

Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

Nursing care process

*Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia (INEPEO)
Asunción - Paraguay 2013*

JUSTIFICACIÓN DEL AE HOSPITALARIA

La enfermería, como cualquier disciplina profesional necesita utilizar una forma de proceder para llevar a cabo el servicio que presta a sus usuarios, y que se caracteriza por dar respuesta a una serie de situaciones de salud que pueden ser problemáticas para las personas.

Esta forma de proceder, encaminada a solucionar o minimizar los posibles problemas de la vida cotidiana relacionada con la salud, no es otra que una actuación ordenada y sistemática, en todas las acciones que lleva a cabo, esto es la aplicación del método de resolución de problemas ante las posibles situaciones que puedan presentarse, sobre todo de los que precisen que se cumplan ciertas condiciones de dificultad y/o complejidad. En enfermería, en mayor o menor medida, está establecido, que para llevar a cabo aquellas funciones que nos son propias, es necesario ordenar y estructurar las actividades que hacen posible el análisis y solución de las situaciones en las que intervenimos, lo cual es posible mediante la aplicación del método científico, denominado Proceso de Atención de Enfermería (PAE). El PAE constituye una herramienta para organizar el trabajo de Enfermería, lo que implica una determinada manera de proceder que nos es propia, está constituido por una serie de pasos o Etapas, íntimamente interrelacionadas, y aunque los textos estudien y analicen por separado, en la práctica deben ir entrelazadas.

ETAPAS QUE CONSTITUYEN EL PAE

Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

La Valoración constituye la base de las siguientes, pudiendo ser considerada como la piedra angular del PAE. Permite reunir la información necesaria que permitirá formular el problema (Diagnóstico), y a partir de éste proponer (Planificar) y llevar a cabo las intervenciones encaminadas a un logro (Objetivo), y luego proceder a la Evaluación.

El Proceso de Atención de Enfermería es por tanto la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de Enfermería.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Es el método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por la enfermera. Es el camino que asegura la atención de alta calidad para la persona que necesita los cuidados de salud que le permitan alcanzar la recuperación, mantenimiento y progreso de salud.

Las teorías o modelos de enfermería están basadas en cuatro aspectos o elementos fundamenta-

les: Persona, Salud, Entorno y Cuidado (Rol Profesional o de Enfermería).

MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Expone de manera clara, el rol autónomo de la enfermera y la especificidad de su servicio. Se adapta muy bien a la realidad sanitaria de nuestro país, ya que a la función propia de la enfermera (autónoma), contempla la interdependencia de ésta con respecto a otras profesiones (de colaboración), considerando que el ejercicio profesional de Enfermería, como un servicio único y separado del resto de los profesionales de la salud, no tiene ningún sentido.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Primera etapa: La Valoración de la enfermería es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información que permite determinar la situación de salud que están viviendo las personas y la respuesta a esta. Llevar a cabo el proceso de valoración conlleva, desde el inicio la toma de decisiones importantes: qué información es relevante, qué áreas son de su competencia, cual debe ser el enfoque de nuestra intervención, decisiones que, sin duda, son influidas por los conocimientos, las habilidades, las conceptualizaciones, las creencias y valores, de quién lleve a cabo tal valoración.

La valoración no sólo debe estar orientada a la determinación de la situación de salud, problemática o no, que estén viviendo las personas, sino a su respuesta, a modo de responder, actuar, comportarse, ante este Proceso de Atención de Enfermería.

OBJETIVOS DE LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

El propósito de la valoración de la enfermera es “captar lo más acertadamente posible la naturaleza de la respuesta humana a la situación de salud

que están viviendo las personas objeto de nuestra intervención”.

Rellenar instrumentos u hojas de valoración de enfermería, por muy completos que estos sean, no es realmente valorar si la enfermera que los cumplimenta, además de poseer los conocimientos y las habilidades precisas para ello, está concienciada de la necesidad y validez de la acción que está realizando. La valoración de enfermería es un acto responsable y revestido de una enorme importancia y de la que dependerá el éxito de nuestro trabajo, cuyo propósito es conseguir el bienestar de las personas objetos y sujetos de nuestra intervención.

FASES DE LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

La valoración está constituida por una serie de pasos o etapas sucesivas e íntimamente interrelacionadas y que son:

Recogida de información: Ejemplo: Pedro L.C es un paciente de 60 años que acude, el 09/01/2001, a la consulta de A.P. por tos persistente de aproximadamente dos meses de evolución. El médico le hace la exploración pertinente, le solicita radiografía de tórax, analítica, ECG y lo deriva a la consulta de Enfermería para que se realice la prueba del PPD, donde se procede a la apertura de una Historia Clínica ya que Pedro no la tiene por estar durante los últimos 25 años residiendo en otra localidad, donde trabajaba como electricista. Actualmente está jubilado, vive con su esposa de 50 años y uno de sus hijos de 20 años. Al realizar la exploración se detectan cifras elevadas de T.A, al igual que un IMC que indica que está obeso para su talla.

Proceso de Atención de Enfermería (PAE) Peso 107 Kilos, Talla 165 cms, TA 180/120, IMC 39, T° 36° C, FC 77 p/m, FR 19 r/p/m, Estado de la piel buena, sin úlceras ni heridas y bien hidratada. **Antecedentes Familiares:** ningún dato de interés. **Antecedentes personales:** Ingreso hospitalario hace 30 años por caída con rotura de

clavícula. Sin medicación actualmente. Alérgico al metamizol. Miopía. Una vez recogidos todos los datos, citamos a Pedro de nuevo a consulta de Enfermería para ver el resultado de la prueba de la tuberculina y para incluirlo en el programa de HTA. **Resultado de las pruebas:** Analítica ningún valor alterado, Radiografía de tórax dentro de la normalidad y Prueba de la Tuberculina PPD 16 x 20 mm.

Valoración según las Necesidades de Virginia Henderson: Necesidad de respirar normalmente: Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

1 - Oxigenación: Presenta tos desde hace aproximadamente 2 meses, no productiva. No presenta disnea. Fumador de una caja de cigarrillos por día. Piel y mucosa con coloración normal.

2 - Necesidad de comer y beber adecuadamente: Nutrición e Hidratación: Refiere realizar tres comidas abundantes en desayuno, almuerzo y cena, algunos otros alimentos fuera de horario, aunque según afirma: “como mucha fruta”. Refiere beber 2 litros de agua aproximadamente al día, “tengo sed”. Bebedor de aproximadamente 70cc de alcohol/día. Posee todas las piezas dentarias.

3 - Necesidad de eliminar por todas las vías corporales. Eliminación: Hábito intestinal de 2 deposiciones/día (consistencia blanda). Hábito urinario 7 veces/día (color claro). Afirma “tengo que levantarme 2 o 3 veces por la noche para orinar y últimamente sudo mucho”.

5 - Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas. Movimiento/Postura: Aunque posee total autonomía, refiere que no realiza ningún tipo de ejercicio, y que tampoco sale a pasear a pesar de que se “aburre un poco desde que dejo de trabajar.”

5 - Necesidad de dormir y descansar. Reposo y Sueño: Duerme ocho horas diarias, según él “solo me despierto para ir al baño.” A veces, también se acuesta tras el almuerzo unos 30 minutos.

6 - Necesidad de usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse. Uso de prendas de vestir: Total autonomía para vestirse pero, presenta un aspecto general descuidado.

7 - Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales. Termorregulación: Afebril.

8 - Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel. Higiene/Protección de la piel: Aunque afirma que se ducha con frecuencia presenta un aspecto algo descuidado. Dice olvidarse de cepillarse los dientes algunas veces.

9 - Necesidad de evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas. Evitar peligros: Alérgico al Metamizol. Ningún otro dato de interés. Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

10 - Necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones. Comunicación y sexualidad: Usa gafas (miopía). Ninguna alteración auditiva ni en el lenguaje. Buena relación con su mujer, pero escasa con los vecinos ya que, según él, “estuve casi siempre fuera y ahora llevamos aquí muy poco tiempo, además salgo poco de casa”.

11 - Necesidad de vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores. Valores y creencias: Católico, aunque afirma asistir muy poco a misa.

12 - Necesidad de ocupación para autorealizarse. Trabajar y realizarse: Trabajó desde los 18 años como electricista, pero en la actualidad está jubilado y manifiesta que: “Lo que cobro es suficiente para mantenernos mi esposa y yo, ya que todos mis hijos trabajan”

13 - Necesidad de participar en actividades recreativas. Recreo: No tiene actividades recreativas.

14 - Necesidad de Aprendizaje. Aprendizaje: Pedro demuestra inquietud por conocer el resul-

tado de la prueba de la Tuberculina y posibles consecuencias si ésta da positivo. Al referirnos a su TA dice desconocer que la tuviese elevada y que no sabe cuáles son los factores que pueden influir en la misma. En cuanto a su problema de obesidad afirma no encontrarse mal. Para finalizar y a modo de conclusión decir que la valoración de enfermería de salud en las que intervengamos es la piedra angular de nuestro trabajo, ya que nos proporciona una base sólida de información para formular diagnósticos de enfermería, proponer objetivos, llevar a cabo intervenciones encaminadas a su logro y evaluarlas; así mismo nos permite delimitar nuestra autonomía profesional, a la vez cohabitar con otras disciplinas y estos hechos son los que van a contribuir al avance profesional de nuestra disciplina.

Segunda etapa: Diagnóstico de enfermería: Es la segunda fase del Proceso de Enfermería. Es el juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad a problemas de salud vitales reales o potenciales, que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. Un Diagnóstico enfermero proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable. El 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. Las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones: dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera.

La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones en cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud. Estos

problemas se describirán como problemas colaborativos o interdependientes, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.

Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

Elementos de un Diagnostico real según NANDA: Etiqueta:

Proporciona un nombre al diagnostico. El termino real no forma parte del enunciado o etiqueta. **Definición del diagnostico:** Proporciona una descripción clara y precisa, delinea su significado y ayuda a diferenciarlos de diagnósticos similares. **Características definitorias:** Las características que lo definen hacen Proceso de Atención de Enfermería (PAE), referencia a los datos clínicos (signos y síntomas).

Factores relacionados: Factores que parecen mostrar algún tipo de patrón relacionado con el diagnostico enfermero (causales o asociados).

Formulación del Diagnóstico de Enfermería

Formato PES. **P** expresa el problema o respuesta que presenta la persona (relacionado con) **E** etiología o factor relacionado (manifestado por) **S** signos y síntomas o manifestaciones del problema o respuesta.

Ejemplo P Autoestima baja, relacionado con (r/c) **E Separación del esposo,** manifestado por (m/p) **S tristeza y culpa** (signo y síntoma)

Ejemplo: P “Intolerancia a la actividad” relacionada con **E “debilidad generalizada”** manifestada por **S “malestar y disnea de esfuerzo”**

Etiquetas Diagnósticas de la NANDA según las Necesidades Humanas Básicas

1. RESPIRACIÓN: 1.4.2.1 Gasto cardiaco, disminución del 1.5.1.1 Intercambio gaseoso, deterioro del 1.5.1.2 Vías aéreas, limpieza ineficaz de

las 1.5.1.3 Respiratorio, patrón: ineficaz 1.5.1.3.1 Ventilación espontánea, dificultad para mantener la 1.5.1.3.2 Destete respiratorio, respuesta disfuncional al 1.6.1.1 Asfixia, alto riesgo de 1.6.1.4 Aspiración, alto riesgo de Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

2. ALIMENTACIÓN/HIDRATACIÓN: 1.1.2.1 Nutrición, alteración de la: por exceso 1.1.2.2 Nutrición, alteración de la: por defecto 1.1.2.3 Nutrición, alteración potencial de la: por exceso 1.4.1.2.1 Líquidos, exceso del volumen de 1.4.1.2.2.1 Líquidos, déficit de volumen de 1.4.1.2.2.2 Líquidos, alto riesgo de déficit de volumen de 6.5.1. Autocuidado, déficit de: alimentación 6.5.1.1 Deglución, deterioro de la 6.5.1.2 Lactancia materna ineficaz 6.5.1.2.1 Lactancia materna interrumpida 6.5.1.3 Lactancia materna eficaz 6.5.1.4 Alimentación infantil inefectivo, patrón de.

3. ELIMINACIÓN: 1.3.1.1 Estreñimiento 1.3.1.1.1 Estreñimiento subjetivo 1.3.1.1.2 Estreñimiento crónico 1.3.1.2 Diarrea 1.3.1.3 Fecal, incontinencia 1.3.2 Urinaria, alteración de la eliminación 1.3.2.1.1 Incontinencia urinaria: de esfuerzo 1.3.2.1.2 Incontinencia urinaria: refleja 1.3.2.1.3 Incontinencia urinaria: de urgencia 1.3.2.1.4 Incontinencia urinaria: funcional 1.3.2.1.5 Incontinencia urinaria: total 1.3.2.2 Urinaria, retención 6.5.4 Autocuidado, déficit de: uso del orinal/wc.

4. MOVILIZACIÓN: 1.6.1.5 Desuso, alto riesgo de síndrome de 6.1.1.1 Movilidad física, trastorno de la 6.1.1.1.1 Neurovascular periférica, alto riesgo de disfunción 6.1.1.2 Actividad, intolerancia al Proceso de Atención de Enfermería (PAE) 6.1.1.2.1 Fatiga 6.1.1.3 Actividad, alto riesgo de intolerancia a la.

5. REPOSO/SUEÑO: 6.2.1 Sueño, alteración del patrón del

6. VESTIRSE Y ELEGIR ROPA ADECUADA: 6.5.3 Autocuidado, déficit de: vestido/ aci-

calamiento.

7. TEMPERATURA: 1.2.2.1 Temperatura corporal: alto riesgo de alteración de la 1.2.2.2 Hipotermia 1.2.2.3 Hipertermia 1.2.2.4 Termorregulación ineficaz

8. HIGIENE/PIEL 1.4.1.1 Perfusión hística, alteración de la (especificar) renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica. 1.6.2.1 Hística, deterioro de la integridad 1.6.2.1.1 Membrana mucosa oral, alteración de la 1.6.2.1.2.1 Cutánea, deterioro de la 1.6.2.1.2.2 Cutánea, alto riesgo de deterioro de la integridad 6.5.2 Autocuidado, déficit de: baño/higiene

9. SEGURIDAD: 1.2.1.1 Infección, alto riesgo de 1.2.3.1 Disreflexia 1.6.1 Lesión, alto riesgo de 1.6.1.2 Intoxicación, alto riesgo de 1.6.1.3 Traumatismo, alto riesgo de 1.6.2 Protección, alteración de la 3.2.2 Familiares, alteración de los procesos 3.2.2.1 Rol de cuidador, sobreesfuerzo en el 3.2.2.2 Rol de cuidador, alto riesgo al sobreesfuerzo en el 5.1.1.1.2 Afrontamiento defensivo Proceso de Atención de Enfermería (PAE) 5.1.1.1.3 Negación ineficaz 5.1.2.1.1 Afrontamiento familiar inefectivo: incapacitante 5.1.2.1.2 Afrontamiento familiar inefectivo: comprometido 5.2.1 Régimen terapéutico, manejo inefectivo del (individual) 6.6 Crecimiento y desarrollo, alteración del 6.7 Traslado, síndrome de estrés por 9.1.1 Dolor 9.1.1.1 Dolor crónico 9.2.1.1 Duelo disfuncional 9.2.1.2 Duelo anticipado 9.2.2 Violencia, alto riesgo de: autolesiones, lesiones a otros 9.2.2.1 Automutilación, alto riesgo de 9.2.3 Post-traumática, respuesta 9.2.3.1 Violación, síndrome traumático de 9.2.3.1.1 Violación, síndrome traumático de: reacción compuesta 9.2.3.1.2 Violación, síndrome traumático de: reacción silente 9.3.1 Ansiedad 9.3.2 Temor Mantenimiento inefectivo de la salud.

10. COMUNICACIÓN: 2.1.1.1 Comunicación verbal, trastorno de la 3.1.1 Social, deterioro de la interacción 3.1.2 Social, aislamiento 3.2.1.2.1 Sexual, disfunción 3.3 Sexualidad, alteración de

los patrones de 5.1.1.1 Afrontamiento individual: ineficaz 7.2 Senso-perceptivas, alteraciones (especificar) visuales, auditivas, cinestésicas, gustativas, táctiles, olfatorias.

11. RELIGIÓN/CREENCIAS: 4.1.1 Espiritual, sufrimiento 5.2.1.1 Tratamiento, no seguimiento del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) (especificar) 5.3.1.1 Decisiones, conflicto en la toma de (especificar) 7.3.1 Desesperanza 7.3.2 Impotencia

12. TRABAJAR/REALIZARSE: 3.2.1 Rol, alteración en el desempeño del 3.2.1.1.1 Parental, alteración 3.2.1.1.2 Parental, alto riesgo de alteración 3.2.3.1 Parental, conflicto del rol 5.1.1.1.1 Adaptación, trastorno de la 5.4 Salud, conductas generadoras de (especificar) 6.4.1.1 Hogar, dificultades en el mantenimiento del 6.4.2 Salud, alteración en el mantenimiento de la 7.1.1 Imagen corporal, trastorno de la 7.1.2 Autoestima, trastorno de la 7.1.2.1 Autoestima, déficit de: crónico 7.1.2.2 Autoestima, déficit de: situacional 7.1.3 Identidad personal, trastorno de la

13. ACTIVIDADES LÚDICAS: 6.3.1.1 Actividades recreativas, déficit de

14. APRENDER: 5.1.2.2 Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo. 8.1.1 Conocimientos, déficit de (especificar) **Ejemplos: Diagnósticos:** 1° Patrón respiratorio ineficaz r/c alteración de la función respiratoria m/p tos persistente. 2° Alteración de la nutrición por exceso r/c ingesta excesiva de alimentos m/p un IMC (39) superior a lo que corresponde a su talla (165 cms). 3° Mantenimiento inefectivo de la salud r/c desconocimiento de si es o no hipertenso m/p TA elevada (180/120). Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

Tercera etapa: Planificación de los cuidados de enfermería: Una vez concluida la valoración e identificadas 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 los cuidados de enfermería, que conduzcan al usuario a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

Etapas. Establecer prioridades en los cuidados, Planteamiento de los objetivos del usuario con resultados esperados, Elaboración de las actuaciones de enfermería y Documentación y registro. **Ejemplos: 1.** Patrón respiratorio ineficaz r/c alteración de la función respiratoria m/p tos persistente.

Objetivo: Mejorar patrón respiratorio.

Actividades: Aumentar la hidratación para favorecer la expectoración, aconsejar que evite los ambientes contaminados y sin ventilación, enseñar como toser, explicarle técnicas y ejercicios de expectoración.

2. Alteración de la nutrición por exceso r/c ingesta excesiva de alimentos m/p un IMC (39) superior a lo que corresponde a su talla (165 cms).

Objetivo: Lograr que asuma una alimentación saludable y practica de actividades físicas.

Actividades: Orientar sobre la cantidad y tipo de alimentos que consume y las consecuencias de la ingestión excesiva, enseñar sobre los alimentos de bajo contenido calórico, y los que debe de eliminar de su dieta diaria. Proceso de Atención de Enfermería (PAE), enseñar técnicas de modificación de la conducta alimentaria, establecer conjuntamente objetivos para la pérdida de peso realista, planificar un programa de actividad física diaria.

3. Riesgo de la alteración de la Salud r/c T.A elevada. (180/120).

Objetivo: Diagnosticar si el paciente tiene H.T.A.

Actividades: Tomar la T.A. para hallar la media para poder diagnosticar la H.T.A.

Cuarta etapa: Ejecución: La fase de ejecución: 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, el profesional de enfermería 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 cabe destacar 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.

Ejemplo: 1. Patrón respiratorio ineficaz r/c alteración de la función respiratoria m/p tos persistente.

Objetivos: Mejorar patrón respiratorio Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

Actividades: Aumentar la hidratación para favorecer la expectoración, aconsejar que evite los ambientes contaminados y sin ventilación, enseñar como toser, explicarle técnicas y ejercicios de expectoración.

Ejecución: Se le aconseja que tome mucha agua, se aconseja que evite los ambientes contaminados y sin ventilación, se enseña como toser y las técnicas para poder expectorar.

2. Alteración de la nutrición por exceso r/c in-

gesta excesiva de alimentos m/p un IMC (39) superior a lo que corresponde a su talla (165Cms).

Objetivos: Lograr que asuma una alimentación saludable y practica de actividades físicas.

Actividades: Orientar sobre la cantidad y tipo de alimentos que consume y las consecuencias de la ingestión excesiva, enseñar sobre los alimentos de bajo contenido calórico, y los que debe de eliminar de su dieta diaria, enseñar técnicas de modificación de la conducta alimentaria, explicar los beneficios de la pérdida de peso y mantener un peso ideal, planificar un programa de actividad física diaria.

Ejecución: Se orienta sobre la cantidad y tipo de alimentos que consume actualmente y las consecuencias de la ingestión excesiva, con tablas de alimentos se enseña sobre los alimentos de bajo contenido calórico, y los que debe de eliminar de su dieta diaria, se enseña técnicas de modificación de la conducta alimentaria, le explique la importancia que tenía el no picar entre horas, no comer hasta saciarse, no acostarse después de las comidas, se explica los beneficios de la pérdida de peso para poder mantener peso ideal, le entregue una dieta y le recalque lo Proceso de Atención de Enfermería (PAE) importante que era ajustarse a ella lo más que pueda, se planifica con él paciente un programa de actividad física diaria. * Caminar una hora por las mañanas. * Clases de aerobic tres veces por semana.

3. Riesgo de la alteración de la Salud r/c T.A elevada. (180/120).

Objetivo: Diagnosticar si el paciente tiene H.T.A.

Actividades: Tomar la T.A. para hallar la media, y así poder diagnosticar la HTA

Ejecución: Realizo las mediciones de la TA 1 día por semana, durante 2 semanas, dos tomas por día una en ambos miembros superiores, obteniendo: 19/01/13: MSI= 175/120 M SD=160/115

25/01/13: MSI= 170/110 MSD= 155/105 Por lo tanto, al calcular la media, supera en ambos brazos en margen normal lo que lo diagnostica como hipertenso.

Quinta etapa: 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.

Ejemplo: 1. Patrón respiratorio ineficaz r/c alteración de la función respiratoria m/p tos persistente.

Objetivo: Mejorar patrón respiratorio Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

Evaluación: A los 12 días de iniciar el proceso con el usuario, él mismo manifiesta que ya no tiene tos, así se logró mejorar el patrón respiratorio.

2. Alteración de la nutrición por exceso r/c ingesta excesiva de alimentos m/p un IMC (39) superior a lo que corresponde a su talla (165 cms).

Objetivos: Lograr que asuma una alimentación saludable y practica de actividades físicas.

Evaluación: A lo largo del mes el usuario bajo tres kilos, afirma haber reducido la ingesta de alimentos ricos en calorías, camina una hora y media por las mañanas y acude dos veces por semana al gimnasio para la práctica de aerobio.

Por tanto se concluye que se logró que mantenga una alimentación saludable, y que realice la práctica de ejercicios físicos.

3. Riesgo de la alteración de la Salud r/c T.A elevada. (180/120).

Objetivo: Diagnosticar si el paciente tiene H.T.A.

Actividades: Tomar la T.A. para hallar la media, y así poder diagnosticar la HTA

Evaluación: Conseguí diagnosticar que el usuario es hipertenso, por lo que el objetivo está cumplido, esto permitirá poder establecer un nuevo plan de cuidados en el que se incluya un diagnóstico y unas actividades relacionadas con HTA Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alfaro-lefevre R. *Aplicación del proceso enfermero. Guía práctica.* 3ª ed. Barcelona: Doyma; 1996.
2. Alfaro-lefevre R. *Aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso.* 4ª ed. Barcelona: Springer; 1998.
3. Beare Gauntlett P, Myers JL. *Enfermería Médico quirúrgica.* Vol.1. 3ª ed. Madrid: Harcourt-Brace; 1999.
4. Carpenito JL. *Manual de diagnósticos de enfermería* 5ª ed. Madrid: Interamericana; 1995.
5. Fernández Ferrín. *Enfermería fundamental.* Barcelona: Massón-Salvat; 1995.
6. Guillamet Lloveras A, Jerez Hernández JM. *Enfermería quirúrgica. Planes de cuidados.* Barcelona: Springer; 1999.
7. Gordon M. *Diagnóstico enfermero. Enfermería Mosby 2000.* Vol. v. 3ª ed. Madrid: Mosby; 1996.
8. Hendersón V. *Principios básicos de los cuidados de enfermería.* Ginebra: C.I.E.; 1971..
9. Iyer PW, Tapich BJ, Bernocchilosey D. *Proceso y diagnóstico de enfermería.* 2ª ed. Madrid: Interamericana; 1994.
10. *El pensamiento de Virginia Hendersón en el siglo XXI.* Barcelona: Massón; 1998.
11. Phaneuf M. *Cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería.* Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1993.
12. Potter PA. *Fundamentos de enfermería.* 3ª ed. Madrid: Mosby-Doyma; 1996.
13. Riopelle L et. al. *Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona.* Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1993.
14. Arroyo P. *Ética y Legislación en Enfermería.* Madrid: Mc Graw-Hill; 1997.