Geosalud. 2010).
- Puede aprender a manejar mejor las situaciones que le causan tensión emocional y tener mejor control de su vida. Sentirse bien emocionalmente le ayudará a mejorar la condición de su corazón.

Fisiopatología:

En sus primeras etapas, que por lo general se caracteriza por elevaciones intermitentes de la Presión Arterial, la hipertensión primaria generalmente no produce cambios en órganos vitales ni síntomas. Sin embargo, después de una Hipertensión prolongada, comienza cambios patológicos en todo el sistema vascular y en los órganos vitales que irrigan, sobretodo el corazón, riñones y cerebro (Geosalud. 2010).

A medida que la hipertensión se vuelve crónica, los grandes vasos (como aorta, arterias coronarias, arteria basilar cerebral y vasos periféricos) se esclerosan y se vuelven tortuosos; sus luces constreñidas suministran menores cantidades de sangre a corazón, cerebro y a extremidades inferiores. El daño vascular continuo tarde o temprano conducirá a una oclusión completa o a ruptura de los grandes vasos (Hernandez. 2010).

Los efectos de la hipertensión persisten no son menos devastadores en los vasos pequeños y producen otras anormalidades estructurales en los órganos vitales. La hipertensión diastólica grave específicamente lesiona la capa íntima de los vasos pequeños, produciendo acumulación de fibrina, edema local, y posiblemente coagulación intravascular. Tarde o temprano estos cambios nocivos disminuyen la perfusión cardíaca, cerebral y renal, ocasionando una disfunción progresiva de estos órganos vitales tan vulnerables (Hernandez. 2010).

Clasificación

El nivel de Hipertensión Arterial es un importante parámetro para el Diagnóstico y el abordaje terapéutico, siempre y cuando se tome en cuenta el contexto del enfermo. Se clasifica en tres niveles (Patelin. 2004).

Nivel óptimo: En general se acepta que presiones <120/80 mmHg, representan las cifras con menor riesgo para el desarrollo de complicaciones cardiovasculares, de ahí que reciba el término de óptimo (patelin. 2004).

Normal: Se cataloga como presión normal-normal cuando la sistólica oscila entre 120 y y/o la diastólica oscila entre 80 y 84 (patelin. 2004).

Normal-alta: esta categoría la integran los individuos que tiene valores de presión sistólica entre 130 y 139 mmHg, y/o diastólica de 85 a 89 mmHg. Este grupo merece especial importancia, ya que tiene diabetes, el paciente debe ser considerado como equivalente a hipertenso estadio I y requiere de tratamiento farmacológico (martinez. 2006).

Cifras

> 140 mmHg en la sistólica y/o > 90 mmHg en la diastólica de forma sostenida, establece el diagnóstico de Hipertensión Arterial (martinez. 2006).

Tratamiento

Tratamiento no farmacológico: Está dirigido a disminuir la ingestión de sodio, alcohol y la grasa de origen animal (poliinsaturada en lugar de saturada), a la conservación del peso ideal, aporte dietético de potasio, calcio y magnesio, asociado todas estas medidas al cambio de estilo de vida como son la práctica de ejercicios físicos isotónicos y la psicoterapia de la conducta que incluye la autorrelajación, biorretroalimentación y la meditación. Estas medidas son muy beneficiosas en la mayoría de los hipertensos, y en especial en los ancianos (Pastelin. 2004).

Es necesario un plan de prevención primaria para toda la comunidad que promueve estilo de vida saludable aplicables a los que tiene hipertensión arterial y a los que no la presentan. Los hábitos nocivos a la salud son difíciles de erradicar y necesitan de voluntad, terapia especializada y apoyo psicológico (Martinez. 2006).

Tratamiento Farmacológico: El establecimiento del programa de tratamiento farmacológico debe formularse sobre la base de otros aspectos importantes: la edad del paciente, necesidades individuales de fármacos y su dosificación, así como el grado de respuesta a la terapia. La atención del paciente al tratamiento impuesto es fundamental y debe ser una prioridad lograrlo. Las formulaciones más adecuadas y óptimas son las que garantizan un nivel de efectos al final de las 24 hr. Lo ideal es mantener el 50% de sus máximos efectos al final de las 24 hr. Se pueden usar: diuréticos, betas bloqueadores, alfa bloqueadores, vasodilatadores, anti cálcicos (Joaquin. 2008).

Complicaciones

Enfermedad cerebrovascular, hemorragia cerebral, cardiopatía, infarto de miocardio, angina de pecho, insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad renal, problemas con los ojos y la muerte (Joaquin. 2008).

Factores de riesgo

Los factores de riesgo son aquellas variables de origen biológico, físico, químico, psicológico, social, cultural, etc. que incluyen más frecuentemente en los futuros candidatos a presentar enfermedad (Robles. 2001).

Control de peso: En caso de obesidad se tiene que favorecer una educación para el control de peso. Disminuir el consumo de sodio. Practicar en forma regular el ejercicio físico de tipo aeróbico de 30 a 40 minutos/día la mayor parte de la semana. Suspenderá uso del tabaco. Reducir la ingesta de alimentos ricos en colesterol. Por cada kilogramo que se logre reducir de peso corporal se traducirá en una disminución de la presión arterial (Robles. 2001).

Alcohol: El alcohol puede producir una elevación aguda de la presión arterial mediante por activación simpática central cuando se consume en forma repetida y puede provocar una elevación persistente de la misma. Si se limita el consumo de alcohol, no se produce una elevación de la presión arterial y pueden mejorar el nivel de colesterol de HDL (lipoproteínas de alta densidad) (Joaquin. 2008).

Actividad Física: El efecto antihipertensivo del ejercicio incluye una disminución de la estimulación simpática al potenciar el efecto de los barorreceptores, también se ha descrito que disminuye la rigidez de las arterias e incrementa la sensibilidad a la insulina. El hacer ejercicio aumenta las lipoproteínas de alta densidad (HDL) y reduce las de baja densidad (LDL), relaja los vasos sanguíneos y puede bajar la presión arterial (Robles. 2001).

Consumo de Cafeína: La ingesta de cafeína en forma de café o refrescos de cola, pueden provocar elevaciones agudas de la presión arterial, es importante restringir su consumo (Martinez. 2006).

Cambios en la dieta: Comer demasiada grasa, especialmente las grasas sobresaturadas eleva los niveles de colesterol en sangre.

Otros factores de riesgo pueden ser utilizados para estratificar el riesgo, tabaquismo, colesterol > 250 mg/dl, diabetes, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura, obesidad, estilo de vida sedentario, grupo socioeconómico de riesgo, región geográfica de riesgo (Joaquin. 2008).

V. CASO CLÍNICO

Se trata de C.L.M.A persona del sexo femenino, 56 años, originaria de la ciudad de Morelia Michoacán, con escolaridad primaria, se dedica al hogar y de religión católica, viuda y tiene 2 hijos. Sus antecedentes heredo familiares de importancia son: madre hipertensa, abuela materna diabética, alcoholismo y tabaquismo negativo. Reporta transfusiones negativas. Los antecedentes gineco-obstetricos más importantes incluyen menarca a los 12 años, el tiempo que estuvo con su esposo no se cuidó con ningún método anticonceptivo, menopausia a los 49 años.

Habita casa propia, con todos los servicios, sin promiscuidad ni hacinamiento, vive con sus dos hijos, refiere que ella junto con sus 2 hijos contribuye con los gastos económicos, con el apoyo de una casa que dan en renta, lo cual les permite cubrir los gastos y servicios de la casa. Su peso 76 kg con una talla de 1.56 mts. Por lo consiguiente una cintura de 100 cm. Lo que indica un índice de masa corporal de 31.2 que indica obesidad en grado 1. Consume carne rojas tres veces por semana, pollo de vez en cuando, verdura tres raciones por semana (zanahoria, papas), frutas tres porciones por semana (naranja, plátano), huevos dos porciones por semana, pescados una porción por semana, pan todos los días, generalmente desayuna café con pan, durante la comida, ingiere car nes rojas y 5 tortillas, merienda: café y pan, en los últimos 5 meses ha aumentado 3kg. Refiere que no le gusta llevar una dieta específica porque su familia no está acostumbrada hacerlo, ni siquiera por su padecimiento; consume 200 ml de agua por día y refresco una vez por día; es alérgica al medicamento de penicilina, el mayor tiempo permanece en casa, durante todo el día está comiendo y nunca tiene hambre además de que no tiene un horario específico para comer. Evacua 2 veces al día o cada tercer día, de consistencia dura. La diuresis reportada tres veces al día aproximadamente, sequedad de la piel, con un poco de molestias de vez en cuando.

El baño y cambio de ropa exterior e interior lo realiza diariamente; cepillado dental 3 veces por día. Duerme las 8 horas. No presenta dificultad para conciliar el sueño, dedica su tiempo libre a ir a la iglesia y su principal diversión ir a casa de su hermana a ver la televisión y no realiza ninguna actividad física y presenta dolor de rodillas cuando la realiza.

A la observación física se le encuentra consiente, orientada en tiempo y espacio, con lenguaje fluido y coherente. Tiene el diagnóstico médico de Hipertensión Arterial desde hace 10 años y maneja cifras de 150/85 mmHg. Frecuentemente. El tratamiento indicado por el médico del Instituto Mexicano del Seguro Social es captopril de 25 mg cada 12 hr, pravastatina 1 tableta de 100 mg vía oral cada 24 hr así como ácido acetilsalicílico 500 mg media tableta cada 24 hr.

5.1 Valoración con el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem

5.1.1 Factores condicionantes básicos.

Sexo: C.L.M.A. Edad: 56 años Estado civil: casada Religión: católica

Escolaridad: quinto año de primaria Ocupación: hogar Familia nuclear: mamá

Persona que constituye el principal apoyo para el paciente: con sus 2 hijos ya que viven con ella desde que falleció su esposo y también convive por las tardes con su hermana.

Dependencia Económica:

Refiere que ella vive sola en su casa y tiene una casa en renta y sus dos hijos la apoyan en sus gastos.

Condiciones del hogar:

Cuenta con los servicios básicos de agua intradomiciliaria, luz y drenaje, la casa está construida de tabique, con piso de cemento y se encuentra en buenas condiciones físicas; y las condiciones de aseo son buenas.

5.1.2 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES.

A. Mantenimiento del aporte de aire suficiente

FC 80 T/A 150/85 mmHg FR 19

Niega tabaquismo y alergias, cocina con estufa. A la exploración física, no se encuentra ninguna anomalía cardiovascular, presenta disnea al realizar esfuerzo físico.

B. Mantenimiento de un aporte de agua suficiente.

Su piel y mucosa se encuentra piel seca y deshidratada. Ingiere agua de 200 mil al día y refresco una vez por día, como también café en las mañanas y noches.

C. Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.

Peso: 76 kg Talla: 1.56 cms. Cintura: 100 cms. I M C: 31.2

Se observan variaciones en su peso, dentadura completa, sin alteraciones. Con abdomen normal con problemas en la alimentación. Su dieta es sin restricciones consume muy poca leche, cereal come regularmente verduras frutas, huevos frijoles, harinas, carne y ocasionalmente carne y pescado.

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

Su evacuación intestinal es 2 veces al día o cada ter tercer día, de color café semipastosa, ocasionalmente presenta estreñimiento. Y con micción 3 veces al día, espontanea de color amarillo claro.

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

Sin dificultad para conciliar el sueño, duerme 8 horas, se despierta descansada, realiza siestas en el día con duración de 20 a 30 minutos, refiere dolor en sus rodillas cuando sube escaleras. No realiza ninguna actividad física.

F. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la intervención social.

Convive y tiene buena relación con sus dos hijos, con sus nueras y nietos ya que viven con ella, todos los días visita a su hermana en su casa. Para evitar sentirse sola. Expresa sus sentimientos e ideas sin dificultad. Refiere no presentar cambios bruscos en su estado de ánimo.

H. Prevención de peligro para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Narra que presenta problemas de concentración ya que se le olvida tomar los fármacos, dentro de los antecedentes heredofamiliares, su mama y papa presentaron hipertensión arterial razón por la cual trata de cuidar su alimentación.

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.

Menciona que acepta su estado de salud y físico, conoce muy poco de su enfermedad, no recibe pláticas de su enfermedad. Y acude al médico cada 4 a 6 meses. Niega toxicomanías, no lleva una dieta balanceada de acuerdo a su enfermedad y no realiza ningún tipo de ejercicio físico.

5.1.3 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO:

A. Crear y mantener las condiciones que apoyan los procesos vitales y promueven los desarrollo

Etapas de desarrollo.

Salud Sexual. Por medio de pláticas ella recibe información acerca de la sexualidad, el tiempo que estuvo con su esposo fue su única pareja sexual siendo su relación sexual satisfactoria, desde que su esposo falleció no tiene relaciones sexuales. Ella no se cuidó con ningún método de planificación tiene 2 hijos, también nos menciona que se realiza su Papanicolaou en el Hospital General Regional N° 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Historia Gineco-obstétrica. Menarca a los 12 años de edad, con ciclo menstrual cada 30 días con duración de 4 a 5 días, 2 embarazos, los 2 fueron partos normales.

5.1.4 REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD.

Acude a la consulta en el Hospital General Regional N° 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Cada mes o dos meses acude a su cita para el control de su tratamiento para la hipertensión arterial.

VI. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Diagnóstico de enfermería 1

Valoración

Dominio: II Nutrición

Clase 1: ingestión

Página: 76

Diagnóstico

Código: 00001

Etiqueta diagnóstica: desequilibrio nutricional ingesta superior a las necesidades *relacionado con* aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas *manifestado por* peso corporal superior en un 20% al ideal según talla y constitución corporal.

Definición. Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.

NOC resultados de enfermería:

Estado nutricional (1004)						
Capacidad por la que los nutrientes pueden cubrir las necesidades metabólicas NOC pág. 466						
Escala diana	1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal					
Código	Indicadores	1	2	3	4	5
10040	Ingesta de nutrientes		X		•	
10040	Relación peso/talla	X		•		
10040	Ingestión alimentaria		X		•	
Puntuación diana: mantener a 5 aumentar a 11						

X Mantener • Aumentar

Peso: masa corporal (1006)						
Grado en el que el peso, el musculo y la grasa corporal son congruentes con la talla, la constitución el sexo, y la edad. NOC pág. 566.						
Escala diana	1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal					
Código	Indicadores	1	2	3	4	5
100606	Porcentaje de grasa corporal	X		✓		
100604	Tasa del perímetro cintura/cadera (mujeres)	X		✓		
100601	Peso	X		✓		
Indicador 1-----1 Indicador 2-----1 Indicador 3-----1 Puntuación diana: mantener a 3, aumentar a 9						

Planificación

NIC: Intervenciones

Código: 1280

Intervención: Ayuda para disminuir el peso. Página 189 de la NIC

Definición: Facilitar la pérdida del peso corporal y/ o grasa corporal

Actividades:

1. Determinar el deseo y la motivación del paciente para reducir el peso o grasa corporal.
2. Ayudar a justar las dietas al estilo de vida y nivel de actividad.
3. Planificar un programa de ejercicios, teniendo en cuenta las limitaciones del paciente.
4. Facilitar al paciente la participación en al menos una actividad de gasto energéticos tres veces a la semana
5. Ayudar al paciente a identificar la motivación en el comer y las señales externas e internas asociadas con el comer.

Fundamentación científica de la Intervención

- 1) Con una hipertensión elevada, la obesidad es un riesgo añadido debido a la desproporción entre la capacidad aortica constante y el incremento del gasto cardíaco asociado con un incremento de la masa muscular, la reducción de peso puede evitar la necesidad de farmacoterapias o puede reducir la cantidad de medicación necesaria para controlar la BP.
- 2) De acuerdo a la actividad de cada persona se recomienda una dieta en calorías y en porciones sin olvidar la economía.
- 3) La actividad física abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas.
- 4) Los adultos de 18 a 64 años dediquen como mínimo 150 minutos semanales a la práctica de actividad física aeróbica, de intensidad moderada.
- 5) Las señales internas para comer o dejar de comer pueden ser físicas, como la sensación de hambre o completo y las Señales externas para restringir la comida pueden conectarse a los comentarios de los demás.

NIC: Intervenciones**Código: 1260****Intervención:** Manejo del peso. Pág. 580**Definición:** facilitar el mantenimiento del peso corporal óptimo y el porcentaje de grasa corporal.**Actividades:**

1. Tratar con el individuo los hábitos, costumbres y factores culturales y hereditarios que ejercen su influencia sobre el peso.
2. Descubrir los riesgos asociado con el hecho de estar por el encima o por debajo del peso.

3. Determinar el peso corporal ideal del individuo.
4. Desarrollar con el individuo un método para llevar un registro diarios de ingesta, sesiones de ejercicio y/ o cambios en el peso corporal.
5. Tratar con el individuo la relación que hay entre la ingestión de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso.

Fundamentación científica

- 1) Al realizar ejercicio incrementa la pérdida de peso al reducir el apetito, la sensación de bienestar y de logro personal.
- 2) Es importante de peso corporal poco a poco entre 200 – 400 gramos por semana hasta lograr un peso adecuado de forma sana evitando comer menos grasa y calorías, comer porciones pequeñas y mantenerse activos.
- 3) El compromiso de planificar un programa de ejercicio por parte del paciente permite establecer objetivos más realistas y el cumplimiento del plan.
- 4) Realizar un rol de una dieta para la semana y de ejercicio para ver que tanto mejora su peso corporal.
- 5) Para llevar un plan de requerimientos energéticos se deben calcular de acuerdo al peso, talla y actividad física del paciente.

Ejecución

Se le informa a la paciente sobre la alimentación correcta la norma de acuerdo al plato del buen comer que contribuye no solo a mantener el estado de bienestar, sino que también contribuye el personal de salud para evitar los trastornos crónicos y padecimientos de primer orden en la actualidad, mencionándole el seguimiento de un plan de actividad física para la prevención de enfermedades crónicas y estandarizar el manejo del sobrepeso y obesidad, hipertensión.

Evaluación

Se logró que la paciente demostrara un verdadero interés en su salud, por lo que siguió la dieta indicada, además de respetar el horario mejorando su estilo de vida y tipo de alimentación prescrita, por lo que refiere no haber consumido más de 2500 carbohidratos, sodio, lo que dio como resultado que su peso anterior era de 76 kg y el actual es de 70kg. Lo que significa que disminuyó en un 10% de peso corporal y se modificó su índice de masa corporal quedando de 2.6 lo que significa que mejoró su salud disminuyendo de obesidad grado I, quedando en sobre peso.

Diagnóstico de Enfermería 2

Valoración

Dominio 2: Nutrición

Clases 5: Hidratación

página: 84

Diagnóstico

Código: 00027

Etiqueta diagnóstica: déficit de volumen de líquidos *relacionado con* fracaso de los mecanismos reguladores *manifestado por* disminución de la diuresis y sequedad de piel.

Definición. Disminución del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida sólo de agua, sin cambio en nivel de sodio.

NOC resultados de enfermería

Función Renal (0504)						
Filtración de sangre y eliminación de productos metabólicos de desecho a través de la formación de orina NOC pág. 481						
Escala diana	1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal					
Código	Indicadores	1	2	3	4	5
050401	Ingesta adecuada de líquidos		X		•	
050406	Color de orina		X		•	
050407	Proteína de la orina		X		•	
Puntuación diana: mantener a 6, aumentar a 12						

X Mantener • Aumentar

Hidratación (0602)						
Agua adecuada en los compartimientos intracelular y extracelular del organismo NOC pág. 481						
Escala diana	1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal					
Código	Indicadores	1	2	3	4	5
060201	Piel tersa		X		•	
060202	Membranas mucosa húmedas		X		•	
060211	Diuresis			X		•
Puntuación diana: mantener a 7, aumentar a 13						

X Mantener • Aumentar

NIC: Intervenciones:

Código: 0590

Intervención: Manejo de la eliminación urinaria. Página 512

Definición: mantenimiento de un esquema de eliminación urinaria óptimo.

Actividades:

1. Enseñar al paciente a beber un cuarto de litro de líquido con las comidas, entre las comidas y al anochecer.
2. Enseñar al paciente/ familia a registrar la producción urinaria, si procede.
3. La importancia de ingerir suficientes líquidos mejora la consistencia de la orina.
4. Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria.
5. Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistente, olor volumen y color si procede.

Fundamentación científica

- 1) Una buena eliminación de desechos favorece la hidratación y pérdida de peso.
- 2) Llevar un registro de especificación de continencia durante tres días, crea un ambiente seguro para el paciente. Se identifican las necesidades de seguridad del paciente, según las funciones físicas, estableciendo el esquema de eliminación.
- 3) Orina turbia, orina con sangre, fiebre baja, dolor ardor al orinar, Presión o calambres en la parte inferior del abdomen y en la espalda ayuda a detectar la infección urinaria.
- 4) Los síntomas de retención urinaria pueden ser leves o más graves, e incluyen: Flujo urinario débil, incapacidad para orinar, sensación de tener la vejiga llena y un tiempo de espera entre el intento de orinar y el comienzo real del flujo.
- 5) La eliminación urinaria, es un factor importante que los pacientes deben reconocer en cuanto a color y consistencia y así poder evitar alguna infección urinaria en un futuro.

NIC: Intervenciones:**Código: 0570**

Intervención: Entrenamiento de la vejiga urinaria. Pág. 367

Definición: mejoría de la función de la vejiga en aquellas personas afectadas de incontinencia de urgencia aumentando la capacidad de la vejiga para mantener la orina y la capacidad del paciente para suprimir la micción.

Actividades:

1. Mantener un registro de especificación de continencia durante 3 días para establecer un esquema de eliminación.
2. Establecer una hora de inicio y finalización para ir al aseo, si no se realiza en 24 horas.
3. Llevar al paciente al aseo y recordar que orine en los intervalos prescritos.

4. Utilizar el poder de la sugestión (hacer correr agua o estilar la cadena del aseo) para ayudar al paciente a eliminar.
5. Enseñar al paciente a controlar consistencia la orina hasta la hora programada de ir al aseo.

Fundamentación científica

- 1) Explicar la importancia del registro diario, ayuda a corregir la incontinencia de la eliminación.
- 2) Infórmele al paciente la importancia que debe de ir al baño como también ingerir suficientes líquidos y así tener una mejor eliminación.
- 3) Ayudar al paciente al acudir a la orina ya que el musculo se contrae.
- 4) Muchos pacientes les ayuda a la eliminación mucho cuando están en el baño y abrimos la llave del agua.
- 5) Es fundamental que el paciente conozca y valore la necesidad de ir al baño por eso es importante realizar ejercicio que ayudan.

Ejecución

Orientar al paciente la importancia sobre consumo mínimo de 1 litro de agua al día, ya que esto es con la finalidad de mejorar la micción y la consistencia de la orina como también una buena hidratación y eliminación de la heces fecales ya que esto nos ayudara de prevenir posibles complicaciones como infección de vías urinarias o estreñimiento.

Evaluación

Hidratación (0602)						
Agua adecuada en los compartimientos intracelular y extracelular del organismo NOC pág. 481						
Escala diana	1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal					
Código	Indicadores	1	2	3	4	5
060201	Piel tersa		X		•	
060202	Membranas mucosa húmedas		X		•	
060211	Diuresis			X		•
Puntuación diana: mantener a 7, aumentar a 13						

En cuanto a la intervención realizada a la paciente sobre mejorar su ingesta de líquidos se logró un buen resultado, pasando a que la paciente ingería 250 ml en un día de agua, y se logró la mejora de 1 lt al día, y una disminución sobre su ingesta a bebidas carbonadas y bebidas azucaradas; como resulta se obtuvo que la paciente disminuyó su retención de líquidos y favoreció a mejorar su micción de orina. Se considera que siga aumentando la ingesta de líquido hasta lograr que consuma 2 litros como lo marca la jarrar del buen beber de acuerdo a la NOM- 043 SSA2 2005).

Diagnóstico de enfermería 3

Valoración

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Clases 2: Función gastrointestinal

Pág. 105

Diagnóstico

Código: 00015

Etiqueta Diagnostica: Riesgo de estreñimiento *relacionado con* aporte insuficiente de líquidos.

Definición. Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.

NOC resultados de enfermería

Eliminación intestinal (0501)						
Formación y evacuación de heces. Pág. 415						
Escala diana	1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal					
Código	Indicadores	1	2	3	4	5
050101	Patrón de eliminación		X			•
050112	Facilidad de eliminación de las heces		X			•
050104	Cantidad de heces en relación con la dieta		X		•	
Puntuación diana: mantener a 6, aumentar a 14						

X Mantener • Aumentar

Función gastrointestinal (1015)						
Grado en el que los alimentos (ingeridos o por sonda) pasan de la ingestión a la excreción. Pág. 479						
Escala diana	1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal					
Código	Indicadores	1	2	3	4	5
101503	Frecuencia de deposiciones		X			•
101505	Consistencia de las deposiciones		X		•	
101512	Nivel de actividad	x		•		
Puntuación diana: mantener a 5, aumentar a 12						

X Mantener • Aumentar

Planificación:

NIC: intervenciones:

Código: 0450

Intervención: manejo del estreñimiento: Pág. 573

Definición: prevención y alivio del estreñimiento / impactación.

Actividades:

1. Vigilar la aparición de los signos y síntomas de estreñimiento.
2. Explicar la etiología del problema y las razones para intervenir al paciente.
3. Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos a menos de que este contraindicado.
4. Limitar la ingestión de bebidas con cafeína (café, té, cola, chocolate).
5. Instruir al paciente/familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento.

Fundamentación científica

- 1) Es necesario intervenir a tiempo para tratar eficazmente el estreñimiento y disminuir el riesgo de complicaciones.

- 2) La deambulación precoz ayuda a estimular la función intestinal y la recuperación del peristaltismo.
- 3) La importancia de ingerir suficientes líquidos mejora la consistencia de las heces, favorece la eliminación intestinal y previene la deshidratación.
- 4) El consumo de productos con cafeína en exceso provoca efectos adversos en la salud.
- 5) La ingesta suficiente rica en fibra y verduras proporcionan volumen, mejora la consistencia de las heces para su eliminación intestinal.

NIC: Intervenciones**Código: 0430****Intervención:** manejo intestinal. Pág. 592**Definición:** establecimiento y mantenimiento de una evacuación intestinal de esquema regular.**Actividades:**

1. Observar si hay signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación.
2. Enseñar al paciente las comidas específicas que ayudan a conseguir un adecuado ritmo intestinal
3. Instruir al paciente/miembros de la familia a registrar el color, volumen, frecuencia y consistencia de las heces.
4. Instruir al paciente sobre los alimentos de alto contenido en fibras, si procede.
5. Administrar líquidos calientes después de las comidas si está indicado

Fundamentación científica

- 1) Mencionar al paciente que si presenta más de tres evacuaciones líquidas al día es un signo muy importante de enfermedad intestinal, por lo consiguiente si presenta tres evacuaciones o menos en una semana, heces duras, secas y dolorosas son signos de estreñimiento.
- 2) Al consumir verduras, frutas y pan integral estoy le ayudara a tener un mejor ritmo intestinal.

- 3) Suministrar un recordatorio visual de las eliminaciones y puede indicar la necesidad de intervención.
- 4) La ingesta suficiente de fibra, verduras, frutas mejora la consistencia de las heces para su eliminación intestinal.
- 5) Al administrar líquidos calientes ayuda ablandar las heces y favorece una buena eliminación.

Ejecución

Se orienta a la paciente sobre el estreñimiento, las complicaciones que pueden presentar como: hemorroides, hernias inguinales etc., si no se tienen los cuidados adecuados, para la eliminación intestinal; la diferencia entre una dieta rica en fibras, el ejercicio y la importancia de la ingesta de líquidos; se fomenta el ejercicio y desde hace dos semanas lleva una rutina que consiste en caminar por las mañanas durante 30 minutos y consumir aguas antes durante y después del ejercicio. Los alimentos ricos en fibras de acuerdo a su económico y región, se le limita bebidas con cafeínas, refresco y se aumenta la ingesta de líquidos y así aumentándole progresivamente de acuerdo a las necesidades, y posteriormente se le informara, cuando tenga la necesidad de la eliminación intestinal realizar inmediatamente, no se espere ya que esto favorece el estreñimiento.

Evaluación

Gracias a las intervenciones aplicadas y el asesoramiento adecuado en los hábitos alimenticios se logró que la paciente ingiriera un litro de agua al día y alimentos ricos en fibra logrando así mejorar su eliminación intestinal.

Diagnóstico de enfermería 4

Valoración

Dominio 12: confort

Clase 1: confort físico

página 349

Diagnóstico

Código: 00132

Etiqueta Diagnóstica: dolor agudo *relacionado con* agentes lesivos físicos y psicológicos *manifestado por* máscara facial (ojos apagados, expresión abatida, movimientos fijos o escasos, gemidos) y postura para evitar el dolor.

Definición. Experiencias sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (international Association for Study of pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.

NOC resultados de enfermería

Control del dolor (1605)						
Acciones personales para controlar el dolor NOC pág. 336						
Escala diana	1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal					
Código	Indicadores	1	2	3	4	5
160502	Reconoce el comienzo de dolor			X		•
160501	Reconoce factores causales		X		•	
160505	Utiliza los analgésicos de forma apropiada		X		•	
Puntuación diana: mantener a 7, aumentar a 13						

X Mantener • Aumentar

Nivel del dolor (1605)						
Intensidad del dolor referido o manifestada NOC pág. 551						
Escala diana	1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal					
Código	Indicadores	1	2	3	4	5
210206	Expresiones faciales de dolor			X		●
210201	Dolor referido			X		●
210204	Duración de los episodios de dolor			X		✓
Puntuación diana: mantener a 9, aumentar a 15						

X Mantener ● Aumentar

Planificación

NIC: Intervenciones

Código: 1480

Intervención: masaje página 598

Definición: estimulación de la piel y tejido subyacentes con diversos grados de presión manual para disminuir el dolor, inducir la relación y / o mejorar la circulación.

Acciones

1. Preparar un ambiente cálido, cómodo, privado y sin distracciones.
2. Colocar al paciente en una posición cómoda que facilite el masaje.
3. Cubrir solo la zona expuesta que se va a masajear, si es necesario.
4. Utilizar una loción, aceite o polvo seco para reducir la fricción (sin loción o polvo en la cabeza o cuero cabelludo), valorando cualquier sensibilidad o contracciones.
5. Hacer el masaje con movimiento continuo, uniformes, largos, de rodillo o vibración con palmas, dedos y pulgares.

Fundamentación científica

- 1) Recomendarle al paciente que realice su baño con agua caliente, por lo general alivian el dolor y favorecen la curación de los tejidos lesionados.
- 2) El mantener al paciente en posición de fowler es muy útil opción y cómoda para realizar los masajes.
- 3) Cubrir al paciente antes de realizar el masaje ya que el calor disminuye el dolor.
- 4) Los masajes con aceite ayuda a deslizar suavemente las manos y estimula las articulaciones, posteriormente la crema relaja los músculos facilita el movimiento y ayuda al preparar el cuerpo antes de la actividad.
- 5) El orden de las técnicas depende de la acción del organismo. Suele empezar con roce superficial, y prologarse alternativamente con otras técnicas, se hace para que el paciente se acostumbre a las manos del masajista y para relajar los músculos.

NIC: Intervenciones:**Código: 1460**

Intervención: relajación muscular progresiva página 712

Definición: facilitar la tensión y relajación de grupos de músculos sucesivos mientras se atiende las diferencias de sensibilidad resultantes.

Acciones

1. Hacer que el paciente tense, durante 5-10 segundos, cada uno de los 8-16 grupos de los musculares principales.
2. No relajar los músculos por más 5 segundos para evitar calambres.
3. Indicar al paciente que se centre en las sensaciones de los músculos mientras están tensos.
4. Indicar al paciente que se centre en las sensaciones de los músculos mientras están relajados.
5. Realizar la comprobación periódica con el paciente para asegurarse de que el grupo de músculos está relajado.

Fundamentación científica

- 1) Ayuda al paciente a mejorar su motilidad, flexibilidad y resistencia dentro su estilo de vida.
- 2) Al tensar los músculos del paciente no más de 5 segundos ayuda a relajar los músculos.
- 3) Relajan los músculos en la zona afectada. Esto es debido a que la energía entra por el "chakra" corona.
- 4) Al estar los músculos relajados el paciente le ayuda a sentirse más cómodo y los músculos se relajan mucho mejor.
- 5) En la relajación progresiva de los músculos en el paciente disminuye el dolor agudo de las articulaciones.

Ejecución

Informarle al paciente sobre la importancia de realizar ejercicio continuo de 30 minutos, ya que unos de los objetivos es la relajación de los músculos y articulaciones. Es importante mencionar la realización de masoterapia que es el uso distintas técnicas de masaje con fines terapéuticos así como tratamiento de artralgia y mialgia.

Evaluación

Con el apoyo informativo a la paciente y nuestra orientación personalizada mediante la masoterapia y ejercicios de estiramiento realizados 2 veces por semana, con lo que disminuyó el dolor de extremidades inferiores-rodillas (tendinitis)

VII. CONCLUSIONES

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

Por lo que se debe continuar actualizando en el conocimiento de la aplicación de los planes de cuidado enfocados a mantener o recuperar la salud de la persona, familia o comunidad enferma o sana.

Se puede concluir que la paciente ha expresado agradecimiento por todos los cuidados brindados y los beneficios recibidos durante este proceso ya que siente que los resultados obtenidos contribuirán a mejorar su salud y calidad de vida. De igual manera se le capacitó para continúe con la dieta sana, que en la edad adulta contribuya a evitar los trastornos crónicos y a una rápida disminución de la hipertensión arterial.

También es importante continuar la realización de actividad física de acuerdo a su edad, ya que el ejercicio es útil para controlar la hipertensión así como para combatir el cansancio y el estrés y llegar a un envejecimiento saludable.

VIII. SUGERENCIAS

Se sugiere que el profesional de enfermería capacite a la población sobre el cuidado de su salud, especialmente en el primer nivel de atención para la prevención de la hipertensión arterial mediante la realización de pláticas comunitarias y/o personalizadas en diferentes grupos de edades.

A fin de disminuir las complicaciones de la hipertensión arterial, mantener un control de las cifras de presión arterial.

Definir las intervenciones y acciones de enfermería en personas con artralgias o mialgias, tale como la masoterapia ya que ayuda a disminuir el dolor agudo de las articulaciones y músculos, lo que propicia una mejor calidad de vida.

Continuar utilizando el proceso de enfermería durante el ejercicio profesional en las personas con diferentes patologías a quienes se les brinde cuidados de enfermería.

IX. BIBLIOGRAFIAS

1. Baglivo, H.P. (2003). *Clasificación de la hipertensión arterial y guía de las sociedades europeas de hipertensión arterial y cardiología*. Argentina: Grijalba.
2. Córdova. J. (2010). *Dirección General de Epidemiología. Michoacán*.
3. Córdova. J. (2010). Dirección General de estadística. (2010) Michoacán.
4. E. Doenges, M, francés Moor House, M, y C. Murr, A, *planes de cuidados de enfermería*. (7ª.ed.) Mexico: Mc Graw Hill.
5. Gallegos, K. García, peña, C. Duran, C. Duran, Arenas, L. (2006). *Programa de calidad de la atención medica de la hipertensión arterial*. Mexico: Revista de salud publica.
6. García, D. Álvarez, J., García, R., Valiente, J., Hernández, A. (abril, 2009). La hipertensión arterial en la tercera edad. *Revista Cubana de Medicina*, 48(2), 1-14.
7. Genellys, Fernández, R. (2008). *Tratamiento no farmacológico de la Hipertensión Arterial*: Mexico: Mc Graw Hill.
8. Hernández, Conesa, J. Moral Conatrava, P. y Estheban, Albert, M. (2003). *Fundamentos de la enfermería, teoría y método* (2ª. Ed.) Madrid: MC Graw – Hill.
9. Hernández, Conesa, J. Estheban, Albert, M. (1991). *Fundamentos de la enfermería teoría y método*. España: Manuel Moderno.
10. Huerta, Robles, B. (2001). *Factores de riesgo para la Hipertensión Arterial*. México D.F: Limusa Noriega.
11. Heather, Herdman, T. (2009-2011) *NANDA internacional, Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación*. España: Masson.
12. Joaquín, sellen, C. (2008). *Hipertensión Arterial, Diagnóstico, tratamiento y control*. Cuba: Ciencias Medicas.
13. Marriner, Tomey, A. (1994). *Modelo y teoría en enfermería* (3ª, ed.) España: Diorki.

14. Marriner, Tomey, A. Raile, Alligood, M. (2003). *Modelos y Teorías en Enfermería* (5ª Ed). Madrid España: Mosby.
15. Mcloskey, J. M. Bulechik, G. (2002). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (4ª. Ed). España: Mosby.
16. Norma Oficial Mexicana (NOM-030-SSA2-2009), *Prevención detección, Diagnóstico, tratamiento y control de la Hipertensión Arterial*. Mexico: Mc Graw Hill.
17. Orizaga, Samperio, J. (2000). *Tratado de Enfermería Práctica* (4ª. Ed.) Interamericana: Graw Hill.
18. *Programa de prevención*. (02 de septiembre de 2008). Disponible el 29 de septiembre de 2011 de <http://www.imss.gobmx/prevención>.
19. *Proceso de Atención de Enfermería*. (s.f.). Disponible 8 de diciembre de 2010 de <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>.
20. Rosas, M. Pastelin, G. Martínez, J. Herrera, Acosta, J. (2004). *Hipertensión Arterial en México. Guía y recomendaciones para su detección. Control y tratamiento*. Mexico: Mc Graw Hill.
21. Rodríguez, Sánchez, B. (2002). *Proceso de Enfermería*: Guadalajara Jalisco: Granada Aljibe.
22. Rodríguez, Sánchez, O. (2000). *Valoración del paciente Hipertenso*. Jalisco: Granada Aljibe.
23. Tarjeta de registro y control de enfermedades crónicas, del IMSS Oportunidades de la comunidad de Sicuicho.
24. *Teoría y Métodos en Enfermería*. (20 de noviembre de 2008). Disponible 8 de diciembre de 2010 de <http://perso.wanadoo.es/aniorte-nic/progr-asignat-teor-metods.htm#orem>.
25. *Diccionario de terminología de ciencias* (1998). (13a. ed.) Barcelona: Masson.

X. GLOSARIO DE TERMINOS

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

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

Agente de autocuidado. Es el que proporciona el autocuidado.

Agente de asistencia dependiente. Es el que se ocupa de la asistencia de niño o adultos dependiente.

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

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

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

Caso clínico. Manifestación individual de una persona.

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

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

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

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

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

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

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

NANDA. Es la Asociación Americana de Diagnósticos de Enfermería (North American Nursing Diagnosis Association), que desde 1973 trabaja en la elaboración, actualización y difusión de una clasificación de diagnósticos de enfermería que actualmente es una referencia a nivel mundial.

NIC. La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (Nursing Intervention Classification) es una taxonomía de las intervenciones y actividades o acciones realizadas por enfermería. Cada intervención tiene una etiqueta, definición y lista de actividades que permiten alcanzar un resultado esperado en el paciente.

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

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

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

Presión sistólica. Es la presión máxima que se alcanza en sístole. Esta depende fundamentalmente del debito sistólico, la volemia y la distensibilidad de la aorta y las grandes arterias.

Presión diastólica. Es la minima presión de la sangre contra las arterias y ocurre durante la diástole. Depende fundamentalmente de la resistencia vascular periférica.

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

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

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

XI. ANEXOS

Valoración con el referente teórico de Dorothea E. Orem

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

FACTORES CONDICIONANTES BASICOS

Descriptivos de la persona:

Fecha: ____ Nombre: ____ Sexo: () Fem () Mas Edad: ____

Religión: ____ Edo civil: ____ Escolaridad: ____

Lugar de residencia: _____

Domicilio actual (calle número, colonia): _____

Características de la vivienda:

Adobe: _____ Ladrillo: () Otros: _____

Cuenta con los servicios básicos de vivienda:

Agua Potable: () Luz Eléctrica: () Drenaje: ()

Pavimentación: ()

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios básicos:

Alumbrado público: () Recolección de basura: ()

Drenaje y alcantarillado: ()

Rol que ocupa en la familia:

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

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

Como es su relación con la familia:

Buenas: () Regular: () Mala: ()

Proceso de enfermería con el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem aplicado a una persona con hipertensión arterial

Nivel de educación:

Analfabeta: () Primaria: () Secundaria () Bachillerato: () Licenciatura: ()

Otros: _____

Ocupación: _____ Horario: _____

Antecedentes laborales: _____

Ingreso económico familiar:

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

Dependencia económica: Si () No ()

De quien: Padres () Esposa/o () Otros: _____

a) Patrón de vida.

¿Qué actividades recreativas realiza en sus tiempos libres?

Sociales () Culturales () Deportivas () Religiosas ()

Otras: _____

¿Qué hace usted para cuidarse: _____

b) Estado del sistema de salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno () Regular () Deficiente ()

¿A qué servicios de salud acude usted regularmente?

IMSS () ISSSTE () SALUBRIDAD () PARTICULAR ()

Diagnostico medico: _____

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

Valorar la existencia de recursos disponibles para la atención a clientes:

Proceso de enfermería con el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem aplicado a una persona con hipertensión arterial

c) Estado del desarrollo

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

Si () No ()

Cuáles son los factores que afectan la toma de decisiones

¿Quién autoriza su tratamiento médico?

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO UNIVERSALES

a) *Mantenimiento del aporte suficiente de aire.*

Frecuencia respiratoria: _____ llenado capilar: _____

Cianosis: Si () No: () Especifique: _____

Tabaquismo: Si () No: () Especifique: _____

¿Cocina con leña?

Si () No () Cuanto tiempo: _____

Alergias: Si () No () Especifique: _____

Tipo de respiración:

Normal () Disnea: () Bradipnea: () Taquipnea: () Polipnea: ()

Otros: _____

Nariz:

Desviación del tabique: () Pólipos: () Secreciones: () Dolor: ()

Edema: () Otros: _____

Tórax:

Tonel: () En quilla () En embudo: ()

Otros: _____

Proceso de enfermería con el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem aplicado a una persona con hipertensión arterial

Ruidos respiratorios:

Estertores: () Sibilancias: () Murmullo vesicular: ()

Padece alguna enfermedad pulmonar:

Si () No: () Especifique: _____

Cardiovascular:

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

Otras alteraciones: _____ -__

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta disnea:

Si: () No: ()

Apoyo ventilatorio: _____

b) Mantenimiento de aporte de agua suficiente:

Valorar datos de deshidratación.

Mucosa oral:

Seca: () Hidratada: ()

Piel:

Seca: () Escamosa: () Normal: ()

Turgencia:

Normal: () Escamosa: ()

Qué cantidad de agua ingiere usted al día:

300-500 ml () 500-1000 ml () 1500-2000 ml () > a 2000 ml ()

De donde proviene el agua que consume:

Llave publica () Pipa: () Entubada: () Garrafón: ()

Otros: _____

Utiliza algún método para planificar el agua:

Proceso de enfermería con el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem aplicado a una persona con hipertensión arterial

Si () No () Especifique: _____

Ingiere algún otro tipo de líquido durante el día:

Si () No () Especifique Cantidad: _____

Aporte de líquidos parenterales:

Especifique _____

c) Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos

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

Ha observado variaciones del peso:

Si () No ()

Perdida: () Ganancia: ()

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

Dentadura:

Completa: () Faltan piezas () Prótesis Fija: () Prótesis Extraíble: ()

Especifique: _____

Estado de las mucosas Hidratadas

Presenta algún problema en la mucosa oral:

Si () No () Especifique: _____

Lengua en tónica () Estomatitis () Xerostomía () Tumor oral ()

Leucoplaquia () Edema () Lesión oral () Drenaje purulento ()

Gingivorragia () Ulceraciones () Otros: _____

Alteraciones en cara y cuello:

Abdomen:

Peristaltismo: Ausencia: () Disminuido: () Aumentado: () Normal: ()

Distensión abdominal: () Otros: _____

Presenta algún problema en la alimentación:

Si () No ()

Cual: Acidez () Nauseas () Vomito () Hematemesis () Disfagia ()
 Pirosis () Regurgitación () Polidipsia () Polifagia () Bulimia ()
 Anorexia () Reflujo () Sialorrea () Saciedad () Eructos ()

Otros: _____

Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse:

Si () No () Especifique: _____

Tipo de nutrición:

Sonda nasogástrica: () Sonda Nasoyeyunal: () Gastroclisis: ()

Nutrición Parenteral ()

Que tan frecuente come usted: _____--

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

Alimento/frecuencia	1	2	3	4
Leche				
Deriva. De leche				
Carnes				
Cereales				
Verduras				
Frutas				
Huevos				
Pescado				
Pastas y harinas				

¿Con que guisa sus alimentos?

Aceite () Manteca: ()

¿Cómo es su dieta habitual?

Sin restricciones () Diabética () Hiposodica () Hipo proteica ()
 Hiperproteica () Otros: _____

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

Grupo de evacuación intestinal:

Presencia de:

Estoma intestinal: Colostomía () Ileostomía () Hemorroides ()

Pólipo rectal () Rectorragia () Otros: _____

Alteraciones al evacuar.

Tenesmo: () Pujo () Cólico () Otros: _____

Apoyo para la eliminación intestinal:

Espontanea: () Estreñimiento: () Diarrea: () Otros: _____

Características de las heces fecales:

Café: () Acolia: () Melena: () Otros: _____

Consistencia de las heces fecales:

Pastosa () Semipastosa () Líquida () Semilíquida () Dura () normal ()

Grupo de eliminación vesical:

Presencia de:

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

Alteraciones uretero-vesicales: _____

Alteraciones en la micción:

Polaquiuria: () Oliguria: () Anuria: () Normal: ()

Apoyo para la evacuación vesical:

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

Características de la micción:

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

Grupo transpiración:

Cambios en los patrones normales de sudoración

Disminuida: () Ausente () Aumentada ()

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal: Dolor: () Emocionales ()

Temperatura ambiental: () Otros: _____

Grupo menstruación:

Menarca: _____ - Días del ciclo menstrual: _____

Tipo, cantidad y características del flujo: _____

Presenta algún problema durante su menstruación:

Si () No () Ocasional () Especifique, dolor de mamas e inflamación de las mismas. _____ ----

a) *Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo*

REPOSO

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

<6 Hrs () 6-8 Hrs () 8-10 Hrs () >10 Hrs ()

¿Cómo se encuentra al despertar?

Cansado () Descansado () Fatigado () Otros: ____

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?

Si () No ()

¿Ha sufrido algún cambio en su patrón de sueño?

Si () No ()

¿Desde cuándo?

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

Presencia de:

Bostezo: () Insomnio: () Hipersomnias: () Pesadillas: () Alucinaciones: ()

Ojeras: () Ronquidos: (x) Enuresis: () Sonambulismo: () Terrores nocturnos: ()

Factores que interrumpen su descanso y sueño: _____--

¿Acostumbras a tomar siestas?

Si () No ()

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?

Si () No () Especifique: _____

ACTIVIDAD:

Sistema Musculo Esquelético

Presencia en articulaciones de:

Dolor: () Rigidez: () Inflamación: () Limitaciones: () Contracturas: ()

Especifique: _____

Tratamiento:

¿Alguna actividad física le produce dolor?

Si () No () Especifique: _____--

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si () No () Cual: _____

Frecuencia/duración: _____--

b) Mantenimiento del equilibrio entre soledad y la interacción

Sistema auditivo:

Presenta problemas de audición:

Si (x) No () Especifique: _____

Utiliza apoyo para escuchar:

Si () No ()

Presencia de:

Mareo () Vértigo () Acufenos (x) Malformaciones () Tumoraciones ()
Lesiones ()

Sistema ocular:

Presenta problemas visuales:

Si () No () Especifique:

Utiliza lentes: _____

Armazón: () Contacto: () Tiempo: _____

Presencia de alteraciones oculares:

Si () No () Especifique: _____

¿Con quienes convive diariamente?

Familia () Amigos () Compañeros de Trabajo ()

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

Buena () Regular () Mala ()

¿A quién recurre para platicar de sus problemas?

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

Observar:

Seguridad () Timidez () Introversión () Apatía () Extraversión ()
Otros: _____

Razones que le impiden socializar:

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

Dificultad para la comunicación () Otros: _____

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

Sistema Neurológico:

Estado de conciencia:

Consiente () Inconsciente () Sopor () Estupor () Confusión ()

Proceso de enfermería con el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem aplicado a una persona con hipertensión arterial

Coma () Glasgow: _____

Problemas con:

Concentración () Razonamiento () Especificar: _____

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

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

Antecedentes heredofamiliares patológicos:

Si () No () Especifique: _____

Toxicomanías:

Si () No () Especifique: _____

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?

Si () No () Especifique: _____

b) Funcionamiento humano y grupos sociales

¿Se acepta en su estado físico?

Si () No () Especifique: _____

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad?

Si () No () Especifique: _____

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

Si () No () Especifique: _____

¿Considera que su vida es o ha sido productiva?

Si () No () Especifique: _____

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales?

Si () No ()

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

Desesperanza y negatividad ()

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

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

Cólera ()

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO DE DESARROLLO

Crear y mantener las condiciones que apoyan los procesos vitales y promueven los procesos de desarrollo.

1. Etapas del ciclo vital

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

Niñez Si () No () Especifique: _____

Edad escolar Si () No () Especifique: _____

Adolescente Si () No () Especifique: _____

Adulto joven Si () No () Especifique: _____

Edad fértil Si () No () Especifique: _____

Adulto maduro Si () No () Especifique: _____

2. Salud sexual

Sistema reproductor:

Has recibido educación sexual

Si () No () Especifique: _____

¿Cuál es su orientación sexual? _____

¿Con que Frecuencia tiene actividad sexual?

¿Está satisfecho con su vida sexual?

Si () No () Porque: _____

Número de parejas sexuales: _____

Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales:

Proceso de enfermería con el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem aplicado a una persona con hipertensión arterial

Si () No () Especifique/tratamiento: _____

Utiliza algún método de planificación familiar:

Si () No () Especifique/tiempo: _____

Número de hijos: _____

Tiene problemas de infertilidad:

Si () No () Especifique: _____

Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual:

Si () No () Especifique: _____

Tratamiento: _____

Cirugías realizadas en aparato reproductor

Cirugías realizadas en aparato reproductor:

Si () No () Especifique: _____

Hombre:

¿Acude a examen de Próstata/testicular?

Si () No () Especifique: _____

¿Presenta problemas de erección?

Si () No () Tratamiento: _____

¿Presenta problemas de eyaculación precoz?

Si () No () Tratamiento: _____

Mujer:

Menarca: _____ Días del ciclo menstrual: _____

Tipo, cantidad y características del flujo: _____

Presenta algún problema durante la menstruación:

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

Embarazos: ____ Partos: ____ Cesáreas: __ Abortos

Partos prematuros: _____ Fechas de último Papanicolaou: _____ -

Presencia de flujo/hemorragia tras vaginal: _____ -

Características: _____

¿Existen alteraciones de crecimiento físico?

Si () No () Especifique: _____

REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

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

4-6 meses () 6-12 meses () >12 meses () No se realiza ()

Especifique: _____

¿Sabe usted de que está enfermo?

Si () No ()

¿Qué conoce acerca de su enfermedad?

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

Si () No ()

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

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación?

Si () No () Especifique: _____

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

Ambientales () Familiares () Personales ()

Clasificación de los requisitos universales en objetivos y subjetivos

1.-MANTENIMIENTO DEL APORTE SUFICIENTE DE AIRE.	
Frecuencia cardiaca 80 x'	No fuma
Frecuencia respiratoria 19 x'	No cocina con leña
Llenado capilar de 2 segundos	No alergias
2.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA	
Mucosa oral se observan secas	Ingiere de 200 ml de agua purificada al día.
Turgencia de la piel es normal	Refresco una vez por día
Temperatura de 36.5	Por las noches toma café 250ml
3.- MANTENIMIENTO DE UNA INGESTA SUFICIENTE DE ALIMENTOS	
Peso 76 kg	Refiere que ha subido 3 kg de peso en 5 meses
Talla 1.56 cm	Presenta polifagia de vez en cuando
IMC 31.2	Come 3 veces al día
Cuenta con Dentadura completa	Su dieta es sin restricciones consume Muy poca leche, carne cereal. Come regularmente verduras, frutas, huevos, carne de pescado y harinas.

7.- PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO	
Esta consiente Por parte de la mama y papa y hipertensa	Presenta problemas de concentración, se le olvida tomar los fármacos No implementa medidas de seguridad para su familia
8.- PROMOCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL DESARROLLO HUMANO, POTENCIAL HUMANO, LIMITACIONES CONOCIDAS Y EL DESEO DE SER NORMAL.	
Acude al médico de 4 a 6 meses Conoce muy poco de su enfermedad	Se acepta en su estado de salud y físico. No ha recibido platicas de su enfermedad
7.- PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO	
Esta consiente Por parte de la mama y papa y hipertensa	Presenta problemas de concentración, se le olvida tomar los fármacos No implementa medidas de seguridad para su familia
8.- PROMOCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL DESARROLLO HUMANO, POTENCIAL HUMANO, LIMITACIONES CONOCIDAS Y EL DESEO DE SER NORMAL.	
Acude al médico de 4 a 6 meses Conoce muy poco de su enfermedad	Se acepta en su estado de salud y físico. No ha recibido platicas de su enfermedad
7.- PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO	
Esta consiente Por parte de la mama y papa y hipertensa	Presenta problemas de concentración, se le olvida tomar los fármacos No implementa medidas de seguridad para su familia

8.- PROMOCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL DESARROLLO HUMANO, POTENCIAL HUMANO, LIMITACIONES CONOCIDAS Y EL DESEO DE SER NORMAL.

Acude al médico de 4 a 6 meses

Se acepta en su estado de salud y físico.

Conoce muy poco de su enfermedad

No ha recibido platicas de su enfermedad

RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO				
DATOS SIGNIFICATIVOS (Evidencia)	ANÁLISIS DEDUCTIVO Dominio, Clase, requisito de autocuidado involucrados	PROBLEMA Etiqueta diagnóstica NANDA II P	FACTOR RELACIONADO Etiología E	MANIFESTACIONES Signos y Síntomas S
Cintura de 100 cm. Lo que indica un índice de masa corporal de 31.2 que indica obesidad en grado 1. Consume carne rojas tres vez por semana, en los últimos 5 meses aumentado 3kg.	Dominio: II Nutrición Clase 1: ingestión Pág.: 76	00001 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL INGESTA SUPERIORES A LAS NECESIDADES	Aporte excesivos en relación con las necesidades metabólicas	Peso corporal superior en un 20% al ideal según la talla y Constitución corporal.
Consume 200 ml de agua por día y refresco una por vez por día; La diuresis reportada tres veces al día aproximada mente, sequedad de la piel.	Dominio 2: nutrición Clases 5: hidratación pág.: 84	00027 DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS	Fracaso de los mecanismos reguladores.	Disminución de la diuresis, sequedad de piel.

<p>Falta de actividad física Baja ingesta de agua evacuaciones duras y poco frecuente.</p>	<p>Dominio 3: eliminación e intercambio Clases 2: función gastrointestinal Pág. 109</p>	<p>00012 RIESGO DE ESTREÑIMIENTO</p>	<p>Funcionales: hábitos de defecación irregulares. Fisiológicos: aporte insuficiente de fibras, aporte insuficiente e líquidos. Mecánicos: obesidad.</p>	
<p>Presenta dolor de rodillas cuando recorre lugares distante</p>	<p>Dominio 12: confort Clase 1: confort físico pág. 349</p>	<p>00132 DOLOR AGUDO</p>	<p>Agentes físicos lesivos,</p>	<p>Expresión facial (expresión abatida, movimientos fijos o escasos, gemidos). Expresa dolor.</p>

XII. APENDICE



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Consentimiento informado para participantes en el proceso de enfermería con el referente teórico de D. Orem.

Yo C.L.M.A doy mi consentimiento para participar en la metodología de intervención de enfermería, que tiene como finalidad conocer e identificar las respuestas humanas, fundamentada en la teoría de Dorotea E. Orem y estructura un trabajo académico, con fines de titulación, para obtener el grado de Licenciado en enfermería a través del cual se me brindaran cuidados integrales que beneficiaran mi estado de salud.

He sido informado (a) con claridad de los objetivos de la metodología de intervención, así como la importancia de mi participación en la misma, la cual no implica ningún tipo de riesgo a mi persona. Estoy convencida que mis datos serán totalmente confidenciales y que atribuirán en su futuro al cuidado integral de otras personas que cursan 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 consciente. Sin recibir remuneración económica

Enterado (a) a que el responsable de dicho proceso de enfermería es el PLE Amauri Daniel Ruiz Pérez doy mi consentimiento para colaborar en el trabajo académico solicitado.


PLE


ACEPTO PARTICIPAR


TESTIGO

Morelia Michoacán agosto 2013