



ESCUELA DE ENFERMERIA DE ZAMORA A.C.  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO

CLAVE 8723

“PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA  
INTRADOMICILIARIO APLICADO A USUARIA  
DE LA TERCERA EDAD CON HIPERTENSION ARTERIAL”

PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

JUANA ISELA ALVAREZ DUARTE

No. DE CUENTA 406530372

ASESORA: LEO GUADALUPE RODRIGUEZ BARAJAS

ZAMORA DE HIDALGO MICHOACAN OCTUBRE DEL 2010



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **DEDICATORIA**

Primeramente quiero agradecer a Dios por haberme permitido lograr mis estudios satisfactoriamente.

De una manera muy especial quiero agradecer a mis padres, por haberme apoyado en todo momento para lograr una de mis metas. Gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfar en la vida.

Quiero agradecer a mis profesores, personal administrativo, y demás personal que contribuyeron para mi formación.

Y de una manera muy especial a la licenciada en enfermería y obstetricia Guadalupe Rodríguez Barajas, por haberme brindado su apoyo en la realización de este trabajo

## ÍNDICE

DEDICATORIA	
INTRODUCCION.....	6
JUSTIFICACION.....	9
OBJETIVOS.....	11
METODOLOGIA.....	12
<b>CAPITULO I</b>	
1. Marco teórico.....	14
1.2 Antecedentes históricos de enfermería.....	14
1.3 Importancia de la profesión.....	21
1.4 Concepto de enfermería.....	23
1.5 Metaparadigma de enfermería.....	25
<b>CAPITULO II</b>	
2. Teorías de enfermería.....	26
2.1 Teoría de Virginia Henderson.....	26
2.2 Teoría del autocuidado de Dorothea Orem.....	30
2.3 Modelo de relación de persona a persona Joyce Travelbee.....	33

<b>CAPITULO III</b>	
3. Proceso enfermero.....	37
3.1 Valoración.....	39
3.2 Diagnóstico.....	42
3.3 Planeación.....	45
3.4 Ejecución.....	47
3.5 Evaluación.....	48
<b>CAPITULO IV</b>	
4. Historia natural de la enfermedad.....	49
4.1 Periodo prepatogénico.....	50
4.2 Periodo patogénico.....	51
4.3 Niveles de prevención.....	53
<b>CAPITULO V</b>	
5.1 Aplicación del proceso de intención enfermería	56
5.2 Historia clínica de enfermería.....	58
a) Clasificación de datos objetivos y subjetivos.....	66
b) Jerarquización de necesidades y diagnósticos de enfermería.....	74

c) Plan de cuidados .....	77
d) Plan de alta.....	99
5.3 Conclusión.....	109
5.4 Propuesta de trabajo .....	111
5.5 Bibliografía.....	113
5.6 Anexos.....	117

## INTRODUCCION

Al igual que en otras profesiones, enfermería requiere de la utilización de un proceso o de una forma organizada de cómo llevar a cabo los cuidados.

El proceso atención enfermería, es un proceso orientado a las intervenciones, centrado en el usuario y dirigido a los resultados, una vez que son ejecutadas las intervenciones el profesional evalúa los resultados esperados, en función de esta evaluación el plan de cuidados se continua, se modifica o se concluye.

Este proceso permite priorizar las necesidades del usuario para de esta manera poder brindar un cuidado holístico que mejore su calidad de vida o le permita alcanzar un óptimo estado de salud.

El presente trabajo trata sobre el proceso atención de enfermería intradomiciliario aplicado a usuaria de la tercera edad, que presenta hipertensión arterial.

En el cual se abordan 5 capítulos, en el primero se presenta antecedentes históricos de la enfermería, importancia de la profesión, concepto de enfermería y

metaparadigma de enfermería, todo esto hace referencia a la importancia de la enfermería como profesión.

En el segundo capítulo se presentan las teorías de enfermería dentro de las cuales entra las 14 necesidades de Virginia Henderson, teoría del autocuidado de Dorothea Orem y la relación de persona a persona de Joyce Travelbee.

El tercer capítulo se hace mención del concepto del proceso enfermero y cada una de sus etapas.

El capítulo cuatro presenta lo que es la historia natural de la enfermedad, el periodo prepatogénico y patogénico así como sus niveles de prevención.

Y en el último capítulo se lleva a cabo lo que es la aplicación del proceso de atención de enfermería, la historia clínica de enfermería, la valoración por las 14 necesidades de Virginia Henderson, la clasificación de los datos objetivos y subjetivos, la jerarquización de las necesidades y diagnósticos de enfermería de acuerdo a las necesidades de la usuaria realizando un plan de cuidado,



dando un plan de alta llegando a una conclusión, propuesta de trabajo, bibliografía y anexos.

## **JUSTIFICACION**

La hipertensión arterial es una enfermedad crónico-degenerativa más frecuente en nuestro medio que puede causar una enfermedad vascular cerebral, enfermedad cardiovascular y nefropatía, por cifras elevadas de la presión sistólica y diastólica llevando incluso a la muerte.

La importancia de este proceso de atención de enfermería es tratar de mantener cifras de presión arterial dentro de parámetros normales para evitar una complicación o daño secundario a esta enfermedad.

Ya que en la actualidad se han venido suscitando casos de hipertensión arterial con daños irreversibles, presentándose con mayor frecuencia en las personas de la tercera edad.

Por esta razón mi trabajo esta basado en la hipertensión arterial en una usuaria de la tercera edad para tratar de prevenir un caso más e intentar mantener estable a la usuaria en la que se aplico el proceso de atención de enfermería.

Por esta razón es de suma importancia la aplicación del proceso de atención de enfermería porque nos brinda satisfacciones importantes tanto al usuario como a la enfermera, ya que de esta manera he logrado mantener estable a la usuaria.

Entonces creo que si enfermeras (os) nos preocupáramos por realizar este trabajo intradomiciliario de manera mas constante, lograríamos mantener a las personas estables y con un optimo estado de salud.

## **OBJETIVO GENERAL**

Proporcionar a la usuaria atención holística y de calidad, mediante la aplicación de la teoría de Virginia Henderson, Dorothea Orem y Joyce Travelbee, para otorgar herramientas que logren en lo posible su autocuidado.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ▶ Aplicar la guía de valoración de Virginia Henderson para obtener información real de la usuaria.
- ▶ Elaborar diagnósticos de enfermería de acuerdo a la NANDA para conocer las dificultades que presenta la usuaria.
- ▶ Concientizar a los familiares de la importancia que es brindarle apoyo a la usuaria para que de esta forma la puedan motivar para que tome su tratamiento

## **METODOLOGIA**

### **Modelo de relación**

Se realiza en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson, para obtener la validación de los datos, mediante la aplicación de guías de valoración propuestas por la teoría Hendersiana.

### **Técnica de trabajo**

Para llevar a cabo el proceso enfermero, se deben utilizar diferentes técnicas de exploración para llegar a obtener los resultados requeridos o necesarios porque permite tener un resultado preciso de acuerdo al análisis de exploración.

Se empleo la exploración física, interrogatorio a familiares que están encargados del cuidado.

La otra técnica es el proceso enfermero que consta de cinco etapas las cuales se encuentran relacionadas conduciendo a la siguiente.

Valoración: nos permite reunir la información necesaria referente al usuario, familia y comunidad.

Diagnóstico: consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio de valor encaminado a tratar problemas de respuesta humana y fisiopatológica.

Planeación: nos permite establecer prioridades, seleccionar las intervenciones de enfermería.

Ejecución: consiste en llevar a la práctica el plan mediante acciones que logren alcanzar los objetivos establecidos.

Evaluación: nos permite determinar el progreso de la usuaria y familia hacia el logro de los objetivos y valorar las competencias de la enfermera esto con el fin de hacer modificaciones necesarias.

**CAPITULO I**  
**1. MARCO TEORICO**  
**1.2 ANTECEDENTES HISTORICOS DE**  
**ENFERMERIA**

En un principio la labor principal de la enfermería era cuidar de las personas que no podían realizarlo por ellas mismas, también eran ayudantes de los curanderos, donde brindaban educación, consuelo y apoyo a las personas.

En el año 400 a. de c. se creía que la enfermedad era ocasionada por supersticiones y magia, por ello el tratamiento era basado sobre magia.

Durante el antiguo testamento las civilizaciones fueron avanzando surgiendo nuevas ideas para la atención de las personas, como las comadronas que se encargaban del cuidado de las embarazadas, durante el parto y el alumbramiento, también surgieron las nodrizas que se encargaban del cuidado de los niños y ancianos de las familias ricas.

Durante este tiempo no contaban con una buena preparación, se basaban para instruirse en las personas que

le brindaban apoyo como: sacerdotes, maestros y curanderos.

En la antigua India existieron los primeros hospitales donde para ser enfermera debían cumplir ciertos requisitos como: conocimientos en la preparación de los fármacos, inteligencia, dedicación al paciente y pureza de cuerpo y mente, siendo atendidos principalmente por religiosas ya que eran las que contaban con este perfil.

La religión también forma parte del crecimiento de la enfermería porque nos muestra un pasaje en la Biblia donde Jesucristo habla a través de una parábola donde menciona el ayudar al prójimo.

Con el transcurso de los años en el siglo III surge la primera organización de hombres que cuidó de las personas durante la gran plaga de Alejandría.

Después de Cristo (500-1500) la iglesia católica fue la principal fundadora de hospitales y órdenes religiosas masculinas y femeninas para brindar cuidados a los enfermos, moribundos, huérfanos, personas sin hogar, viudas y pobres para brindarles refugio.<sup>1</sup>



Con el paso de los años la enfermería se fue preocupando cada vez más por crecer como profesión a pesar de los obstáculos que se tuvieron en el periodo de la revolución industrial ya que durante este tiempo el servicio lo brindaban prostitutas y prisioneras.

En la actualidad la enfermera a afrontado estos obstáculos y se ha colocado como elemento fundamental en las instituciones de salud, ya que en la actualidad dejó de ser una cuidadora de enfermos sin conocimiento para convertirse en una persona que brinda cuidados de manera profesional, que además se ha preocupado por la investigación, educación y que todo ello este basado en la teoría.

**“Etapa de la investigación:** esta llego cuando muchas enfermeras realizaban una formación superior y llegaban a la concepción común de la edad científica: que la investigación era el camino hacia el nuevo conocimiento.”<sup>2</sup>

Durante esta etapa fue cuando las enfermeras comenzaron a involucrarse un poco más en la investigación, ya no querían que su trabajo quedara

únicamente en la práctica, por que ya para este tiempo consideraban que su trabajo tenía que ir mas allá de tratar a un enfermo físicamente, fue por ello que se vieron en la necesidad de implementar esta etapa dentro de su formación, ya que la ciencia iba avanzado y fueron viendo que cada enfermo era diferente aun cuando se tuviera la misma enfermedad y que cada organismo respondía de manera distinta ante un determinado tratamiento.

**“Etapa de la educación:** empezaron a surgir programas de master en enfermería para cubrir las necesidades de enfermeras con una formación especializada.”<sup>2</sup>

Esta etapa fue seguida de la etapa de investigación, durante esta surgieron diferentes programas en los cuáles las enfermeras que ya tenían un grado mas alto se vieron en la necesidad de brindarles educación en cuanto a las diferentes estrategias que ellas utilizaban en la práctica para poder brindarles un cuidado integral a los pacientes, todo esto lo hacían con el fin de lograr una educación mas integral a las estudiantes y a las enfermeras que tenían un nivel de educación mas bajo, para cuando se integraran al ámbito laboral no les fuera tan difícil integrarse.

**“La etapa de la teoría:** fue una extensión natural de la etapa de la investigación y de la educación superior. Con un conocimiento ampliado del desarrollo de la investigación y del conocimiento, resulto obvio que la investigación sin teoría resultaba insuficiente; de todos modos, la investigación y la teoría juntas crearon la ciencia enfermera”.<sup>2</sup>

Durante esta etapa pudieron observar que era importante llevar a cabo las etapas anteriores ya que si no habían cursado alguna de las anteriores no podían seguir avanzando para llegar a un nivel mas óptimo de conocimientos, durante ésta etapa se les brindaba el conocimiento acerca de las diferentes situaciones que en un futuro se les presentarían en la práctica, durante esta etapa era llevar a cabo una fuentes de ideas acerca de enfermedades, de organización y todo lo que involucraba dentro de un hospital, para que ellas se pudieran llevar un buen nivel de conocimientos y con mucha teoría para llegar al hospital y ponerlo en práctica.

Debido a las grandes teóricas que existieron en un momento y las grandes organizaciones que surgieron y que aun sigue existiendo, esto le ha ido dando gran

importancia a la enfermería, tanto que ahora ya es considerada como una carrera a nivel profesional, y que gracias a todas estas personas que existieron y a las grandes investigaciones que han hecho y que han implementado para lograr que enfermería siga avanzando para lograr llegar a ser una carrera independiente.

“A mediados del siglo XIX, Nightingale expreso su firme convicción de que el conocimiento de enfermería era distinto del conocimiento de medicina.

La función propia de una enfermera es el hecho de poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza (Dios) actúe sobre el o ella”.<sup>3</sup>

Podemos decir que enfermería es una ciencia ya que es una profesión que constantemente esta cambiando, y se adapta de acuerdo a las necesidades de cada persona, enfermería es muy diferente de medicina porque medicina se inclina únicamente hacia el tratamiento físico, y enfermería trata a la persona de forma holística ya que la persona depende de varios factores, y el personal de enfermería se involucra en todos los aspectos de las persona ya que si algún factor se encuentra alterado no se puede avanzar hacia el siguiente, por eso la esencia de enfermería es el cuidado en las tres esferas de la persona,

la diferencia entre estas dos es la relación que se tiene con el paciente y la familia por eso la llamamos relación enfermera-paciente-familiar.

### **1.3 IMPORTANCIA DE LA PROFESIÓN**

La profesión es una vocación que requiere de conocimientos para poder brindar un servicio a la sociedad, cabe destacar que profesión es diferente a una ocupación ya que dentro de la profesión se requiere de aprendizaje especializado y durante un periodo de tiempo prolongado para lograr el conocimiento requerido para poder ejercer como profesión.

Dentro de la profesión implica establecer los niveles de enseñanza que se establecen por los miembros de la profesión no personas ajenas a este, ya que los profesionales dentro de su profesión saben que es lo que necesitan para mejorar o de que manera se puede brindar un servicio profesional.

Dentro de la profesión es importante conseguir la competencia con otros profesionales para brindar una atención de calidad llevando siempre a mejorar el servicio en beneficio propio y de las personas que requieren el servicio.

Por ello es importante que un profesional de enfermería se encuentra capacitado tanto en la teoría como en la práctica, además debe contar con una ética profesional, ya que la enfermería requiere de una gran responsabilidad para con los pacientes y con todas las personas de la sociedad si así lo requirieran.

La enfermería es una profesión ya que requiere de personal que este bien capacitado y sobre todo que cuente con mucha responsabilidad, pero además de esta preparación académica y demás que hemos mencionado es muy importante que el profesional en enfermería tenga una preparación espiritual que le va a permitir ser amable, abierto, sociable, etc, con todas las personas sin importar raza, y nivel económico en el que se encuentren las personas.

## **1.4 CONCEPTO DE ENFERMERÍA:**

Existen muchas definiciones que hablan acerca del concepto de enfermería, aunque algunas no reflejan de manera científica los conocimientos de enfermería teóricos y prácticos como una carrera profesional.

Ciertas definiciones siguen refiriéndose a una persona generalmente mujer que se encuentra preparada para el cuidado de los enfermos, pero en la actualidad ha ido en aumento la participación de los varones para contribuir en esta labor tan importante.

Hace 100 años Florence Nightingale definió la enfermería como “el acto de influir sobre el entorno del paciente para ayudarlo en su recuperación” esta definición ha ayudado al profesional de enfermería ya que enfermería es una profesión que no solo se centra en el usuario físicamente, sino que trabaja todos los aspectos que integran al ser dentro de una familia y sociedad.

Nightingale fue una teórica que elevó el prestigio de la enfermería cuando implementó la investigación para



que enfermería dejara de ser ama de casa y se convirtieran en mujeres preparadas para el cuidado de los enfermos. Para 1960 se definió que la función de la enfermera es ayudar al paciente sano y enfermo para ayudarlo a seguir manteniendo su salud, ayudarlo en su recuperación ó a bien morir.<sup>4</sup>

La enfermería, es la profesión que se encarga del cuidado de las personas sanas y enfermas para dar tratamientos a los problemas de salud reales o potenciales, de la misma manera se encarga de propiciar un ambiente de prevención de enfermedades hacia la sociedad.

Incluyendo que la enfermería es un cuidado, es un arte, es una ciencia, siempre va a estar centrada en el cliente, brinda un cuidado de manera holística, se adapta a las necesidades del usuario, es 100% profesión de ayuda y brinda promoción, mantenimiento y recuperación de la salud.

## 1.5 METAPARADIGAMA DE ENFERMERIA

Un Metaparadigma es el marco conceptual o filosófico más global de una disciplina o de una profesión. Define y describe las relaciones entre ideas, valores principales y orienta la organización de los modelos y las teorías de una profesión.

El **metaparadigma de enfermería** agrupa cuatro conceptos persona, entorno, salud y enfermería.

**Persona:** se refiere al receptor de los cuidados enfermeros, que incluye los componentes físico, espiritual, psicológico y sociocultural, que puede contemplar a un individuo, familia o una comunidad.

**Entorno:** se refiere a todas las condiciones internas y externas, las circunstancias y las influencias que afectan a la persona.

**Salud:** se refiere al grado de bienestar o enfermedad experimentando por la persona.

**Enfermería:** se refiere a las actividades, características y atributos del individuo que proporciona el cuidado enfermero.<sup>5</sup>

## **CAPITULO II**

### **2. TEORIAS DE ENFERMERIA**

#### **2.1 VIRGINIA HENDERSON**

Virginia Henderson de acuerdo a la escuela de las necesidades, menciona que la tarea principal de enfermería es brindar cuidado a las personas inclinándose por las necesidades que se encuentran dependiente ya que el objetivo principal de esta teoría es lograr la independencia satisfaciendo cada una de las necesidades para llevar a cabo el autocuidado.

La jerarquización de las necesidades es indispensable para brindar los cuidados de enfermería, en esta teoría se jerarquizan de acuerdo a la pirámide de Abraham Maslow, colocando en primer lugar los problemas que amenazan la vida, siguiendo con los problemas que interfieren con la seguridad y protección, problemas que interfieren con el amor y la pertenencia, problemas que interfieren con la autoestima y los que interfieren con la capacidad de lograr objetivos personales, ya una vez satisfechas las necesidades de base surgen otras

de nivel mas elevado que también deben cumplirse para llegar a la autorrealización.

Los cuidados de enfermería es proporcionar a las personas enfermas y sanas de acuerdo a un plan establecido llevándolas a cabo ya una vez priorizadas para lograr la independencia de la persona.

Henderson es una de las teóricas que se preocupo mucho por el bienestar de las personas, por eso ella definió a la enfermería con la única función que es de ayudar al individuo sano o enfermo, en todas las actividades que de una forma u otra van a contribuir en el bienestar de la misma.

Y no sólo ayudarla sino brindarle un conocimiento necesario para el bienestar de la misma.

Henderson incluye en la teoría que el personal de enfermería debe buscar cuidados especificos para el tratamiento de cada usuario, ya que la persona es un ser integral que cada uno va a responder de manera diferente antes los cambios que influyen en la sociedad, todo esto para lograr restablecer su salud o en algún momento brindarle una muerte tranquila

Virginia define 14 necesidades y considera que son los componentes básicos de una persona y que la enfermera debe ayudarlo para que estas necesidades se cumplan satisfactoriamente.

Las 14 necesidades de Henderson son muy similares a las de Abraham Maslow.

1 a la 7 están relacionadas con la fisiología normal que debe de presentar el usuario.

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el entorno.

De la 8 a la 9 están relacionadas con la seguridad del usuario y de las personas que lo rodean.

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.

La 10 esta relacionada con el estado de ánimo actual de la persona, es decir, la autoestima de la persona.

10. comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.

De la 10 a la 11 están relacionadas con el afecto de la persona y sus pertenencias.

11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.

De la 12 a la 14 estas se relacionan con la satisfacción que se tiene al realizar cualquier trabajo.

12. Ocuparse de algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.

13. Participar en actividades recreativas.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Considerando las 14 necesidades básicas de forma conjunta, proporcionan un enfoque holístico de la enfermería.

## **2.2 DOROTHEA OREM TEORIA DEL AUTOCUIDADO**

La teoría del autocuidado describe los cuidados que deben de llevar a cabo las personas para poder mantener y conservar su salud, incluyendo en esta (baño e higiene), así como la alimentación que debe llevar en cuanto a alimento y la ingestión de agua diariamente.

Dentro de la teoría del autocuidado es importante tomar en cuenta como personal de enfermería, todo aquello, que va a satisfacer al usuario y que a la vez va a contribuir en la supervivencia del hombre, es decir, todo lo que le rodea y que a la vez necesita de ellos, el aire es indispensable para la supervivencia del hombre, así como sus necesidades fisiológicas cumplirlas satisfactoriamente hasta llegar a la autorrealización, incluyendo el trabajo y descanso, teniendo en cuenta que el ser humano necesita la interacción constante con otras personas, y que también necesita de estar solo para conocerse como persona conocer su interior y darse cuenta si su salud física es congruente con su salud interior ya que la persona es un ser holístico y debe de estar sano de acuerdo en todo por lo que está conformado.

En la teoría del autocuidado cabe mencionar que la persona debe de estar preparada para los peligros de la vida, ya que el ser humano siendo ser holístico debe llevar a cabo un buen funcionamiento en la vida, tanto en el desarrollo humano como social.

**AUTOCUIDADO:** son todas aquellas actividades preventivas e higiénicas que las personas las llevan a cabo en su persona en determinados períodos de tiempo para mantener y seguir conservando su salud.

#### TEORIA DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO

El déficit de autocuidado nos indica que las personas no pueden llevar el autocuidado de su persona y eso indica que una persona tiene que brindarle el cuidado necesario que requiere aquella persona, es aquí donde entra el trabajo de enfermería en el cuál debe llevar a cabo cuidados especializados al igual que una atención integral de la persona de tal forma que satisfaga las necesidades de la misma para mantener y conservar la salud.

#### TEORIA DEL AUTOCUIDADO

Son todas aquellas acciones que las personas deben llevar a cabo deliberadamente para proteger su vida, salud, desarrollo y bienestar.

El ser humano es único e inigualable y cuenta con un sistema de regulación de funciones por lo tanto cada uno



debe llevar el autocuidado de forma libre e independiente de acuerdo a las funciones reguladoras.

Estos requisitos deben realizarse de forma periódica, ya que de una u otra forma va a influir en el crecimiento y desarrollo de cada persona en la conservación de la salud y en los factores del ambiente, (cambios climáticos, contaminación, estrés, agotamientos, etc.) todos estos aspectos influyen para mantener el equilibrio (homeostasis), y si las personas no realizan el autocuidado como debe ser esto va a provocar que haya una pérdida del equilibrio.

## **2.3 JOYCE TRAVELBEE**

### **MODELO DE RELACION DE PERSONA A PERSONA**

Travelbee fue una de las enfermeras que le dio mucho valor a la carrera de enfermería, ya que no nada mas se quedaba con lo que había aprendido en la escuela, sino que aun después de haber terminado seguía estudiando para poder saber cual era el trato que debía brindarle a sus pacientes y de que forma se le iba a dar un cuidado más integral al paciente.

Por todo lo anterior Travelbee tuvo que formular una teoría llamada relación de persona a persona, le llamo así porque ella decía que los pacientes que necesitaban atención, el personal de enfermería que los atendía carecía de compasión (aliviar la causa del paciente), ya que ella afirmó que la enfermera era la única responsable de ayudar al paciente para aliviar sus molestias o evitar que estas fueran en aumento, y para esto lo llamó relación de persona a persona, ya que para poder contribuir en la recuperación del paciente, como personal de enfermería debemos llevar una conversación con el paciente para brindarle confianza y de esta forma él expresará sus

miedos y angustias que presenta en ese momento y así ayudemos en la recuperación del paciente.

Y no sólo debemos enfocarnos en el paciente ya que la teoría habla de ayudar a lo que es familia y comunidad para ayudarles un poco en su dolor en esa angustia en la que se encuentra, y si fuera posible ayudarles a encontrar posibles soluciones a los problemas que presentan.

Travelbee además de escribir esta teoría tan importante, daba a conocer lo que escribía a otras personas para de esta forma poder implementar algunos otros campos de concentración de tal forma que se le brindará un cuidado holístico al usuario, familia o comunidad.

Dentro de esta teoría ella en compañía de Viktor Frankl propuso la teoría de la logoterapia que esta teoría va a ayudar no solo al paciente sino también a la enfermera para poder encontrarle un sentido a la vida, aun cuando el paciente se encuentre en la última fase de alguna enfermedad Terminal o ante la pérdida de un ser querido

## CONCEPTOS BASICOS Y DEFINICIONES

**SER HUMANO:** es toda aquella persona que forma parte de una familia y comunidad que es única e irremplazable.

**PACIENTE:** es aquella persona que en algún momento va a requerir de un cuidado específico y que en este caso va a ser brindado por el personal de enfermería.

**ENFERMERA:** es un ser humano, que ha recibido una formación y cuenta con conocimientos y experiencias para poder brindar un cuidado específico a la necesidad que presenta el usuario.

**ENFERMEDAD:** es cualquier alteración dentro del ser humano ya sea física o emocional, que es causada por factores internos y externos.

**COMUNICACION:** es un proceso de interacción continúa y directa con la enfermera paciente familia y comunidad para poder contribuir en la recuperación de la salud ya sea de forma total o parcial.

**INTERACCION ENFERMERA PACIENTE:** Es cualquier contacto directo entre la enfermera y el paciente siendo de forma verbal o no verbal.

## AFIRMACIONES TEORICAS

Dentro de esta teoría es importante destacar la relación persona a persona ya que el ser humano es una persona integral, bio-psico-social-espiritual-emocional y no puede

estar aislada a la sociedad, es decir, que constantemente tiene que estar en contacto con las demás personas y de esta forma establecer una relación.

El ser humano dentro de la sociedad, siempre va a estar afectado ya sea por emociones positivas (felicidad, alegría, amor, entusiasmo, etc.) O negativas (tristeza, llanto, agobio o incluso al final va a encontrarse con la muerte)

Dentro de todas estas emociones la relación enfermera-paciente se debe establecerse desde el primer contacto con el paciente más aún dentro de una institución, ya que de esto va a depender que en el paciente persistan las emociones negativas ya antes mencionadas y en caso de que estén presentes, debemos tratar en ese momento las necesidades que se encuentren afectadas teniendo siempre en cuenta la relación persona a persona.

## CAPITULO III

### 3. PROCESO ENFERMERO

Es un método, que cuenta con una secuencia de pasos que le permite a la enfermera prestar cuidados de manera individualizada y profesional dentro del cual se deben emplear los elementos del pensamiento crítico y emitir el juicio de enfermería para así llevarlos a la práctica basados en la razón de enfermería.

El proceso enfermero se emplea para tratar las respuestas humanas ya sea en la salud o en la enfermedad, incluyendo cada una de sus etapas. El proceso enfermero es dinámico y continuo porque se adapta al cliente y de esta manera puede ser modificado, dentro de este su finalidad es identificar los problemas de salud reales o de riesgo determinando las intervenciones de enfermería llevándolas a la práctica para cubrir las necesidades.

#### **Características**

**Es un Método:** porque permite que la enfermera mentalice acerca de los cuidados que le va a brindar al paciente y a la vez le va a permitir organizar su trabajo y

dar solución a los problemas reales o potenciales y de esta manera dar continuidad a los cuidados.

**Es Sistemático:** porque esta conformado por una serie de pasos a seguir que estas a su vez nos vas a conducir hacia el logro de los objetivos.

**Es Humanista:** porque la enfermería se centra hacia el cuidado del individuo, y de esta forma brindarle confianza y esto va a contribuir en la recuperación del paciente ya sea de forma parcial o total.

**Es Intencionado:** porque es planeado para lograr el restablecimiento del paciente y/o disminuir los factores de riesgo.

**Es Dinámico:** porque puede ser modificado constantemente de acuerdo a la respuesta que presente el usuario.

**Es Flexible:** porque puede aplicarse tanto a individuos sanos como enfermos y en cualquier nivel de atención.

**Es Interactivo:** porque se debe de tener la habilidad de interactuar con el usuario y a la vez con los familiares, es decir tener una relación enfermera-paciente-familiar.

## **ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO**

El proceso enfermero cuenta con cinco etapas valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación las cuales están estrechamente relacionadas de tal forma que una nos va a conducir a la siguiente, y no se puede emitir ninguna de las etapas ya que se perdería la secuencia y no se lograría el objetivo que se ha planteado.

### **3.1 VALORACION**

Es la primera etapa del proceso enfermero, esta etapa nos va ayudar para valorar el estado de salud actual en el que se encuentra el usuario, familia o comunidad. La valoración nos va ayudar a reunir todos los datos significativos, y esto nos va permitir tener un conocimiento general acerca del estado en que se encuentra el usuario.



La valoración es una de las actividades que realiza el personal de enfermería con usuario siguiendo un modelo de enfermero, debe realizarse de manera continúa ya que todas las fases del proceso dependen de la exactitud y completa recopilación de información.

La valoración por un modelo enfermero nos va a permitir llevar a cabo una mejor apreciación del estado actual del paciente, y puede llevarse a cabo por cualquier teoría, ya sea las 14 necesidades de Virginia Henderson, los requisitos de autocuidado de Orem, etc.

#### PASOS PARA REALIZAR LA VALORACION

La valoración, es la etapa mas importante del proceso enfermero ya que nos va a proporcionar excelente información del usuario ya sea de forma directa o indirecta y esto nos va a llevar a una reflexión acerca del estado de salud, a partir de identificación de los problemas reales o de riesgo para esa persona, y de esta forma poder detectar la capacidad con la que cuenta esta persona para conservar o recuperar la salud, en el menor tiempo posible.

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

**Recolección de la información:** para obtener la información necesaria para detectar las respuestas humanas, se lleva a cabo mediante la

**Entrevista**, que es una comunicación programada por la enfermera para entablar una comunicación y obtener información real para poder identificar los problemas de salud reales o de riesgo, dentro del cuál hay dos formas a seguir para entrevistar al usuario de manera dirigida o no dirigida en base a preguntas abiertas o cerradas durante un periodo de tiempo.

**Observación** se realiza cuando la enfermera entra en contacto con el usuario utilizando los cinco sentidos principalmente la vista.

**Exploración física**, para llevar a cabo la exploración física la enfermera utiliza principalmente la auscultación, inspección, palpación y percusión de manera céfalocaudal para reunir la información pertinente.

**Validación de la información:** consiste en un doble examen para verificar que la información obtenida anteriormente es completa y precisa que los datos objetivos y subjetivos sean coherentes.

**Registro de la información:** para hacer las respectivas anotaciones de acuerdo a la respuesta del paciente y/o familiares.

### **3.2 DIAGNOSTICO**

Es la segunda etapa del proceso enfermero, termina la valoración y ya de acuerdo a los datos obtenidos de la valoración la enfermera va a utilizar el pensamiento crítico para interpretar los datos de valoración de acuerdo a las respuestas del paciente, y a la vez de los recursos con los que se cuentan para poder llevar a cabo el diagnóstico real del paciente.

#### **PASOS DE LA ETAPA DE DIAGNOSTICO**

##### **Razonamiento diagnóstico:**

Es la aplicación del pensamiento crítico para poder solucionar los problemas en los que se encuentra el paciente, esto va a depender de los conocimientos con los que cuenta la enfermera y las experiencias que ella ha vivido durante el desempeño laboral.

Esta etapa va a depender más que nada del criterio de la enfermera ya que la valoración aporta datos objetivos y

subjetivos que son significativos y que siempre van a estar ligados a problemas de salud ya sean reales o de riesgo, y de acuerdo a la agrupación se redactan con sus deducciones pertinentes, que incluyen factores relacionados y características definitorias.

### **Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes**

Para poder llevar a cabo la formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, es necesario llevar a cabo una valoración previa así como un razonamiento diagnóstico por parte de la enfermera y tener conocimiento sobre las categorías diagnósticas de la NANDA para poder emitir diagnósticos y problemas interdependiente.

Un diagnóstico enfermero, es un juicio clínico de acuerdo a las respuestas humanas que presenta el paciente ante un problema de salud, y la enfermera lleva a cabo el pronóstico, prevención y tratamiento juntamente con el médico.

Un diagnóstico real es un juicio emitido por una respuesta del usuario que existe en el momento de la valoración y esta conformado por lo que es el

P (problema o etiqueta diagnóstica) E (etiología) S (signos y síntomas)

Un diagnóstico de riesgo es un juicio clínico donde un paciente es más vulnerable que otro, no se presenta en el momento de la valoración pero hay factores que pueden desencadenarlo en un futuro, se conforma por:

P (Problema ó etiqueta diagnóstica) E (etiología).

## **VALIDACION**

Consiste en confirmar si la información obtenida por parte del paciente, familia o comunidad fue necesaria para obtener la precisión de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

Durante la validación la enfermera debe de corroborar con el paciente para verificar que este en lo correcto.

## **REGISTRO DE LOS DIAGNOSTICOS ENFERMEROS Y PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES**

Cuando los diagnósticos enfermero y los problemas interdependientes han sido validados deben ser anotados en la hoja de enfermería juntamente con el plan de cuidados y poder comenzar con lo que es la etapa de planeación.

### **3.3 PLANEACION**

Es la tercera etapa del proceso enfermero, esta se realiza ya una vez que están formulados los diagnósticos de enfermería y los problemas interdependientes, esta etapa nos va ayudar para planear los cuidados pertinentes de acuerdo al problema que presenta el paciente, para evitar que el problema siga avanzando, así como reducir o corregir la respuesta del paciente.

#### **PASOS DE LA PLANEACION**

**Establecer prioridades:** debemos de ver el problema que en ese momento esta amenazando la vida del paciente para

concentrarnos en ese problema para corregirlos o disminuir el riesgo que el paciente presenta en ese momento.

**Elaborar objetivos:** son parte indispensable dentro del proceso enfermero y específicamente dentro de la planeación ya que ellos nos van a dirigir hacia donde queremos llegar si queremos lograr el restablecimiento del paciente y nos van a ayudar para que no nos perdamos dentro del plan de cuidados.

**Determinar acciones de enfermería:** son estrategias de enfermería que nos van ayudar a conseguir el logro de los objetivos planeados que están orientadas a los problemas de salud reales o de riesgo que el paciente presenta.

**Documentar el plan de cuidados:** son las anotaciones pertinentes de acuerdo al plan de cuidados, y se llevan a cabo en un formato especial donde se registran todas las intervenciones que se le realizaron al paciente y el resultado que se obtuvo y si fue alcanzado o no.

### **3.4 EJECUCION**

Es la cuarta etapa del proceso enfermero, la ejecución se realiza ya una vez que se han planeado los cuidados, y esta etapa consiste en llevar a cabo los cuidados con el fin de lograr los objetivos, que van ayudar en la recuperación del paciente.

#### **PASOS PARA LA EJECUCION**

**Preparación:** es donde la enfermera se va a preparar, en cuanto a su conocimientos y experiencias vividas, con el material necesario que se va a ocupar y sobre todo cuidando la individualidad y contar con una ambiente seguro.

**Intervención:** se va a llevar a cabo una vez que ya se a preparado, se llevan a cabo las intervenciones independientes e interdependientes, ya sea brindándole un cuidado especifico en alguna parte del cuerpo, aplicación de medicamentos y/o educación del paciente.

**Documentación:** es un registro legal que se realiza en todas las instituciones, este documento incluye fecha y hora así como el porque del cuidado que se les esta



brindando al paciente, resultados del cuidado, nombre y firma de la enfermera.

### **3.5 EVALUACION**

Es la quinta y última etapa del proceso enfermero, y es muy importante en todo proceso enfermero ya que esta nos va a indicar la validez que tuvo la valoración el diagnóstico y ejecución de los cuidados, en cuanto a la respuesta que presento el paciente, familia o comunidad. Y nos permite ver si el plan va a continuar igual o se tienen que hacer modificaciones o darlo por finalizado.

Permite determinar la eficacia de la valoración. Diagnóstico, planeación y ejecución, para la solución de la problemática de salud del usuario, familia y comunidad.

## CAPITULO IV

### 4. HISTORIA NATURAL DE LA HIPERTENSION

La hipertensión arterial, es un estado patológico caracterizado por un aumento de la tensión arterial por encima de cifras normales. El aumento puede ser persistente y sostenido de la presión diastólica por arriba de los 90 mm Hg.

La hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo asociados para desarrollar padecimientos cardiovasculares como puede ser: cardiopatía coronaria y lesiones cerebrovasculares.

#### CLASIFICACION

	SISTOLICA	DIASTOLICA
Optima	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal alta	130-139	85-89
Hipertensión Grado I (ligera)	140-159	90-99
Grado II (Moderada)	160-179	100-109
Grado III (Grave)	>180	>110
Hipertensión	>140	<90

sistólica aislada		
-------------------	--	--

NOTA: Clasificación de la hipertensión arterial para adultos de mas de 18 años sin tratamiento antihipertensivo según la guía de consenso ESH/ESC.

Las cifras de presión mas elevadas (sistólica y diastólica) definen la categoría.

Ejemplo un paciente con cifras de 162/96 mmHg se incluiría en el estadio 2.6

#### **4.1 PERIODO PREPATOGENICO**

Es el periodo que se refiere a todos aquellos agentes que van a interferir para provocar la enfermedad, que pueden ser físicos, químicos, biológicos o mecánicos, y otros factores condicionantes para desarrollar la enfermedad, dentro de la hipertensión pueden ser relacionados con el huésped, que es de predominio femenino y afroamericanos (piel morena), adultos de los 40-65 años y un 20-50% en más de 65 años, esto quiere decir que incluye la edad, y el sexo, etnia, herencia, susceptibilidad y resistencia, hábitos y costumbres.

Dentro del periodo prepatogénico, también intervine la situación del usuario como puede ser el tipo de

ocupación, situaciones de estrés, la obesidad, fumadores y hábitos dietéticos.

#### **4.2 PERIODO PATOGENICO**

Este periodo se refiere propiamente a la enfermedad, dentro de este, se encuentra la interacción del agente con el huésped, y se va a manifestar por signos y síntomas que van a depender de las características y condiciones en las que se encuentre el huésped.

Dentro de los signos y síntomas inespecíficos de la hipertensión suelen cursar de manera asintomático, y en los específicos se va a presentar:

- ▶ Cefalea matutina
- ▶ Mareos
- ▶ Diplopía
- ▶ Epistaxis
- ▶ Parestesias
- ▶ Hemianopsia
- ▶ Síndrome vasculoespasmodico
- ▶ Acúfenos y fosfenos

Dentro de las complicaciones puede llegar a:

- ▶ Cardiopatía hipertensiva
- ▶ Encefalopatía hipertensiva
- ▶ Retinopatía hipertensiva

- ▶ Neuropatía hipertensiva
- ▶ Endovrinopatía

El resultado de la enfermedad puede llegar a un estado crónico invalidez y finalmente la muerte.

En el daño tisular se presenta resistencia periférica, cambios a nivel de riñón, cerebro, corazón y retina.

### 4.3 NIVELES DE PREVENCIÓN

**PREVENCIÓN PRIMARIA:** este nivel de atención va dirigido tanto a pacientes sanos como enfermos, donde se abarca lo que es promoción a la salud y protección específica.

Dentro de la:

Promoción a la salud: es el acondicionamiento de un ambiente favorable, donde se va a aumentar la resistencia del individuo.

Dentro de la promoción se debe tomar medidas como son: educación sanitaria acerca de nutrición, vivienda y realizar exámenes periódicamente, así como orientar sobre toxicomanías, recreación y esparcimiento, mejoramiento del ambiente y prevención de adicciones.

Protección específica: moderar la dieta dentro de lo posible que se hiposodica, llevar a cabo un programa de reducción de peso, brindar grupos de ayuda, servicio de dietología, disminuir lo que son los efectos nocivos producidos por el tabaco, alcohol y otras drogas y fomentar la actividad.

**PREVENCIÓN SECUNDARIA:** este nivel tiene como objetivo evitar que la enfermedad progrese, y limitar la invalidez de la misma. Esto se puede llevar a cabo mediante la detección oportuna de la enfermedad, que sería llegar aun diagnóstico correcto y un tratamiento oportuno y adecuado para la enfermedad, durante este nivel de atención se debe tomar en cuenta lo que es la curación y detección del proceso de la enfermedad, prevenir la propagación, prevenir complicaciones y secuelas así como evitar la incapacidad prolongada.

También se debe tomar en cuenta lo que es:

Diagnóstico precoz: dentro del diagnóstico realizar lo que es una historia clínica donde incluya antecedentes familiares, prevención a todo tipo de individuo con algún factor de riesgo, realizar estudios de fondo como son química sanguínea y examen general de orina, dentro de este también realizar la cuantificación de catecolaminas en orina en 24 hrs.

## PREVENCION TERCIARIA

En este nivel corresponde a lo que es la rehabilitación tanto física como mental y en lo social. Para corregir lo que es este nivel de atención se va a ocupar de lo que es terapia física, ocupacional y terapia psicológica, a la vez es importante un mal mayor, prevención y demora de las consecuencias del padecimiento, para conseguir que los individuos se vuelvan a incorporar y puedan ser útiles para la sociedad.

Dentro de este nivel es importante tomar en cuenta:

Limitación del daño: orientar sobre medidas higiénico-dietéticas, así como signos y síntomas de alarma.

Rehabilitación: reintegrarlo a su vida social y labora.

Fomentarle lo que es actividad física, nutrición y manualidades.



## **CAPITULO V**

### **5.1 APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA**

Dx Medico: Hipertensión arterial.

Tratamiento actual: Enalapril 10mg C/24 hrs.

Furosemida 20mg C/24 hrs.

Aspirina protec 500mg C/24 hrs.

Riopam 1 cucharada después de cada alimento.

#### **Antecedentes heredofamiliares**

Padre finado de hernia en el estómago

Madre finada causa desconocida

Hermano finado de DM2

Hermana finada de DM2

Hermana finada de alzheimer.

#### **Antecedentes personales patológicos.**

Hipertensa desde hace 43 años, varices en miembros pélvicos hace 62 años, colecistectomía hace 16 años y fractura de tibia hace 18 años aproximadamente, herpes zoster hace 2 años, niega alérgicos y tansfuncionales.

### **Historia de la enfermedad actual**

Actualmente la usuaria se encuentra con variaciones en la presión sistólica y diastólica, conciente, orientada, con buena coloración de piel, se encuentra deshidratada, mucosas orales secas, a la exploración no presenta dificultad para respirar, perístalsis presente, abdomen distendido, cefalea secundaria a hipertensión, se encuentra con una presión de 200 sobre 100 milímetros de mercurio una frecuencia cardiaca de 84 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 24 respiraciones por minuto y una temperatura de 35 °C llenado capilar en 3 segundos.

## **5.2 HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA**

Nombre: E.P.Q.

Sexo: Femenino

Edad: 89 años

Estado civil: viuda

Ocupación: ninguna

Religión: católica

Escolaridad: ninguna (solo sabe leer y escribir)

Domicilio: arriaga S/N Chilchota Michoacán

Ingreso económico mensual: ninguno

Motivo de la visita: Hipertensión arterial.

### **VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON**

#### **1. OXIGENACION**

No presenta dificultad para respirar, no refiere dolor asociado a la respiración, no fumó, refiere cocinar con leña durante un periodo de 50 años.

A la inspección se observa expansión torácica completa, respiraciones continuas sin esfuerzo y regulares, con una frecuencia respiratoria de 21 respiraciones por minuto, sin presencia de estertores, con llenado capilar en 3 segundos, frecuencia cardíaca 82 pulsaciones por

minuto, presión arterial de 200 sobre 100 milímetros de mercurio, presentando variaciones en sistólica y diastólica durante 6 meses.

## **2. NUTRICION E HIDRATAACION**

Presenta dificultad para la masticación debido a la ausencia de piezas dentales, teniendo un peso de 58kg y una talla de 1.55m.

Su dieta es alta en carbohidratos consumiendo bebidas carbonatadas diariamente, realizando dos comidas al día, presentando estreñimiento, negando intolerancia alimentaría o alergia.

A la inspección se observa piel deshidratada, mucosas orales secas, uñas quebradizas, cabello bien implantado y limpio con presencia de canas.

## **3. ELIMINACION**

No presenta dificultad para miccionar, orina de color claro, sin mal olor, con frecuencia de 3 a 4 veces al día, presenta estreñimiento con flatulencia, presencia de halitosis solo por la mañana, evacuando 3 veces por semana de consistencia dura con dolor a la defecación, abdomen distendido, dolor a la palpación con perístalsis presente.

#### **4. MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA**

Presenta problemas para la marcha siendo asistida por bastón, se encuentra con debilidad muscular en miembros pélvicos, extremidades superiores íntegras realizando movimientos propios de cada articulación. No presenta dificultad para adoptar posturas, en su casa la mayor parte del tiempo se encuentra en posición sedente y durante la noche en semifowler.

#### **5. DESCANSO Y SUEÑO**

Presenta problemas de insomnio, sólo duerme de 4 a 5 horas durante la noche y durante el día permanece despierta, la usuaria refiere que el insomnio se debe a partir de la pérdida de sus hijos y problemas familiares. No utiliza ningún medicamento para la inducción del sueño.

Se encuentra orientada en tiempo, lugar y espacio, bostezo con demasiada frecuencia, mostrando interés por contestar lo que se pregunta durante la valoración, presentando problemas en la audición.

## **6. USO DE PRENDAS DE VERTER ADECUADAS**

No presenta problemas para la elección de su ropa y viste de acuerdo a su edad.

Su estado de ánimo influye para que ella utilice colores oscuros y en ocasiones no realice cambio de ropa.

## **7. TERMORREGULACION**

Presenta problemas de adaptación a los cambios de temperatura debido al proceso de envejecimiento, ante los cambios climáticos frecuentemente presenta diarrea e infecciones respiratorias, regularmente se encuentra con una temperatura oscilante entre 35 a 35.5 °C, siendo el invierno el clima agradable para ella.

A la observación se encuentra con palidez generalizada, encontrándose piel fría en extremidades superiores e inferiores.

## **8. NECESIDAD DE HIGIENE DE LA PIEL**

Presenta alteración en esta necesidad porque la higiene que esta llevando la usuaria no es la adecuada, indica un déficit de autocuidado debido a que realiza baño y cambio de ropa cada 8 días, siendo de manera asistida, el lavado de encías lo realiza cada 3er día presentando

halitosis, el lavado de manos lo realiza al levantarse, antes de comer y después de ir al baño.

A la inspección se encuentra con integridad cutánea, no presenta alteraciones dérmicas y su cuero cabelludo se encuentra limpio.

## **9. SEGURIDAD Y PROTECCION**

Se encuentra conciente, orientada, refiere haber sufrido fractura de tibia hace 18 años y colecistectomía hace 16 años aproximadamente, su esquema de vacunación es incompleto, niega ser alérgica algún medicamento.

Su familia está conformada por 8 hijos, de los cuales ninguno cuenta con información acerca de la prevención de accidentes en el trabajo y en el hogar, realizando controles de salud sólo en caso de enfermedad.

Su casa se encuentra construida de material y cuenta con todos los servicios básicos dentro del hogar, contando con buena ventilación e iluminación, ya que las habitaciones cuentan con ventanales y los patios se encuentran al descubierto.

## **10. COMUNICACION**

No presenta problemas para la comunicación, se encuentra participativa a las actividades y comunica cualquier duda o inquietud que presente, el rol que juega dentro de su familia es el de mama sintiéndose satisfecha y comunicativa ante los problemas de su salud.

Se encuentra viuda hace 37 años, actualmente vive con su hijo menor, su nuera y nietas, su casa cuenta con 6 habitaciones lo cual indica que no hay hacinamiento.

En la mayor parte del día se encuentra acompañada, presentando un lenguaje claro y correcto, teniendo comunicación verbal con las personas que la rodean y con sus familiares.

Presenta problemas en la visión, ante esta situación se desespera al no poder concentrarse para leer o reconocer rápidamente a las personas.

## **11. CREENCIAS Y VALORES**

La usuaria profesa la religión católica, asiste a misa cada 8 días, refiere que su religión no afecta en su vida de ninguna manera, cuenta con objetos que representan la fe en su religión como son la imagen de la Virgen, Cristo, Niño Dios, Biblia, libros de oraciones y rosarios realizando oración diariamente.



Cuenta con valores tanto personales como familiares que le han ayudado para la formación personal y familiar dentro de los cuáles el que tiene mayor impacto en su familia es el respeto seguido de la responsabilidad, amor y amabilidad.

## **12. TRABAJAR Y REALIZARSE.**

En esta necesidad la usuaria refiere sentirse satisfecha ya que actualmente no trabaja, depende de sus hijos para los cuales es satisfactorio contar con ella, pero es difícil satisfacerla en sus necesidades, por lo cual ella se encuentra triste y deprimida por no tener la atención que ella quisiera por parte de sus hijos.

## **13. JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS**

La usuaria asiste al grupo de la tercera edad como parte de su recreación, en el cual realiza ejercicios y dinámicas de acuerdo a su edad.

Dentro de su estancia en el grupo existen momentos en los cuales se muestra triste, apática y poco participativa lo cual influye para rechazar las actividades que se van a realizar.

Sin embargo existen ocasiones en las cuales se encuentra activa, reactiva y participativa en todas las actividades programadas.

#### **14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE**

Presenta problemas para el aprendizaje debido a que la audición y visión se encuentran alterados, además de que la usuaria no cuenta con ningún grado de escolaridad y no desea aprender acerca de su enfermedad (dice que para que sirve), en la memoria reciente abarca lo que es un periodo de 4 años y remota 15 años.

## NECESIDADES HUMANAS

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS
1. Oxigenación	Expansión torácica completa, respiraciones continuas sin esfuerzo con frecuencia de 21 respiraciones por minuto, presión arterial de 200/100 milímetros de mercurio.	No presenta dificultad para respirar, no refiere dolor asociado a la respiración, no fumó. Refiere cocinar con leña en un periodo de 50 años.
2. Nutrición e hidratación	Presenta dificultad para la masticación debido a la ausencia de piezas dentales	Su dieta es alta en carbohidratos consumiendo bebidas carbonatadas diariamente,

	A la inspección se observa piel deshidratada, mucosas orales secas, cabello fortalecido con presencia de canas.	realizando dos comidas al día, no presenta trastornos digestivos
3. Eliminación	Presenta abdomen distendido, dolor a la palpación con peristalsis presente.	Menciona no tener dificultad para miccionar, orina de color claro, sin olor. Estreñimiento presentando evacuaciones 3 veces por semana.
4. Moverse y mantener buena postura	Presenta problemas para la marcha siendo asistida por bastón	Menciona debilidad muscular en miembros pélvicos.

	No presenta dificultad para adoptar posturas	En su casa se encuentra en posición sienta y duerme en posición semifowler.
--	--	---

5. Descanso y sueño.	Se encuentra orientada en tiempo, lugar y espacio bosteza con demasiada frecuencia, muestra interés a las recomendaciones que se le hacen y presenta problemas en la audición.	Presenta problemas de insomnio. Solo duerme de 4 a 5 horas durante la noche, no utiliza ningún medicamento para la inducción del sueño.
6. Uso de prendas de vestir	Viste de acuerdo a su edad y su vestido es	No presenta problemas para la elección de

adecuadas.	completo. Su estado de animo es determinante esto influye para que utilice colores oscuros y en ocasiones no realice cambio de ropa.	su ropa.
7.Termorregulación	Se encuentra con una temperatura oscilante entre 35.5 a 36°C se encuentra con palidez generalizada, piel fría en extremidades superiores e inferiores.	Presenta problemas de adaptación a los cambios de temperatura. Presentando infecciones en cada cambio climático. El invierno clima agradable para ella.

8. Higiene de la piel	No presenta halitosis. A la inspección se observa con integridad cutánea, no presenta alteraciones dérmicas, su cuero cabelludo se encuentra limpio	La higiene de la usuaria es inadecuada realiza baño y cambio de ropa cada 8 día, lavado de encías cada 3er día.
-----------------------	--	---

9. Seguridad y protección	Su casa se encuentra construida de material y cuenta con los servicios básicos dentro del hogar.	Sufrió fractura de tibia hace 18 años y colecistectomía hace 16 años, su esquema de vacunación es incompleto, no es alérgica a medicamentos,
---------------------------	--	--

		<p>su familia esta conformada por 8 hijos ninguno tiene conocimientos sobre prevención de accidentes, realizan controles de salud solo en caso de enfermedad</p>
<p>10. Comunicación</p>	<p>Su casa cuenta con 6 habitaciones. Presenta lenguaje claro y correcto, tiene comunicación verbal con las personas y familiares</p>	<p>Se encuentra satisfecha con el rol que juega dentro de su familia comunica los problemas de su enfermedad. Se encuentra viuda hace 37</p>



	<p>Presenta problemas en la audición y visión.</p>	<p>años actualmente vive con su hijo menor.</p> <p>La mayor parte del día se encuentra acompañada.</p>
<p>11. Creencias y valores</p>	<p>Cuenta con objetos que representan su fe como la imagen de la virgen, Cristo, Niño Dios, Biblia, libros de oraciones y rosarios.</p>	<p>Profesa la religión católica asistiendo a misa cada 8 días, realizando oración diariamente en su casa.</p> <p>Los valores con los que cuenta su familia son el respeto, responsabilidad y amor.</p>

12. Trabajar y realizarse	Se muestra triste.	Actualmente la usuaria no trabaja, depende de sus hijos, refiere sentirse satisfecha.
13. Jugar y participar en actividades recreativas	Realiza ejercicios de acuerdo a su edad.	Asiste al grupo de la tercera edad.
14. Aprendizaje	Presenta problemas en la audición y visión. La memoria reciente abarca un periodo de 4 años y remota de 15 años.	No cuenta con ningún grado de escolaridad, no desea aprender acerca de su enfermedad.

**JERARQUIZACION DE NECESIDADES Y  
DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA**

<b>NECESIDAD</b>	<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA</b>
1. Nutrición e hidratación	Desequilibrio nutricional ingesta inferior a las necesidades Relacionado a factores económicos Manifestado por informe de ingesta inferior a las necesidades diarias recomendadas.
2. Eliminación	Estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de fibra y líquidos manifestado por distensión abdominal así como dolor al defecar.
3. Descanso y sueño	Insomnio relacionado a depresión y ansiedad manifestado por expresión verbal de la persona de dificultad para conciliar el sueño.
4. Moverse y mantener buena postura	Deterioro de la ambulación relacionado con fuerza muscular insuficiente manifestado por deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas.

5. Termorregulación	Termorregulación ineficaz relacionado con envejecimiento manifestado por frialdad de la piel y reducción de la temperatura por debajo del rango normal.
6. Higiene de la piel	Déficit de autocuidado Baño relacionado con disminución de la motivación manifestado por incapacidad para obtener los artículos del baño.
7. Seguridad y protección	Riesgo de traumatismo relacionado con falta de educación para la seguridad.
8. Oxigenación	Riesgo de intolerancia a la actividad secundario a enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
9. Comunicación	Trastorno de la percepción sensorial visual relacionado con alteración en la percepción sensorial manifestado por irritabilidad y falta de concentración.

10. Aprendizaje	Trastorno de la percepción auditiva relacionado con proceso normal de envejecimiento manifestado por cambios en la habilidad para la solución de problemas.
11. Trabajar y realizarse	Desesperanza relacionada con abandono manifestado por disminución de las emociones.
12. Uso de prendas de vestir adecuadas	Riesgo de duelo complicado relacionado con muerte de personas significativas.
13. Creencias y valores	Disposición para mejorar la religiosidad relacionado con lectura de material religioso.

## PLAN DE CUIDADOS

### 1. NUTRICION E HIDRATACION

*DX REAL:* Desequilibrio nutricional ingesta inferior a las necesidades Relacionado a factores económicos Manifestado por informe de ingesta inferior a las necesidades diarias recomendadas.

**OBJETIVO:** Determinar los alimentos que más agraden a la usuaria que sean de bajo costo que contengan calorías. Proteínas y líquidos.

INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
Brindar una dieta hiposódica.  Proporcionar alimentos de	La presentación de los diferentes alimentos hace que se haga más apetitosa.	La usuaria será capaz de alimentars e sola, realizando una alimentaci ón adecuada.	Mostró interés en cada una de las indicacion es que se le hicieron preparand o su comida

<p>fácil masticación.</p> <p>Determinar en que momentos del día la usuaria muestra más apetito y ofrecer la comida en ese momento.</p> <p>Proporcionar líquidos entre las comidas.</p>	<p>La estructura ósea de la mandíbula cambia con la edad.</p> <p>Las personas de la tercera edad generalmente tiene más apetito durante el desayuno.</p> <p>Ayudan a ingresar mayor cantidad de energía.</p>		<p>con poca sal, y alimentos de consistencia blanda para evitar lesionar las encías.</p>
--	--	--	--

## 2. ELIMINACION

**DX REAL:** Estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de fibra y líquidos manifestado por distensión abdominal así como dolor al defecar.

**OBJETIVO:** La usuaria mejorará la función de eliminación intestinal

INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
<p>Sugerir la ingesta de una dieta rica en fibra así como abundantes líquidos.</p> <p>Aumentar la actividad física mediante 20</p>	<p>la ingesta de líquidos y la dieta rica en fibra favorecerá la rapidez del metabolismo desechando las heces con mayor facilidad.</p> <p>La actividad física favorece</p>	<p>La usuaria mejorará el patrón de eliminación mediante los cuidados propuestos</p>	<p>Se mostró interesada realizando una caminata de 30 minutos por la mañana así como aumentando sus líquidos a 1 ½ de</p>



minutos de ejercicio.	el tono muscular y la motilidad intestinal.		agua diariamente.
-----------------------	---	--	-------------------

### 3. DESCANSO Y SUEÑO

**DX REAL:** Insomnio relacionado a depresión y ansiedad manifestado por expresión verbal de la persona de dificultad para conciliar el sueño.

**OBJETIVO:** La usuaria lograra mejorar el patrón de descanso durmiendo durante la noche para sentirse descansada.

INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
<p>Realizar técnicas de relajación para lograr la tranquilidad en la usuaria.</p> <p>Disminuir la ansiedad de la usuaria escuchándola</p>	<p>Permite alcanzar la etapa del sueño no REM para producir el descanso.</p> <p>Permite externar sus</p>	<p>La usuaria expresara la disminución de la ansiedad, realizando ella las técnicas de relajación.</p>	<p>La usuaria participo activamente en las intervenciones que se realizaron sobre todo en técnicas de</p>

activamente.	sentimientos para reducir el estrés.		relajación expresando que le ayudaron logrando conciliar el sueño durante la noche.
--------------	--------------------------------------	--	---

#### 4. MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

**DX REAL:** Deterioro de la ambulaci3n relacionado con fuerza muscular insuficiente manifestado por deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas.

**OBJETIVO:** La usuaria emplear3 adecuadamente y sin peligro el dispositivo que le ayudara a caminar mostrando seguridad.

INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
<p>Enseñarle la forma correcta de utilizar el dispositivo para la marcha.</p> <p>Cuando la usuaria mejore el</p>	<p>El dispositivo proporciona apoyo y ayuda a compensar el equilibrio y la debilidad.</p> <p>Prepara para caminar en situaciones de la vida real.</p>	<p>La usuaria caminara diariamente e un periodo de 30 minutos sobre superficies desiguales, realizando estiramientos de</p>	<p>La usuaria mostr3 inter3s realizando su caminata llevando una buena coordinaci3n con el dispositivo mostrando seguridad y equilibrio,</p>

<p>equilibrio colocar obstáculos en su camino estratégicamente. Realizar ejercicios pasivos con la usuaria.</p>	<p>El ejercicio permite mantener en buen funcionamiento el aparato músculo esquelético evitando que se atrofien músculos y articulaciones.</p>	<p>miembros pélvicos y torácicos para permitir el buen funcionam iento.</p>	<p>realizando los movimiento s en cada articulación sin ningún problema.</p>
---	--	---	--

## 5. TERMORREGULACION

**DX REAL:** Termorregulación ineficaz relacionado con envejecimiento manifestado por frialdad de la piel y reducción de la temperatura por debajo del rango normal.

**OBJETIVO:** La usuaria logrará mantener la temperatura corporal dentro de límites normales.

INTERVENCIO DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIO N	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
<p>Mantener una temperatura ambiente adecuada.</p> <p>Adecuar las ropas para facilitar el calentamiento adecuado.</p>	<p>La temperatura ambiente limita los efectos ambientales sobre la termorregulación.</p> <p>Ayuda a mantener una temperatura corporal</p>	<p>La usuaria mejorará la termorregulación para evitar signos de hipotermia y alteración en los demás signos.</p>	<p>La usuaria logro estabilizar la temperatura encontrándose entre 36.5 a 37°C dentro de parámetros normales.</p>

<p>Promover la hidratación y nutrición adecuada.</p> <p>Evitar las corrientes de aire durante el baño.</p>	<p>adecuada.</p> <p>Ayuda a mantener una temperatura corporal normal.</p> <p>Los ancianos tienen una capacidad menos para adaptarse a las temperaturas.</p>		
--	---	--	--

## 6. HIGIENE DE LA PIEL

**DX REAL:** Déficit de autocuidado Baño relacionado con disminución de la motivación manifestado por incapacidad para obtener los artículos del baño.

**OBJETIVO:** La usuaria utilizará métodos para bañarse de manera segura y con mínimas dificultades



INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
<p>Proporcionar artículos de baño como aceite de baño, jabón y esponja.</p>	<p>Es baño puede considerarse como curación y debe ser una experiencia confortable.</p>	<p>La usuaria mejorará su autocuidado posterior a las intervenciones de enfermería.</p>	<p>La usuaria se mostró motivada al asistirle durante el baño y proporcionarle los artículos para su autocuidado, de tal forma que mejore considerablemente, realizando su autocuidado cada 3er día y en ocasiones diariamente.</p>
<p>Proporcionar actividades para prevenir la fatiga durante el baño, como sentar al usuario.</p>	<p>La conservación de la energía favorece la actividad y el autocuidado.</p>		

## 7. SEGURIDAD Y PROTECCION

**DX REAL:** Riesgo de traumatismo relacionado con falta de educación para la seguridad.

**OBJETIVO:** Proporcionar educación para prevenir traumatismos en la usuaria.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
<p>Durante la ambulación ayudar a la usuaria.</p> <p>Proporcionar el baño verificando la temperatura del agua.</p> <p>Mantener los pasillos</p>	<p>La ayuda puede aumentar la habilidad del usuario para realizarla.</p> <p>Valorar la temperatura del agua evita quemaduras.</p> <p>Los caminos atestados no</p>	<p>Entenderá las acciones adecuadas que debe de tomar para prevenir traumatismos y/o lesiones.</p>	<p>Se mostró interés por las recomendaciones realizando cada una de ellas para evitar lesiones.</p>

libres de escombros y trastos domésticos.	ayudan a la movilidad y pueden provocar caídas.		
Mantener escaleras y botones de mando de la cocina en colores brillantes.	Las marcas visibles ayudan a prevenir mejor la profundidad.		

## 8. OXIGENACION

**DX RIESGO:** Riesgo de intolerancia a la actividad secundario a enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

**OBJETIVO:** Prevenir complicaciones potenciales para su salud realizando intervenciones preventivas que la enfermera proporcionará.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
Recomendar que deje de usar leña para cocinar.	El bióxido de carbono destruye los alvéolos unidad funcional del pulmón agudizando problemas pulmonares.	Entenderá la importancia de su autocuidado adoptando conductas que mejoren su salud y evitara exponerse a situaciones que la pongan en riesgo.	Se intereso por las sugerencias y suspendió el cocinar con leña.

## 9. COMUNICACIÓN

**DX REAL:** Trastorno de la percepción sensorial visual relacionado con alteración en la percepción sensorial manifestado por irritabilidad y falta de concentración.

**OBJETIVO:** La usuaria se orientara para prevenir daños y consecuencias a causa de la alteración visual.

INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
<p>Cuando se entre en la habitación de la usuaria, identificarse con el nombre.</p> <p>Orientar respecto al tiempo, lugar, la persona y los alrededores y proporcionarle una lectura.</p>	<p>Ayuda al usuario a sentirse seguro y tranquilo.</p> <p>Ayuda a permanecer orientado y proporcionar estimulación.</p>	<p>La usuaria se mostrará tranquila y orientada posterior a las intervenciones de enfermería.</p>	<p>La usuaria se mantuvo orientada en tiempo y lugar después de la fecha que se le mencionó, se mostró segura y tranquila con las personas que se acercaban hacia ella.</p>

## 10. APRENDIZAJE

**DX REAL:** Trastorno de la percepción auditiva relacionado con proceso normal de envejecimiento manifestado por cambios en la habilidad para la solución de problemas.

**OBJETIVO:** La usuaria escuchara y comprenderá la información brindada para poder mantener una conversación y dar solución algún problema.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
<p>Al comunicarse con la usuaria estar de pie o sentado enfrente de ella.</p> <p>Cuando se comunique con la usuaria</p>	<p>Facilita que el usuario visualice a la persona que esta enfrente de el y escuchar con mayor facilidad.</p> <p>El ambiente tranquilo produce una mejor</p>	<p>La usuaria comprender á la información demostrando que lo entendi ó dando una respuesta verbal o por signos.</p>	<p>La usuaria brindaba atención a lo que se decía, se logro mantener comunicaci ó n dando respuestas coherentes lo cual indica que escuchaba lo</p>

<p>apagar televisión y radio o cualquier entorno ruidoso.</p> <p>Verificar que el usuario comprendió la información que se le dio, pidiéndole que la repita.</p>	<p>comunicación entre el usuario y la enfermera.</p> <p>El pedir que repita la información es la única manera de saber que realmente entendió.</p>		<p>que se decía, logro apoyar a sus hijos en la solución de problemas.</p>
--	--	--	--

## 11. TRABAJAR Y REALIZARSE

**DX REAL:** Desesperanza relacionada con abandono manifestado por disminución de las emociones.

**OBJETIVO:** La usuaria mostrará interés hacia los demás e iniciara actividades.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
<p>Invitar a la usuaria a participar en actividades recreativas en grupo.</p> <p>Valorar la presencia de signos y síntomas de depresión.</p> <p>Proporcionar recursos para apoyar la espiritualidad.</p>	<p>Las experiencias en grupo dan la oportunidad de cuidar de otros y de ellos mismos.</p> <p>La desesperanza es uno de los síntomas de depresión de elevada posibilidad para el suicidio.</p> <p>Las creencias religiosas que se practiquen facilitan la esperanza.</p>	<p>La usuaria se mostrara tranquila y entusiasta con ella misma y con las personas que convive.</p>	<p>La usuaria se mostró participativa en las actividades que se le realizaron y expreso que no puede tener a sus hijos todo el tiempo con ella, pero que v a disfrutar el momento en que vayan a visitarla y pasar un rato agradable.</p>



## 12. USO DE PRENDAS DE VERTER ADECUADAS

**DX RIESGO:** Riesgo de duelo complicado relacionado con muerte de personas significativas.

**OBJETIVO:** Prevenir en la usuaria los sentimientos de tristeza, temor, baja autoestima realizando actividades que le ayuden para evitar llegar a una depresión.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
<p>Escuchar activamente las experiencias de duelo y aconsejar que llore si desea hacerlo.</p> <p>Animar a la usuaria para que exprese verbalmente los recuerdos de la perdida.</p>	<p>Proporcionan tranquilidad en la usuaria y logran sentirse liberados después de la presión que el pecho sostiene.</p> <p>Permite el progreso a través de asuntos asociados a los sentimientos.</p>	<p>La usuaria entenderá que debe continuar con las actividades de la vida diaria.</p>	<p>Se mostró participativa en las acciones que se realizaron expresando lo que sentía y de esta forma logro estabilidad en ella misma y sobre todo expreso que sentía paz.</p>

### 13. CREENCIAS Y VALORES

**DX DE SALUD:** Disposición para mejorar la religiosidad relacionado con lectura de material religioso.

**OBJETIVO:** La usuaria mostrara satisfacción y capacidad de expresar las costumbres religiosas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
Promover las prácticas religiosas establecidas.	Los ancianos identifican la religión como fuente de esperanza.	La usuaria mostrara un equilibrio entre sus prácticas religiosas y estilo de vida sano.	La usuaria expreso sentir confianza de tal forma que expreso su creencia religiosa y de que forma le puede ayudar en su salud.

## PLAN DE ALTA

NECESIDAD	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	VALORACION DE ALTA
1. Nutrición e hidratación	<p>Desequilibrio nutricional ingesta inferior a las necesidades</p> <p>Relacionado a factores económicos</p> <p>Manifestado por informe de ingesta inferior a las necesidades diarias recomendadas.</p>	<p>La usuaria continuará con su alimentación normal</p> <p>disminuyendo la cantidad de sal, aumentando la ingesta de líquidos, continuando con los alimentos de consistencia blanda para mejorar la masticación.</p>
2. Eliminación	<p>Estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de fibra y líquidos</p> <p>manifestado por distensión abdominal así como dolor al</p>	<p>La usuaria continuara con su caminata 20 minutos diarios por la mañana y por la tarde, aumentando la ingesta de</p>

	defecar.	líquidos de 1 a 11/2 litros al día, lo cual ayudado mejorando considerablemente evacuando una vez al día sin presencia de dolor.
3. Descanso y sueño	Insomnio relacionado a depresión y ansiedad manifestado por expresión verbal de la persona de dificultad para conciliar el sueño.	La usuaria continuara con las terapias de relajación realizándolas cuando no pueda conciliar el sueño, realizando la técnica de inhalación y exhalación, ponerle música instrumental para

		lograra la relajación y lograr el sueño.
4. Moverse y mantener buena postura	Deterioro de la ambulación relacionado con fuerza muscular insuficiente manifestado por deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas.	La usuaria caminara diariamente 15 minutos por la mañana, por la tarde y antes de acostarse sobre superficies desiguales con la ayuda del dispositivo mostrándose segura y haciendo buen uso del mismo para evitar caídas.

5. Termorregulación	Termorregulación ineficaz relacionado con envejecimiento	La usuaria continuara tomando líquidos
---------------------	--	--

	<p>manifestado por frialdad de la piel y reducción de la temperatura por debajo de límites normales.</p>	<p>diariamente así como una dieta hipercalórica para mantener la temperatura corporal y utilizara ropa de acuerdo al clima, esto nos va a permitir mantener la temperatura dentro de rangos normales.</p>
<p>6. Higiene de la piel</p>	<p>Déficit de autocuidado baño relacionado con disminución de la motivación manifestado por incapacidad para obtener los artículos de baño.</p>	<p>La usuaria realizara su baño cada tercer día con jabón de eucalipto y agua tibia para aumentar la motivación así como involucrar</p>

		a la familia en el momento de realizar las prácticas higiénicas.
7. Seguridad y protección	Riesgo de traumatismo relacionado con falta de educación para la seguridad.	Se brindo información tanto a la usuaria como familiares acerca del manejo dentro de la casa y que era importante señalar dentro de la misma para prevenir accidentes, los cuales mostraron interés tomando en cuenta la

		información que se les dio y esto favorece tanto a la usuaria como familiares para prevenir accidentes en el hogar.
--	--	---

NECESIDAD	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	VALORACION DE ALTA
8. Oxigenación	Riesgo de intolerancia a la actividad secundario a enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	Se les explico a usuaria y familiares las consecuencias que le podían causar el cocinar con leña, mostraron



		interés y han modificado la manera de cocinar realizando ahora su comida con gas.
9. Comunicación	Trastorno de la percepción sensorial visual relacionado con alteración en la percepción sensorial manifestado por irritabilidad y falta de concentración.	Se le adaptaron lentes a la usuaria para mejorar la visión y se le proporciono un libro de superación personal que deberá leer 30 minutos diariamente para que disminuya la irritabilidad y mantener la concentración de la usuaria.
10. Aprendizaje	Trastorno de la	Se le

	percepción auditiva relacionado con proceso normal de envejecimiento manifestado por cambios en la habilidad para la solución de problemas.	proporcionara una lectura por algún familiar diariamente de algún libro o periódico de 15 minutos llevándola después a una reflexión y realizar una conversación acerca de los que escucho en la lectura.
--	---	---

NECESIDAD	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	VALORACION DE ALTA
11. Trabajar y realizarse.	Desesperanza relacionada con abandono manifestado por disminución de la emociones.	Se involucro a la familia para el cuidado de la usuaria, organizándose entre ellos de acuerdo a sus posibilidades para estar diariamente con ella y no dejarla sola, mantenerla feliz y tranquila con la compañía de cada uno de sus hijos.
12. Uso de prendas de verter adecuadas.	Riesgo de duelo complicado relacionado con muerte de personas significativas.	Invitar a los familiares para que la apoyen a la hora de elegir su ropa proporcionándole

		ropa de diferentes colores evitando en su mayoría el color negro, permanecer con ella, escucharla, llevarla algún lugar para distraerla una vez por semana para disminuir la tristeza.
13. Creencias y valores	Disposición para mejorar la religiosidad relacionado con lectura de material religioso.	La persona que este acompañándola realizara oración diariamente con ella y la llevaran a misa dos veces por semana.

## CONCLUSION

La realización de este trabajo me dejó satisfecha ya que tuve la oportunidad de trabajar con la usuaria durante un periodo de 6 meses en el cual yo comencé a tratarla por el problema de la hipertensión arterial y posterior a esto me di cuenta que la usuaria necesitaba de alguien que la escuchara, de ser querida y atendida por su familia.

La participación de la familia fue de gran ayuda para la recopilación de información, y al mismo tiempo tuve la oportunidad de explicarles lo que la usuaria necesitaba y de que forma podían participar para lograr la independencia de la usuaria ya que este es el objetivo del modelo de Virginia Henderson.

La respuesta de la usuaria fue favorable ya que inicialmente comencé con la valoración de la tensión arterial y le efectuaba terapias de relajación para lograr la estabilización de la presión si administrar fármacos para la misma.

Posterior a esto me fui dando cuenta de las verdaderas necesidades de la usuaria, debido a los

problemas familiares que se presentaban en su familia, ella presentaba varias alteraciones como era insomnio, falta de motivación para efectuar la higiene, estreñimiento, alimentación deficiente y demandaba varias atenciones que podían manejarse como riesgo.

La usuaria se logro convencer de las medidas que debe de tomar para mejorar su estado de salud y saber convivir con su enfermedad, y ahora es capaz de ser independiente en el autocuidado que a ella le toca, en la eliminación, en el sueño y la alimentación.

También me di cuenta que el proceso de atención enfermería, ayuda al profesional de enfermería a establecer una mejor comunicación con el usuario el cual permite interactuar mas con el y de esta forma me di cuenta que la usuario debe tratarse como un ser holístico y de la mejor manera posible.

El proceso atención de enfermería tiene grandes ventajas ya que este puede emplearse tanto en usuarios sanos como enfermos, así como en cualquier etapa de la vida, si hacer distinción de sexo, razas y creencias.

## **PROPUESTA DE TRABAJO**

- ◆ Que el personal de enfermería conozca las diferentes etapas del proceso de atención enfermería y las apliquen con cada uno de los usuarios.
  
- ◆ Dar capacitación continua sobre la etapa del diagnóstico.
  
- ◆ Que el proceso atención enfermería sea la guía para tratar al usuario como un ser holístico.
  
- ◆ Que en las instituciones de formación de enfermería se insista a los alumnos sobre la enseñanza del proceso y las teorías de enfermería.
  
- ◆ Dar capacitación continúa en las instituciones de salud de primer nivel sobre el proceso atención enfermería para que lo apliquen en la comunidad con

usuarios que presente hipertensión arterial.

- ◆ Orientar sobre las teorías de enfermería, en las instituciones de salud y unificar una con la que se pueda trabajar en la institución.
- ◆ Establecer un modelo sencillo para la aplicación del proceso atención enfermería en las instituciones de educación en usuarios con hipertensión.



## BIBLIOGRAFIA

1. Jamienson Sewal-Sukrie macabrito Historia de la Enfermería 6ta edición, Editorial Interamericana, México DF 1968, Pp 439.5
2. Bertha A. Rodríguez.S. Proceso Enfermero Aplicación Actual, 2da edición, ediciones Cuellar, México DF, Pp279.
- 3.Leslie d. Atkinson, Mary Ellen Murray, Proceso de Atención de Enfermería, Editorial Manual moderno, México 1980. Pp 141.
4. Murray-Atkinson, Proceso de Atención de Enfermería, 5ta edición, Editorial Interamericana, México DF 1996, Pp 225.
5. Ann Marriner, El Proceso de Atención de Enfermería un Enfoque Científico, Editorial el manual moderno, México DF 1983, Pp 323.
6. Susana Rosales Barrera, Eva Reyes Gomez, Fundamentos de Enfermería, 3ra edición, Editorial manual moderno, México 2005, Pp 635.1
7. Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean Mass, Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), 3ra Edición, Editorial ElsevierMosby, Madrid España 2007, Pp 846.

8. Suzanne Kerovac, Jacinthe Pepin, Francine Ducharme, Adre Dukette, Francine Major, El pensamiento Enfermero, Editorial Masson, 2005, Pp 167.2
9. Joanne McCloskey Dochterman, Gloria M. Bulechek, Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 4ta Edición, Editorial Elsevier, Madrid España 2007, Pp 1072.
10. Catalina Garcia Martin – Caro, Maria Luisa Martinez Martin. Historia de la Enfermería Evolucion Histórica del cuidado enfermero, Editorial Elsevier, España, Pp 214.
11. Juana Hernandez Conesa, Historia de la Enfermería un análisis histórico de los cuidados de enfermería, Editorial Interamericana Mc Graw-Hill, 1ra Edición, 1995, Pp 196.
12. Rafael Alvarez Alva, Salud pública y medicina preventiva, 3ra edición, Editorial Manual moderno, México DF 2002, Pp 471.
13. Dr. Rafael Alvarez Alva, Salud pública y medicina preventiva, editorial manual moderno, México DF 1991, Pp 391.
14. Marion Johnson, Gloria Bulechek, Howard Buteher, Joanne Mc Closkey Dochtherman, Merdean Masis, Sue Moorhead Elizabeth, Swanson, Interrelaciones Nanda (NOC y NIC) Diagnósticos enfermeros, 2da edición, Editorial Elsevier Mosby, Madrid España 2007, Pp 691.

15. Betty J. Ackley. Gail B. Ladwing. Manual de diagnósticos guía para la planificación de cuidados, 7ma edición, Editorial Elsevier, Madrid España 2007.
16. Diagnósticos enfermeros 2009-2011 Nanda International, Editorial Elsevier, Madrid España 2008.
17. B. Kozier G. Erb R. Blais, J. M. Wilkinson, Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y practica, 5ta edición, vol I, Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, Mexico DF 1998.1
18. Ann Marriner Tomey. Martha Raile Alligood, Modelo y teorías en enfermería, 5ta Edición, Editorial Elsevier Science, Madrid España 2003.3
19. Farreras- Rozman, Medicina Interna, 15va Edición, Vol I, Editorial Elsevier, España 2000, Pp 1358.6
20. Definiciones y clasificación 2007-2008 Diagnósticos enfermeros Nanda International, Editorial Elsevier, Madrid España 2008.
21. Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean Mass, Clasificación de resultados de enfermería (NOC), 3ra edición, Editorial Elsevier Mosby, Madrid España 2007.
22. P. Cervera J. Clapes, R. Rigolfas, Alimentación y dietoterapia, 4ta edición, editorial Interamericana, México DF 2004, Pp 420.

23. Medina JL, La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería, Editorial Alertes, Barcelona 1999, Pp 307.2
24. Siles, J, Historia de la Enfermería, Editorial Aguaclara, España 1999, Pp 375.4
25. . [www. Scribd.com/doc/21542331/historia-natural-de-la-enfermedad-hipertension](http://www.Scribd.com/doc/21542331/historia-natural-de-la-enfermedad-hipertension)
26. Manual de orientación nutrimental en la prevención y control de enfermedades crónicas: sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes.
27. Phanuf, M. la planificación de los cuidados enfermeros. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México.
28. <http://www.dietahiposodica.com/4/menu-para-una-dieta-hiposodica>
39. Potter-Perry, Fundamentos de Enfermería. Editorial Elsevier, 5ta Edición, Madrid España 2007 Pp 300-384.

## ANEXOS

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FECHA	ACTIVIDAD
Septiembre del 2009	Valoración por las 14 necesidades de Virginia Henderson.
Octubre y noviembre del 2009	Historia natural de la enfermedad.
Diciembre del 2009 y enero del 2010	Revisión de la literatura y construcción de marco teórico.
Febrero del 2010	Jerarquización de las necesidades
Marzo y abril del 2010	Construcción de diagnósticos, plan de cuidados y plan de alta.
Mayo del 2010	Conclusión, propuesta de trabajo y bibliografía

### TABLA DE INICIACION

FECHA	T/A	FC	FR	TEMP
16/Sept/ 2009	200/100 mm Hg	92x`	22x`	36 °C
19/Sept/2009	200/100 mm Hg	84 x`	21 x`	36 °C
22/Sept/2009	190/100 mm Hg	82 x`	21x`	35.5 °C
25/Sept/2009	190/100 mm Hg	80 x`	20 x`	36 °C
28/Sept/2009	210/110 mm Hg	92 x`	23 x`	36 °C
02/Oct/2009	200/100 mm Hg	105 x`	25 x`	35.5 °C
06/Oct/2009	180/95 mm Hg	92 x`	22 x`	36 °C
09/Oct/2009	170/ 80 mm Hg	81 x`	21 x`	35 °C
13/Oct/2009	175/92 mm Hg	84 x`	20 x`	35 °C
16/Oct/2009	150/78 mm Hg	75 x`	20 x`	35.5 °C
20/Oct/2009	165/85	79 x`	20 x`	35.5 °C

	mm Hg			
03/Nov/2009	190/80 mm Hg	82 x`	21 x`	36°C
06/Nov/2009	170/90 mm Hg	76 x`	20 x`	36 °C
10/Nov/2009	170/90 mm Hg	78 x`	20 x`	36°C
13/Nov/2009	160/80 mm Hg	75 x`	19 x`	35.5 °C
17/Nov/2009	210/100 mm Hg	95 x`	24 x`	36°C

### TABLA DE TERMINACION

FECHA	T/A	FC	FR	TEMP
20/Nov/ 2009	190/90 mm Hg	85 x`	22 x`	36 °C
23/Nov/2009	170/85 mm Hg	76 x`	20 x`	36 °C
06/Dic/2009	160/90 mm Hg	64 x`	20 x`	36.5 °C
13/Dic/2009	160/80 mm Hg	62 x`	20 x`	36.7 °C
09/Ene/2010	160/75 mm Hg	92 x`	20 x`	36°C
10/Ene/2010	155/70 mm Hg	88 x`	21 x`	36.9 °C
11/Ene/2010	150/81 mm Hg	84 x`	22 x`	37 °C
18/Ene/2010	160/90 mm Hg	72 x`	22 x`	36 °C
23/Ene/2010	140/92 mm Hg	65 x`	21 x`	36.4 °C
31/Ene/2010	150/80 mm Hg	65 x`	20 x`	37.2 °C
07/Feb/2010	145/72	74 x`	21 x`	36 °C



	mm Hg			
14/Feb/2010	140/70 mm Hg	78 x`	22 x`	36.5 °C
21/Feb/2010	140/90 mm Hg	84 x`	21 x`	36.8 °C
28/Feb/2010	145/85 mm Hg	72 x`	23 x`	36.9 °C
07/Mar/2010	150/92 mm Hg	62 x`	20 x`	36.2 °C
14/Mar/2010	135/80 mm Hg	74 x`	19 x`	37.5°C
21/Mar/2010	140/80 mm Hg	60 x`	18 x`	36°C
28/Mar/2010	145/92 mm Hg	80 x`	22 x`	36°C
04/Abril/2010	150/80 mm Hg	72 x`	21 x`	36.6 °C
11/Abril/2010	140/70 mm Hg	64 x`	22 x`	36.3 °C
18/Abril/2010	135/82 mm Hg	82 x`	20 x`	37.5 °C

**DIETAS QUE SE LE PROPORCIONARON A LA  
USUARIA**

**DIETA HIPOSODICA**

DESAYUNO

1 HUEVO A LA MEXICANA ( 1 JITOMATE Y  
CEBOLLA)

2 TORTILLAS

1 VASO DE JUGO DE NARANJA NATURAL 240 GR

1 VASO DE LECHE 240 GR

COMIDA

FILETE DE RES 80 GR

1 TAZA DE ARROZ

VERDURA AL VAPOR: CALABAZA, ZANAHORIA Y  
CHAYOTE

1 REBANADA DE PAN DE CAJA

1 TAZA DE GELATINA 80 GR.

CENA

1 SINCRONIZADA CON JAMON Y QUESO FRESCO  
SIN SAL 90 GR

1 LICUADO (1 VASO DE LECHE Y 1 MANZANA)

## **DIETA HIPOSODICA**

### DESAYUNO

1 SANDWICH DE PAN INTEGRAL CON JAMON (13 GR)

1 JITOMATE BOLA

ENSALADA VERDE AL GUSTO

1 PLATANO

1 VASO DE LECHE

### COMIDA

1 TAZA DE SOPA DE PASTA

PECHUGA DE POLLO A LA PLANCHA 80 GR

VERDURAS A VAPOR: CALABAZA, ZANAHORIA Y CHAYOTE

1/2 BOLILLO INTEGRAL SIN MIGAJON

1 TAZA DE GELATINA 80 GR.

### CENA

2 REBANADAS DE PAN INTEGRAL CON 60 GR DE REQUESON

1 VASO DE LECHE

1 PERA

### Desayuno

Infusión de manzanilla o 1 cucharadita de endulzante.

1 vaso de leche descremada

### Media mañana

1 manzana

### Almuerzo

1 taza de caldo de verdura casero

1 plato de verduras cocidas (como calabacines, calabaza, zanahoria, pulpa de berenjenas).

Pescado fresco al horno (150 gr) con un aceite de oliva 1 cucharada de aderezo

1 pera de postre

### Merienda

Infusión de menta con endulzante.

1 pan tostado con 1 trozo de queso magro compacto.

### Cena

1 taza de caldo de verdura casero

1 porción de pechuga a la plancha

Ensalada de verduras (alcachofas, remolacha, calabaza).

1 cucharada de aceite de oliva de aderezo

1 plátano pequeño o ciruelas de postre

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_ Fecha de admisión: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Procedencia: \_\_\_\_\_ Fuente de información: \_\_\_\_\_  
Fiabilidad: (1-4): \_\_\_\_\_ Miembro de la familia / persona significativa: \_\_\_\_\_

## VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- Necesidades básicas de: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

### a) Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a: \_\_\_\_\_ Tos productiva/seca: \_\_\_\_\_ Dolor asociado con la respiración: \_\_\_\_\_ Fumador: \_\_\_\_\_  
Desde cuándo fuma/cuántos cigarrillos al día/varía la cantidad según su estado emocional: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tos productiva/seca: \_\_\_\_\_ Estado de conciencia: \_\_\_\_\_  
Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: \_\_\_\_\_  
Circulación del retorno venoso: \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **b) Nutrición e hidratación**

Subjetivo:

Dieta habitual ( tipo): \_\_\_\_\_ Número de comidas diarias: \_\_\_\_\_  
Trastornos digestivos: \_\_\_\_\_  
Intolerancia alimentaria/alergias: \_\_\_\_\_  
Problemas de la masticación y deglución: \_\_\_\_\_  
Patrón de ejercicio: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Turgencia de la piel: \_\_\_\_\_  
Membranas mucosas hidratadas/secas: \_\_\_\_\_  
Características de uñas/cabello: \_\_\_\_\_  
Funcionamiento neuromuscular y esquelético: \_\_\_\_\_  
Aspecto de los dientes y encías: \_\_\_\_\_  
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_

## **c) eliminación**

Subjetivo:

Hábitos intestinales: \_\_\_\_\_ características de las heces, orina y menstruación: \_\_\_\_\_  
Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: \_\_\_\_\_  
Uso de laxantes: \_\_\_\_\_ Hemorroides: \_\_\_\_\_  
Dolor al defecar/menstruar/orinar: \_\_\_\_\_  
Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Abdomen/características: \_\_\_\_\_  
Ruidos intestinales: \_\_\_\_\_  
Palpación de la vejiga urinaria: \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_

**Normorregulación**

Activo:

Estabilidad a los cambios de temperatura: \_\_\_\_\_  
Inicio/tipo y frecuencia: \_\_\_\_\_  
Temperatura ambiental que le es agradable: \_\_\_\_\_

Activo:

Características de la piel: \_\_\_\_\_  
Irritación: \_\_\_\_\_  
Condiciones del entorno físico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Necesidades básicas de: moverse y mantener una buena postura, usar prendas de acuadras, higiene y protección de la piel.

**Moverse y mantener una buena postura**

Activo:

Actividad física cotidiana: \_\_\_\_\_  
Actividades en el tiempo libre: \_\_\_\_\_  
Horas de descanso: \_\_\_\_\_  
Horas de trabajo: \_\_\_\_\_

Activo:

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: \_\_\_\_\_  
Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: \_\_\_\_\_  
Características: \_\_\_\_\_  
Capacidad para la deambulación: \_\_\_\_\_  
Relación con el movimiento: \_\_\_\_\_  
Presencia de temblores: \_\_\_\_\_ Estado de conciencia: \_\_\_\_\_  
Estado emocional: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**so y sueño**

descanso: \_\_\_\_\_ Horario de sueño: \_\_\_\_\_  
descanso: \_\_\_\_\_ Horas de sueño: \_\_\_\_\_  
Ayudas: \_\_\_\_\_  
somnio?: \_\_\_\_\_  
sidera que se deba: \_\_\_\_\_  
descansado al levantarse?: \_\_\_\_\_

ntal: ansiedad/estrés/lenguaje: \_\_\_\_\_  
Atención: \_\_\_\_\_ Bostezos: \_\_\_\_\_ Concentración: \_\_\_\_\_  
Cefaleas: \_\_\_\_\_  
a estímulos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**prendas de vestir adecuadas**

estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
¿tíma es determinante en su modo de vestir?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
¿¿cias le impiden vestirse como a usted le gustaría?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
ayuda para la selección de su vestuario?: \_\_\_\_\_

¿uerdo a su edad: \_\_\_\_\_  
psicomotora para vestirse y desvestirse: \_\_\_\_\_  
completo: \_\_\_\_\_ Sucio: \_\_\_\_\_ Inadecuado: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_



### dad de higiene y protección de la piel

):

ia de aseo: \_\_\_\_\_

o preferido para el baño: \_\_\_\_\_

veces se lava los dientes al día: \_\_\_\_\_

manos antes y después de comer: \_\_\_\_\_ Después de eliminar: \_\_\_\_\_

encias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?: \_\_\_\_\_

general: \_\_\_\_\_

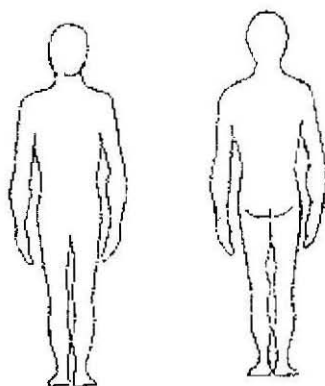
oral: \_\_\_\_\_

el cuero cabelludo: \_\_\_\_\_

dérmicas, qué tipo: \_\_\_\_\_

ubicación en el diagrama) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



### dad de evitar peligros

):

mbros componen su familia de pertenencia: \_\_\_\_\_

cciona ante una situación de urgencia: \_\_\_\_\_

de las medidas de prevención de accidentes? \_\_\_\_\_  
hogar: \_\_\_\_\_  
abajo: \_\_\_\_\_  
a controles periódicos de salud recomendados?: \_\_\_\_\_  
analiza las situaciones de tensión en su vida: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

o:

idades congénitas: \_\_\_\_\_  
iones del ambiente en su hogar: \_\_\_\_\_  
): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

residades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, traba  
zarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

### **abilidad de comunicarse**

vo:

civil: \_\_\_\_\_ Años de relación: \_\_\_\_\_ Vive con: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
paciones/estrés: \_\_\_\_\_ Familiares: \_\_\_\_\_  
ersonas que pueden ayudar: \_\_\_\_\_  
la estructura familiar: \_\_\_\_\_  
ica sus problemas debidos a la enfermedad/estado: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
o tiempo pasa sola: \_\_\_\_\_  
ncia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

vo:

claro: \_\_\_\_\_ Confusa: \_\_\_\_\_  
lidad en la visión: \_\_\_\_\_ Audición: \_\_\_\_\_  
nicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas significativas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Necesidad de vivir según sus creencias y valores**

objetivo:

creencia religiosa: \_\_\_\_\_

creencia religiosa le genera conflictos personales?: \_\_\_\_\_

principales valores en su familia: \_\_\_\_\_

principales valores personales: \_\_\_\_\_

congruente su forma de pensar con su forma de vivir?: \_\_\_\_\_

objetivo:

ritos específicos de vestir ( grupo social religioso): \_\_\_\_\_

permite el contacto físico?: \_\_\_\_\_

tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? \_\_\_\_\_

comentarios: \_\_\_\_\_

**Necesidad de trabajar y realizarse**

objetivo:

trabaja actualmente?: \_\_\_\_\_ Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_

motivos: \_\_\_\_\_ Cuánto tiempo le dedica al trabajo: \_\_\_\_\_

¿está satisfecho con su trabajo?: \_\_\_\_\_ ¿Su remuneración le permite cubrir

necesidades básicas y/o las de su familia?: \_\_\_\_\_

¿está satisfecho (a) con el rol familiar que juega?: \_\_\_\_\_

objetivo:

estado emocional/calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico

comentarios: \_\_\_\_\_