



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo  
Facultad de Enfermería

***PROCESO DE ENFERMERÍA BASADO EN EL REFERENTE  
TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM, APLICADO A UNA  
PERSONA CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL***

Que para obtener el grado de:  
Licenciada en Enfermería

Presenta:  
PLE: Candida Cruz Merino

Asesora:  
Licenciada Enfermería Quirúrgica  
Cecilia Castro Calderón

Morelia, Mich. Octubre de 2013.



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo  
Facultad de Enfermería



***PROCESO DE ENFERMERÍA BASADO EN EL REFERENTE  
TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM, APLICADO A UNA  
PERSONA CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL***

Que para obtener el grado de:  
Licenciada en Enfermería

Presenta:  
PLE: Candida Cruz Merino

Asesora:  
Licenciada Enfermería Quirúrgica  
Cecilia Castro Calderón

Morelia, Mich. Octubre de 2013.

## **DIRECTIVOS**

DRA. MARÍA LETICIA RUBÍ GARCÍA VALENZUELA

**DIRECTORA**

ME. RUTH ESPERANZA PÉREZ GUERRERO

**SECRETARIA ACADÉMICA**

MCE. ROBERTO MARTÍNEZ ARENAS

**SECRETARIO ADMINISTRATIVO**

**MESA SINODAL**

**PRESIDENTA**

L.E.Q. CECILIA CASTRO CALDERON

**VOCAL 1**

M.E. MARIA AURELIA RAMONA SOTO FAJARDO

**VOCAL 2**

DRA. MARIA TERESA SILVIA TINOCO ZAMUDIO

## **DEDICATORIA**

A Dios

Por haberme permitido llegar a este momento tan especial en mi vida. Por haberme dado salud para lograr mis objetivos y los momentos difíciles que me ha enseñado a valorar cada día, además de su infinita bondad y amor.

A mis Hermanos

Por haberme apoyado siempre, por sus consejos, por la motivación que me han permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su paciencia.

A mis padres

Por darme buenos consejos e impulsarme a salir adelante; y a mi papa QEPD desde donde esté sé que me está cuidando.

A mis amigos y familiares

Por motivarme a salir adelante y darme buenos consejos.

A mis profesores

Gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios.

Por protegerme durante todo mi camino, darme fuerzas y valor para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

A mi madre

Que con su amor de madre ejemplar me ha enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos.

A mis hermanos

Que con sus consejos me ha ayudado a afrontar los retos que se me han presentado a lo largo de mi vida

A mi asesora

L.E.Q. Cecilia Castro Calderón por cada una de su valioso conocimiento, paciencia, tiempo y apoyo se hizo posible este trabajo y por la gran calidad humana que me demostró.

Gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto

## RESUMEN

Proceso de Enfermería: Es un método sistemático y organizado para proporcionar cuidado de enfermería individualizados centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos o las alteraciones de salud reales o de riesgo y Enfermería es la ciencia del cuidado de la salud del ser humano.

El Proceso de Enfermería proporciona un método lógico y racional para que el profesional de enfermería organice la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz. Las 5 etapas del Proceso de Enfermería son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución, evaluación.

El presente Proceso de Enfermería se realizó con el referente teórico de Dorothea E. Orem de acuerdo a las necesidades de autocuidado de una persona adulto mayor con un diagnóstico médico de Hipertensión Arterial Sistémica. Con el objetivo de coadyuvar en su atención, tratamiento, control y prevención de complicaciones y autocuidado

Hipertensión Arterial: Es la elevación persistente de la presión arterial sanguínea por encima de los valores considerados normales según la edad del individuo, ya sea en referencia a la tensión sistólica, a la diastólica o a ambas.

El diagnóstico de enfermería es juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable.

Los elementos que integran un diagnóstico de enfermería son etiqueta o nombre, definición, características definitorias, manifestaciones clínicas (fisiológicas, conductuales, afectivas y cognitivas) y factores relacionados o de riesgo con la etiología, ya sean causales o asociados (fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales).

Tipos de Diagnósticos de enfermería según la NANDA.

- Diagnostico enfermero.
- Diagnostico enfermero real.
- Diagnostico enfermero de promoción de la salud.
- Diagnostico enfermero de riesgo.
- Síndrome
- Diagnostico enfermero de salud

La teoría general del déficit de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem desarrolló su teoría a partir de los cuatro elementos paradigmáticos de la enfermería: persona, salud, enfermería y entorno.

La TGDA está constituida por tres subteorías: la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría, de sistemas de enfermería.

La Teoría de autocuidado, incluye conceptos como el de agente de autocuidado que se refiere a cualquier persona que se provee de autocuidado. El proveedor de cuidados dependientes es decir, la persona externa que proporciona el cuidado a otro, mismo que en este caso no es terapéutico es denominado agente de autocuidado dependiente, entendiendo agente como persona que se



lleva a cabo la acción. La demanda de autocuidado terapéutico es una entidad construida objetivamente sobre la información que describe a un individuo en cuanto a sus aspectos funcionales, estructurales y de desarrollo.

#### Requisitos de autocuidado universal

Son comunes a todos los seres humanos durante todas las etapas de su ciclo vital y atiende aspectos de edad, sexo, estado de desarrollo, factores ambientales, etc.

#### Requisito de desarrollo

Están asociados con los procesos de desarrollo humano así como con las condiciones y eventos que ocurren durante diversos estadios del ciclo vital, eventos que pueden afectar adversamente el desarrollo.

#### Requisitos de la desviación de la salud

Están asociados con defectos de constitución corporal, genéticos y desviaciones humanas, estructurales y funcionales, con sus efectos, medidas de diagnóstico y tratamiento médico.

#### Teoría del Déficit de Autocuidado

La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativas a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud.

#### Teoría de Sistemas

Se “refiere una seria continua de acciones cuando las enfermeras vinculan su ayuda a las capacidades de la persona para regular sus acciones de autocuidado”. Esta teoría se subdivide en tres sistemas: de apoyo educativo, parcialmente compensatorio y totalmente compensatorio.

La aplicación de este Proceso de Enfermería es de gran importancia ya que se logran los objetivos planeados hacia la usuaria, tomando en cuenta las cinco etapas del proceso, así mismo se mejoró la calidad de vida, apoyándonos en la Teoría General de Dorothea E. Orem. También nos permitió identificar las necesidades de la usuaria y de esa forma se le ayudo con sus alteraciones.

## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>I. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>II. OBJETIVOS.....</b>	<b>4</b>
2.1 General.....	4
2.2 Específicos.....	4
<b>III. METODOLOGÍA.....</b>	<b>5</b>
<b>IV. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>6</b>
<b>4.1 PROCESO DE ENFERMERÍA.....</b>	<b>6</b>
<b>4.2 TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA ELIZABETH OREM.....</b>	<b>17</b>
<b>4.3 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD, PROBLEMA O SITUACIÓN DE SALUD QUE PRESENTA LA PERSONA.....</b>	<b>25</b>
<b>V. DESARROLLO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....</b>	<b>27</b>
<b>5.1 Valoración basada en el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem.....</b>	<b>27</b>
5.1.1 <i>Factores condicionantes básicos.....</i>	27
5.1.2 <i>Requisitos de autocuidado universales.....</i>	27
5.1.3 <i>Requisitos de autocuidado de desarrollo.....</i>	29
5.1.4 <i>Requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud.....</i>	30
<b>5.1.5 Caso clínico.....</b>	<b>31</b>
<b>5.2 Diagnósticos de enfermería 1.....</b>	<b>34</b>
<b>5.3 Diagnósticos de enfermería 2.....</b>	<b>39</b>

<b>5.4 Diagnósticos de enfermería 3.....</b>	<b>43</b>
<b>VI. CONCLUSIONES.....</b>	<b>47</b>
<b>VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>48</b>
<b>VIII. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>50</b>
<b>IX. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....</b>	<b>51</b>
9.1 Terminología de la Teoría General del Déficit de Autocuidado.....	51
9.2 Terminología Médica.....	53
<b>X. ANEXOS.....</b>	<b>54</b>
10.1 Guía de valoración de acuerdo al referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem.....	54
10.2 Clasificación de los datos sobre los requisitos universales en objetivos y subjetivos.....	68
10.3 Razonamiento diagnóstico.....	71
<b>XI. APÉNDICES.....</b>	<b>73</b>

## INTRODUCCIÓN

El presente Proceso de Enfermería se realizó con el referente teórico de Dorothea E. Orem de acuerdo las necesidades de autocuidado de una persona adulto mayor con un diagnóstico médico de Hipertensión Arterial sistémica (HAS). Dentro de los apartados se encuentran; Justificación en la cual se describe la importancia y el motivo del Proceso de Enfermería; un objetivo general y seis específicos; dentro de la metodología se describen los pasos desde el inicio del trabajo hasta el final del mismo; en el marco teórico se incluye la definición, antecedentes, ventajas y etapas del Proceso de Enfermería, teoría general del déficit de autocuidado (TGDA) de Dorothea E. Orem e historia natural de la enfermedad de Hipertensión arterial. En el quinto apartado tenemos el desarrollo del Proceso de Enfermería, el caso clínico, y los diagnósticos de enfermería; las intervenciones, ejecuciones y las evaluaciones de los cuidados proporcionados y por último se encuentran las conclusiones.

Enfermería: Es la ciencia del cuidado de la salud del ser humano; así mismo es una misión práctica, pero una misión práctica a la que se dedican personas con un conocimiento especializado de enfermería teórica con competencias desarrolladas para aplicar este conocimiento a situaciones concretas de la práctica enfermera.

Autocuidado: Es la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos, por su parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal, y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y de su desarrollo.

Proceso de Enfermería: Es un método sistemático y organizado para proporcionar cuidado de enfermería individualizados centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos o las alteraciones de salud reales o de riesgo.

Hipertensión Arterial: Es la elevación persistente de la presión arterial sanguínea por encima de los valores considerados normales según la edad del individuo, ya sea en referencia a la tensión sistólica, a la diastólica o a ambas.

## I. JUSTIFICACIÓN

Este proceso se aplicará a una persona con hipertensión arterial tomando como referente la teoría de Dorothea E. Orem para identificar los problemas de autocuidado de una usuaria de la estancia para adultos mayores. Con el fin de mejorar su estado de salud.

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica degenerativa una de las principales causantes de complicaciones graves a corto y largo plazo, los índices de muerte por esta enfermedad son muy altos, a nivel mundial 20-25% presentan esta enfermedad. En nuestro país el 30.05% la padece y un 61% de la población desconoce que la tiene por lo cual se considera uno de los problemas más importantes de salud.

Del total de muertes por hipertensión esencial en 2011, 55.8% era población de 80 años y más, 13.1% tenía 75 a 79 años y 15.9% se encontraban entre los 65 a 74 años, en contraste sólo 1.7% de las personas fallecidas tenía menos de 40 años; esta tendencia también se presenta en las defunciones por enfermedad cardíaca hipertensiva una de las principales complicaciones de la HAS.

Por lo anterior se justifica la aplicación de la metodología de la enfermería en el cuidado de una persona con hipertensión arterial.

## II. OBJETIVOS

### 2.1 General

Aplicar el Proceso de Enfermería con el referente teórico de Dorothea E. Orem en el cuidado de una usuaria con Hipertensión Arterial y así coadyuvar en su atención, tratamiento, control y prevención de complicaciones y autocuidado.

### 2.2 Específicos

- Valorar las respuestas humanas con base a los requisitos de autocuidado universales.
- Realizar diagnósticos de Enfermería de acuerdo a la taxonomía II de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).
- Planear y ejecutar intervención de Enfermería con el fin de ayudar a la usuaria a tener una calidad de vida con una base científica.
- Evaluar los cuidados de enfermería de acuerdo a las respuestas humanas de la usuaria y los resultados esperados.
- Actualizar los conocimientos teóricos metodológicos del Proceso de Enfermería para mi práctica profesional.
- Utilizar este trabajo con fines de titulación y así obtener el grado de Licenciatura en Enfermería



### III. METODOLOGÍA

El presente trabajo inició con un curso taller de Proceso de Enfermería que oferta la Facultad de Enfermería tuvo ocho sesiones de cinco horas cada una. La primera sesión fue el 10 de noviembre del 2012, aquí se dio a conocer el contenido del programa del curso-taller, en las sesiones siguientes se trabajó en la metodología, la TGDA de Dorothea E. Orem y en la utilización y manejo de los libros NANDA, clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) y clasificación de resultados de enfermería (NOC). El tres de diciembre se eligió a una usuaria con diagnóstico médico de Hipertensión Arterial, de una estancia geriátrica de Morelia Mich. El 10 del mismo mes se le explicó a la usuaria en qué consiste el proceso y con qué objetivo se va a realizar dicho trabajo; así como los beneficios que este traerá para ella. Posteriormente firma el consentimiento informado dando su autorización para llevar a cabo esta metodología de trabajo, así como la firma de una persona como testigo.

El 12 de diciembre se realiza a la usuaria la valoración de los factores condicionantes básicos, y requisitos del autocuidado universales; el 14 del mismo mes se redacta el caso clínico, posteriormente se clasifica los datos objetivos y subjetivos, así mismo se analiza los requisitos alterados y se lleva acabo el razonamiento diagnóstico. El 15, 21 y 26 de enero se hace la planeación; el 22, 31 de enero y 2 de febrero se trabaja con la paciente en la ejecución de las intervenciones de enfermería y por ultimo 10 de mayo se evalúan los resultados que se esperaban.

## IV. MARCO TEÓRICO

### 4.1 PROCESO DE ENFERMERÍA

#### **4.1.1 Definición**

El Proceso de Enfermería es un método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizado, centrado en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o de riesgo.

#### **4.1.2 Antecedentes**

El Proceso de Enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. "Hall en 1955 lo describió como un proceso distinto. Jhonson (1959) y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso de tres fases diferentes que contenían elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967 Yuran y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los 70, Blach (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1966) añadieron la fase diagnóstica dando lugar al proceso de 5 fases.

Para la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A) el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión: su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad.

En muchos países, la aplicación del proceso es un requisito para el ejercicio de enfermería profesional; en el nuestro, cada día adquiere mayor relevancia en la

formación de enfermeras (os) y en su aplicación durante la práctica; sin embargo todavía nos falta camino por recorrer en este terreno, el cual resulta desconocido para muchas compañeras(os) aun en nuestros días.

#### **4.1.3 Características**

**Es resuelto:** porque va dirigido a un objeto.

**Es sistemático:** por utilizar un enfoque organizado para lograr su propósito.

**Es dinámico:** porque implica un cambio continuo, centrado en las respuestas humanas.

**Es interactivo:** por centrarse en las respuestas cambiantes del paciente identificadas durante la relación enfermera-paciente.

**Es flexible:** ya que se puede mostrar dentro de dos contextos:

- Adaptación a la práctica de enfermería en cualquier situación o área de especialización que se ocupe de individuos, grupos o comunidades.
- Usos de sus fases en forma sucesiva o más de una etapa a la vez

**Posee una base teórica:** sustentada en una amplia variedad de conocimientos, incluyendo las ciencias y las humanidades, que pueden aplicarse en cualquiera de los modelos teóricos de enfermería.

#### **4.1.4 Ventajas**

Como instrumento en la práctica del profesional, puede asegurar la calidad de los cuidados al individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería.

Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.

El Proceso de Enfermería proporciona un método lógico y racional para que el profesional de enfermería organice la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz.

Por otra parte, al profesional de enfermería le facilita la comunicación; concede flexibilidad en el cuidado; le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo; le permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención; mejora la calidad de la atención; propicia el crecimiento profesional y proporciona información para la investigación.

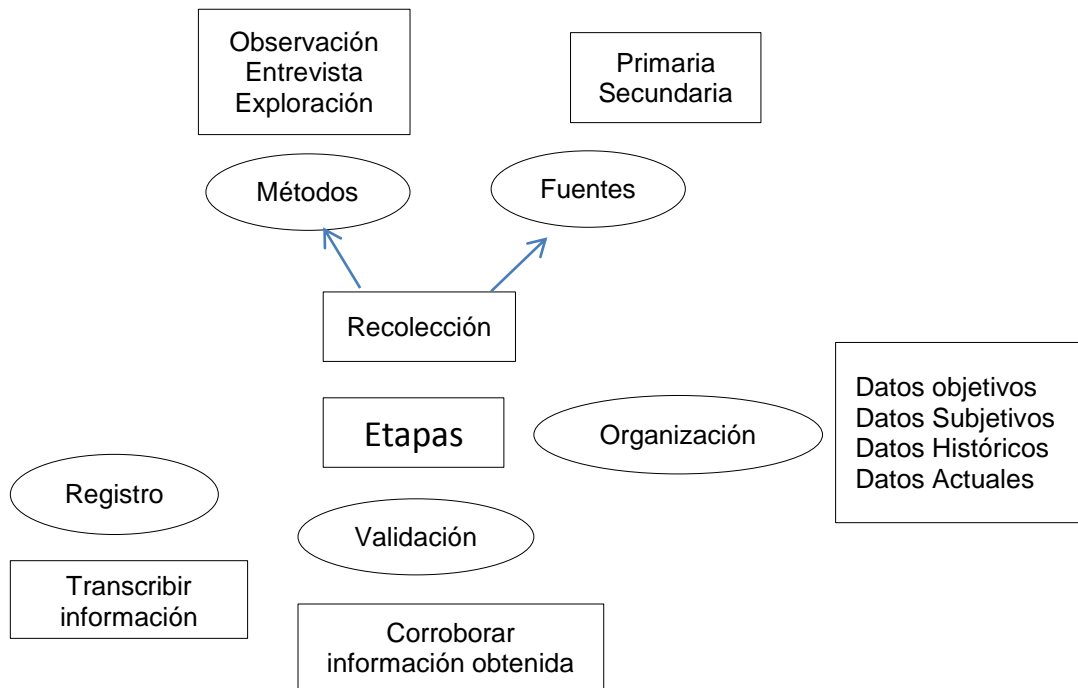
Al sujeto de atención permite participar en su propio cuidado; garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas.

#### **4.1.5 Etapas**

##### **4.1.5.1 Valoración**

Esta primera fase del Proceso de Enfermería tal vez es la más importante, ya que todo el plan se sustenta en la información obtenida: una valoración precisa conduce a la identificación del estado integral del paciente. Generalmente, la obtención de datos se logra mediante el empleo de varios métodos como la observación, entrevista y exploración física, sin embargo debe recurrirse a fuentes de información directa (paciente) o indirecta (familia, recursos humanos y registros documentales). Independiente de cual instrumento se utilice para llevar a cabo la valoración, la enfermera debe cuidar que instrumento le brinde la información, precisa y holística de la persona que se cuida.

## Etapas de la valoración del Proceso de Enfermería



Apuntes de la materia del Proceso de Enfermería de la facultad de enfermería.

#### **4.1.5.2 Diagnósticos de enfermería.**

Es la segunda etapa del proceso, el cual no debe confundirse con el diagnóstico médico o el de otros profesionista, ya que la diferencia en los diagnósticos surgen de las perspectiva de cada profesional respecto a sus responsabilidades y formas de proceder y del conocimiento necesarios para la práctica de cada uno de sus campos de competencias.

El diagnóstico de enfermería es juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnostico enfermero proporciona la base para las selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable.

El diagnostico se deriva de la inferencia de datos confirmados en la valoración y de las percepciones de la enfermera, que una vez investigados y validados, conduce a tomar decisiones.

Los elementos que integran un diagnóstico de enfermería son etiqueta o nombre, definición, características definitorias, manifestaciones clínicas (fisiológicas, conductuales, afectivas y cognitivas) y factores relacionados o de riesgo con la etiología, ya sean causales o asociados (fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales).

Los diagnósticos de la NANDA son el inicio de una lista de términos propuestos para problemas de salud sugeridos, que pueden ser identificados y tratados por los profesionales de enfermería. Se clasifica de acuerdo con la Taxonomía II de Modelos de respuesta humana.

## **Tipos de Diagnósticos de enfermería según la NANDA.**

### **Definición de Diagnostico enfermero.**

Es un juicio o enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud, se identifican los problemas y necesidades del paciente, que pueden modificarse por intervención del personal de enfermería.

### **Diagnostico enfermero real.**

Describe respuestas humanas a estado de salud/procesos vitales que existen en un individuo, familia o comunidad. Esta apoyado por características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas.

### **Diagnostico enfermero de promoción de la salud.**

Juicio clínico sobre las motivaciones y deseos de una persona, familia o comunidad de aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud que se manifiesta en su disposición para mejorar conductas de salud específicas como la nutrición y el ejercicio. Los diagnósticos de promoción de la salud pueden usarse con cualquier estado de salud y no requieren ningún nivel específico de bienestar establecido. Esta disposición se apoya en las características definitorias. Las intervenciones se seleccionan de acuerdo con el individuo, familia o comunidad para asegurar al máximo la posibilidad de alcanzar los resultados esperados.

### **Diagnostico enfermero de riesgo.**

Describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerables. Está apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad.

## **Síndrome**

Grupos de signos y síntomas que aparecen casi siempre juntos. Juntos estos grupos representan un cuadro clínico específico.

## **Diagnostico enfermero de salud**

Describe respuestas humanas a niveles de bienestar en un individuo, familia o comunidad. Se sustenta en características definitorias, signos y síntomas que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionados.

## **Componentes de un diagnostico enfermero (Taxonomía NANDA)**

### **Etiqueta diagnostica**

Proporciona un nombre al diagnóstico. Es un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas.

### **Definición**

Proporciona una descripción clara y precisa; delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.

### **Características definitorias**

Claves o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnostico real, de salud o de promoción de la salud.

### **Factores de riesgo**

Factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad ante un evento no saludable.



### **Factores relacionados**

Factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes a, asociados con, relacionados con, contribuyentes a, o adyuvantes al diagnóstico. Sólo los diagnósticos reales tienen factores relacionados.

#### **4.1.5.3 Planificación**

Esta fase del Proceso de Enfermería **es el acto de determinar que puede hacerse para ayudar al paciente en el restablecimiento, conservación o el fomento de la salud**, previa determinación del enfoque que le ayudara a solucionar, disminuir o reducir el efecto de sus problemas.

Esta fase comprende tres pasos: establecimiento de prioridades, identificación de objetivos y planificación de las acciones de enfermería.

#### **Establecimiento de prioridades o jerarquía de necesidades**

El proceso de establecer las prioridades inicia con una lista de los diagnósticos de enfermería entre el personal de enfermería y el paciente para determinar el orden que deben resolverse los problemas de este.

Es importante señalar que el personal de enfermería debe asumir ante el equipo de salud, paciente y familia, su rol coordinador en la planeación de atención a las necesidades y problemas del paciente, lo cual traerá consigo un aumento en la necesidad de amor y autoestima de éste y la capacidad de participar en su cuidado.

#### **Identificación de objetivos**

Una vez que se han determinado y jerarquizado las prioridades, el personal de enfermería establecerá los objetivos que habrán de dar la pauta a seguir para

abordar los problemas o diagnósticos del paciente. Para identificar claramente los objetivos que pretendemos alcanzar se utilizan los criterios de resultados.

### **Planificación de cuidados de enfermería**

El plan de atención de enfermería se considera como el núcleo o centro del Proceso de Enfermería, ya que en él se plantean problemas, objetivos, acciones y respuestas y, por tanto, es el que dirige el actuar de la enfermera para asistir al paciente en la solución de problema o para cubrir sus necesidades

#### **4.1.5.4 Ejecución**

Es la aplicación real del plan de cuidados de enfermería al paciente, en forma integral y progresiva, en coordinación con el personal de salud que participa en su atención y sus familiares.

Esta fase del Proceso de Enfermería incluye cinco elementos: validación del plan, fundamentación científica en cada una de las acciones, otorgamiento de cuidados, continuidad y registros de estos.

#### **Validación del plan de cuidados.**

En la validación de todo plan de cuidados de enfermería, independientemente de la preparación y experiencia del personal que lo haya realizado, deberá intervenir personal de la misma disciplina y otros profesionistas del equipo de salud, según las necesidades o problemas para asegurar mayor éxito en su realización.

#### **Fundamentación o razonamiento científico**

El conocimiento es la base para implementar las acciones de enfermería. La fundamentación científica describe y explica la base de esos cuidados.

El razonamiento o fundamento científico se dirige al tópico, estrategia identificada y a la individualidad del paciente y la familia.

- El tópico se refiere al contenido del plan u orden de enfermería, como nutrición, higiene personal, ejercicio, comunicación, etc.
- La estrategia es aquella que especifica los métodos a través de los cuales se realiza la implementación.
- La individualidad refleja la forma de vida y los aspectos del desarrollo sociocultural, biofísico, espiritual y psicológico del paciente.

### **Brindar cuidado de enfermería**

Una vez validado el plan de cuidados de enfermería y fundamentado científicamente, se procederá a su ejecución, pero debe considerarse que el paciente puede presentar durante su atención en la comunidad o estancia hospitalaria, necesidades, problemas o situaciones inesperadas que alteren dicho plan para que realice las modificaciones pertinentes sin que esto altere el cuidado de la persona.

### **Continuidad del cuidado**

La ejecución de un plan de enfermería contribuye a la continuidad del cuidado del paciente por el personal de enfermería de diferentes niveles académicos y turnos de trabajo, ayuda en la habilidad consistente de la atención de enfermería, facilita la identificación de las metas y los objetivos a corto y largo plazo logrados y apoya la elaboración de una lista de las preferencias o expectativas del paciente para proponer enfoques de atención.

#### **4.1.5.5 Evaluación**

Es el proceso de valorar o revalorar los progresos del paciente hacia los objetivos de salud, así como la calidad de atención que recibe por parte del personal de enfermería y otros profesionistas que intervienen en su cuidado.

La evaluación tiene como propósitos:

- Determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas u objetivos establecidos.
- Juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería.

(Rosales, Reyes, 2004, p. 255). En la evaluación se retoman los objetivos planteados, se deben evaluar los resultados esperados (NOC)

## **4.2 TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA ELIZABETH OREM**

### **4.2.1 Concepto**

Es una respuesta efectiva, pero general, a preguntas como: ¿a qué prestan atención las enfermeras?, y ¿de qué se ocupan cuando brindan cuidados? La formación y expresión de la misma, surge como una síntesis creativa de la conceptualización de las características dominantes que se repiten en las situaciones prácticas de la enfermería y de su interrelación. (Ostiguin, Velazquez, 2001, p. 23).

### **4.2.2 Antecedentes**

Dorothea E. Orem, de nacionalidad estadounidense, publica en 1969 sus primeras reflexiones formales sobre la Enfermería, en 1971 edita el libro sobre la Teoría General del Déficit de Autocuidado, con la cual en 1996 obtiene el título honorífico de Doctora en Ciencias. Gran parte de sus reflexiones surgen de la intuición que tuvo acerca de por qué las personas necesitan ayuda de enfermería y cómo son auxiliados por los profesionales de la disciplina; a partir de ello retoma la experiencia de otras pensadoras de esta disciplina como Henderson, King, Rogers Nightingale (por supuesto) y de otras disciplinas médicas y humanísticas como Bertalanffy, Selye, entre otros.

La propuesta teórica de Orem ha tenido buena aceptación por la comunidad de enfermería y se ha reflejado específicamente en los siguientes espacios.

### **Ejercicio profesional**

- En casos con pacientes ambulatorios (diabéticos, hipertensos, cardiopatas, con tratamiento enterostómico, diálisis peritoneal, etc.)
- Atención en el hogar

- Personas con adicciones
- Periodo posquirúrgico
- Personas con padecimientos psiquiátricos

### **Formativo**

Múltiples escuelas de EUA han adoptado el modelo como eje en la currícula para la formación de profesionales de la enfermería.

### **Investigación**

Se ha empleado el modelo para dirigir investigaciones de pregrado posgrado. Dentro del ámbito clínico de la enfermería, ha generado instrumentos que aprecian el ejercicio de la acción de autocuidado.

### **Supuestos paradigmáticos**

Orem desarrolló su teoría a partir de los cuatro elementos paradigmáticos de la enfermería: persona, salud, enfermería y entorno.

Define **persona** como la unidad sustancial cuyas partes están formadas para la perfección y tiende a diferenciarse de otros durante todo su proceso de desarrollo. La **salud** es el estado de integridad y bienestar de la persona durante su crecimiento y desarrollo. Por su parte, **entorno** implica las condiciones ambientales (psicológicas y físicas) que motivan a la persona a reorientar su conducta hacia las prácticas de salud. En este sentido, la enfermería se establece como un servicio humano de cuidado, cuya acción se traduce en beneficios para la persona.

### **Funciones**

En esta plataforma, Orem distingue ocho funciones:

1. Explicar la visión de los seres humanos sobre la enfermería.
2. Expresar el centro de atención específico o la finalidad propia de la enfermería en la sociedad.
3. Exponer los conceptos clave de la enfermería para establecer un lenguaje.
4. Establecer los límites, orientar los pensamientos y esfuerzos prácticos en el ejercicio de la enfermería en la investigación y educación.
5. Reducir la carga cognitiva, proporcionando elementos globalizados para la nueva información y capacitar a las personas para categorizar sobre situaciones concretas de la enfermería.
6. Permitir inferencias de los vínculos entre enfermería con otros campos de servicio humano y con los patrones de vida diaria de los individuos, las familias y las comunidades.
7. Generar en las enfermeras un estilo de pensamiento.
8. Constituir a las enfermeras como grupos de investigación de la estructuración, validación y desarrollo de la disciplina.

La TGDA está constituida por tres subteorías: la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría, de sistemas de enfermería.

### **Teoría del Autocuidado**

El autocuidado es una acción propia de las personas maduras o en proceso de maduración, misma que han desarrollado a partir de las capacidades para cuidar de sí mismos en sus condiciones ambientales. Tiene como propósito de dicha acción se realice de manera efectiva y eficaz por la propia persona a favor de sí mismo, permitiendo con ello el desarrollo y funcionamiento humano.

A partir de este supuesto se sustenta la Teoría de autocuidado, misma que incluye conceptos como el de **agente de autocuidado** que se refiere a

cualquier persona que se provee de autocuidado. El proveedor de cuidados dependientes es decir, la persona externa que proporciona el cuidado a otro, mismo que en este caso no es terapéutico es denominado **agente de autocuidado dependiente**, entendiendo agente como persona que se lleva a cabo la acción.

La **demanda de autocuidado terapéutico** es una entidad construida objetivamente sobre la información que describe a un individuo en cuanto a sus aspectos funcionales, estructurales y de desarrollo, inicia al determinar el requisito de autocuidado comprometido para prescribir la acción del mismo a través de la agencia de autocuidado terapéutico; para el caso, la persona es un profesional de la enfermería.

La teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado sugiere que las características de las personas cuidadas, incluyendo sus propiedades específicas, son denominadas factores de condicionamiento básico. El valor práctico de los factores básicos condicionantes es su selección y uso enumerados se fundamentan en la premisa de que quien busca y recibe cuidados de enfermería es un individuo que al mismo tiempo es miembro de un familia.

### **Factores condicionantes básicos**

Los propios factores se agrupan en tres categorías: 1) aquellos que describen a los individuos que son pacientes de las enfermerías individualmente o en grupo, 2) que relaciona a estos individuos con su familia de origen o por matrimonio, 3) que localizan a individuos en sus mundos relacionándolos en condiciones y circunstancias de vida.



La información que describe a los factores condicionantes básicos en caso de enfermería debe ser obtenida por las enfermeras al inicio y de manera continua, según sea necesario, a lo largo del periodo de provisión de cuidados de enfermería. Algunos factores permanecerán estables, otros fluctuaran o cambiarán.

La información sobre los factores básicos condicionantes para identificar las capacidades y limitaciones de autocuidado de los pacientes deberá estar relacionada con los componentes esenciales de la agencia de autocuidado.

Los requisitos de autocuidado para la intervención de la enfermería propuesto por Orem (universal, de desarrollo y de desviación de la salud) son expresiones de los tipos de autocuidado intencionados que los individuos requieren. Cada requisito identifica dos elementos:

- A. Factor de control o dirección, mantiene de alguna manera ciertos aspectos del funcionamiento y desarrollo humano dentro de lo compatible par la vida.
- B. Especificación de la naturaleza de la acción a realizar, describe el manejo del trabajo enfermero.

### **Requisitos de autocuidado universal**

Son comunes a todos los seres humanos durante todas las etapas de su ciclo vital y atiende aspectos de edad, sexo, estado de desarrollo, factores ambientales, etc. En total son ocho, siendo los siguientes:

- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano.
- Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (normalidad).

Estos requisitos generan acciones que producen condiciones internas y externas que mantienen la estructura y el funcionamiento humano, los cuales a su vez apoyan al desarrollo y maduración humana.

### **Requisito de desarrollo**

Están asociados con los procesos de desarrollo humano así como con las condiciones y eventos que ocurren durante diversos estadios del ciclo vital, eventos que pueden afectar adversamente el desarrollo. Los requisitos de desarrollo son expresiones especializadas de los universales, que han sido particularizados para los procesos de desarrollo o son nuevos, derivados de una condición (p. ej., el embarazo) o asociados a un acontecimiento (p. ej., la pérdida del cónyuge o de un pariente).

### **Requisitos de la desviación de la salud**

Están asociados con defectos de constitución corporal, genéticos y desviaciones humanas, estructurales y funcionales, con sus efectos, medidas de diagnóstico y tratamiento médico.

### **Teoría del Déficit de Autocuidado**

La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativas a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completamente o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos.

También tienen limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay que controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función o desarrollo o del de las personas dependientes de ellos.

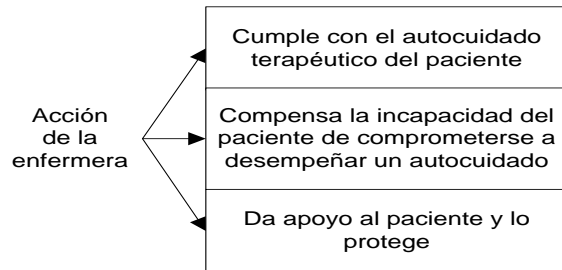
El déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado; es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudaran a comprender el papel del paciente en el autocuidado.

### **Teoría de Sistemas**

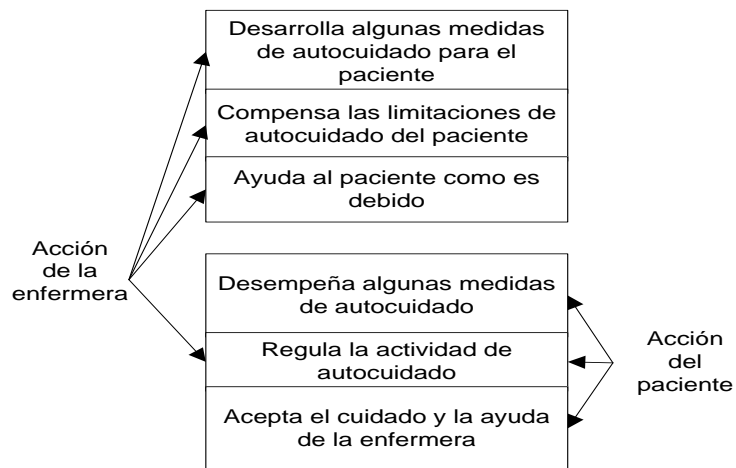
En la teoría de sistemas se marcan las pautas que implementan las formas de intervención, en tanto que “refiere una serie continua de acciones cuando las enfermeras vinculan su ayuda a las capacidades de la persona para regular sus acciones de autocuidado”. Esta teoría se subdivide en tres sistemas: de apoyo educativo, parcialmente compensatorio y totalmente compensatorio. (Ostiguin, Velazquez, 2001, p. 29)

Estos sistemas cuentan con intervenciones como las que se presentan a continuación.

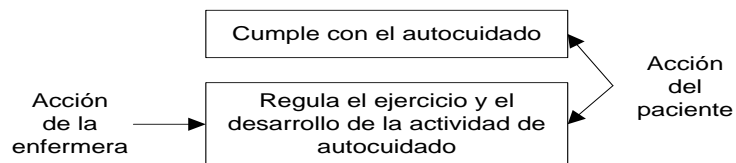
### Sistemas enfermeros básicos



**Sistema completamente compensador**



**Sistema parcialmente compensador**



**Sistema de apoyo educativo**

(Marriner, 1994, p. 185)

### 4.3 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD, PROBLEMA O SITUACIÓN DE SALUD QUE PRESENTA LA PERSONA.

<p>CONCEPTO: La hipertensión arterial es un estado patológico caracterizado por un aumento de la tensión arterial por encima de los valores normales, según la edad del individuo, ya sea en referencia a la tensión sistólica, a la diastólica o a ambas.</p>		
<b>Periodo pre patogénico</b>	<b>Periodo patogénico</b>	
<p><b>Agente:</b> Los vasos sanguíneos, arterioesclerosis, renal, endocrinas, neurógena.</p>	<b>Muerte</b>	
	<b>Invalidez o Estado Crónico</b>	
	<p>C L I N I C A</p>	<p><b>Complicaciones:</b>            Cardiopatía hipertensiva.            Encefalopatía hipertensiva.            Retinopatía hipertensiva.            Nefropatía hipertensiva.            Endorinopatía.            Muerte.</p>
	<p><b>Signos y Síntomas:</b>            Cefalea matutina, mareos, diplopía, epistaxis, parestesias, hemianopsia, síndrome vasculoespasmódico, acúfenos y fosfenos.</p>	
<p><b>Huésped:</b> Predomina en sexo femenino, edad adultos de los 40 años un 20% un 50% en más de 65 años.            Situaciones: tipo de ocupación, situaciones de estrés, obesos, fumadores, factores hereditarios, hábitos dietéticos.</p>	<p><b>Cambios sistémicos:</b>            Hiperlipidemia</p>	
	<p><b>Cambios locales:</b>            Retinopatía.            Nefropatía.            Encefalopatía.</p>	
<p><b>Ambiente:</b> Factores socioculturales, contaminación por ruido, estrés, ámbito laboral.</p>	<p><b>Cambios tisulares:</b> gasto cardiaco.            Resistencia periférica.            Sistema renina angiotensina aldosterona.            Cambios al nivel del riñón, cerebro, corazón y retina.</p>	

(Lewis, Heitkemper, Dirksen, 2004, p. 796)

PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA	PREVENCIÓN TERCIARIA	
PROMOCIÓN DE LA SALUD	PROTECCIÓN ESPECIFICA	DIAGNOSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO	LIMITACIÓN DEL DAÑO	REHABILITACIÓN
<p>Control de la presión arterial.</p> <p>Control de la alimentación (comidas bajas en sal y bajas en grasa) principalmente a los adolescentes.</p> <p>Realizar actividad física.</p> <p>Mejorar estilos y hábitos de vida (no fumar, no ingerir demasiada sal en la dieta.</p>	<p>Dieta baja en sodio.</p> <p>Programa de detección de enfermedades.</p> <p>Actividad física.</p> <p>Visita regular al médico.</p>	<p>Historia clínica, determinación de la presión arterial.</p> <p>Examen de laboratorio: GO, urocultivo, ác. Úrico, BH, lípidos, Examen de gabinete: telegrafía del torax, determinación de Na, K.</p> <p>Tratamiento: diuréticos disminuyen la P.A, los antihipertensivos, psicoterapia, ejercicios.</p>	<p>Se debe realizar control periódico de la tensión arterial.</p> <p>Suministrar los medicamentos en las horas correctas para no perder la acción del principio activo del fármaco</p>	<p>Proporcionar información sobre las asociaciones de hipertensos.</p> <p>Realizar terapia física y ejercicio.</p> <p>Vinculación a un grupo comunitario para evitar que se aisle.</p>
1 <sup>er</sup> nivel	2 <sup>do</sup> nivel	3 <sup>er</sup> nivel	4 <sup>to</sup> nivel	5 <sup>to</sup> nivel

(Lewis, Heitkemper, Dirksen, 2004, p. 800)

## V. DESARROLLO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

### 5.1 Valoración basada en el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem

#### **5.1.1 Factores condicionantes básicos**

Se trata de V.M.I. femenina de 94 años de edad, religión católica, viuda, quien cursó hasta tercero de primaria, originaria de Tuzantla Michoacán. Actualmente se encuentra en Morelia Michoacán, en una estancia geriátrica debido a su edad avanzada, tiene buena relación con su familia, en su adolescencia tuvo un accidente lo que le ocasionó una lesión en su útero por consecuencia no pudo concebir hijos, el rol que ocupaba en la familia es de esposa, trabajo como modista, administraba casa huéspedes, actualmente depende económicamente de su sobrina. El patrón de vida consiste en realizar yoga, manualidades y platica con amigos, refiere que para proteger de su salud se cubre en tiempos fríos, utiliza medicina alternativa, su estado de salud es estable, acude al servicio médico particular para el tratamiento de su enfermedad; tiene la capacidad de tomar sus propias decisiones para su tratamiento médico.

#### **5.1.2 Requisitos de autocuidado universales**

a) Mantenimiento del Aporte Suficiente de Aire.

Actualmente se encuentra sin compromiso cardiorrespiratorio, frecuencia respiratoria 19 por minuto llenado capilar 2 seg. Refiere no ser fumadora. Sin embargo estuvo cocinando 30 años con leña, es alérgica al paracetamol, camarones, no presenta ruidos respiratorios no estertores. La T/A 110/60mmHg, FC 75 latidos por minuto.

b) Mantenimiento del Aporte Suficiente de Agua.

Ingiere 300 a 500 ml de agua al día, a la exploración se observa buena coloración de tegumentos piel y mucosa oral hidratada, el agua que utiliza es de garrafón.

c) Mantenimiento del Aporte Suficiente de Alimentos.

Utiliza prótesis extraíble con placa superior y puente inferior para ingerir sus alimentos. Su dieta es normal sin restricciones, los alimentos que consume todos los días son: leche, carne, cereales, verduras, frutas, pastas y harinas, los alimentos que consume una vez a la semana son: derivados de leche y huevos, pescado consume una vez al mes, sus alimentos los guisa con aceite. Su peso actual es de 49 kg, talla 135 cm, no presenta ningún problema en la mucosa oral, la glucosa capilar es de 116 mg/dL

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

Al defecar presenta tenesmo, pujo, la cual utiliza laxante para la eliminación intestinal, las características de las heces son café oscuro, pastosa, su micción es espontánea con una frecuencia de 5 veces de color ámbar al día, temperatura corporal 36.4°C, su menarca lo presentó a las 12 años de edad duración de 3 días.

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

Duerme menos de 6 horas, y al despertar se encuentra cansada, se observan bostezos, insomnio y ojeras, refiere que presenta dificultad para conciliar el sueño debido a ruidos, y a la entrada de enfermería en la habitación y ha sufrido cambios en su patrón de sueño desde hace más de un mes; por lo cual se administra medicamentos como rivotril para conciliar el sueño, además al



realizar actividad física como estiramientos de brazos le produce dolor de articulaciones, practica yoga una hora por semana.

f) Mantenimiento del equilibrio entre soledad y la interacción.

No presenta ningún problema de audición, presenta problemas visuales, tiene lentes de armazón pero no los utiliza, presenta cataratas en ambos ojos. La usuaria convive diariamente con sus amigos, recurre a ellos y a su familia para platicar de sus problemas, tiene buena relación con ellos.

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

Tiene la capacidad de decisiones, y conciencia. Sin embargo utiliza silla de ruedas y la ayuda de enfermería para realizar la deambulaci3n. Sus antecedentes heredofamiliares patol3gicos es de Diabetes Mellitus tipo II.

h) Funcionamiento humano y grupos sociales.

La usuaria acepta su estado f3sico, corporales a partir de su enfermedad, se le brinda ayuda para satisfacer las necesidades b3sicas, considera que su vida ha sido productiva. Refiere que la negaci3n es su reacci3n al encontrarse ante una situaci3n estresante.

### **5.1.3 Requisitos de autocuidado de desarrollo.**

En su adolescencia tuvo un accidente lo que le ocasiono una lesi3n en su 3tero m3s tarde en la edad adulto joven presento asma, actualmente presenta hipertensi3n arterial. Su menarca lo presento a los 12 a1os de edad con tres d3as de ciclo menstrual; no tuvo hijos, a los 60 a1os de edad fue su fecha 3ltima de papanicolau.

#### **5.1.4 Requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud.**

La usuaria asiste cada mes a su cita médica por lo cual está consciente de su enfermedad y lo toma de forma tranquila ya que refiere que se controla con fármacos.

Su diagnóstico médico es Hipertensión Arterial el cual está controlada con tratamiento farmacológico que consiste en:

Turno matutino.

- Exforge 5mg/160mg V.O.
- Omeprazol 20mg. V.O.
- Combigan D. gotas oftálmicas.
- Lutrax gotas oftálmicas

Turno nocturno

- Aspirina Protec 100mg V.O.
- Rivotril gotas 25mg
- Naturett 1 cucharada V.O
- Combigan D. gotas oftálmicas
- Lutrax gotas oftálmicas
- Cronocaps 5mg V.O.

### **5.1.5 Caso clínico**

Se trata de V.M.I. femenina de 94 años de edad, religión católica, viuda, quien cursó hasta tercero de primaria, originaria de Tuzantla Michoacán. Actualmente se encuentra en Morelia Michoacán en una estancia geriátrica. Refiere tener una buena relación con su familia. En su adolescencia tuvo un accidente que le ocasionó una lesión en su útero por consecuencia no pudo concebir hijos, sus antecedentes heredofamiliares es de Diabetes Mellitus tipo II, actualmente depende económicamente de sus sobrinas.

Su patrón de vida consiste en realizar yoga, manualidades y conversar con amigos, para cuidar su salud se protege ante temperaturas frías, para el mantenimiento y restablecimiento de la salud utiliza medicina alternativa en algunas ocasiones y su estado de salud es estable. Acude al servicio médico particular para el tratamiento de la enfermedad.

En relación al mantenimiento del aporte suficiente de aire, actualmente se encuentra sin compromiso cardiorespiratorio, frecuencia respiratoria 19 por minuto llenado capilar 2 segundos. Refiere no ser fumadora. Sin embargo estuvo cocinando 30 años con leña, es alérgica al paracetamol, camarones, no presenta ruidos respiratorios no estertores. La T/A 110/60mmHg, FC 75 latidos por minuto.

De acuerdo al mantenimiento de aporte suficiente de agua ingiere 300 a 500 ml de agua al día, a la exploración se observa buena coloración de tegumentos piel y mucosa oral hidratada, el agua que utiliza es de garrafón.

En relación al requisito del mantenimiento del aporte suficiente de alimentos utiliza prótesis extraíble con placa superior y puente inferior para ingerir sus alimentos. Su dieta es normal, los alimentos que consume todos los días son:

leche, carne, cereales, verduras, frutas, pastas y harinas, los alimentos que consume una vez a la semana son: derivados de leche y huevos, pescado consume una vez al mes, su peso actual es de 49 kg, talla 135 cm, no presenta ningún problema en la mucosa oral, la glucosa capilar es de 116 mg/dL.

Provisión de los cuidados asociados a los procesos de eliminación y los excrementos al defecar presenta tenesmo, pujo, la cual utiliza laxante para defecar, las características de las heces son café oscuro, pastosa, su micción es espontanea con una frecuencia de 5 veces de color ámbar al día, temperatura corporal 36.4°C.

Presenta problemas en el requisito del equilibrio entre la actividad y el reposo ya que duerme menos de 6 horas, y al despertar se encuentra cansada, se observan bostezos, insomnio y ojeras, refiere que presenta dificultad para conciliar el sueño debido a ruidos, y a la entrada de enfermería en la habitación, por lo cual se administra medicamentos como rivotril para conciliar el sueño, además al realizar actividad física como estiramientos de brazos le produce dolor de articulaciones, practica yoga una hora por semana.

En relación al mantenimiento del equilibrio entre soledad y la interacción no presenta ningún problema de audición, presenta problemas visuales, tiene lentes de armazón pero no los utiliza, presenta cataratas en ambos ojos. La usuaria convive diariamente con sus amigos, recurre a ellos y a su familia para platicar de sus problemas tiene buena relación con ellos.

Para contribuir en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar, la tiene la capacidad de decisiones, estado de alerta y conciencia.

Sin embargo utiliza silla de ruedas y la ayuda de enfermería para realizar la deambulaci3n.

Para el funcionamiento humano y grupos sociales la usuaria acepta su estado f3sico, corporales a partir de su enfermedad, se le brinda ayuda para satisfacer las necesidades b3sicas, considera que su vida ha sido productiva. Refiere que la negaci3n es su reacci3n al encontrarse ante una situaci3n estresante.

Requisitos de auto cuidado de desarrollo. En su adolescencia tuvo un accidente lo que le ocasiono una lesi3n en su 3tero m3s tarde en la edad adulto joven presento asma, actualmente presenta hipertensi3n arterial.

La usuaria asiste cada mes a su cita m3dica por lo cual est3 consciente de su enfermedad y lo toma de forma tranquila ya que realiza actividades f3sicas para mantener una vida saludable.

Su diagn3stico m3dico es Hipertensi3n Arterial el cual se controlada con tratamiento farmacol3gico que consiste en:

- Exforge 5mg/160mg V.O.
- Aspirina Protec 100mg V.O.
- Rivotril gotas 25mg
- Naturett 1 cucharada V.O.
- Omeprazol 20mg. V.O.
- Combigan D. gotas oft3lmicas
- Lutrax gotas oft3lmicas
- Cronocaps 5mg V.O.

## 5.2 Diagnósticos de enfermería 1

Dominio: 3 Eliminación e intercambio

Clase: 2 Función gastrointestinal

**Requisito de autocuidado universal:** Provisión de los cuidados asociados a los procesos de eliminación y los excrementos

### Diagnóstico de enfermería

00011 Estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de líquidos manifestado por eliminación de heces duras, secas y formadas, esfuerzo con la defecación. Nanda 2011 pag. 102

#### 5. 2.1 Plan de Intervención

Fecha: 15/01/2013

Criterio de Resultado: eliminación intestinal (0501)

Dominio: Salud fisiológico (II)

Clase: Eliminación (F)

Escala (s): Gravemente comprometido hasta No comprometido (a) y Grave hasta Ninguno (n)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 12 Aumentar a: 25

Indicadores	Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	No comprometido 5
Color de las heces				X	
Facilidad de eliminación de las heces		X			
Tono muscular para la evacuación fecal			x		
Estreñimiento	x				
Dolor con el paso de las heces		X			

Agente de autocuidado ( x ) Agente de cuidado dependiente ( ) Agente de autocuidado terapéutico ( x )

Demanda de autocuidado: Parcial ( x ) Total ( ) De apoyo educativo ( x )

Sistema de enfermería: Parcial ( x ) Totalmente compensatorio ( ) De apoyo educativo ( )

Intervención de enfermería (Agencia de Enfermería): 0450 **Manejo del estreñimiento/impactación.** Nic. pag. 573

Acciones de enfermería

Fundamento científico

Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.

La valoración de los factores etiológico es un primer paso esencial en la enseñanza y la planificación para mejorar la eliminación intestinal. (Kozier, Erb, Berman, Snyder, 2005, p. 1367)

Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos.

Es necesario un aporte suficiente de líquidos para que el intestino absorba la cantidad necesaria de líquido para conseguir la consistencia adecuada de las heces. (Kozier, Erb, Berman, Snyder, 2005, p. 1367)

Evaluar la medicación para ver si hay efectos gastrointestinales

El estreñimiento es un efecto secundario habitual de muchos

secundarios. fármacos, entre ellos los narcóticos y los antiácidos. (Kozier, Erb, Berman, Snyder, 2005, p. 1367)

Instruir al paciente/familia acerca de la dieta rica en fibra. La fibra absorbe agua, que añade volumen y ablanda las heces, y acelera el tránsito intestinal. (Kozier, Erb, Berman, Snyder, 2005, p. 1367)

Instruir al paciente/familia sobre el uso correcto de laxantes. El uso frecuente de purgantes para el sistema intestinal reduce la respuesta del intestino a los estímulos naturales de la defecación. (Wolff, Kuhn, 1992, p. 749)

Sugerir el uso de laxantes/ablandadores de heces. Los laxantes tienen efectos más severos sobre el sistema gastrointestinal que los ablandadores de heces. (Wolff, Kuhn, 1992, p. 749)

Método (s) de ayuda:

- Brindar apoyo físico y psicológico.
- Proporcionar un entorno adecuado para brindar los cuidados y para que se desarrollen las capacidades personales.



### 5.2.2 Ejecución

Fecha: 22/01/2013

Se observa los efectos del medicamento durante unos días, para ver si no son los causantes del estreñimiento, la cual indica que los medicamentos y el reposo en cama no son las causas, sin embargo la dieta que consume le afecta, ya que no ingiere alimentos ricos en fibras.

Se anima al paciente a que aumente la ingesta de líquidos con la meta de tomar 8 vasos de líquido diariamente, primero se comenzó con 4 vasos, después 8 vasos de líquido.

A la usuaria se le indica consumir alimentos ricos en fibras como, lechuga, brócoli, calabazas, acelgas, de frutas, manzanas, plátanos y peras. Así mismo se platica con ella para el uso de laxantes que no debe de abusar de ellas ya que puede agravar aún más los problemas relacionados con la eliminación.

### 5.2.3 Evaluación

Fecha: 10/05/2013

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 12 Aumentar a: 25

Indicadores	Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	No comprometido 5
Color de las heces					X
Facilidad de eliminación de las heces					X
Tono muscular para la evacuación fecal					X
Estreñimiento					X
Dolor con el paso de las heces					X

Se logra el objetivo de la planeación del estreñimiento bajo el cuidado de enfermería hacia la usuaria ya que refiere ya no tener problemas con el estreñimiento, se le explica al personal de enfermería para que siga con su tratamiento adecuado, y se le siga proporcionando suficientes líquidos, la usuaria refiere sentirse satisfecha con el cuidado que se le brinda.

### 5.3 Diagnóstico de enfermería 2

Dominio: 4 Actividad/reposo

Clase: 1 sueño/reposo

**Requisito de autocuidado Universal:** Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

#### Diagnóstico de enfermería

00095 Insomnio relacionado con ruido ambiental manifestado por dificultad para conciliar el sueño, insatisfacción con el sueño habitual. Nanda 2011 pag. 116

#### 5. 3.1 Plan de Intervención

Fecha: 21/01/2013

Criterio de Resultado: sueño (0004)

Dominio: Salud funcional (I)

Clase: Mantenimiento de la energía (A)

Escala (s): Gravemente comprometido hasta No comprometido (a) y Grave hasta Ninguno (n)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 12 Aumentar a: 25

INDICADORES	Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	No comprometido 5
Horas de sueño		x			
Horas de sueño cumplidas		x			
Calidad de sueño			x		
Dificultad para conciliar el sueño			x		
Sueño interrumpido		x			

Agente de autocuidado ( x ) Agente de cuidado dependiente ( ) Agente de

autocuidado terapéutico ( x )

Demanda de autocuidado: Parcial ( x ) Total ( ) De apoyo educativo ( x )

Sistema de enfermería: Parcial ( x ) Totalmente compensatorio ( ) De apoyo educativo ( )

Intervención de enfermería (Agencia de Enfermería): 1850 **Mejorar el sueño**  
Nic. pag 605

Acciones de enfermería

Fundamento científico

Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.

Los rituales y las rutinas inducen confort, relajación y sueño. (Kozier, Erb, Berman, Snyder, 2005, p. 1234)

Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia.

Las actividades diurnas satisfactorias estimulan la atención dificultando las siestas diurnas, que pueden alterar los ritmos circadianos y el sueño nocturno. (Kozier, 1999, p. 1023)

Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.

Las medidas de relajación ayudan a conciliar el sueño. (Kozier, 1999, p. 1023)

Identificar las medicaciones que el paciente está tomando para el

Muchas sustancias recetadas por el médico o tomadas espontáneamente

sueño.

pueden provocar insomnio. (Kozier, 1999, p. 1023)

Método (s) de ayuda:

- Guiar y dirigir
- Brindar apoyo físico y psicológico.
- Enseñar.

### 5.3.2 Ejecución

Fecha: 31/01/2013

La usuaria realiza terapia ocupacional, platica con amigos, realiza yoga durante el día para evitar el sueño, así mismo realiza actividades recreativas, como manualidades.

Antes de acostarse a la usuaria se le realiza masajes, y a veces escucha música de relajación. También recibe baño con agua tibia antes de la merienda, se le explica que debe de dormir más horas en la noche para que al día siguiente no se sienta cansada y no presente ojeras, y así su calidad de vida sea mejor. A las enfermeras se les recomienda no encender la luz, no hacer ruidos innecesarios para que la usuaria pueda descansar mejor.

### 5.3.3 Evaluación

Fecha: 10/05/2013

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 12 Aumentar a: 25

INDICADORES	Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	No comprometido 5
Horas de sueño					x
Horas de sueño					x

cumplidas					
Calidad de sueño					x
Dificultad para conciliar el sueño					x
Sueño interrumpido					x

Las acciones brindadas hacia la usuaria resultaron satisfactoriamente, ya que se cumple con lo planeado para poder conciliar el sueño y así no presentar insomnio ni problemas durante el día. Así mismo se platica con las enfermeras de seguir evitando hacer ruidos innecesarios.

### 5.4 Diagnóstico de enfermería 3

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 2: Lesión física

**Requisito de autocuidado Universal:** Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar.

### Diagnóstico de enfermería

00155 Riesgo de caídas relacionado con sillas de ruedas, edad superior a 65 años. Nanda 2011 pag. 306

#### 5. 4.1 Plan de Intervención

Fecha: 26/01/2013

Criterio de Resultado: control del riesgo (1902)

Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV)

Clase: Control del riesgo y seguridad (T)

Escala (s): Nunca demostrado hasta Siempre demostrado (m)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 20 Aumentar a: 30

INDICADORES	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 4	Siempre demostrado 5
Reconoce factores de riesgo				x	
Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas			x		
Se compromete con estrategias de control del riesgo			x		
Utiliza los servicios sanitarios de forma congruente cuando los necesita				x	
Utiliza los sistemas de apoyo personal para reducir el riesgo			x		

Utiliza los recursos sociales para reducir el riesgo			x		
--	--	--	---	--	--

Agente de autocuidado ( x ) Agente de cuidado dependiente ( ) Agente de autocuidado terapéutico ( x )

Demanda de autocuidado: Parcial ( x ) Total ( ) De apoyo educativo ( x )

Sistema de enfermería: Parcial (x) Totalmente compensatorio ( ) De apoyo educativo ( x )

Intervención de enfermería (Agencia de Enfermería): 6490 **Prevención de caídas** Nic. pag. 684

Acciones de enfermería

Fundamento científico

Ayudar al paciente a adaptarse a las modificaciones sugeridas de la manera de caminar.

Los antipertensivos pueden causar hipotensión, que produce mareo, debilidad y tal vez caída. (Williams, Hopper, 2009, p.400).

Colocar objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.

Para reducir la presión arterial y el riesgo cardiovascular global. (Lewis, Heitkemper, Dirksen, 2004, p. 801)

Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse.

En virtud de sus reducidos reflejos cardiovasculares para prevenir la hipotensión subsecuente a causa de la postura, el paciente deberá cambiar la posición con lentitud y dispositivos de apoyo para evitar



caídas por posibles mareos y síncope. (Smeltzer, Bare, 1998, p. 762)

Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo. Para eliminar un factor potencial de caídas. (Rodríguez, Morales, Encinas, Trujillo, D'Hyver, 2003, p. 193)

Evitar disposiciones innecesarias del ambiente físico. Para evitar la posibilidad de que la persona se accidente. (Wolff, Kuhn, 1992, p. 577)

Sugerir calzado seguro. Reduce la posibilidad de resbalar. (Potter, Perry, 2002, p. 1057)

Método (s) de ayuda:

- Guiar y dirigir
- Brindar apoyo físico y psicológico.
- Enseñar.

#### **5.4.2 Ejecución**

Fecha: 02/02/2013

Se le informa a la usuaria que evite caminar a distancias largas con la finalidad de evitar la elevación de la presión arterial.

Se le informa que pida ayuda al personal de enfermería para moverse de un lado a otro, se le proporciona una campana a la usuaria para pedir ayuda, así

mismo se dejan los objetos más necesarios a su alcance para evitar esfuerzos al moverse.

Al personal de enfermería se le explica que evite dejar objetos en el suelo, mantener el área limpio y ordenado. Se platica con sus familiares sobre el calzado de la usuaria le proporciona un calzado antiderrapante más seguro para prevenir accidentes

### 5.4.3 Evaluación

Fecha: 10/05/2013

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 20 Aumentar a: 30

INDICADORES	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 4	Siempre demostrado 5
Reconoce factores de riesgo					x
Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas					x
Se compromete con estrategias de control del riesgo					x
Utiliza los servicios sanitarios de forma congruente cuando los necesita					x
Utiliza los sistemas de apoyo personal para reducir el riesgo					x
Utiliza los recursos sociales para reducir el riesgo					x

Se logra prevenir caídas con la usuaria, además refiere estar satisfecha con el cuidado que se le brinda.

## VI. CONCLUSIONES

La aplicación de este Proceso de Enfermería es de gran importancia ya que se logran los objetivos planeados hacia la usuaria, tomando en cuenta las cinco etapas del proceso, así mismo se mejoró la calidad de vida, apoyándonos en la Teoría General de Dorothea E. Orem.

La metodología de este proceso fue una herramienta de gran utilidad que se aplicó a una persona con Hipertensión Arterial, también nos permitió identificar las necesidades de la usuaria y de esa forma se le ayudo con sus alteraciones.

Este método de Dorothea E. Orem nos ayudó a brindar una atención más adecuada y de calidad a la usuaria, además de concientizarnos de lo importante y primordial que son cada una de las etapas del proceso hacia la usuaria, y la relación entre cliente-enfermera.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rosales, S., Reyes, E (2004). *Fundamentos de enfermería* (3ra ed) México: Manual moderno
2. Ostiguin, R. M. Velazquez, S.M.L. (2001). *Teoría general del déficit de autocuidado: Guía básica ilustrada* (1ª ed). México: Manual moderno
3. Lewis, S. M., Heitkemper, M. M. y Dirksen, S. R. (2004). *Enfermería Medicoquirúrgica: valoración y cuidados de problemas clínicos* (6ta ed) España: Elsevier.
4. Kozier, B., Erb, G., Berman, A., Snyder, S., (2005). *Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica*. (7ª ed). España.
5. Wolff, L., Kuhn, B. (1992). *Fundamentos de enfermería* (4ª ed). Mexicana.
6. Kozier, B. (1999). *Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica* (5ª ed). Madrid.
7. Smeltzer, S., Bare, B., (1998) *Enfermería Medicoquirurgica*. (8ª ed) México.
8. Rodríguez, R., Morales, J. J., Encinas, J. E., Trujillo, Z. G., D´Hyver C., (2003) *geriatria*. México, D.F.
9. Williams, L., Hopper, P. (2009). *Enfermería Medicoquirúrgica*. (3ra ed). México.

10. Potter, P. A., Perry, A. (2002). *Fundamentos de enfermería*. (5ª ed).  
Barcelona: Elsevier Mosby.

## VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Cavanagh, S.J. (1993). *Modelo de Orem: aplicación práctica*. Barcelona: Masson-Salvat.
2. Bulechek, G., Butcher, H. y McCloskey, J. (2009). *Clasificación de intervenciones (NIC)*. (5<sup>ta</sup> ed). Barcelona: Elsevier.
3. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. y Swanson, E. (2009). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. (4<sup>ta</sup> ed). Barcelona: Elsevier.
4. Heather, T. (2010). *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011*. Barcelona: Elsevier.
5. "Estadísticas a Propósito del día Mundial de la Salud. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/salud0.pdf> fecha de consulta 05/07/2013

## IX. GLOSARIO DE TÉRMINOS

### 9.1 Terminología de la Teoría General del Déficit de Autocuidado

**Persona:** Como la unidad sustancial cuyas partes están formadas para la perfección y tiende a diferenciarse de otros durante todo su proceso de desarrollo.

**Salud:** Es el estado de integridad y bienestar de la persona durante su crecimiento y desarrollo.

**Entorno:** Implica las condiciones ambientales (psicológicas y físicas) que motivan a la persona a reorientar su conducta hacia las prácticas de salud.

**Déficit de Autocuidado:** Se refiere a la relación entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos.

**Demanda de autocuidado terapéutico:** Es el conjunto de acciones de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado

**Agencia de autocuidado:** Se refiere al acto de conocer y realizar acciones para el cuidado de la salud de forma deliberada y lo mismo lo desarrolla el agente de autocuidado dependiente como el agente de autocuidado.

**Agencia de cuidado dependiente:** Es una persona madura que reconoce requisitos de autocuidado a los que no puede responder por sí mismo.

**Es resuelto:** porque va dirigido a un objeto

**Es sistemático:** por utilizar un enfoque organizado para lograr su propósito

**Es dinámico:** porque implica un cambio continuo, centrado en las respuestas humanas.

**Es interactivo:** por centrarse en las respuestas cambiantes del paciente identificadas durante la relación enfermera-paciente.

**Es flexible:** ya que se puede mostrar dentro de dos contextos:

- Adaptación a la práctica de enfermería en cualquier situación o área de especialización que se ocupe de individuos, grupos o comunidades.
- Usos de sus fases en forma sucesiva o más de una etapa a la vez



## 9.2 Terminología Médica

**Feocromocitoma:** Tumor vascular del tejido cromafín de la médula suprarrenal o de los ganglios linfáticos caracterizado por la hipersecreción de epinefrina y norepinefrina, que produce hipertensión persistente o intermitente.

**Hiperlipidemia:** Es un aumento de la concentración de triglicéridos y colesterol en la sangre, que pueden producir enfermedades cardiovasculares y pancreatitis.

**Diplopía:** Trastorno de la visión caracterizado por la percepción de dos imágenes por un sólo objeto.

**Epistaxis:** Hemorragia con origen en las fosas nasales.

**Parestesia:** Es la sensación anormal de los sentidos o de la sensibilidad general que se traduce por una sensación de hormigueo, adormecimiento, acorchamiento

**Hemianopsia:** Es la falta de visión o ceguera que afecta únicamente a la mitad del campo visual

**Acúfenos:** Es un fenómeno perceptivo que consiste en notar golpes o pitidos en el oído, que no proceden de ninguna fuente externa.

**Fosfenos:** Es un fenómeno caracterizado por la sensación de ver manchas luminosas que está causado por la estimulación mecánica, eléctrica o magnética de la retina o corteza visual.

## X. ANEXOS

10.1 Guía de valoración de acuerdo al referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem.

### 1.- FACTORES CONDICIONANTES BASICOS

#### a) Descriptivos de la persona

Fecha: 12/12/2012 Nombre: V.M.I Sexo: Fem Edad: 94

Religión: católica Edo civil: viuda Escolaridad: 3ro de primaria

Lugar de residencia: Tuzantla Michoacán

Domicilio actual (calle número, colonia): \_\_\_\_\_

Características de la vivienda:

Renta: \_\_\_\_\_ Propia: \_\_\_\_\_ Otros: estancia Geriátrica

Material de construcción:

Adobe: x Ladrillo: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Cuenta con los servicios básicos de vivienda:

Agua: x Potable: x Luz Eléctrica: x Drenaje: x

Pavimentación: x

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios básicos:

Alumbrado público: x Recolección de basura: x

Drenaje y alcantarillado: x

Rol que ocupa en la familia:

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

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

Como es su relación con la familia:

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

Nivel de educación:

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

Otros: \_\_\_\_\_

Ocupación: modista y administraba casa huéspedes Horario: \_\_\_\_\_

Antecedentes laborales: \_\_\_\_\_

Ingreso económico familiar:

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

Dependencia económica: Si (x) No ( )

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

b) Patrón de vida.

¿Qué actividades recreativas realiza en sus tiempos libres?

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

Otras: platicar con amigo

¿Qué hace usted para cuidar su salud?

Medicina alternativa y se protege en tiempos fríos

c) Estado del sistema de salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno (x) Regular ( ) Deficiente ( )

¿A qué servicios de salud acude usted regularmente?

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

Diagnostico medico: Hipertensión Arterial

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

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

Hace 30 minutos de su casa al médico.

d) Estado del desarrollo

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

Si (x) No ( )

¿Cuáles son los factores que afectan la toma de decisiones?

Ninguno

¿Quién autoriza su tratamiento médico?

ella misma

## REQUISITOS DE AUTO CUIDADO UNIVERSALES

a) Mantenimiento del aporte suficiente de aire.

Frecuencia respiratoria: 19 por minuto llenado capilar: 2 segundos

Cianosis: Si ( ) No (x) Especifique: \_\_\_\_\_

Tabaquismo: Si ( ) No: (x) Especifique: \_\_\_\_\_

¿Cocina con leña?

Si (x) No ( ) Cuanto tiempo: 30 años

Alergias: Si (x) No ( ) Especifique: paracetamol camarones  
se le adormecen las manos

Tipo de respiración:

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

Otros: \_\_\_\_\_

Nariz:

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

Edema: ( ) Otros: \_\_\_\_\_

Tórax:

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

Otros: \_\_\_\_\_

Ruidos respiratorios: No

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

Padece alguna enfermedad pulmonar:

Si ( ) No: (x) Especifique: \_\_\_\_\_

Cardiovascular:

T/A: 110/60mm/Hg      FC: 75 latidos por minuto      Soplos: ( )      Arritmias: ( )  
Otras alteraciones: \_\_\_\_\_

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta disnea:

Si: ( )      No: ( x )

Apoyo ventilatorio:

b) Mantenimiento de aporte de agua suficiente:

Valorar datos de deshidratación.

Mucosa oral:                      Seca: ( )                      Hidratada: ( x )

Piel:                                      Seca: ( )                      Escamosa: ( )                      Normal: ( x )

Turgencia:                              Normal: ( x )                      Escamosa: ( )

Qué cantidad de agua ingiere usted al día:

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

De donde proviene el agua que consume:

Llave pública ( )      Pipa: ( )                      Entubada: ( )                      Garrafón: ( x )

Otros: \_\_\_\_\_

Utiliza algún método para purificar el agua:

Si ( )      No ( x )      Especifique: \_\_\_\_\_

Ingiere algún otro tipo de líquido durante el día:

Si ( )      No ( x )      Especifique Cantidad: \_\_\_\_\_

Aporte de líquidos parenterales:

Especifique \_\_\_\_\_

c) Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos

Peso: 49 Talla: 135cm      IMC: 26.8 Cintura: \_\_\_\_\_

Ha observado variaciones del peso:

Si ( )      No ( x )

Perdida: ( )      Ganancia: ( )

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

Dentadura:

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

Especifique: con placa superior y puente inferior

Estado de las mucosas:

Presenta algún problema en la mucosa oral:

Si ( )      No (x)

Especifique:

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

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

Gingivorragia ( )      Ulceraciones ( )      Otros: \_\_\_\_\_

Alteraciones en cara y cuello: \_\_\_\_\_

Abdomen:

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

Distensión abdominal: ( )      Otros: \_\_\_\_\_

Presenta algún problema en la alimentación:

Si ( )      No (x)

Cual: Acidez ( )      Nauseas ( )      Vomito ( )      Hematemesis ( )      Disfagia ( )

Pirosis ( )      Regurgitación ( )      Polidipsia ( )      Polifagia ( )      Bulimia ( )

Anorexia ( )      Reflujo ( )      Sialorrea ( )      Saciedad ( )      Eructos ( )

Otros: \_\_\_\_\_

Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse:

Si ( )      No ( )      Especifique: \_\_\_\_\_

Tipo de nutrición:

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

Nutrición Parenteral ( )

Que tan frecuente come usted:

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

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

¿Con que guisa sus alimentos?

Aceite (x) Manteca: ( )

¿Cómo es su dieta habitual?

Sin restricciones (x) Diabética ( ) Hiposodica ( ) Hipoproteica ( )

Hiperproteica ( ) Otros: \_\_\_\_\_

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

Grupo de evacuación intestinal:

Presencia de:

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

Pólipo rectal ( ) Rectorragia ( ) Otros: \_\_\_\_\_

Alteraciones al evacuar.

Tenesmo: (x) Pujo (x) Cólico ( ) Otros: \_\_\_\_\_

Apoyo para la eliminación intestinal: No

Espontanea: ( ) Estreñimiento: (x) Diarrea: ( ) Otros: laxante

Características de las heces fecales:

Café: (x) Acolia: ( ) Melena: ( ) Otros: oscura

Consistencia de las heces fecales:

Pastosa (x) Semipastosa ( ) Líquida ( ) Semilíquida ( ) Dura ( )

Grupo de eliminación vesical:

Presencia de:

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

Alteraciones uretero-vesicales: \_\_\_\_\_

Alteraciones en la micción:

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

Apoyo para la evacuación vesical:

Movilización: ( ) Cateterismo vesical ( ) Higiene ( ) Otros: \_\_\_\_\_

Características de la micción:

Ámbar (x) Coluria ( ) Hematuria ( ) Turbia ( ) Otros: \_\_\_\_\_

Grupo transpiración:

Cambios en los patrones normales de sudoración

Disminuida: ( ) Ausente ( ) Aumentada ( )

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal: 36.4°C Dolor: ( ) Alt. Emocionales ( )

Temperatura ambiental: Otros: \_\_\_\_\_

Grupo menstruación:

Menarca: 12 Días del ciclo menstrual: 3

Tipo, cantidad y características del flujo: \_\_\_\_\_

Presenta algún problema durante su menstruación:

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



e) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

#### REPOSO

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

<6 Hr (x)    6-8 Hr (x)    8-10 Hr ( )    >10 Hr ( )

¿Cómo se encuentra al despertar?

Cansado ( x)    Descansado ( )    Fatigado ( )    Otros: \_\_\_\_\_

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?

Si (x)    No ( )

¿Ha sufrido algún cambio en su patrón de sueño?

Si (x)    No ( )

¿Desde cuándo?

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

Presencia de:

Bostezo: (x)    Insomnio: (x)    Hipersomnio: ( )    Pesadillas: ( )

Alucinaciones: ( )

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

Factores que interrumpen su descanso y sueño: Ruidos y a la entrada de enfermería

¿Acostumbras a tomar siestas?

Si (x)    No ( )

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?

Si (x)    No ( )    Especifique: Rivotril

#### ACTIVIDAD:

Sistema Musculo Esquelético

Presencia en articulaciones de:

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

Especifique:

Tratamiento:

¿Alguna actividad física le produce dolor?

Si (x) No ( ) Especifique: estiramientos de brazos

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si (x) No ( ) Cual: yoga

Frecuencia/duración: una hora durante la semana

f) Mantenimiento del equilibrio entre soledad y la interacción

Sistema auditivo:

Presenta problemas de audición:

Si ( ) No (x) Especifique: \_\_\_\_\_

Utiliza apoyo para escuchar:

Si ( ) No (x)

Presencia de:

Mareo ( ) Vértigo ( ) Acufenos ( ) Malformaciones ( ) Tumoraciones ( )

Lesiones ( )

Sistema ocular:

Presenta problemas visuales:

Si (x) No ( ) Especifique:

Utiliza lentes: no pero si tiene

Armazón: (x) Contacto: ( ) Tiempo: \_\_\_\_\_

Presencia de alteraciones oculares:

Si (x) No ( ) Especifique: ambos con cataratas

¿Con quienes convive diariamente?

Familia ( ) Amigos (x) Compañeros de Trabajo ( )

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

Buena (x) Regular ( ) Mala ( )

¿A quién recurre para platicar de sus problemas?

Familia (x) Amigos (x) Nadie ( ) Otros: \_\_\_\_\_

Observar:

Seguridad ( ) Timidez ( ) Introversión ( ) Apatía ( ) Extraversión ( )

Otros: \_\_\_\_\_

Razones que le impiden socializar:

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

Dificultad para la comunicación ( ) Otros: \_\_\_\_\_

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

Sistema Neurológico:

Estado de conciencia:

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

Coma ( ) Glasgow: \_\_\_\_\_

Problemas con:

Concentración ( ) Razonamiento ( ) Especificar: \_\_\_\_\_

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

Bastón ( ) Silla de ruedas (x) Andador ( ) Otros: ayuda de enfermería \_\_\_\_\_

Antecedentes heredofamiliares patológicos:

Si (x) No ( ) Especifique: Diabetes Mellitus tipo II \_\_\_\_\_

Toxicomanías:

Si ( ) No ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?

Si ( ) No ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

h) Funcionamiento humano y grupos sociales

¿Se acepta en su estado físico?

Si (x) No ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad?

Si (x) No ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

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

Si (x) No ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

¿Considera que su vida es o ha sido productiva?

Si (x) No ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales?

Si ( ) No (x)

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

Desesperanza y negatividad ( )

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

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

Cólera ( )

## II. REQUISITOS DE AUTO CUIDADO DE DESARROLLO

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

### 1. Etapas del ciclo vital

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

Niñez Si ( ) No ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

Edad escolar Si ( ) No ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

Adolescente Si (x) No ( ) Especifique: \_\_\_Caída\_\_\_\_\_

Adulto joven Si ( ) No ( ) Especifique: \_\_\_\_\_  
Edad fértil Si ( ) No ( ) Especifique: \_\_\_\_\_  
Adulto maduro Si ( ) No ( ) Especifique: Asma e Hipertensión Arterial

## 2. Salud sexual

Sistema reproductor:

Has recibido educación sexual

Si ( ) No ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su orientación sexual? heterosexual

¿Con que Frecuencia tiene actividad sexual? No tiene

¿Está satisfecho con su vida sexual?

Si (x) No ( ) Porque: \_\_\_\_\_

Número de parejas sexuales: uno

Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales:

Si ( ) No (x) Especifique/tratamiento: \_\_\_\_\_

Utiliza algún método de planificación familiar:

Si ( ) No (x) Especifique/tiempo: \_\_\_\_\_

Número de hijos: ninguno

Tiene problemas de infertilidad:

Si (x) No ( ) Especifique: durante su niñez tubo prolapso uterino

Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual:

Si ( ) No (x) Especifique: \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

Cirugías realizadas en aparato reproductor:

Si ( ) No (x) Especifique: \_\_\_\_\_

Hombre:

¿Acude a examen de Próstata/testicular?

Si ( ) No ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

¿Presenta problemas de erección?

Si ( ) No ( ) Tratamiento: \_\_\_\_\_

¿Presenta problemas de eyaculación precoz?

Si ( ) No ( ) Tratamiento: \_\_\_\_\_

Mujer:

Menarca: 12 Días del ciclo menstrual: tres

Tipo, cantidad y características del flujo: \_\_\_\_\_

Presenta algún problema durante la menstruación:

Si ( ) No (x) Ocasional ( ) Especifique:

Embarazos: 0 Partos: \_\_\_\_\_ Cesáreas: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_

Partos prematuros: \_\_\_\_\_ Fechas de último Papanicolaou: 60 años

Presencia de flujo/hemorragia trasvaginal: \_\_\_\_\_ Características: \_\_\_\_\_

¿Existen alteraciones de crecimiento físico?

Si ( ) No ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

### III. REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

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

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

Especifique: cada mes

¿Sabe usted de que está enfermo?

Si (x) No ( )

¿Qué conoce acerca de su enfermedad?

que tiene hipertensión arterial y que es controlable con fármacos

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

Si ( ) No (x)

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

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación?

Si ( ) No (x) Especifique: \_\_\_\_\_

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

Ambientales ( ) Familiares ( ) Personales ( )

Especifique: \_\_\_\_\_

10.2 Clasificación de los datos sobre los requisitos universales en objetivos y subjetivos:

Requisitos universales	
Datos objetivos	Datos subjetivos
1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	
Frecuencia respiratoria de 19 por minuto normal Llenado capilar de 2 seg. T/A 110/60mmHg FC 75 por minuto	Refiere no ser fumadora. Cocinaba con leña durante 30 años. Alérgica al paracetamol y camarones se les adormecen las manos
2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua	
Mucosa oral hidratada piel y turgencia normal Ingiere de 300-500 ml. De agua al día consume agua de garrafón	
3.- Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.	
Su glicemia es 116mg/dl, pesa 49 kg Talla de 1.35 metros, no ha tenido cambios en el peso corporal. utiliza prótesis extraíble con placa superior y puente inferior, cara y cuello normal, sin problemas en la alimentación guisa con aceite y su dieta es sin restricciones, acostumbra a comer leche, carnes, cereales, verduras, frutas, pastas y harina cada día, derivado de leche y huevos una vez a la semana Y una vez al mes consume pescado	



4.- Provisión de los cuidados asociados a los procesos de eliminación y los excrementos	
Presenta tenesmo, pujo, estreñimiento, utiliza laxantes, heces fecales pastosas	Menarca 12 años días del ciclo menstrual 3 días
5.-mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	
Despierta cansada presenta bostezo, insomnio Acostumbra a tomar siestas utiliza rivotril para conciliar el sueño, realiza yoga una hora al día	Duerme menos de 6 hrs. Tiene dificultad para conciliar el sueño presenta cambio en su patrón de sueño desde hace más un mes refiere que los factores que interrumpen sus descanso y sueño son ruidos y al entrada de enfermeras presenta dolor de articulaciones refiere que al estiramiento de brazos le produce dolor
6.-Mantenimiento del equilibrio entre soledad y la interacción.	
Presenta problemas visuales tienes lentes de armazón pero no lo utiliza, presencia de alteraciones oculares en ambos con cataratas y presencia de lagrimeo; la usuaria convive diariamente con sus amigos, recurre a ellos y a su familia para platicar de sus problemas tiene buena relación con ellos.	No presenta problemas de audición
7.- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar.	
Está consciente utiliza silla de ruedas y ayuda de enfermería para realizar la deambulacion	

8.-promocion y funcionamiento del desarrollo humano, potencial humano, limitaciones conocidas y el deseo de ser normal.	
Acepta su estado físico	No presenta alguna característica que la haga sentir diferente a los demás No toxomanias

### 10.3 Razonamiento diagnóstico

DATOS SIGNIFICATIVOS (Evidencia)	ANÁLISIS DEDUCTIVO Dominio, clase y requisito alterado	PROBLEMA Etiqueta diagnóstica NANDA II P	FACTOR RELACIONADO Etiología E	MANIFESTACIONES Signos y Síntomas S
Ingiere menos 300-500 ml de Presenta tenesmo, estreñimiento, laxantes, heces fecales pastosas.	<b>Dominio:</b> 3 eliminación e intercambio <b>Clase:</b> 2 función gastrointestinal <b>Requisito:</b> Provisión de los cuidados asociados a los procesos de eliminación y los excrementos	Estreñimiento	Aporte insuficiente de líquidos	Eliminación de heces duras, secas y formadas.  Esfuerzo con la defecación.
Duerme menos de 6hrs. Tiene dificultad para conciliar el sueño, refiere que los factores que interrumpen sus descanso y sueño son ruidos y al entrada de enfermeras, Despierta	<b>Dominio:</b> 4 actividad/reposo <b>Clase</b> 1: sueño y reposo <b>Requisito:</b> mantenimiento del equilibrio	Insomnio	Ruido ambiental	Dificultad para conciliar el sueño  Insatisfacción con el sueño habitual

cansada presenta bostezo, insomnio Acostumbra a tomar siestas utiliza rivotril para conciliar el sueño.	entre la actividad y el reposo.			
Presenta cataratas en ambos ojos, utiliza silla de ruedas y ayuda de enfermería para realizar la de ambulación	<b>Dominio 11:</b> Seguridad/prot ección. <b>Clase 2:</b> Lesión física <b>Requisito:</b> Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar.	Riesgo de caídas	Uso de sillas de ruedas. Edad igual o superior a 65 años.	

## XI. APÉNDICES

### UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO FACULTAD DE ENFERMERIA

#### Consentimiento informado

Yo Verónica Guevara doy mi consentimiento para participar en la aplicación de la metodología de intervención de enfermería (Proceso de Enfermería), que tiene como finalidad conocer e identificar las respuestas humanas, para planear y proporcionar Cuidados de Enfermería Integrales que beneficiarán mi estado de salud, fundamentado en la Teoría General del Deficit de Autocuidado, de Dorotea E. Orem. Asimismo para estructurar un trabajo académico, con fines de titulación, para obtener el grado de Licenciada (o) en Enfermería.

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

Enterado (a) de quien es el responsable de la aplicación del Proceso de Enfermería, doy mi consentimiento para colaborar en el trabajo académico solicitado.



Usuario

  
Candida Cruz Merino

Pasante de Licenciatura en Enfermería



Testigo

Morelia, Mich. a 10 de 01 de diciembre 2012.