



Secretaría de Salud
Dirección de Planeación y Coordinación Sectorial
Dirección de Educación e Investigación
Subdirección de Formación de Recursos Humanos para la Salud
Escuela de Enfermería



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD
DEL DISTRITO FEDERAL
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN ADULTO CON
ALTERACIÓN CARDIOVASCULAR BASADO EN LA VALORACIÓN DE
LAS CATORCE NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

ROMAN MONTELLANO GUADALUPE

DIRECTORA DE TRABAJO

MTRA. SANDRA M. SOTOMAYOR SÁNCHEZ



Tu salud nos mueve





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**SUBDIRECCIÓN DE CERTIFICACIÓN
ANEXO 13**

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO

**DRA. MARGARITA VELÁZQUEZ GUTIÉRREZ
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNAM
P R E S E N T E**

Me permito informar a usted que **el trabajo escrito:**

Proceso Atención de Enfermería aplicado a un Adulto con Alteración Cardiovascular basado en la Valoración de las Catorce Necesidades de Virginia Henderson

Elaborado por:

1.- **Román Montellano Guadalupe**

No. De Cuenta: 404506812

2.- _____

3.- _____

Apellido paterno

Materno

Nombre

Núm. de cuenta

Alumno (s) de la carrera de: **Licenciada en Enfermería y Obstetricia**
Reúne (n) los requisitos para su impresión.

México D. F. _____ de _____ de 20 _____

Mtra. Sandra M. Sotomayor Sánchez
Nombre y firma del
Asesor de Tesis

Lic. Silvia Vega Hernández
Nombre y firma del
Directora Técnica de la carrera



Secretaría de Salud del Distrito Federal
Escuela de Enfermería
DIRECCION
Sello
de la Institución

Tu salud nos mueve

• Calzada México Tacuba N° 595 • 2° Piso • Col. Popotla
C.P. 11410 • Delegación Miguel Hidalgo • Tel. 53421251, 53418126 y 53424159



Nota: Este documento deberá imprimirse en papelería de la ISI



INDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. JUSTIFICACIÓN.....	2
III. OBJETIVOS.....	2
IV. MARCO TEÓRICO.....	3
4.1 Enfermería como Profesión disciplinar.....	3
4.2 El cuidado como Objeto de Estudio.....	4
• Concepto	
• Antecedentes	
• Tipos de Cuidado	
4.3 Teoría de Enfermería.....	7
• Concepto, objetivos y clasificación	
• Relación de la Teoría con el Proceso de Enfermería	
• Teoría de Virginia Henderson	
4.4 El Proceso de Enfermería como herramienta metodológica para dar cuidado.....	17
• Concepto, objetivo	
• Descripción de Etapas	
4.5 La persona Adulta.....	37
• Características Biológicas Psicológicas y sociales	
• Enfermedades más frecuentes en la etapa adulta	
• Enfermedades crónico degenerativas	
• Hipertensión arterial	

V. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	44
5.1 Presentación del caso	
5.2 Resultados valoración de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson	
5.3 Desarrollo del proceso enfermero	
5.4 Jerarquización de necesidades	
5.5 Diagnósticos reales:	
VI. BIBLIOGRAFÍA.....	57
VII. ANEXOS.....	58

I. INTRODUCCIÓN

La enfermería profesional tiene una gran responsabilidad de cuidar al individuo sano o enfermo por tal motivo la enfermería como disciplina se ha ido esforzando en la búsqueda y aplicación del conocimiento como actitud de compromiso social. El resultado de esta búsqueda se refleja en el uso de enfoques teóricos y metodológicos como eje de la profesión.

El proceso atención enfermero es un método sistemático lógico e individualizado que permite proporcionar atención integral al individuo, familia y comunidad, así mismo constituye una herramienta esencial en la disciplina para que la enfermera como profesional ejerza una práctica autónoma y con una visión de liderazgo.

La teoría de enfermería guía y fundamenta la práctica misma que se ve proyectada en el proceso atención de enfermería, por lo tanto, el presente trabajo está basado en la teoría de las catorce necesidades de Virginia Henderson. Teoría que parte de las necesidades humanas básicas, y pueden no estar satisfechas por enfermedad o debido a las necesidades insatisfechas de las diferentes etapas la vida que se encuentre el individuo. Así mismo menciona la relación enfermera – persona, es decir, los niveles de intervención como sustituta, ayuda o compañera.

Estos elementos, que Virginia Henderson maneja en su teoría se ven reflejados en este proceso atención de enfermería, aplicado en un adulto con alteración cardiovascular en su domicilio.

II. JUSTIFICACIÓN

El proceso de atención enfermería representa la expresión y sustento del método científico en la práctica asistencial enfermera. Al constituirse como método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma lógica y fundamentada en bases teóricas.

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualmente, las necesidades del paciente, familia y comunidad. Así mismo identificar las necesidades reales y potenciales de estos para establecer planes de cuidados para cubrir y resolver los problemas, prevenir la enfermedad.

La aplicación del proceso le confiere a la enfermera profesional un carácter disciplinar, le otorga identidad, autonomía y liderazgo en su práctica profesional por lo que representa una herramienta metodológica ineludible y necesaria.

III. OBJETIVO

Elaborar y aplicar un proceso atención de enfermería que permita cubrir las necesidades de un adulto, con el fin de brindar atención especializada individualizada y de calidad basada en el modelo de Virginia Henderson.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1 Enfermería como Profesión disciplinar

Los hombres como todos los seres vivos, han tenido siempre la necesidad de cuidados, ya que cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, permitir que esta continúe y se desarrolle y de ese modo luchar contra la muerte: la muerte del individuo, del grupo, de la especie.

Los cuidados no fueron propios de un oficio, y aún menos de una profesión, eran los actos de cualquier persona que ayudan a otra a asegurarle todo lo necesario para continuar su vida, en relación con la supervivencia del grupo.

Los cuidados de enfermería representan la evolución de los cuidados a través de la historia humana, puesto que los cuidados existen desde el inicio de la vida, ya que es vital ocuparse de las necesidades humanas para que esta pueda persistir. La carrera de enfermera nació a partir de los instintos humanos y de las leyes que la rigen. La enfermera se inscribe en el orden social tomando el relevo y continuando lo que las religiosas al servicio de los pobres, de los enfermos y de los desamparados atendían. Basa toda su práctica profesional en los valores morales y religiosos de la mujer consagrada. Hasta la llegada de Florence Nightingale no se le reconoce el dominio de conocimientos que le pertenecen, esto se modificó progresivamente de orientación con el desarrollo de la medicina.

A través de las diferentes conceptualizaciones en la actualidad enfermería es una profesión dinámica dedicada a mantener el bienestar físico, psicosocial, y espiritual de las personas resaltando que sus acciones están sustentadas científicamente ya que cuenta con un conjunto de habilidades que depende del sello personal de quien lo realice reflejando un arte propio de una disciplina porque posee un conjunto de conocimientos rigurosos y sistemáticos sobre una determinada materia que explica e implica, como profesión la enfermería

requiere de conocimiento y se apoya de las ciencias físicas, biológicas, sociales y médicas, que permite ofrecer un servicio único, es vocacional, esta ejercida por profesionales, requiere de preparación específica, es autónoma, asume su responsabilidad.

A través de las diferentes conceptualizaciones en la actualidad enfermería es una profesión dinámica dedicada a mantener el bienestar físico, psicosocial, y espiritual de las personas resaltando que sus acciones están sustentadas científicamente ya que cuenta con un conjunto de habilidades que depende del sello personal de quien lo realice reflejando un arte propio de una disciplina porque posee un conjunto de conocimientos rigurosos y sistemáticos sobre una determinada materia que explica e implica, como profesión la enfermería requiere de conocimiento y se apoya de las ciencias físicas, biológicas, sociales y médicas, que permite ofrecer un servicio único, es vocacional, esta ejercida por profesionales, requiere de preparación específica, es autónoma, asume su responsabilidad.

Los descubrimientos realizados a finales del siglo XIX en el campo de la física y la química, permiten aplicar a la medicina los efectos de estos conocimientos y poner a punto tecnologías cada vez más complejas para diagnosticar y posteriormente tratar las enfermedades. La concepción de los cuidados se modifica totalmente.

4.2 El cuidado como Objeto de Estudio

Concepto

Cuidar y vigilar representan un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo. Esto ha sido y seguirá siendo el fundamento de todos los cuidados. Cuidar es por lo tanto, mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para

la vida, pero que son diversas en su manifestación. Las diferentes posibilidades de responder a estas necesidades vitales crean e instauran hábitos de vida propios de cada grupo.

Antecedentes

Desde el principio de la historia, la humanidad se ocupó en asegurar la continuidad de la vida del grupo y de la especie, teniendo en cuenta todo lo que es indispensable para cubrir las funciones vitales, de ahí la necesidad de los alimentos, la protección contra las inclemencias del clima como el frío o el calor, por medio de la ropa o del refugio, que dará lugar a la búsqueda del alojamiento.

Posteriormente se da la organización de las tareas alrededor de una serie de necesidades fundamentales como: sustentarse, protegerse de la intemperie, defender el territorio y salvaguardar los recursos. La organización de estas tareas da origen a la división sexual de trabajo que, marcará de forma determinante, según las culturas y las épocas, el lugar del hombre y de la mujer en la vida social y económica. La repartición de las atribuciones garantiza la existencia y la supervivencia, pero esto no significa que tengan un valor simbólico diferente.

La supervivencia era y sigue siendo un hecho cotidiano, de ahí unas de las más antiguas expresiones de la historia del mundo: *cuidar de*. Era necesario cuidar de las mujeres de parto, los niños, los vivos, pero también de los muertos. Todo daba lugar a cuidar también del fuego para que no se apagara, de las plantas, de los instrumentos de caza, de las pieles, más tarde de la cosecha, de los animales domésticos, etc.

Posteriormente el ser humano desarrolló pensamiento dialéctico que distingue el mal para separarlo del bien, es decir, de todo aquello que hace vivir, que

aísla y comprende lo que se percibe como maléfico, como origen de la muerte, sólo así, una de las orientaciones ha prevalecido sobre la otra hasta el punto de negarla e intentar su destrucción.

Tipos de Cuidado

Los cuidados se tejen alrededor de todo aquello que crece y se desarrolla, revierten en las mujeres y lo hacen hasta la muerte: cuidados a los niños, a igual que a los enfermos y a los moribundos. (Collier, 2004)

Por otra parte los cuidados que exigen una importante fuerza física son también competencia de hombres: desplazamientos de articulaciones, reducción de fracturas, así como dominio físico de los agitados y personas en estado delirante, de locura o de embriaguez.

Estos cuidados llevados a cabo por hombres darán lugar a otras corrientes de influencia, a otras formas de ejercicio distintas de las propias mujeres.

Con el nacimiento de la clínica, el medico, descendiente de los sacerdotes y clericós, aparece como un especialista, mediador de los signos y síntomas indicadores de un mal determinado del que el enfermo es portador.

Existen dos tipos de cuidado de naturaleza diferente:

Care: son los cuidados de costumbre y habituales y están relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida

Cure: son los cuidados de curación concernientes con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida.

4.3 Teoría de Enfermería

Una teoría es un sistema lógico-deductivo constituido por un conjunto de hipótesis o asunciones y algunas reglas que permitan extraer consecuencias de estas, todo esto en un campo de aplicación. En general las teorías sirven para confeccionar modelos científicos que interpreten un conjunto amplio de observaciones, en función de asunciones y postulados, de la teoría.

Desarrollo de las teorías científicas

En el habla popular, una teoría es vista frecuentemente como poco más que una suposición o hipótesis. Por otro lado, en ciencia y en el uso académico general, una teoría es mucho más que eso: ella es un paradigma establecido que explica gran parte o la totalidad de los datos con que se cuenta y ofrece predicciones válidas verificables. En ciencia, una teoría nunca puede ser probada como verdadera porque nunca podemos asumir que sabemos todo lo que hay que saber al respecto. En vez de eso, las teorías permanecen en pie mientras no sean refutadas por nuevos datos, punto en el cual son modificadas o sustituidas.

Las teorías comienzan con observaciones empíricas como 'algunas veces el agua se torna en hielo'. En algún punto, surge la curiosidad o necesidad de descubrir el porqué de ello, lo cual lleva la fase teórica/científica. En las teorías científicas, esto lleva entonces a investigación, en combinación con hipótesis auxiliares y otras más, lo cual puede entonces llevar eventualmente a una teoría. Algunas teorías científicas (como la teoría de la gravedad) son tan ampliamente aceptadas que frecuentemente se les toma por leyes. Esto, sin embargo, se basa en una incorrecta presunción acerca de lo que son las teorías y las leyes: estas no son peldaños en una escalera de verdad, sino diferentes conjuntos de datos. Una ley física es una proposición general basada en observaciones.

Las teorías y modelos conceptuales en la enfermería, han existido desde que Nightingale en 1859 propuso por primera vez sus ideas acerca de la enfermería. Así como Nightingale tuvo sus propias ideas de la enfermería todos los profesionales de enfermería tienen una imagen privada de la práctica de enfermería y esta influye en las decisiones y guía las acciones que tomamos (Fawcett, 1996).

Sin embargo, estas ideas globales de lo que entendemos por enfermería, ha sido organizado por Fawcett a través de lo que denomina "Estructura del conocimiento", donde sitúa al metaparadigma, filosofías, modelos conceptuales, teoría e indicadores empíricos en una estructura descendente que vincula el mundo abstracto con el mundo concreto. ¿Qué entendemos por metaparadigma? Son los conceptos globales del fenómeno de interés de la disciplina de enfermería; Persona, Salud, entorno y enfermería, los cuales han sido conceptualizados de manera diferente por distintas enfermeras para dar lugar a la generación de modelos conceptuales.

Estos son definidos como un conjunto de conceptos abstractos y generales, así como proposiciones que se integran para dar un significado. Incorporan observaciones empíricas, intuiciones de los estudiosos, deducciones combinadas con las ideas creativas del campo de la investigación. Esto quiere decir que los modelos conceptuales son un conjunto de conceptos que explican de manera general el fenómeno del cuidado, pero los modelos conceptuales son más complejos y generales que las teorías, estos otorgan una explicación muy amplia sobre algunos fenómenos de interés para la enfermería como; el autocuidado, La promoción a la Salud, Las relaciones interpersonales, el Proceso de adaptación entre otros.

Tanto los modelos conceptuales como las teorías están elaboradas por conceptos y los define como palabras que describen imágenes mentales de los fenómenos,

no se limitan a un grupo, situación e individuo en particular, son generales, estos se relacionan para explicar distintos fenómenos de interés para la disciplina como lo hicieron: Orem sobre el déficit de autocuidado, Roy; adaptación y estímulo, Henderson; Necesidades básicas, Pender; Conducta promotora de salud y Neuman; Estresores.

Para comprender estos conceptos teóricos y modelos de enfermería es necesario describir específicamente uno, la teoría de Virginia Henderson.

Teoría De Virginia Henderson

El modelo de Virginia Henderson se ubica en las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez) Fomentando en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

Henderson mencionaba que la única función de las enfermeras es mantener al individuo enfermo o sano en cualquier realización de actividades que contribuyan a la salud, a una muerte tranquila y que el podría realizar sin ayuda si tuviera la fortaleza, voluntad o conocimientos necesarios, realizando de tal forma que le ayuden a conseguir independencia lo más rápido posible, de su teoría parten los modelos de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería y esta pertenece a la tendencia de suplencia o ayuda. (Marriner 1999).

Función de enfermería

"La función propia de la enfermera en los cuidados básicos consiste en atender al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento de actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios.

Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esa misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible. Además, la enfermera ayuda al paciente a seguir el plan de tratamiento en la forma indicada por el médico".

El Modelo Conceptual

De acuerdo con el modelo de Virginia Henderson define:

La Persona es, un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial.

El entorno, aunque no está claramente definido, aparece en sus escritos como el postulado que más evoluciona con el paso del tiempo. Inicialmente hablaba de algo estático, sin embargo en los escritos más recientes habla de la naturaleza dinámica del entorno.

El rol profesional es un servicio de ayuda y se orienta a suplir su autonomía o a completar lo que le falta mediante el desarrollo de fuerza, conocimiento o voluntad, así como ayudarle a morir dignamente

La salud es una cualidad de la vida, es básica para el funcionamiento del ser humano. La salud requiere independencia de la persona para satisfacer las necesidades básicas. El fomento de la salud es más importante que el cuidado de la enfermedad.

Elementos fundamentales del modelo

Realización enfermera-paciente.

Se identifican tres niveles de relación entre la enfermera y el paciente, que van de una dependencia mayor a menor.

- La enfermera como sustituta del paciente: esta se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su fortaleza física, voluntad o conocimiento.
- La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia, la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.
- La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.
- Relación enfermera – medico: la enfermera tiene una función especial, diferente a la de los médicos: su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo hasta el punto de que algunas funciones se superponen.
- Relación enfermera – equipo de salud: la enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para complementar al programa de cuidado del paciente, pero no deben realizar las tareas ajenas.

El objetivo de los cuidados es ayudar al enfermo a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia en la satisfacción de sus necesidades o morir dignamente.

El usuario del servicio es la persona que presenta un déficit real o potencial en la satisfacción de las necesidades básicas, o que aún sin presentarlo, tiene un potencial que desarrollar para mejorar su satisfacción.

El rol profesional es suplir la autonomía de la persona o completar lo que le falta; y así hacer posible el máximo desarrollo de su potencial, mediante la utilización de sus recursos internos y externos.

La fuente de dificultad que en este modelo recibe el nombre de áreas de dependencia:

- a) *Los conocimientos* se refieren a la situación de salud, cómo manejarla y a los recursos internos y externos disponibles, esto es, saber qué hacer y cómo hacerlo. En consecuencia la falta de conocimientos se identifica como área de dependencia cuando la persona, teniendo la capacidad intelectual para comprender, no ha adquirido los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados.
- b) *La fuerza* puede ser física e intelectual. En el primer caso, se trata de los aspectos relacionados con él (poder hacer) que incluye la fuerza y el tono muscular, la capacidad psicomotriz. La fuerza psíquica se refiere a la capacidad sensorial e intelectual, es decir, para procesar información y que le ayude a tomar decisiones. En ambos casos debe de tener potencial de desarrollo mediante la intervención de la enfermera.
- c) *La voluntad* implica querer realizar las acciones adecuadas para recuperar, mantener o aumentar la independencia y comprometerse a hacerlas durante

el tiempo necesario. Para identificar como área de dependencia la voluntad, es preciso asegurarse de que la persona sabe qué hacer, cómo y por qué hacerlo, y sin embargo no tiene la voluntad requerida para tomar decisiones o llevar a cabo acciones necesarias para el cuidado.

La presencia de alguna de estas tres causas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente. (Marriner 1999)

La intervención de la enfermera

El centro de intervención de enfermería son las áreas de dependencia, es decir saber qué hacer y cómo (Conocimiento) poder hacer (Fuerza) o querer hacer (Voluntad). Los modos de intervención: se dirige a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad, si bien no todos.

Los modos de intervención son aplicables a todas las áreas de dependencia, por ejemplo, la voluntad puede reforzarse, pero no puede sustituirse.

Las consecuencias de la intervención pueden ser la satisfacción de las necesidades básicas (bien sea supliendo su autonomía o ayudándole a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial).

Conceptos

En este apartado se incluye la definición de las necesidades, los cuidados básicos, la independencia, la autonomía, el agente de la autonomía asistida, los datos de dependencia y los datos que deben considerarse.

Las necesidades humanas

Aunque no esté claramente especificado en los escritos de V. Henderson, se deduce que para ella el concepto de necesidad no presenta el significado de carencia, sino de requisito. Cada una de las 14 necesidades constituyen el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales.

Las necesidades básicas que la enfermera trata de satisfacer existen independientemente del diagnóstico médico. En mayor proporción influyen en los cuidados del paciente síntomas o síndromes tales como: el coma, delirio, depresión, shock, hemorragias, incapacidad motora, la marcada alteración de líquidos en el organismo o la falta aguda de oxígeno.

De manera especial afecta a los cuidados la edad, situación social, la formación cultural, el estado emocional y las capacidades físicas e intelectuales de la persona. Todos estos factores hay que tenerlos en cuenta para determinar qué fuentes de dificultad tiene el paciente para cubrir sus necesidades.

Las 14 necesidades

1. Respirar normalmente.
2. Alimentarse e hidratarse.
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 corporal.
8. Mantener la higiene y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.

10. Comunicarse con los demás para expresar emociones
11. Vivir de acuerdo con los propios valores.
12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal.

Todas las necesidades adquieren un pleno significado cuando son abordadas desde su doble vertiente de universalidad y especificidad. Universalidad en tanto que son comunes y esenciales para todos los seres humanos, y especificidad, porque se manifiesta de manera distinta en cada persona.

Cuidados básicos

Derivan del concepto de necesidades y se refiere al conjunto de intervenciones enfermeras reflexionadas y deliberadas, basadas en un juicio terapéutico razonadas y teóricamente sólidas, y dirigidas tanto a aumentar, mantener o recuperar la independencia.

Independencia

Es el *nivel óptimo* de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud. Este modelo impide la práctica rutinaria, ya que se tiene que adaptar a cada persona, y si esta ha alcanzado o no el máximo desarrollo de su potencial.

Dependencia

Desarrollo *insuficiente e inadecuado* para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud. Está causada por una falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

Autonomía

Es la capacidad física e intelectual de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

Agente de autonomía asistida

Con este nombre se designa a la persona, familiar, persona significativa que cuando el usuario carece de la capacidad física o intelectual necesaria, realiza por él ciertas acciones encaminadas a satisfacer las necesidades susceptibles de grado de suplencia: respirar, comer, beber, eliminar, moverse, mantener una buena postura, vestirse y desvestirse, mantener la temperatura corporal, conservar piel y mucosas limpias y procurar un entorno seguro.

4.4 EL PROCESO DE ENFERMERÍA COMO HERRAMIENTA METODOLÓGICA PARA DAR CUIDADO

El proceso de atención de enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall, Johnson, Orlando y Wiedenbach, consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh, establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación; y Bloch, Roy, Aspinall y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

“El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizados, centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o de riesgo”. (Rosales, 2004)

También es considerado como un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el proceso atención de enfermería configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

1. Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
2. Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

3. Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
4. Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
5. Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

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

Otro de sus objetivos del proceso de enfermería es proporcionar cuidados integrales al individuo, familia o comunidad, mismo que le permitan cubrir o satisfacer las necesidades que estos tengan insatisfechas. El proceso de enfermería posee una base teórica sustentada en una variedad de conocimientos, que puede aplicarse a cualquiera de los modelos teóricos de enfermería.

El proceso de enfermería es aplicable en todas las situaciones para promover el bienestar, contribuir a la mejor calidad de vida y a la máxima satisfacción de las necesidades del individuo. Además que define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Las características del proceso de atención de enfermería, siempre tiene una finalidad y se dirige a un objetivo.

- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

Valoración

- Es la primera etapa del proceso atención de enfermería, es la que sustenta la información obtenida, es decir, una valoración precisa conduce a la identificación del estado del paciente y los diagnóstico que se elaboraran en base a esta.
- En esta etapa, la enfermera debe tener destreza y actitud profesional para realizar la valoración del la persona, familia y comunidad. Habilidad cognitiva e interpersonal para establecer un vinculo de confianza y así mismo obtener los datos correctos para no cometer errores al realizar los diagnósticos.
- Siempre la enfermera debe tener en cuenta la teoría en la que se basara, para elaborar el proceso atención de enfermería y poder realizar una valoración adecuada, de acuerdo al marco que esta maneje. Para realizar la valoración se necesita de un instrumento que permita armar la valoración de un individuo, familia o comunidad.

- Con la observación se llega a un diagnóstico presuntivo o certero, y se puede iniciar la planeación del proceso de enfermería. Esta etapa se lleva a cabo desde el primer encuentro con el paciente y durante su estancia hospitalaria, consiste en describir minuciosamente el estado de salud o enfermedad del paciente

Esta etapa inicia con la obtención de datos de la persona, a quien se le realizará el proceso de atención de enfermería, esta se logra mediante la observación, entrevista y exploración física, a través de diversas fuentes.

- Primarias: paciente, expediente clínico, familia o cualquier otra persona que dé atención al paciente.
- Secundarias: pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia entre otros.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

- Los conocimientos profesionales: los enfermeros deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos, como claro ejemplo en los niños, adolescentes o personas de otra religión.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje. También implica el lenguaje claro y preguntas entendibles.
- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, se adquiriera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de las fuentes de información. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

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

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde se debe buscar datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente y factores contribuyentes en los problemas de salud.

En la recogida de datos se necesita tener las siguientes características:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc.) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- Convicciones (ideas, creencias, etc.)
- Capacidad creadora.
- Sentido común.

- Flexibilidad.

Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

En la valoración inicial como se menciono anteriormente se necesita saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los tipos de datos:

- Subjetivos: Son los datos que se pueden medir y son propios de una persona, lo que la ella dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica (sentimientos).
- Objetivos: Datos que se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Datos históricos/antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.).
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos

Entrevista clínica

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual se debe realizar la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es en la conversación durante el curso de los cuidados de enfermería.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos y también.

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

- **Iniciación:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- **Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semi

estructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

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

La observación

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

La exploración física

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma,

posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración
- **Percusión:** implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- **Auscultación:** consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies o por sistemas/aparatos corporales.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilizemos.

Organización de datos

Esta se trata de agrupar la información, de tal forma que ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas, o por patrones funcionales, etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información.

Los componentes de la valoración del paciente necesarios hoy en día son:

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnosticas y los tratamiento prescritos.
- Valoración física

Diagnostico

Es la segunda fase del proceso atención enfermería, que consiste en realizar un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso de la elaboración del diagnostico del problema clínico y para posteriormente su tratamiento.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro. Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2.- Formulación de diagnóstico

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

1. Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
2. Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
3. Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
4. Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos.
5. Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo es:

- Fisiopatológicos (biológico y psicológicos): shock, anorexia nerviosa
- De Tratamiento (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc.)
 - De medio ambiente como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.
 - Personales, como encontrarnos en el proceso de muerte, divorcio, etc.
- De Maduración: paternidad/maternidad, adolescencia, etc.

Tipos de diagnósticos:

- Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el diagnóstico.
- De riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un diagnóstico de riesgo se emplean los factores de riesgo. 1- a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- De salud: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más

elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

Podemos añadir un quinto tipo:

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

Al escribir un Diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal
- Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.

- Evitar invertir el orden de las partes del diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del diagnóstico.
- No indique el diagnóstico de enfermería como si fuera un diagnóstico médico.
- No escriba un diagnóstico de enfermería que repita una orden médica.
- No rebautice un problema médico para convertirlo en un diagnóstico de enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

Planificación

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. En esta fase se realizara el plan de cuidados de acuerdo a los siguientes criterios:

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

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

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

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

Tipos de actividades de enfermería

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

Las características de las actuaciones de enfermería son, según Iyer (1989), las que siguen:

- Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.
- Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud.
- Prevenir las enfermedades ,
- Restablecer la salud
- Rehabilitación.
- Acompañamiento en los estados agónicos.

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- Actividades de enfermería
- Evaluación

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

- Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto.
- Estandarizado: Elaborados para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad»
- Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

Ejecución

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

La enfermera tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase es la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

Evaluación

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

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

El proceso de evaluación consta de dos partes

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

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

1.- Aspecto general del paciente

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica

2.- Signos y síntomas específicos

- Observación directa
- Entrevista nuevamente con el paciente.

3.- Capacidad psicomotora (habilidades).

- Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional:

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal

6.- Situación espiritual:

- Entrevista con el paciente.

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

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

De forma resumida la evaluación se realiza:

- Midiendo los cambios del paciente (signos vitales, peso, talla, parámetros de laboratorio).
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que refiere, realiza y siente el paciente. Una característica importante en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

4.5 La persona Adulta

Características Biológicas Psicológicas y sociales

La adultez tiene dimensiones sociales, biológicas, emocionales y legales, su principal significado es social

La mayoría de la personas alcanza el máximo nivel de vitalidad, fuerza y resistencia en la juventud. El funcionamiento de los órganos, el tiempo de reacción, la fuerza, las habilidades motoras y la coordinación sensorio-motora son óptimos entre los 25 y los 30 años de edad, después empiezan a disminuir paulatinamente. Los hábitos de salud y ejercicio que se adquieren en la juventud normalmente persisten en los años siguientes. El mejoramiento del ejercicio y la dieta contribuyen mucho a una buena condición física.

La buena salud no es solo un asunto de suerte. Las personas pueden mantener la salud realizando algunas actividades y evitando otras. Algunos factores del estilo de vida directamente ligados a la salud y a la condición física son: nutrición y obesidad, actividad física y consumo y abuso de fármacos.

Enfermedades más frecuentes en la etapa adulta

La mortalidad de los mexicanos a principios de los años treinta, las personas morían principalmente a causa de enfermedades transmisibles, como parásitos e infecciones en el aparato digestivo o respiratorio. Estos padecimientos se controlaron y en algunos casos se erradicaron, gracias al incremento en el número de hospitales, los avances médicos, así como las campañas de vacunación y educación para prevenir enfermedades.

Durante el 2007 la diabetes mellitus, los tumores malignos y las enfermedades del corazón, son las principales causas de muerte en México.

Las principales causas de muerte del adulto son:

Hombres:

- Enfermedades del hígado,
- Diabetes Mellitus
- Tumores malignos.

Mujeres:

- Tumores malignos,
- Diabetes mellitus y
- Enfermedades del hígado.

Mortalidad en adultos mayores

Después de los 65 años de edad las tasas de mortalidad se incrementan de manera importante (4,697 por 100,000 habitantes). Las muertes en este grupo de edad se deben sobre todo a diabetes, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad cerebro-vascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedades hipertensivas y tumores. Aunque las causas de muerte son semejantes en hombres y mujeres, el riesgo de morir por diabetes es mayor en las mujeres, al igual que por enfermedades hipertensivas, mientras que el riesgo de morir por enfermedades isquémicas del corazón, EPOC y cirrosis es mayor en los hombres. Es probable que estas diferencias se deban a diferencias en la prevalencia de consumo de alcohol y tabaquismo, mucho más marcadas en las generaciones que hoy tienen 65 años y más. En esta etapa de la vida vuelven a aparecer, dentro de las causas más comunes de muerte, las infecciones respiratorias agudas bajas, y desaparecen como una de las principales causas de defunción los accidentes y las lesiones.

Muertes evitables

Las muertes evitables son aquellas defunciones que, dado el nivel de desarrollo de la tecnología médica, no debieran producirse. Una apendicitis, por ejemplo, no debe terminar en defunción porque se cuenta con las herramientas para hacer un diagnóstico oportuno e implantar un tratamiento efectivo. Lo mismo sucede con las complicaciones de un embarazo: existen las medidas de promoción de la salud y atención prenatal y obstétrica para evitar que este tipo de complicaciones terminen en una muerte materna. La presencia de estas muertes, por lo tanto, nos habla de un problema de acceso o un problema de calidad.

Fisiopatología de la presión arterial

La HTA es una enfermedad crónica, controlable de etiología multifactorial, caracterizada por aumento sostenido de las cifras de presión arterial (PA), presión sistólica (PS) igual o mayor a 140 mmHg y/o presión diastólica (PD) igual o mayor a 90 mmHg. Su prevalencia nacional en la población entre 20 y 69 años es del 30%. Se calcula que el 61% de los individuos afectados desconoce su enfermedad. De los pacientes que se conocen hipertensos, sólo el 19.2% se encuentra controlado. La prevalencia de la hipertensión fue mayor en el género masculino (34.2% y 26.3%) aunque el riesgo de complicaciones por HTA es similar en hombres y mujeres.

La presión arterial (PA) resulta de la interacción de factores genéticos y factores ambientales. Estos últimos modulan la predisposición subyacente debida a la herencia y a determinados factores que aparecen durante la maduración fetal. En unos individuos predomina el peso genético, mientras que en otros los factores ambientales. El 95% de las hipertensiones no tienen una etiología definida, constituyen la llamada hipertensión arterial (HTA) esencial,

también denominada primaria o idiopática, mientras que el 5% son secundarias a diversas causas entre las que destacan por su frecuencia las inducidas por drogas o fármacos, la enfermedad renovascular, el fallo renal y el hiperaldosteronismo.

La hipertensión arterial esencial es un desorden heterogéneo, puede haber considerables variaciones en la participación de los factores causales en diferentes períodos y estadios, y en diferentes individuos.

Etiología de la hipertensión arterial esencial

Interacción genética-ambiente

La interacción entre variaciones genéticas y factores ambientales tales como el estrés, la dieta y la actividad física, contribuyen al desarrollo de la hipertensión arterial esencial. Esta interacción origina los denominados fenotipos intermedios, mecanismos que determinan el fenotipo final hipertensión arterial a través del gasto cardíaco y la resistencia vascular total. Los fenotipos intermedios incluyen, entre otros: el sistema nervioso autónomo, el sistema renina angiotensina, factores endoteliales, hormonas vasopresoras y vasodepresoras, volumen líquido corporal (fig. 1).

Factores etiológicos de la hipertensión arterial esencial

Se han descrito los siguientes factores hipertensinogénicos (fig. 3):

1. Obesidad.
2. Resistencia a la insulina.
3. Ingesta elevada de alcohol.
4. Ingesta elevada de sal en pacientes sensibles a la sal.
5. Edad y Sexo.
6. Sedentarismo.
7. Estrés.

8. Ingesta baja de potasio.

9. Ingesta baja de calcio.

Muchos de estos factores son aditivos, tal como ocurre con la obesidad y la ingesta de alcohol.

Clasificación y criterios diagnósticos

La HAS se clasifica de acuerdo con los siguientes criterios:

Con fines de clasificación y registro, se utilizará la CIE-10.

Para efectos de diagnóstico y tratamiento, se usará la siguiente clasificación clínica:

Presión arterial óptima: <120/80 mm de Hg

Presión arterial normal: 120-129/80 - 84 mm de Hg

Presión arterial normal alta: 130-139/ 85-89 mm de Hg

Hipertensión arterial:

Etapa 1: 140-159/ 90-99 mm de Hg

Etapa 2: 160-179/ 100-109 mm de Hg

Etapa 3: $\geq 180 / \geq 110$ mm de Hg

La hipertensión sistólica aislada se define como una presión sistólica ≥ 140 mm de Hg y una presión diastólica <90 mm de Hg, clasificándose en la etapa que le corresponda.

La técnica adecuada para medir la PA es la siguiente:

El paciente sentado y en reposo al menos cinco minutos antes de la medición.

La primera vez, medir en ambos brazos descubiertos, apoyados, colocando el esfigmomanómetro a nivel del corazón.

El paciente no debe haber fumado, ni tomado café 30 minutos antes.

Utilizar un brazalete apropiado (que cubra 80% de la circunferencia del brazo) y esfigmomanómetro de mercurio o aneroides (calibrado).

Registrar la PS (aparición de los ruidos Korotkoff) y PD (desaparición de los ruidos de Korotkoff).

Medir la PA en dos ocasiones con intervalos de dos minutos y si la diferencia es mayor de 5 mmHg, hacer otra medición. En caso de existir una diferencia se toma en cuenta la PA más alta.

Una vez establecido el diagnóstico se clasifica al paciente de acuerdo con sus cifras de PA para clasificar a un individuo como hipertenso, se debe contar como mínimo con tres registros de PA en diferentes días, a menos que el paciente tenga signos que sugieran daño de órgano blanco o acuda por una emergencia hipertensiva.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento de la hipertensión debe individualizarse en base no sólo a los valores de la presión arterial sino de acuerdo al nivel de riesgo de cada paciente, para lo cual debe considerarse la relación entre los valores de la PA, los factores de riesgo cardiovascular asociados y la coexistencia de otras condiciones clínicas. Por ejemplo, ante un riesgo bajo, realizar modificaciones en el estilo de vida; ante un riesgo moderado, modificaciones en el estilo de vida, monitoreo de la PA y factores de riesgo por 3 meses, si no logra su meta, iniciar tratamiento farmacológico; ante riesgo alto y muy alto, además de las modificaciones en el estilo de vida, se deberá iniciar el tratamiento farmacológico de inmediato.

Más de dos tercios de los pacientes hipertensos no logran controlarse en monoterapia y requerirán de 2 o más fármacos antihipertensivos de diferentes clases terapéuticas. El tratamiento para el manejo de la hipertensión inicia con cambios en el estilo de vida. Y si no se logra el control antihipertensivo, los diuréticos se pueden iniciar en la mayoría de los pacientes, solos o en combinación con otra clase terapéutica (IECAS, ARA II, BB, CA), que han demostrado reducir complicaciones de la hipertensión. La selección de algunos de estos fármacos como tratamiento inicial se recomienda cuando un diurético no puede ser usado o cuando existen indicaciones obligadas.

Si el fármaco inicial no es tolerado o se contraindica, seleccionar otra clase terapéutica que haya probado reducir los eventos cardiovasculares. Dado que la mayoría de los pacientes hipertensos requerirán 2 o más fármacos antihipertensivos para alcanzar la PA objetivo, la adición de un fármaco de una clase diferente se debe de iniciar cuando haya fallado la monoterapia aún con la dosis adecuada. Cuando la PA es superior a 20 mmHg sobre el objetivo sistólico o 10 mmHg sobre el objetivo diastólico, se deberá considerar iniciar tratamiento con 2 fármacos.

El iniciar el tratamiento con más de 2 fármacos incrementa la posibilidad de alcanzar los objetivos de PA de una manera oportuna. El uso de combinaciones de multifármacos usualmente con dosis menores, frecuentemente ofrece una mayor reducción de la PA lo que resulta en menores efectos secundarios y simplifica el tratamiento, reduciendo así los costos.

V. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA EN UN ADULTO CON ALTERACIÓN CIRCULATORIO

5.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

El Proceso atención de Enfermería está basado en un adulto, sexo femenino de 47 años, talla 1.56 cm. Peso 76 kg. Estado civil casada.

Originaria del Distrito Federal, católica, con escolaridad hasta el 6º año de primaria; actualmente no trabaja, permanece en el hogar, mismo que cuenta con todos los servicios.

Padre finado por infarto agudo al miocardio, madre con hipertensión que se sabe desde hace 5 años de evolución.

Alcoholismo y tabaquismo positivo (refiere que es ocasionalmente)

Padecimiento actual lo inicia hace 17 años después de hacer un coraje muy fuerte, sufriendo la pérdida del estado de alerta, fue llevada al servicio de urgencias en donde le diagnostican hipertensión, indicándole tratamiento de por vida el cual no lo lleva a cabo, continua con cefaleas, mareos, acufenos y fosfenos pero hace caso omiso. Después de 4 años inicia con tratamiento con propranolol vía oral hasta la actualidad.

Hace 3 años se añade la sintomatología de la pre menopausia sin tratamiento establecido.

5.2 Resultados valoración de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson

NECESIDADES	SATISFECHA	INSATISFECHA	
		POTENCIAL	RIESGO
Oxigenación		X	
Alimentación e hidratación		X	
Eliminación	X		
Movimiento y mantener buena postura	X		
Descanso y sueño	X		
Vestido	X		
Termorregulación.	X		
Higiene	X		
Evitar peligros		X	
Comunicación	X		
Creencias y valores	X		
Trabajar y realizarse	X		
Recreación	X		
Aprendizaje		X	

5.3 DESARROLLO DEL PROCESO ENFERMERO

JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES

NOMBRE DEL PACIENTE: S.A.E. EDAD: 47 AÑOS EDO. CIVIL: Casado
 RELIGIÓN: Católica OCUPACION: Ama de casa

ESCOLARIDAD: Primaria NACIONALIDAD: Mexicana

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS
1. OXIGENACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial de 150/90 	<ul style="list-style-type: none"> • Tabaquismo positivo
2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre peso • Talla: 1.56 • Peso: 78 kg • Perdida de piezas dentales 	<ul style="list-style-type: none"> • Se fatiga a veces • Ingesta superior a lo recomendado de carbohidratos, proteínas y harinas.
3. EVITAR PELIGROS	<ul style="list-style-type: none"> • Fluctuaciones de la presión arterial • Tabaquismo • Escaleras sin barandal • Piso resbaloso 	<ul style="list-style-type: none"> • Mareos cuando oscilan sus cifras tensionales
4. NECESIDAD DE APRENDIZAJE		<ul style="list-style-type: none"> • Refiere deseos de saber el por que de su enfermedad y las consecuencias

JERARQUIZACIÓN DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

NECESIDAD	DIAGNÓSTICO REAL	DIAGNÓSTICO POTENCIAL
1. Oxigenación	Alteración de la necesidad de oxigenación relacionado vasoconstricción arterial manifestado por cifras tensionales de 150/90.	
2. Nutrición e hidratación	Al ración de la necesidad de nutrición e hidratación relacionado con ingesta superior de alimentos en respuesta a claves externas manifestado por sobrepeso.	
3. Evitar peligros	Alteración de la necesidad de evitar peligros relacionado con enfermedad hipertensiva y sobrepeso manifestado por cifras tensionales superiores a 150/90	

4. Necesidad de aprendizaje	Alteración de necesidad de aprendizaje relacionado con estado su proceso patológico manifestado por expresión oral y observación de deseos de un mayor control sobre su estado de salud.	
-----------------------------	--	--

DIAGNÓSTICOS REALES:

Necesidad alterada: Oxigenación

Causa de la dificultad: Por Fuerza

Paciente: Dependiente

Rol de Enfermería: Sustituta

Dx. De enfermería: Alteración de la necesidad de oxigenación relacionado vasoconstricción arterial manifestado por cifras tensionales de 150/90.

Objetivo: Contribuir e estabilizar Presión arterial

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACION
<p>Administración de medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Respetar el horario correspondiente a la ingesta del medicamento. ➔ Observar la fecha de caducidad en el envase del fármaco. ➔ Registrar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente. <p>Cuidados circulatorios</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Enseñar al paciente los factores que afectan la circulación (fumar, exposición a temperaturas frías, cruzar las piernas y estado de ánimo.). ➔ Limitar la ingesta de cafeína, sodio, colesterol, alimentos ricos en grasas. 	<p>La elección de la vía de administración de un medicamento depende del efecto que se busca.</p> <p>El conocimiento sobre la interacción de los medicamentos permite identificar el efecto deseado o las reacciones farmacológicas adversas.</p> <p>La presión arterial es afectada por emociones, ejercicio, dolor y posición.</p> <p>El consumo en exceso de sal aumenta la presión osmótica sanguínea al retenerse agua, aumentando la presión sanguínea</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No realiza el régimen del tratamiento tal como se ha prescrito. • Controla la presión arterial • No limita la ingesta de sodio • No limita la ingesta de grasa y colesterol • No controla el peso • Participa en programas de ejercicio recomendados

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluar la presencia de Edema y pulsos periféricos. ➤ Animar al paciente a realizar ejercicio conforme a su tolerancia <p>Monitorización de los signos vitales</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Anotar tendencias y fluctuaciones de la presión sanguínea. ➤ Ausculta presiones sanguíneas en ambos brazos para comparar. ➤ Identifica causas posibles de los cambios en los signos vitales. ➤ Controla la presión sanguínea antes, durante y después de la actividad física. <p>Manejo del peso</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tratar con el paciente los hábitos, costumbres y factores culturales y hereditarios que ejercen su influencia sobre el peso. ➤ Determinar el peso corporal ideal del paciente ➤ Determinar el porcentaje de grasa corporal ideal del paciente ➤ Animar al paciente a registrar el peso semanalmente 	<p>El ejercicio favorece la conservación del tono muscular y movilidad de articulaciones, así como la estimulación de la circulación sanguínea.</p> <p>Los factores que producen variaciones de la presión arterial son edad, sexo, constitución corporal, dolor, emociones, estados patológicos, etc.</p> <p>La presión arterial aumenta de acuerdo con el trabajo cardíaco, posición y ejercicio.</p>	
--	---	--

EVALUACION FINAL : La paciente no logra completamente el autocontrol de su enfermedad vascular, ya que fácilmente abandona y retoma frecuentemente las actividades recomendadas, cabe mencionar que la paciente solo sigue el tratamiento farmacológico indicado, pero no basta solo el tratamiento farmacológico sino las actividades complementarias como la dieta y la actividad física.

Necesidad alterada: Nutrición e hidratación
Causa de la dificultad: Por Conocimiento y voluntad
Paciente: Parcialmente dependiente
Rol de Enfermería: Ayuda

Dx. De enfermería: Al ración de la necesidad de nutrición e hidratación relacionado con ingesta superior de alimentos en respuesta a claves externas manifestado por sobrepeso

Objetivo: Mejorar hábitos alimenticios para control de peso Contribuir a estabilizar Presión arterial

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACION
<p>Asesoramiento de la nutricional</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. ➔ Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que desea cambiar. ➔ Establecer metas realistas a corto plazo para el cambio del estado nutricional. ➔ Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud. ➔ Comentar gustos y aversiones del paciente. ➔ Valorar los esfuerzos para conseguir objetivos. 	<p>El nivel socioeconómico y cultural de las personas determina los hábitos higiénico dietéticos</p> <p>La estimulación y motivación es un factor determinante para el logro de propósitos y metas establecidas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No supervisa el peso corporal • No mantiene una ingestión calórica diaria • Selecciona comidas y aperitivos nutritivos • No come en respuesta del hambre • Identifica situaciones sociales que afectan a la ingesta alimentaria • No alcanza peso optimo • Demuestra progreso hacia el peso objetivo

Manejo de la nutrición

- Determinar en colaboración con el dietista el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación.
- Fomentar la ingesta de calorías adecuada al tipo corporal y estilo de vida.
- Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas.
- Ofrecer tentempiés y dar comidas ligeras.
- Proporcionar sustituto de azúcar

El metabolismo varía de acuerdo a la edad, sexo y dieta.

Llevar un registro de la ingesta de comidas permite conocer la cantidad innecesaria de los que se consume durante el día.

Manejo del peso

- Tratar con el paciente los hábitos, costumbres y factores culturales y hereditarios que ejercen su influencia sobre el peso.
- Determinar el peso corporal ideal del paciente
- Determinar el porcentaje de grasa corporal ideal del paciente
- Animar al paciente a registrar el peso semanalmente

Mantener en el peso adecuado, en relación peso talla reduce el riesgo de enfermedades circulatorias y metabólicas

<p>Fomento del ejercicio</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Informar al paciente acerca de los beneficios para la salud. ➤ Informar al paciente acerca del tipo de ejercicio adecuado, frecuencia, duración e intensidad de los ejercicios. ➤ Instruir al paciente acerca de las condiciones que justifiquen el cese o alteración del programa de ejercicio. ➤ Instruir al paciente en los ejercicios de precalentamiento y relajación adecuados 	<p>Realizar ejercicios de precalentamiento evita las lesiones musculares.</p>	
---	---	--

EVALUACION DEL DIAGNOSTICO

No se logro el resultado esperado ya que la paciente se apego al régimen alimenticio ni a las recomendaciones del asesoramiento nutricional.

Se registro el peso corporal y la pérdida de peso no se logra llegar al ideal.

Necesidad alterada: Evitar peligros
Causa de la dificultad: Por fuerza y conocimiento
Paciente: Independiente
Rol de Enfermería: Acompañante

Dx. De enfermería: Alteración de la necesidad de evitar peligros relacionado con enfermedad hipertensiva y sobrepeso manifestado por cifras tensionales superiores a 150/90

Objetivo: Identificar los riesgos que pueden presentarse a causa de su enfermedad y lograr conductas de prevención de riesgo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACION
<p>Identificación de riesgos</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Determinar el cumplimiento con los tratamientos médicos y de cuidados. ➔ Determinar el nivel de funcionamiento pasado y actual. <p>Vigilancia: seguridad</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Vigilar el ambiente para ver si hay peligro potencial para su seguridad ➔ Comunicar la información acerca del riesgo del paciente a los otros miembros de la familia. ➔ Determinar el grado de vigilancia requerido por el paciente en función del nivel de funcionamiento y de los peligros presentes en su entorno. 	<p>Prever factores de riesgo en el hogar o entorno de trabajo previene posibles lesiones.</p> <p>La vigilancia estrecha en pacientes de alto riesgo de caídas evita consecuencias más graves de su enfermedad inicial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica los factores de riesgo que desencadenen una lesión dentro del hogar. • Analiza posibles consecuencias desencadenadas por su enfermedad inicial. • Se acompaña de algún familiar cuando realiza actividades fuera de su hogar.

<p>Enseñanza: proceso enfermedad</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad. ➤ Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad. ➤ Comentar los cambios de estilo de vida que pueden ser necesarios para evitar futuras complicaciones y / o controlar el proceso de enfermedad ➤ Enseñar al paciente medidas para controlar /minimizar síntomas. <p>Prevención de caídas</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar los síntomas que desencadenen una posible caída ➤ Vigilar el equilibrio en actividades que demanden un mayor esfuerzo físico. 	<p>El conocimiento acerca de la enfermedad permite realizar medidas preventivas evitando así posibles consecuencias.</p>	
---	--	--

EVALUACION DEL DIAGNOSTICO

Se logro el objetivo planteado, ya que la paciente identifica perfectamente los factores de riesgo que tiene en su entorno, así mismo comenta con sus familiares cuando se presenta alguna alteración fisiológica propia de su enfermedad.

Necesidad alterada: Necesidad de aprendizaje

Causa de la dificultad: Por Conocimiento

Paciente: Independiente

Rol de Enfermería: Acompañante

Dx. De enfermería: Alteración de necesidad de aprendizaje relacionado con estado su proceso patológico manifestado por expresión oral y observación de deseos de un mayor control sobre su estado de salud.

Objetivo: Orientar a la paciente para que lograr un mejor control de su enfermedad

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACION DEL DIAGNOSTICO
<p>Enseñanza: individual</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Determinar las necesidades de enseñanza del paciente➤ Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos➤ Valorar el nivel educativo del paciente➤ Seleccionar los métodos y estrategias de enseñanza del paciente➤ Instruir al paciente cuando corresponda➤ Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes <p>Identificación de riesgos</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Determinar el cumplimiento con los tratamientos médicos y de cuidados.➤ Determinar el nivel de funcionamiento pasado y actual.	<p>El adulto se interesa por conocer todo acerca de los cambios que experimenta por sus enfermedades.</p> <p>Las estrategias sencillas facilitan el aprendizaje y la retención de las ideas principales.</p> <p>La repetición de la idea principal por el paciente corrobora que se ha entendido sin alguna confusión.</p>	<p>La paciente logro este objetivo ya que se oriento acerca de su enfermedad y por cosas nuevas que pudieran beneficiarle en cuanto al manejo de su estado de salud.</p> <p>Quedo satisfecha esta necesidad en cuanto a que se logra todas las expectativas esperadas de este diagnostico.</p>

BIBLIOGRAFÍA

1. Ann Marriner Tomey y Martha Raile A. (2007) Modelos y teorías en Enfermería. Quinta y sexta edición.
2. Colliere M (1995). *Promover la Vida*, Madrid: Interamericana McGraw-Hill.
3. Fundamentos de Enfermería / Susana Rosales Barrera, Eva Reyes Gómez / 3ª ed. / México Editorial El Manual Moderno, 2004.
4. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificaciones 2005-2006, NANDA INTERNACIONAL
5. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), 4ª edición, Mc Closkey Dochterman, J- Bulechek, G.M.
6. Clasificación de resultados de enfermería (NOC) 3ª Edición, Moorhead, S- Johnson, M
7. www.terra.es/personal/duenas/pae.htm
8. www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/hipertension_fisiopatologia_espana
9. http://www.insp.mx/Portal/Centros/cenidsp/pdf/boletinffmm_1.pdf
10. www.e-continua.com/documentos/desarrollo%20aduldez
11. <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/defunciones.aspx?tema=P>
12. <http://www.uaim.edu.mx/web-carreras/carreras/Etnopsicologia/07%20TRIMESTRE/DESARROLLO%20PSICOLOGICO%20EN%20LA%20ADULTEZ.pdf>
13. <http://es.wikipedia.org/wiki/Teor%C3%ADa>
14. http://alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf

ANEXOS

FORMATO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA
(VIRGINIA HENDERSON)

DATOS GENERALES

Nombre: S.C.A. Edad: 47 años Sexo: Mujer Estado Civil: Casado
Escolaridad: Primaria Domicilio: C. Mochitlan Mz. 1 Lt. 20 Barrio Artesanos
Tiempo que tiene con el padecimiento: 17 años
¿Toma algún medicamento?: SI () NO (X) Cual? Propanolol 1 Tab 40mg c/12

1. OXIGENACIÓN

1 Tensión arterial: 150/90 F.C: 80 Pulso: 77 Grupo Sanguíneo: O+
Patrón respiratorio: Ritmo: Continuo Profundidad: Adecuada Frecuencia: 77
Estilo de vida: Sedentaria (X) Activa ()
¿Tiene algún problema con su respiración? SI () NO (X) ¿Cuál?
¿Tose? Rara vez (X) Frecuentemente () Siempre ()
¿Hay secreciones al toser? SI () NO (X) Características:
¿Existe dolor al toser? SI () NO (X) Descríbalo:
¿Se fatiga al realizar las siguientes actividades? Subir escaleras (X)
Al caminar () Al comer () Otros () ¿Fuma? SI (X) NO ()
¿Cuántos cigarros al día? 1 ¿Desde cuándo? Hace 15 Años
¿Qué hace cuando presenta algún problema respiratorio?-----
Coloración peri bucal y de extremidades: Adecuada
¿Utiliza algún dispositivo de apoyo respiratorio? No

OBSERVACIONES: Refiere que algunas veces se mareo cuando realiza grandes esfuerzos o por las mañanas, presenta edema en miembros pélvicos al final del día y rara vez siente palpitaciones y lo relaciona con algunos alimentos o actividades.

DATOS DE DEPENDENCIA: SI (X) NO ()

ÁREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza (X) Falta de voluntad ()

Falta de conocimiento ()

2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Peso: 76Kg Talla: 1.56 Cm ¿A perdido o ganado peso en los últimos 6 meses?: SI (X) NO ()

¿Cuánto?: 5 ¿Desde cuando? Más o menos en 1 año

Se alimenta: Solo (X) Con ayuda () Sonda () Otro ()

Horario y número de comidas habituales: 11:00 – 17:00 – 22:00

Cantidad de líquidos que ingiere al día: Menos de 500 ml () 500 a 1000 ml ()

Más de 1000 ml (X)

Líquidos que acostumbra tomar: Agua (X) Cantidad: 2050ml Refresco (X)
Cantidad: 500 ml Jugos (X) Cantidad: 1000ml Té () Cantidad: Café (X)
cantidad: 200ml

Alimentos o líquidos que originan:

Preferencia. Carnes, chile, verduras, frutas “todo le agrada”

Desagrado. La gelatina

Tipo de dieta: Normal (X) Blanda () Papilla () Suplementos () AHNO ()

Presencia de: Anorexia () Náuseas () Vómito () Indigestión ()

Hiperacidez (X) Aumento del apetito (X) Disminución del apetito ()

Cavidad oral: Seca () Semi Hidratada (X) Estomatitis () Caries ()
Prótesis ()

Sensibilidad al frío () Calor () Falta de piezas dentales ()

Tiene dificultad para: Masticar () Deglutir () Hablar (-)

OBSERVACIONES: Presencia de composturas de 8 molares y un incisivo, refiere que con la ingesta de algunos alimentos irritantes presenta hiperacidez y hasta reflujo gástro esofágico por las noches, también distensión abdominal con alimentos no identificados.

DATOS DE DEPENDENCIA: SI (X) NO ()

ÁREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza (X) Falta de voluntad ()

Falta de conocimiento ()

3. ELIMINACIÓN

Intestinal en 24 horas

Frecuencia: 4 x día Cantidad: Moderada Color: Café Consistencia: Normal

¿Presenta algún problema al evacuar? SI () NO (X) Dolor ()

Estreñimiento () Diarrea ()

¿Utiliza alguna ayuda cuando esta estreñado? : Líquidos () Alimentos (X)

Fármacos () Enemas ()

Intestino: Dolor (-) Flatulencia (X) Heridas (-) Estoma (-)

Vesical en 24 horas:

Frecuencia: 5 x día Cantidad: 400ml en 24 hrs Color: Ámbar Olor:

Hematuria: () Nicturia (-) Disuria (-) Sonda ()

OBSERVACIONES: No refiere algún malestar con su eliminación

DATOS DE DEPENDENCIA: SI () NO (X)

ÁREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza () Falta de voluntad ()
Falta de conocimiento ()

4. MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

¿Realiza actividad física? SI (X) NO ()

Especificar: Camina (-) Tiempo: Corre (-) Tiempo:

¿Sabe la importancia de realizar actividad física? SI (X) NO ()

Especifique: La paciente refiere que hay una mejor circulación, elasticidad, menos sofocación y mejor condición física, además que te sientes más ágil.

¿Tiene limitaciones para la actividad física? SI () NO (X)

Dolor muscular () Defectos óseos (-) Inflamación de articulaciones (-)

Utiliza aparatos (-) Fuerza y presión (-) Reposo relativo (-)

OBSERVACIONES: Realiza sesiones de cardio, por medio de la escaladora, además que comenta que tiene pie plano.

DATOS DE DEPENDENCIA: SI (X) NO ()

ÁREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza () Falta de voluntad (X)
Falta de conocimiento ()

5. DESCANSO Y SUEÑO

¿Cuánto tiempo descansa al día? -30 min. () De 30 min. 60 min () mas de 1 hora ()

Tipo de Sueño: Fisiológico (X) Inducido () Insomnio () Ronquidos (X)

Horas de sueño: Menos de 5 horas (X) De 5 a 7 horas () Más de 7 horas (X)

OBSERVACIONES: A veces padece de insomnio y no realiza ninguna actividad habitual para recuperar el sueño fisiológico, ni tampoco ingiere medicamentos.

DATOS DE DEPENDENCIA: SI () NO (X)

ÁREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza () Falta de voluntad ()

Falta de conocimiento ()

6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Cambio de ropa interior (X) Frecuencia: Diario Nylon () Algodón (X)

Cambio de ropa exterior (X) Frecuencia: Diario Ajustada () Holgada ()

¿Necesita ayuda para vestirse / desvestirse? SI () NO (X)

OBSERVACIONES: Refiere vestirse cómodamente

DATOS DE DEPENDENCIA: SI () NO (X)

ÁREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza () Falta de voluntad ()

Falta de conocimiento ()

7. TERMORREGULACIÓN

Temperatura: 36.5 Control de temperatura: SI () NO ()

¿Se protege de cambios bruscos de temperatura? SI (X) NO () ¿Cómo?

OBSERVACIONES: Refiere protegerse con los cambios de temperatura, se cubre cuando hace frío y usa ropa ligera cuando hace calor.

DATOS DE DEPENDENCIA: SI () NO (X)

ÁREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza () Falta de voluntad ()

Falta de conocimiento ()

8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Baño: Parcial () Total (X) Frecuencia: Diario

Lavado de manos (X) Frecuencia: Cada vez que es necesario

¿Usa algún producto para el cuidado de la piel? SI (X) NO ()

Especificar: Crema humectante

PIEL

CARACTERÍSTICAS	OBSERVACIONES	REGIÓN
Pigmentación	Presencia de pequeñas Petequias	Antebrazos
Temperatura	Eutermica	Todo el cuerpo
Textura	Suave	Todo el cuerpo
Turgencia	Un poco flácida	Antebrazos y cuello
Lesiones	No	-----
Contusiones	No	-----
Cicatrices	Si	Cabeza, Brazo, Abdomen
Masas	Bolita	Pie izquierdo
Prurito	No	-----
Hemorragias	No	-----
Edema	Al finalizar día	Ambas piernas

OJOS: Lagrimeo (X) Enrojecimiento (-) Secreción (-) Otro (-)

OREJAS: Cerumen (-)

OBSERVACIONES: La paciente refiere que espontáneamente

DATOS DE DEPENDENCIA: SI (X) NO ()

ÁREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza (X) Falta de voluntad ()
Falta de conocimiento ()

9. EVITAR PELIGROS

¿Tiene alguna adicción? SI () NO (X) Drogas (-) Alcohol (-) Tabaco ()

Frecuencia con que acude al Medico (Odontólogo, ginecólogo, proctólogo, etc.)

Acude al medico cada vez que se enferma

Medidas preventivas que utiliza para prevenir enfermedades y accidentes:

Cuidado en los cambios de temperatura, higiene de alimentos y casa.

Alergias: Ninguna

Características de la vivienda que sean factores de riesgo para la salud (humedad, hacinamiento, promiscuidad, fauna nociva, pisos, etc.):

Estado mental: Alerta () Orientado (X) Confuso ()
Agresivo () Inconsciente () Sedado ()

OBSERVACIONES: Existe riesgo de caída cuando sufre de fluctuaciones en su presión arterial.

DATOS DE DEPENDENCIA: SI (X) NO ()

ÁREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza (x) Falta de voluntad ()
Falta de conocimiento ()

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

¿Considera importante pertenecer algún grupo social? SI (-) NO (X)

¿Por qué? No le interesa

¿Con quién vive? Familiares (X) Amigos () Solo () Otros ()

¿Tiene problemas en la relación con algún miembro de la familia? SI () NO (x)

Limitaciones físicas que interfieren en la comunicación:

Habla: Normal (X) Poco clara (-) Incompleta (-) Afasia (-)

Idioma/dialecto (-) Sin habla (--)

Auditivo: Sordera (-) Deterioro auditivo (-) Dispositivo (-)

OBSERVACIONES: No existe ninguna limitación para comunicarse

DATOS DE DEPENDENCIA: SI () NO (x)

ÁREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza () Falta de voluntad ()

Falta de conocimiento ()

11. VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES

Religión: Católica Frecuencia de algún servicio religioso: 1 vez por mes

¿En qué medida sus valores se han alterado por su situación de salud? Ninguna

OBSERVACIONES: Siento que no se afectaron mis valores ni mi fe por mi enfermedad

DATOS DE DEPENDENCIA: SI () NO (x)

ÁREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza () Falta de voluntad ()

Falta de conocimiento ()

12 NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Historia laboral 13 años de costurera, 8 años de vendedora y al hogar

Trabaja actualmente: SI () NO (x) Tiempo de empleo: Fijo (-) Temporal (-)

Jornada: ¿Tiene incapacidad? SI (-) NO (X) Tipo:

Tipo de problema que ha traído la enfermedad: Psicológico (-) Económico ()

Laboral (X) Otro (-)

¿Qué opina de su enfermedad? No se por que me dio, pero la veo como una enfermedad cualquiera.

¿Considera que puede lograr el control de su enfermedad? Si, con el medicamento

¿Está consciente de los cuidados que debe observar en su padecimiento? Si, como no consumir mucha sal, tomar mis medicamentos y no tener presiones.

¿Por qué? Por que son los que me elevan la presión y pueden ocasionar lesiones irreparables como la muerte.

OBSERVACIONES:

DATOS DE DEPENDENCIA: SI () NO (x)

ÁREA DE DEPENCIA: Falta de fuerza () Falta de voluntad ()

Falta de conocimiento ()

13. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿Realiza alguna actividad recreativa? SI () NO (X) ¿Cuál? ¿Por qué? No me gusta y no hay con quien realizarlas

¿Cuándo participo por última vez en actividades de este tipo? Hace 1 mes

¿Dispone de recursos para dedicarse a cosas que le interesen? No

¿La distribución de tiempo es equilibrada entre trabajo y distracción? si

¿Por qué? Organizo mi tiempo para poder hacer las dos cosas

OBSERVACIONES:

DATOS DE DEPENDENCIA: SI () NO (X)

ÁREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza () Falta de voluntad ()

Falta de conocimiento ()

14 NECESIDADES DE APRENDIZAJE

Sobre sí mismo (físicamente): si

Necesidades básicas:

Estado de salud actual: No

Tratamiento: Si

Autocuidado: Si

¿Desearía incrementar sus conocimientos sobre su estado de salud/enfermedad actual? SI (X) NO () ¿Por qué? Para saber mas que se puede desencadenar a demás de la presión.

OBSERVACIONES:

DATOS DE DEPENDENCIA: SI () NO (x)

ÁREA DE DEPENDENCIA: Falta fuerza () Falta de voluntad ()

Falta de conocimiento ()

15 SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

¿Demuestra comodidad con su propia identidad sexual? SI (X) NO (-)

¿Por qué? Disfruto al máximo todo lo que me toca hacer como mujer

Presencia de enfermedades que dificulten las funciones sexuales y reproductivas: No

Genitales: Erupciones (-) Irritación (-) Lesiones (-) Secreción (-)

Examen mensual autoexploración de mama/testículos: SI (x) NO ()

¿Por qué? Como prevención

MUJER

Menarca: 9 años Tipo: Flujo: Cantidad: Dismenorrea:

Hipermenorrea () Metrorragia () IVSA (X) 16 No parejas sexuales (1)

Circuncidado () Planificación familiar: (x) ¿Cuál? OTB

Papanicolaou (x) Fecha: Junio Resultado: Normal

HISTORIA DEL EMBARAZO

Gestas: 5 Partos: 3 Abortos: 0 Cesáreas: 2 LUI -FUP: _____

FUM: 3 de Abril FPP _____ SDG _____