



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Facultad de Enfermería

**Proceso de Enfermería con el referente teórico de Dorothea Orem aplicado a un caso
clínico de hipertensión arterial.**

Que para obtener el título de
Licenciado en Enfermería

Presenta:

Samuel Vázquez Martínez.

Asesor:

Maestra en Enfermería.

Elva Rosa Valtierra Oba

Co-Asesor:

Maestra en Enfermería.

Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala.

Morelia Michoacán febrero del 2014

DIRECTIVOS DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

DRA. MARIA LETICIA RUBI GARCIA VALENZUELA

DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

ME RUTH E. PEREZ GUERRERO

SECRETARIA ACADEMICA

ME. ROBERTO MARTINEZ ARENA

SECRETARIO ADMINISTRATIVO

MESA DE SINODALES

JURADO

Dra. Elva Rosa Valtierra Oba

Presidente

LE Renato Hernández Campos

Primer Vocal

Dra. Georgina Hernández Mata

Segundo Vocal

LE. Brenda Martínez Avila

1^{er} Suplente

Dra. María Jazmín Valencia Guzmán

2° Suplente

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme buena salud, entendimiento, paz, valor, fuerza y por permitirme terminar mi carrera de Licenciatura en Enfermería.

A mis padres, por sus esfuerzos, por brindarme apoyo incondicional, por sus sabios consejos y por motivarme para seguir adelante con mis estudios.

A la señora M. A. G. por aceptar participar en este trabajo, por su confianza.

A mi asesora Dra. Elva Rosa Valtiera Oba por toda la dedicación, tiempo, y su ayuda.

A mi Facultad y Maestros por formarme como un profesionalista a lo largo de cuatro años.

Sinceramente:

Samuel Vázquez Martínez.

¡Mil gracias!

DEDICATORIA

A Dios por mantenerme con vida, y lograr lo que más anhelo

.

A mis padres por traerme a este mundo, por ayudar a cumplir mi sueño.

Que Dios les bendiga a todos y a cada uno de ustedes.

Índice

Introducción	1
I Justificación	4
II Objetivos	8
2.1 Objetivo General:	8
2.2. Objetivo Específico:	8
III Metodología	9
IV Caso Clínico	11
V Marco Teórico	15
5.1. Proceso Enfermero	15
5.2 Teoría Enfermera Del Déficit de Autocuidado de Dorotea E. Orem.	30
5.3 Historia Natural de Hipertensión Arterial.	47
5.4 Historia Natural de la Diabetes Mellitus Tipo 2	48
VI. Aplicación del Proceso de Enfermería.	49
VII. Conclusiones y Sugerencias	65
VIII. Referencias Bibliográficas	66
IX. Glosario de Término	68
X. Anexos	76
XI Apéndices	98

Abstrac

El proceso de atención de enfermería, son una serie de pasos, es un instrumento eficaz, para valorar de forma completo al usuario, detectar los problemas que presenta, planear las acciones de enfermería, establecer objetivos y evaluar resultados.

En este caso se aplica a un paciente con enfermedad de hipertensión arterial, se llevo acabo la valoración de los datos del usuario, utilizando una guía basado en las necesidades de acuerdo al modelo de Dorotea E. Orem, para después diagnosticarlo, utilizando el libro de la NANDA, después planear las necesidades alteradas, como ejecución se llevo acabo las actividades de enfermería y evaluación que consistió en analizar los resultados, para estos se utilizaron el libro de la NIC, Como resultado se cumplió la mayoría de los objetivos.

Usuario, proceso, enfermedad.

Abstrac

The process of nursing care, are a series of steps, is an effective tool to assess the user full form, spot problems it presents, planning nursing actions, set goals and evaluate results.

In this case applies to a patient with hypertension disease, just took the assessment of user data, using a needs-based model according to Dorothy E. guide Orem, then diagnose, using the book of NANDA, then plan the altered needs as execution took I just nursing activities and evaluation was to analyze the results for these book IAS were used as outcome met most of the objectives.

User, process, disease.

Introducción

La metodología del Proceso de Enfermería, como herramienta para el cuidado integral y holístico de la salud de las personas, es muy útil, ya que permite al profesional de enfermería realizar una valoración muy completa y prestar un cuidado integral considerando las cinco dimensiones del ser humano, esto es posible debido a las características de sistematización de su aplicación; además admite la inclusión de las diferentes teorías y modelos de Enfermería para su sustentación y en el caso que se presenta se realiza un acercamiento al modelo propuesto por la teórica Dorothea E. Orem.

El proceso enfermero equivale a la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la Enfermería, constituye un sistema de planificación para la ejecución de los cuidados y consta de cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. El propósito de este proceso es crear una estructura que cubra las necesidades de la persona, la familia y la comunidad, al tiempo que delimita el campo del ejercicio profesional.

Durante el desarrollo del presente proceso enfermero se brindan cuidados a una persona con hipertensión arterial, y diabetes mellitus tipo II con el propósito de establecer objetivos conjuntos que lleven a mejorar la calidad de vida de la persona, prevenir complicaciones y reducir riesgos, ya que la *hipertensión arterial* (HTA) y la *diabetes mellitus II* (DM II) son, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), de los principales factores de riesgo para padecer enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y falla renal, además se ha establecido que las complicaciones de la HTA y la DM II se relacionan directamente con la magnitud del aumento de las cifras de tensión arterial y de la glucosa en sangre aunado al tiempo de evolución; por lo cual y considerando las normas para el manejo de las enfermedades crónico-degenerativas que se han establecido por el sector salud en Michoacán es que se efectúa el presente trabajo

para contribuir en la sistematización de las medidas generales de prevención de este tipo de padecimientos al tiempo que se busca la obtención del título de la licenciatura en enfermería mediante la aplicación de un proceso enfermero.

El marco referencial de este proceso incluye un acercamiento al desarrollo teórico de Dorothea E. Orem quien señala que la *Enfermería* es una acción humana y que los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente.

El desarrollo teórico de Orem establece, además que 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 relativa a las limitaciones de sus acciones, relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa 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.

El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben, deliberadamente llevar a cabo por sí solas o haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. La discusión que la teórica hace de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y actividad de autocuidado ofrecen la base para entender los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería.

El trabajo está conformado por Introducción, Justificación, Objetivos General, Objetivos Específicos, Metodología, Caso clínico, Marco teórico, Proceso de enfermería, La teoría enfermera del déficit de autocuidado de Dorotea E. Orem., Historia natural hipertensión arterial, Aplicación de proceso enfermero, Valoración,

Diagnostico, Planeación, Ejecución, Evaluación, Conclusiones, sugerencias, Referencias, Bibliografía, Glosario, Anexos, Apéndice.

I Justificación

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hipertensión arterial causa cerca del 50 por ciento de los casos de enfermedades cardiovasculares en todo el mundo, se estima que entre 10 y 30 por ciento de los adultos en todo el planeta tiene hipertensión arterial y entre 50 y 60 por ciento podría gozar de mejor salud si redujera sus cifras tensionales. (Recio, 2003)

Pero a esos elevadísimos porcentajes registrados, habría que agregar un número incalculable de personas que sin saberlo, viven, con el riesgo de una crisis hipertensiva, al tiempo que, día a día, pueden estar dañando funciones vitales de su organismo que interactúan con la presión sanguínea, como las del corazón, el cerebro, los riñones y la retina ocular. (Recio, 2003)

En México al igual que en otros países emergentes y en la mayoría de los países desarrollados la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, o también denominadas Enfermedades Crónicas Esenciales del Adulto (ECEA), tales como hipertensión arterial sistémica (HTAS), diabetes mellitus tipo 2 (DM-2), dislipidemias, obesidad y aterosclerosis entre otras, han demostrado un crecimiento exponencial en las últimas dos décadas, llegando a superar la prevalencia de las enfermedades transmisibles en el adulto. Pero tal vez el mayor valor de este concepto (como problema de salud pública mundial), es que ahora se reconoce a las ECEA como la primera causa mundial de morbilidad en el adulto. (Velázquez, 2005)

En México, la prevalencia identificada de hipertensión arterial sistémica para el año 2000 fue del 30.05%, es decir, más de 16 millones de mexicanos entre los 20 y 69 años. Los estados del norte de la república, alcanzaron cifras aún mayores. (Velázquez, 2005)

La Encuesta Nacional de Salud 2000, nos mostró que lamentablemente el 61% de los hipertensos de este país desconocen ser portadores del mal, situación que es de extrema importancia ya que, en general, el paciente acude al médico cuando ya han transcurrido varios años desde su inicio y, probablemente, ya habrá en su mayoría daño a órgano blanco.(Velázquez, 2005)

De mayor preocupación, es que, de los que ya se sabían hipertensos, sólo la mitad estaba tomando medicamento antihipertensivo, y de éstos sólo el 14.6% tuvo cifras de control ($< 140/90$ mmHg), sin contar que el criterio reciente para control en el paciente diabético o con daño renal, es más estricto ($< 130/80$ mmHg). De manera que, de forma rigurosa, observaríamos que alrededor del 8% de toda la población hipertensa está realmente en control óptimo. Lo anterior explica en gran medida por qué nuestra tasa de urgencias hipertensivas y eventos vasculares cerebrales, insuficiencia renal crónica, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y retinopatía, entre otros, van en aumento y no en reducción como en otros países.(Velázquez, 2005)

La existencia de hipertensión arterial sistémica guarda estrecha relación con la edad, género y factores co-mórbidos, tales como diabetes, obesidad, dislipidemias y tabaquismo. Así, la forma, tipo y gravedad en que la HTAS interacciona con estos factores, determina la magnitud y velocidad de progresión de daño a órgano blanco, situación que debe considerarse primordial para el establecimiento de un tratamiento médico óptimo inicial. (Velázquez, 2005)

En lo que respecta al nivel local , en la ciudad de Morelia, Michoacán, durante el X Congreso Regional de Hipertensión Arterial Sistémica, los investigadores, médicos generales, internistas y cardiólogos que se dieron cita coincidieron en señalar que por lo menos un 30 por ciento de la población padece de hipertensión(Galeote, 2012)

arterial y esto es considerado como “ un problema de salud pública, que padece entre un 25 y un 30 por ciento de la población, de los cuales apenas un 30 por ciento están en tratamiento y de estos sólo se les puede ayudar a un 25 por ciento”. Por otro lado las enfermedades del corazón, la presión arterial elevada y las arritmias cobran muchos pacientes en edades productivas (alrededor de 55 a 65 años, pueden ser mayores o menores pero esta población es la más vulnerable). (Galeote, 2012)

En otro sentido se habla de que la Diabetes Mellitus (DM) afecta actualmente a más de 285 millones de personas en el mundo y se espera que alcance los 438 millones en 2030. (Sambrano, 2012)

De conformidad con la información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT), la prevalencia de diabetes aumentó en 14 por ciento, lo que representa un total de 8 millones de personas con diabetes en toda la República Mexicana. (Sambrano, 2012)

La diabetes mellitus es un factor de riesgo cardiovascular, se estima que entre 7 u 8 de cada 10 personas con diabetes padecen problemas macrovasculares, como cardiopatía isquémica (pérdida de equilibrio entre el aporte de oxígeno al miocardio y la demanda de este tejido), insuficiencia cardíaca (el corazón ya no puede bombear suficiente sangre al resto del cuerpo), la enfermedad vascular cerebral (interrupción del suministro de la sangre que llega al cerebro) y la insuficiencia arterial periférica (bloqueo u obstrucción de las arterias). (Sambrano, 2012)

Actualmente 1 de cada 3 muertes en México reporta diabetes como causa secundaria. En promedio los hombres con diabetes mueren a una edad más temprana, 67, contra 70 años en promedio que viven las mujeres. (Sambrano, 2012)

De cada 100 personas con diabetes 14 presentan nefropatía (daño en riñón), 10 desarrollan neuropatía (daño en sistema nervioso), 10 sufren de pie diabético (una de cada 3 termina en amputación) y 5 padecen ceguera. (Sambrano, 2012)

El paciente con diabetes tiene tres veces más riesgo de cardiopatía o enfermedad cerebrovascular además de presentar trastorno depresivo y cambios de personalidad. (Sambrano, 2012)

El secretario técnico de SSM dio a conocer cifras de detección y mortandad del Estado de Michoacán, donde se registra que en 2005 se hizo una detección de casos nuevos 21.7% por cada 10 mil habitantes y en el 2010 38% por cada 10 mil habitantes; esto quiere decir, que en 5 años se aumentó la detección lo cual ha sido un avance; a diferencia de la mortandad donde en 2005 6.7% de cada 10 mil habitantes morían por esta causa y en 2010 se incrementó 9.1% por cada 10 mil habitantes incrementándose 35% en 5 años; lo que significa que se ha aumentado la detección pero también se ha ido en aumento en las cifras de mortandad.(secretaria de salud - SSM. 2012)

Así de acuerdo a la encuesta nacional de salud y nutrición, realizada en octubre de 2011 a mayo de 2012, donde se encuestaron 50 mil 828 hogares y dada a conocer hace cinco días por la Secretaría de Salud Federal, existen 6.4 millones de personas con el conocimiento de padecer diabetes mellitus cifra que representa el 9.1% que lo saben hace 20 años y 4.3 por ciento que están enterradas hace 6 años. (secretaria de salud - SSM. 2012)

Todo lo anteriormente expuesto permite dar cuenta de la trascendencia que tienen todos los esfuerzos coordinados y sistemáticos que se realicen para incidir en la promoción de salud y la prevención primaria de las enfermedades crónicas y degenerativas y establece la justificación del presente trabajo. (secretaria de salud - SSM. 2012)

II Objetivos

2.1 Objetivo General:

Aplicar el proceso enfermero a un usuario y sus cinco etapas con un caso de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 con el modelo de la teórica de Dorotea E. Orem para favorecer el autocuidado, la recuperación de la salud del usuario.

2.2. Objetivo Específico:

- * Valorar el estado de salud del usuario mediante el modelo de Dorotea E. Orem para obtener los requerimientos de autocuidado.
- * Identificar los diagnósticos de enfermería para ello se utilizará la clasificación de la NANDA 2 (north american nursing diagnosis association)
- * Elaborar un plan de intervención, estableciendo los objetivos
- * Realizar las intervenciones pertinentes al cuidado del usuario para alcanzar los objetivos deseados y propuestos.
- * Calificar el estado del paciente, evaluar las acciones del cuidado.

III Metodología

A fin de tener el título de licenciado en enfermería se asistió en el curso-taller de proceso de enfermería donde se revisaron las etapas del proceso de enfermería, organizado por la facultad de enfermería. Al finalizar la revisión teórico-metodológica se decidió trabajar con una persona con hipertensión arterial, se determinó que dicho proceso se aplicara en un paciente que acude a su control al seguro social.

Inicialmente se le invito a participar, Además se le informo de los beneficios en favor de su salud y de que podía suspender su participación en el momento que deseara sin problema, del mismo modo se le proporciono la hoja de consentimiento informado a fin de obtener su autorización y emprender el trabajo.

Para iniciar el proceso de enfermería se le solicito a la persona en su domicilio, que contestara a las preguntas de la guía de valoración de Dorotea Elizabeth Orem establecido de acuerdo al marco conceptual de la teoría del autocuidado con los siguientes elementos: factores condicionantes básicos, requisitos de autocuidado universales, requisitos de autocuidado de desarrollo y requisitos de desviación de la salud.

Para su estructura, con fin de obtener información y datos del proceso de enfermería se consultó diferentes bibliografías, y a través del internet.

El material didáctico que ayudaron a reforzar la valoración, diagnósticos, planeación y las intervenciones de enfermería propuestas fueron los siguientes: la taxonomía II de diagnósticos de la NANDA (north american nursing diagnosis association), guía de valoración de enfermería con base en la teoría del autocuidado de Orem, formato de razonamiento diagnóstico y las nomenclaturas de criterios de resultado (NOC) e intervenciones de Enfermería (NIC).

A fin de alcanzar el objetivo planeado; posteriormente se ejecutaron las acciones y se realizó evaluación por cada diagnóstico.

IV Caso Clínico

18-04-13 M.A.G. sexo: femenino edad: 61 años religión: católica casada, escolaridad: secretaria comercial, lugar de residencia: Morelia. Características de la vivienda: casa propia, material de construcción ladrillo, cuenta con los servicios básicos de vivienda: agua potable, luz eléctrica, drenaje pavimentación. Condiciones ambientales de la comunidad: cuenta con servicios básicos: alumbrado público, recolección de basura, drenaje y alcantarillado.

Madre de familia, tiene 3 hijos, dos son biológicos y una es adoptada. Tiene buena relación con la familia, nivel de educación, primaria, comerciante antecedentes laborales: secretaria ejecutiva. Ingreso familiar: 1000-2000 semanal. No depende de nadie económicamente, en su tiempo libre realiza actividades recreativas, para cuidar su salud, realiza caminata, no come grasa, no ingiere sal en mayor cantidad, no ingiere azúcar en mayor cantidad. Su salud la percibe regular. Refiere que acude a su cita médica, para chequeos generales, y para surtir su medicamento, dieta habitual, diabética e hipo sódico. Regularmente acude al servicio de salud IMSS, diagnostico medico hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, estado de salud: estable. Refiere que ha tenido cefalea, sudoración de la cabeza y comezón.

Tiene la capacidad de tomar decisiones respecto a su tratamiento médico, ella misma autoriza su tratamiento médico.

Frecuencia respiratoria: 14 x', no presenta cianosis, llenado capilar de 2 a 3 segundos, fuma desde los 18 años, nunca ha cocinado con leña, no presenta alergias, vías aéreas sin alteraciones, leve desviación del tabique nasal, torax sin alteraciones, no padece de enfermedad pulmonar.

Cardiovascular: T/A: 170/90 FC: 77 X' no presenta soplos, ni arritmias.

Al realizar algún esfuerzo físico no presenta disnea, mucosa oral hidratada, piel sin alteraciones aparentes.

Cantidad de agua que ingiere al día, 500-1000ml., el agua que consume proviene de garrafón. No utiliza algún método para purificar el agua. En el día ingiere algún otro tipo de líquido así como te, agua fresca, aproximadamente 200ml.

Peso: 65.500 kg. Talla. 1.43 cm. IMC: 32.75. Cintura: 102 cms

En ocho meses ha perdido 2.300 kgms. Presenta obesidad de primer nivel.

Dentadura: no conserva ninguna pieza dental propia, utiliza prótesis extraíble, placa completa superior e inferior.

Estado de las mucosas: no presenta algún problema en la mucosa oral. No presenta alteraciones en cara y cuello. Abdomen sin alteraciones

No presenta algún problema en la alimentación, no necesita ningún tipo de ayuda para alimentarse. Tipo de nutrición: nutrición enteral.

Dieta

Leche diaria , Derivado de la leche una vez a la semana

Carnes una vez a la semana, cereales una vez a la semana, verduras una diaria, frutas una diaria, huevos una vez al mes, pescado una vez al mes, Pasta y Harina.

Los alimentos los guisa con aceite vegetal

Su dieta habitual es para diabéticos y no consume más sal de la que contiene los alimentos ya preparado, le han recomendado restricción de sal.

No presenta ninguna alteración evidente al evacuar, no necesita apoyo para la eliminación intestinal. Evacuación intestinal: espontanea. Característica de las heces fecales blanda y bien formada.

No presenta ninguna alteración en la micción. Características de la micción: ámbar.

Grupo menstruación: menarca 13 años, días del ciclo menstrual: 3 dias, tipo cantidad y características del flujo: regular. No presento ningún problema durante su menstruación. Refiere que no presento menopausia debido a que cuando le extirparon la matriz aun menstruaba.

Reposo

Duerme habitualmente 8 horas, al despertar se siente descansada, no tiene dificultad para conciliar el sueño. No ha sufrido algún cambio en su patrón de sueño. No hay presencia de bostezo. No acostumbra a tomar siestas.

Sistema musculo esquelético: refiere dolor en sus dedos y ella lo atribuye al tiempo que pasó escribiendo a máquina.

Comenta que ninguna actividad física le produce dolor. Realiza caminata, tres veces a la semana.

No presenta problemas de audición, pero ocasionalmente experimenta acúfenos.

Sistema ocular: no presenta problemas visuales. No presenta alteraciones oculares.

Convive diariamente con familiares y amigos. Lleva buenas relaciones con las personas que conviven.

Para platicar de sus problemas recurre con su familia. Se observa seguridad

Sistema neurológico: consciente. No presenta problema con la concentración ni con el razonamiento, manifiesta presencia constante de cefalea acompañada de sudoración y sensación de comezón.

Antecedentes heredo familiares patológicos: por parte de sus hermanos, hipertensión arterial, diabetes, cáncer, angina de pecho, hernias diafragmáticas.

Se observan ciertas medidas de seguridad en el hogar, para el cuidado de su persona y familia, por ejemplo, en la escalera hay barandal.

Acepta su aspecto físico, acepta los cambios corporales resultado de su enfermedad, no necesita ayuda para realizar las actividades para satisfacer las necesidades básicas.

Considera su vida que ha sido productiva y habitualmente no presenta alteraciones emocionales, ante situaciones estresantes su reacción es positiva.

Entre los aspectos relevantes de su salud refiere una histerectomía (por CaCu), cirugía de corrección de hernia hiatal, y extracción quirúrgica de la tiroides.

Sistema reproductor: histerectomía hace tres años, reporta menarca a los 13 años, no presento algún problema durante su menstruación.

Embarazos: 5 partos: 2 cesárea: 0 abortos: 3.

Ultimo Papanicolaou. Noviembre 2012.

Acude a su cita médica cada mes.

Ella sabe de qué está enferma, conoce las complicaciones que se puede presentar si no se cuida.

Ella acude cuando hay alguna campaña orientada a la detección oportuna de enfermedades.

En caso de déficit o incapacidad física, su sentimiento respecto a su situación es tomar las cosas con calma.

A la exploración se encuentran los siguientes valores:

Glucosa: 157 mg/dl, creatinina: 0.8 mg/dl, ácido úrico: 3.9 mg/dl, colesterol: 233.92 mg/dl, triglicéridos: 192.06 mg/dl. Ego: negativo.

Medicamentos

Metformina tableta 850 mg envase con 30 tabletas c/24 hrs durante 30 días.

Metoprolol tableta 100 mg con 20 tabletas

Pravastatina tableta 10 mg envase con 30 tabletas.

Bezafibrato tableta 200 mg envase con 30 tabletas.

Complejo B comprimido o capsula contiene: mononitrato o cloritrato de tiamina 100 mg cloritrato de piridoxina 5mg cianocobalamina 50 microgramos envase con 30 tabletas, comprimidos o capsulas.

Paracetamol tabletas cada tableta contiene: paracetamol 500 mg envase con 10 tabletas.

Pantoprazol o rabeprazol u omeprazol tableta o gragea, cada gragea o capsula contien: pantoprazol 40 mg o rabeprazol sódico 20 mg u omeprazol20 mg envase con 14 tabletas ogrageas o capsula. Una capsula cada 24 hrs durante 28 días.

Topiramato tabletas 25mg v.o. 1 tab. c/12hrs x 1mes.

V Marco Teórico

El marco teórico está conformado por tres partes. El primero se aborda, el concepto de proceso de enfermería, enseguida se incluye, la teoría de Dorotea E. Orem y finalmente, se culmina con la historia natural de la hipertensión arterial y diabetes mellitus.

5.1. Proceso Enfermero

Los Antecedentes del proceso enfermero son los siguientes; el proceso enfermero ha tenido, una evolución hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión “Hall en (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso de tres fases diferentes, (valoracion, planeacion, y ejecucion). Yura y Walsh (1967) fueron los autores cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los años 70, Blach (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnostica, dando lugar al proceso de cinco fases.” (Iyer, Taptich, y D, 1993)

El proceso enfermero se conoce, como “un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos y de forma eficiente”. (Rodriguez, 2001)

Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera(o), que le permitan organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico. (Rodriguez, 2001)

Es sistemático por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnostico, planeación, ejecución, y evaluación). (Rodriguez, 2001)

Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico, es intencionado porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo. (Rodríguez, 2001)

Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre. (Rodríguez, 2001)

Es flexible por que puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería. (Rodríguez, 2001)

Es interactivo por requerir de la interrelación humano-humano con el (los) usuario(s). Para lograr objetivos comunes. (Rodríguez, 2001)

El proceso de enfermería es un método de resolución de problemas, deliberado, para satisfacer las necesidades de cuidado de la salud y de enfermería de los pacientes. Incluye la valoración (reunión de datos), diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación con modificaciones subsecuentes como mecanismos de retroalimentación que facilitan la resolución final de diagnósticos de enfermería. El proceso el conjunto es cíclico y sus etapas están interrelacionadas, son interdependientes y recurrentes. (Smith, 1995)

El proceso de enfermería es un instrumento que tiene una utilización limitada al sujeto como individuo. Es el instrumento básico del trabajo de enfermería, que permite actuar con métodos para adaptarlos a cada sujeto, generando una información básica para la investigación (Alfaro-Lefevre, 2002).

Etapas del proceso enfermero

- A. Valoración. Recolección sistemática de datos para valorar el estado de salud del enfermo e identificar cualesquier problemas de salud reales o potenciales. (Smith, 1995)
- B. Diagnóstico de enfermería. Identificación de problemas de salud reales o potenciales, propicios para resolución mediante acciones de enfermería. (Smith, 1995)
- C. Planeación. Establecimiento de objetivos y un plan de cuidados por medio de intervenciones de enfermería, (Smith, 1995)
- D. ejecución consiste en llevar a la práctica el plan mediante acciones que conduzcan el logro de los objetivos establecidos.(Rodriguez, 2001)
- E. Evaluación. Determinación de la respuesta del paciente ante las intervenciones del personal de enfermería y del grado en que se han cumplido los objetivos.(Smith, 1995)

Valoración

La valoración nos permite reunir la información necesaria referente al usuario, familia y comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas así como los recursos (capacidades) con los que se cuentan.

La valoración que realiza la enfermera del usuario(s) tiene que ser total e integradora por lo que debe seguir un enfoque holístico; es decir un modelo enfermero para la identificación de respuestas humanas y la integración de elementos de un modelo médico para la identificación de respuestas fisiopatológicas. (Rodriguez, 2001)

La valoración de un modelo enfermero, puede derivarse de la aplicación de cualquier teoría de enfermería, de tal forma que se puede valorar al usuario(s) siguiendo las catorce necesidades de Henderson, los cuatro principios de conservación de Levine, los subsistemas de Johnson, los requisitos de autocuidado de Orem etcétera, o bien optar por valorar siguiendo la perspectiva de (Rodriguez, 2001)

las necesidades humanas, de los patrones funcionales de salud y de los patrones de respuesta humana. Así mismo la valoración por un modelo médico, puede utilizar la metodología de exploración de cabeza a pies o por sistemas corporales. (Rodríguez, 2001)

La valoración como proceso continuo proporciona información valiosa del usuario, permitiéndonos emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo, y de los recursos (capacidades) existentes para conservar y recuperar la salud. (Rodríguez, 2001)

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

- Recolección de la información,
- Validación de la información y
- Registro de la información.(Rodríguez, 2001)

Recolección de la información: a inicio desde el “primer encuentro con el usuario, y continua en cada encuentro subsiguiente hasta que la persona sea dada de alta”, por lo que es indispensable aprovechar cada momento en que se esté con el usuario y su familia para recolectar datos que nos permitan conocerlos. (Rodríguez, 2001)

Para obtener la información se recurre tanto a fuentes directas como indirectas: con fuentes directas primarias el usuario y su familia (ellos constituyen la principal fuente de información), los amigos y otros profesionales del área de la salud son fuentes directas secundarias por que aportan datos valiosos sobre el usuario y su familia. (Rodríguez, 2001)

Las fuentes indirectas de información a las que también se debe recurrir son el expediente clínico y la bibliografía relevante además es indispensable contar con una guía durante la recolección de la información, para seguir (Rodríguez, 2001)

una metodología específica durante la valoración, evitar omisiones y facilitar a la vez la agrupación

de datos, la recolección de los datos del usuario puede ser general y específica (focalizada); así primero tendrá un conocimiento de todos los aspectos relacionados con el estado de salud y una vez detectado un problema real o de riesgo centrar la valoración en un área específica, “durante la valoración el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales” (Rodríguez, 2001)

Los datos subjetivos son aquellos que el usuario nos refiere y que manifiestan una percepción de carácter individual (el dolor, el temor, la debilidad, la impotencia, etc...). (Rodríguez, 2001)

Son datos objetivos la información que se puede observar y medir a través de los órganos de los sentidos (la frecuencia cardíaca, el color de la piel, peso y la talla, la tensión arterial, la presencia de edema etc...).

Los datos históricos se refieren a hechos del pasado y que se relacionan con la salud del usuario (antecedentes familiares y personales de enfermedad, conductas que se han tenido para el cuidado de la salud, hospitalizaciones, tratamientos médicos recibidos, etc...). (Rodríguez, 2001)

Los datos actuales son hechos que suceden en el momento y que son el motivo de consulta u hospitalización. (Rodríguez, 2001)

a) La entrevista, es una labor compleja que requiere ante todo de habilidad en la comunicación y de la interrelación estrecha con el usuario. Tiene como finalidad: la obtención de la información necesaria para el diagnóstico y planeación de actividades, la iniciación de un ambiente terapéutico caracterizado por el diálogo, respeto, y confianza y el establecimiento de objetivos comunes entre la enfermera (o) y el usuario. (Rodríguez, 2001)

b) El examen físico permite obtener una serie de datos para valorar el estado de salud de un individuo y determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería y médicas. (Rodríguez, 2001)

Este debe ser complejo, sistemático y preciso, con un modelo por sistema corporales o de cabeza a pies, Para efectuar “el examen físico se requiere cuatro técnicas principales: Inspección, palpación, percusión y auscultación, además de la medición de las constantes vitales y de la somatometria. (Rodríguez, 2001)

Validación de la información una vez reunida la información del usuario tiene que ser válida para estar seguros de que los datos obtenidos sean los correctos, “la validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada y “cometer errores al identificar los problemas”, para la validación de datos es necesarios: revalorar al usuario, solicitar a otra enfermera(o) que recolecte aquellos datos en los que no esté seguro, comparar datos objetivos subjetivos, consultar al usuario/familia y a otros integrantes del equipo sanitario, la validación de los datos es de suma importancia porque si no se realiza es probable que en la etapa de diagnóstico se presenten dificultades para la agrupación e interpretación de la información. (Rodríguez, 2001)

Registro de la información es el último paso de la etapa de valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico, los objetivos que persigue el registro de la información son: “favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería” (Rodríguez, 2001)

Diagnostico

Es un “juicio clínico sobre la respuesta humana de una persona, familia o comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales y de riesgo, en donde la enfermera(o) es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en forma independiente, el diagnostico consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud del usuario, familia y comunidad y los pasos de la etapa de diagnóstico son:

1. Razonamiento diagnóstico.
2. Formulación de diagnóstico enfermero.
3. Validación.
4. Registro de los diagnostico enfermeros y problema interdependientes.

(Rodríguez, 2001)

Razonamiento diagnostico

Es la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas. La enfermera (o) durante razonamiento diagnostico realiza diversas funciones intelectuales integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico. (Rodriguez, 2001)

Los pasos a seguir durante el razonamiento diagnostico son los siguientes:

1. Realizar un listado de todos los datos significativos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales, que aporte la valoración incluyendo los recursos.
2. Analizar y agrupar los datos significativos (indicios) que cree que se relacionan y realizar las deducciones correspondientes.
3. Comparar los datos significativos (subjetivos, objetivos, históricos y actuales) con los factores relacionados/riesgo y con las características definitorias de las categorías diagnostica de la N.A.N.D.A.
4. Determinar si la enfermera(o) tiene “la autoridad para hacer el diagnóstico definitivo y ser el principal responsable de la predicción, prevención y tratamiento del problema. (Rodríguez, 2001)

5. Proceder a dar el nombre correspondiente a las respuestas humanas (diagnósticos enfermeros), y a las respuestas fisiopatológicas.
6. Determinar los factores relacionados o de riesgo (etiología del problema).
(Rodríguez, 2001)

Formulación del diagnóstico enfermero.

Los diagnósticos enfermeros se clasifican en reales, de riesgo y de salud.

El diagnóstico de salud real: “describe la respuesta actual de una persona, una familia, o una comunidad y se apoya en la existencia de características definitorias, (datos objetivos y subjetivos) además de tener factores relacionados.

El diagnóstico enfermero de riesgo (potencial): “describe respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables” no existen características definitorias (datos objetivos y subjetivos), solo se apoya en los factores de riesgo (etiología). (Rodríguez, 2001)

El diagnóstico enfermero de salud: “es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor”. (Rodríguez, 2001)

Los diagnósticos enfermeros se estructuran de este modo, para redactar un diagnóstico enfermero, el primer paso es utilizar el nombre N.A.N.D.A. previamente identificado por el profesional de enfermería durante el razonamiento diagnóstico. (Rodríguez, 2001)

En el caso del diagnóstico enfermero real “se aconseja un formato en tres partes: problema + factores relacionados y datos objetivos y subjetivos”. (Rodríguez, 2001)

El problema es la respuesta humana.

Los factores relacionados son la causa del problema (etiología), cuyo origen puede obedecer a trastornos “fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales. (Rodríguez, 2001)

Los datos objetivos y subjetivos (características definitorias/sintomatología), son las evidencias de que el problema existe). (Rodríguez, 2001)

El problema se une a los factores relacionados con las palabras *relacionado con*, y estos se unen con las características definitorias mediante las palabras *manifestado por*

Para estructurar un diagnóstico enfermero de riesgo se emplean únicamente dos partes: problema + factores de riesgo, ya que no existen datos objetivos y subjetivos (características definitorias).

Los factores de riesgo son “aquellos que predisponen a un individuo familia o comunidad a un acontecimiento nocivo” (Rodríguez, 2001)

En cuanto a la formulación de los diagnósticos de salud estos únicamente llevan un solo elemento que es el nombre correspondiente a la respuesta humana, a la cual se le antepone las palabras “potencial de aumento de o potencial de mejora de. (Rodríguez, 2001)

La validación consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, para lo cual se recomienda plantearse las siguientes preguntas:

1. ¿la información recolectada del usuario/familia fue suficiente?
2. ¿el análisis y la agrupación de datos se hicieron en forma correcta?
3. ¿las deducciones realizadas fueron acertadas?
4. ¿la identificación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes fue correcta?
5. ¿para asignar el nombre a la respuesta humana se acompañaron los datos obtenidos con las características definitorias y factores relacionados de las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A.?
6. ¿para asignar el nombre a la respuesta fisiopatológicas se consultaron fuentes bibliográficas y a otros profesionales del área de la salud?
7. ¿los factores relacionados o de riesgo corresponden al problema que se identificó? (Rodríguez, 2001)

8. ¿la estructura de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes se apegó a lo establecido. (Rodríguez, 2001)

Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes una vez validado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, pueden escribirse en la hoja de notas de enfermería y en los planes de cuidado para iniciar con la etapa de planeación. (Rodríguez, 2001)

Variantes de los formatos básicos

Los variantes de los enunciados básicos de una, dos y tres partes son los siguientes:

1. Escribir etiología desconocida cuando las características definitorias están presentes, pero el profesional de enfermería desconoce la causa o los factores que han contribuido.
2. Utilizar la expresión factores complejos cuando son demasiado complejos como para resumirlos en una sola frase.
3. Las causas reales de la autoestima baja crónica, por ejemplo, pueden ser a largo plazo y complejas.
4. Utilizar la palabra posible para describir el problema o la etiología. Cuando el profesional de enfermería considera que son necesarios más datos sobre el problema del paciente o sobre su etiología, se inserta la palabra posible.
5. Usar la expresión secundario a para dividir la etiología en dos partes y hacer más descriptivo y útil el enunciado. La parte que sigue a la expresión secundario a menudo es un proceso fisiopatológico o una enfermedad.

(Kozier, Erb, Berman, & Snider)

Planeación

Es la tercera etapa del proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos de enfermeros y problemas interdependientes, y que consiste en “la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente (Rodríguez, 2001)

sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo, los pasos de la planeación son:

- Establecer prioridades.
- Elaborar objetivos.
- Determinar acciones de enfermería.
- Documentar el plan de cuidados. (Rodríguez, 2001)

Las prioridades durante la priorización se emplean el pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenecen, lo que permiten brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas. (Rodríguez, 2001)

Sin embargo, el hecho de elegir un diagnóstico como el más importante se basa en varios factores; por ejemplo, los problemas que ponen en peligro la vida, como son el deterioro grave o la pérdida de la función cardíaca, circulatoria, respiratoria o neurológica. El establecimiento de prioridades se facilita por la puesta en marcha de teorías y modelos, conceptos y principios. Un modelo que con mayor frecuencia se maneja para las necesidades es el de Maslow. (Rosales & Reyes, 2004)

Los objetivos se elaboran de la siguiente manera, los objetivos son una parte indispensable dentro de la etapa de planeación, ya que con ellos “usted mide el éxito de un plan determinado al valorar el logro de los resultados. También permiten dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados, y “son factores de motivación al generar numerosas acciones en las enfermeras(os).

Los objetivos para un plan de cuidados deben reunir las siguientes características: Resultar del diagnóstico enfermero o problema interdependiente; es decir (Rodríguez, 2001)

centrarse en dar solución al problema (*objetivo final*), y en “la modificación o desaparición de los factores causales del problema o de sus efectos” (*objetivo específico*).

1. Estar dirigidos al usuario, familia o comunidad, porque en ellos se esperan los resultados; también pueden referirse a una parte del organismo o a una función, como es el caso de algunos diagnósticos enfermeros, y cuando se tratan de problemas interdependientes.
2. incluir verbos que se puedan observar y evaluar para tener la certeza de que se ha logrado el objetivo.
3. Ser claros y precisos, con los siguientes elementos en su redacción: sujeto (persona), verbo (conducta), condición (circunstancias en que debe realizarse la conducta) y criterios de realización (tiempo y grado de tolerancia o dificultad para realizar la acción).
4. Haber involucrado al usuario y su familia, para perseguir el mismo fin y tener mayores posibilidades de éxito. En el caso de los objetivos para problemas interdependientes es conveniente la compartición de todos los integrantes del equipo sanitario, además del usuario y familia.
5. Utilizar un solo verbo (conducta) por cada objetivo.
6. ser realistas, es decir que consideren las capacidades físicas psicológicas y personales del usuario (s) para que se puedan alcanzar.
7. considerar en los objetivos conductas de los dominios: cognitivo, afectivo y psicomotriz de acuerdo a las características del problema de salud.
(Rodríguez, 2001)

La determinación de acciones de enfermería consiste en “las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos” y están encaminadas a tratar los factores relacionados o de riesgo del problema de salud señalado en el diagnóstico enfermero o problema interdependiente. (Rodríguez, 2001)

En la determinación de dichas estrategias se emplea el pensamiento crítico, para analizar la situación “problema” mediante cuestionamiento que conducen a la selección de acciones de enfermería específicas. (Rodríguez, 2001)

La documentación del plan de cuidados es el registro que la enfermera (o) realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados.

De acuerdo con su registro los planes de cuidados pueden ser: individualizados, cuando se utiliza un formato dividido en columnas en donde la enfermera(o) procede a escribir el diagnóstico enfermero / problema interdependiente, objetivos, acciones de enfermería y evaluación. (Rodríguez, 2001)

Ejecución

Es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados “y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados. Los pasos de la ejecución son:

*preparación.

*intervención.

*documentación. (Rodríguez, 2001)

Preparación, antes de llevar a cabo un plan de cuidados se debe:

1. Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario y que sean “compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria” haciéndose necesaria la revaloración.
2. Analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarios para realizar las actividades planeadas, en caso de no ser así, es indispensable solicitar asesoría. (Rodríguez, 2001)

3. Tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería.
4. Reunir el material y equipo necesario para llevar a cabo cada intervención.
5. Crear un ambiente confortable y seguro para el usuario durante la realización de cada actividad.
6. Delegar cuidados enfermeros que se apeguen a “los cuatro puntos clave de la delegación. (Rodríguez, 2001)

La intervención inicia cuando posterior a la fase de preparación pueden llevarse a cabo las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes planeadas, que incluyen: valoración; “la prestación de cuidados para conseguir los objetivos; la educación del usuario, familia y comunidad, y “la comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria”. (Rodríguez, 2001)

Es fundamental considerar las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario durante la ejecución de las acciones de enfermería, para lograr su participación e independencia.

La documentación es el registro que realiza la enfermera(o) en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del usuario y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud. (Rodríguez, 2001)

Evaluación

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

La aplicación del proceso enfermero se evalúa con las siguientes preguntas:

- ¿la valoración estuvo completa y la formación fue validada?
- ¿el razonamiento diagnóstico fue correcto?
- ¿la formulación de diagnóstico enfermero y problemas interdependientes fue acertada?
- Los planes de cuidados dieron solución al problema y etiología de los problemas señalados? (Griffit, J, & Christensen, 1993)

- Las acciones de enfermería realizadas permitieron el logro de los objetivos? (Griffit, J, & Christensen, 1993)

La evaluación en el proceso enfermero es útil para: “determinar el logro de los objetivos; identificar las variables que afectan decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado.

Cuando los resultados no son los esperados o simplemente no hay una respuesta satisfactoria, la enfermera(o) debe revisar cada una de las etapas del proceso, detectar posibles fallas y proceder a corregirlas. (Griffit, J, & Christensen, 1993)

Formas de evaluación

La evaluación puede conceptualizarse en tres formas: estructura, proceso y resultado. (Griffit, J, & Christensen, 1993)

Estructura. El enfoque de evaluación de la estructura se dirige a las instalaciones físicas, equipo y patrón de organización del centro de salud. Ejemplos de evaluación de la estructura son las auditorias de enfermería por parte de organizaciones específicas. La mayor parte de los hospitales han establecido lineamientos para evaluar la estructura.(Griffit, J, & Christensen, 1993)

Proceso. La evaluación del proceso se centra en las actividades de enfermería, estas actividades pueden juzgarse observando el rendimiento, preguntando a los pacientes o revisando las notas de enfermería en las hojas de evolución. Esta forma de evaluación que se concentra en el hecho de que los procedimientos se realicen con propiedad, hace interrogaciones como: ¿la enfermera identifica al paciente cuando le administra medicaciones?, ¿fue firmada la hoja de consentimiento antes de la cirugía?, ¿se explican los procedimientos al enfermo?. (Griffit, J, & Christensen, 1993)

Resultado. La evaluación del resultado se centra en los cambios en la conducta y el estado de salud del paciente, la enfermera busca la evidencia de la mejoría en el estado de salud que resulta de su intervención; (Griffit, J, & Christensen, 1993)

La evaluación *concurrente del resultado* juzga la capacidad del paciente para demostrar progresos de conducta medibles en su estado de salud, sus destrezas o su conocimiento. (Griffit, J, & Christensen, 1993)

La evaluación *retrospectiva del resultado* examina la gráfica después de haber dado de alta al paciente, se investiga la evidencia del progreso del paciente que resulta de la intervención de enfermería.(Griffit, J, & Christensen, 1993)

5.2 Teoría Enfermera Del Déficit de Autocuidado de Dorotea E. Orem.

Dorotea E. Orem, una de las enfermeras americanas más destacadas, nació en Baltimore, Maryland. Su padre era un constructor a quien le gustaba pescar y su madre era un ama de casa a quien le gustaba leer. La menor de dos hermanas, orem empezó su carrera enfermera en la escuela de enfermería del Providence hospital en Washington d. c., donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década de los treinta. Orem recibió posteriormente un B.S.N.E. de la catholic university of america (CUA) en 1939 y, en 1946, obtuvo un m.s.n.e. de la misma universidad.(Marrinner & Raile, 2003)

Sus experiencias enfermeras más tempranas incluyen actividades de enfermería quirúrgica, enfermería de servicio privado (tanto de servicio domiciliario como hospitalario), miembro del personal hospitalario en unidades médicas pediátricas y de adultos, supervisora de noche en urgencias y profesora de ciencias biológicas. Orem ostento el cargo de directora de la escuela de enfermería y del departamento de enfermería en el providence hospital, Detroit, orem paso siete años de 1940 a 1949. Tras marcharse de Detroit, orem (Marrinner & Raile, 2003)

paso siete años (1949 a. 1957) en Indiana, trabajando en la división of health. Su meta era mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales de todo el estado. Durante este tiempo, Orem desarrolló su definición de la práctica de enfermería. (Marriner & Raile, 2003)

En 1957, Orem se trasladó a Washington, D.C., donde trabajó en el office of education, en el U.S. departamento of health, education and welfare (DHew) como asesora de programas de estudio de 1958 a 1960. En el DHew, trabajó en un proyecto para mejorar la formación de práctica de las enfermeras, lo que despertó en ella la necesidad de responder a la pregunta: ¿cuál es el tema principal de la enfermería? Como respuesta a esta pregunta, en 1959, Orem inició su labor como profesora colaboradora de educación enfermera en la CUA. (Marriner & Raile, 2003)

El members of de nursing development conference group (NDCG), contribuyeron al desarrollo de la teoría. Orem abandonó la CUA y empezó a dedicarse a su propia empresa consultora. El primer libro publicado por Orem, en 1971, fue nursing: concepts of practice. Mientras prepararon y revisaron concept formalization in nursing: process and product, Orem era editora de la NDCG, la Georgetown university le confirió a Orem el título honorario de doctor of science en 1976. Recibió el premio alumni association award for nursing theory la CUA en 1980. (Marriner & Raile, 2003)

Entre los demás títulos recibidos; se incluyen el honorary doctor of science, Incarnate Word college, en 1980; el doctor of human letters, Illinois Wesleyan university (IWU), en 1988; el Linda Richard, national league for nursing, en 1991, y el honorary fellow of the american academy of nursing honoris causae de la universidad de Missouri en 1998.

Se han publicado ediciones posteriores de nursing: concept of practice en 1980, 1985, 1991, 1995 y 2001. Orem se jubiló en 1984 y reside actualmente en Savannah, Georgia. Sigue trabajando, sola o con. (Marriner & Raile, 2003)

colaboradores, en el desarrollo de la teoría enfermera del déficit de autocuidado (TEDA). (Marrinner & Raile, 2003)

Conceptos principales y definiciones Orem etiqueta su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe por qué y el cómo de las personas cuidan de si misma; la teoría de déficit de autocuidado, describe y explica como la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca la enfermería. (Marrinner & Raile, 2003)

Los principales conceptos de estas teorías se identifican aquí: concepto de **Autocuidado**. El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar. (Marrinner & Raile, 2003)

Define además cuatro **Requisitos de autocuidado** Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expreso sobre las acciones que se deben llevar acabo porque se consideran necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. Un requisito de autocuidado formulado comprende: (1) el factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humano en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personales, y (2) la naturaleza de la acción requerida. Los requisitos de autocuidado formalizados del autocuidado y expresados representan los objetivos formalizados del autocuidado. Son las razones por las emplea el autocuidado; expresan los resultados deseados (los objetivos del autocuidado). (Marrinner & Raile, 2003)

Requisitos de autocuidado universales Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del círculo vital. Se proponen seis requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños:

1. El mantenimiento de un aporte del aire, agua y alimentos suficientes.
2. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
3. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
4. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
5. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
6. La promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal. La normalidad se define como aquello que es esencialmente humano y es acorde con las características genéticas y constitucionales, y con el talento de las personas. (Marriner & Raile, 2003)

Requisitos de autocuidado de desarrollo Estaban separados de los requisitos de autocuidado universales en la segunda edición de nursing; concepts of practice. Promueven los procesos de la vida y la madurez, y previenen las condiciones que eliminan la madurez o las que mitigan esos efectos. (Marriner & Raile, 2003)

Requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud. Estos requisitos de autocuidado existen para aquellas personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. Las características de la desviación de salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo. determinan los tipos de exigencias de cuidado que.(Marriner & Raile, 2003)

precisan las personas, ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras duran.

La enfermedad o lesión no solo afecta a una estructura específica y a los mecanismos psicológicos o fisiológicos, sino también al funcionamiento humano integrado. Cuando el funcionamiento integrado se ve profundamente afectado (retraso mental grave, estado de coma o autismo), los poderes desarrollados o en desarrollo de aquella persona se ven gravemente. En estados anormales de salud, los requisitos de autocuidado surgen del estado de la enfermedad y de las medidas usadas en su diagnóstico o tratamiento. Las medidas tomadas para cubrir las necesidades de cuidado cuando falla la salud tienen que ser componentes activos de los sistemas de autocuidado dependientes de la persona. La complejidad del autocuidado o del cuidado dependiente aumenta según el número de necesidades que deben ser cubiertas en plazos de tiempo determinados. (Marrinner & Raile, 2003)

Necesidades de autocuidado terapéutico. Están constituidas por el conjunto de medidas de autocuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona. Según las condiciones existentes y las circunstancias se utilizarán métodos adecuados para: (1) controlar o dirigir factores identificados en las necesidades, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano (suficiente aire, agua y comida), y (2) cubrir el elemento de actividad de la necesidad (mantenimiento, promoción, prevención y provisión).

La necesidad terapéutica de autocuidado en cualquier momento: (1) describe los factores del paciente o el entorno que hay que mantener estables dentro de una gama de valores o hacer que lleguen a esa gama para el bien de la vida, salud o bienestar del paciente, Y (2) tiene un alto grado de eficacia instrumental derivada de la opción de las tecnologías y las técnicas específicas para utilizar, cambiar o de alguna manera controlar al paciente o los factores de su entorno. (Marrinner & Raile, 2003)

Actividad de autocuidado. Se define como la compleja habilidad adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano.(Marrinner & Raile, 2003)

EL Agente Es la persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tiene el poder de comprometerse en un curso de acción.

EL Agente de cuidado dependiente Es el adolescente o el adulto que acepta asumir las responsabilidades de conocer y cubrir las demandas terapéuticas de autocuidado de otras personas importantes para el, que dependen socialmente del, o que regula el desarrollo o el ejercicio de la actividad de autocuidado de estas personas.(Marrinner & Raile, 2003)

EL Déficit de autocuidado El déficit de autocuidado es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente. (Marrinner & Raile, 2003)

LA Actividad de enfermería Es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para ser representada como enfermeras y dentro del marco de una relación interpersonal legítima para actuar, saber y ayudar a las personas de esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado. (Marrinner & Raile, 2003)

EL Diseño enfermero Se trata de una actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción enfermera, a partir de los juicios prácticos de reflexión sobre las condiciones (Marrinner & Raile, 2003)

existentes para sintetizar los elementos de una situación concreta de relaciones ordenadas a unidades operativas de estructura.

El objetivo de diseño enfermero es ofrecer guías para alcanzar los resultados necesarios y previstos en la producción de la enfermería hacia el logro de las metas enfermeras; las unidades conjuntas constituyen la pauta que guía la producción de la enfermería. (Marrinner & Raile, 2003)

Los Sistemas enfermeros. Son las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes. (Marrinner & Raile, 2003)

El Método de ayuda. Un método de ayuda desde una perspectiva enfermera es una serie secuencial de acciones que, si se lleva a cabo, resolverá o compensará las limitaciones asociadas a la salud de las personas que se comprometen a realizar acciones para regular su propio funcionamiento y desarrollo, o el de sus dependientes. Las enfermeras utilizan todos los métodos, los seleccionan y los combinan en relación con las necesidades de acción de las personas que reciben tratamiento enfermero y en relación con las limitaciones de acción asociadas con su estado de salud:

1. Actuar o hacer por cuenta de otro.
2. Guiar y dirigir.
3. Ofrecer apoyo físico y psicológico.
4. Ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal.
5. Enseñar. (Marrinner & Raile, 2003)

Las teorías

Teoría de los sistemas enfermeros

Señala que la enfermería es una acción humana; los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados por enfermeras mediante. (Marrinner & Raile, 2003)

el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el auto cuidado. Las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico. Los sistemas enfermeros pueden ser elaborados para personas, para aquellos que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen necesidades terapéuticas de autocuidado con componentes similares o limitaciones similares que les impiden comprometerse a desempeñar un autocuidado o el cuidado dependiente, o para familias u otros grupos multifuncionales. (Marrinner & Raile, 2003)

Teoría del déficit de autocuidado

La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de la personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madures y de las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa 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 tiene 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 desarrollo o de las personas dependientes de ellos. (Marrinner & Raile, 2003)

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. (Marrinner & Raile, 2003)

La teoría del autocuidado Es una función reguladora del hombre que las personas de deben, deliberadamente llevar acabó por si solas o a ver llevado acabó para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. (Marrinner & Raile, 2003)

El autocuidado como función reguladora del hombre se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano, como la regulación neuroendocrina. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus periodos de crecimientos y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía, y factores medio ambientales. La teoría de autocuidado también se amplíe con la teoría del cuidado dependiente, en la que se expresan el objetivo, los métodos y los resultados del cuidado de los otros. (Marrinner & Raile, 2003)

Hipertensión Arterial

Es la elevación de la presión arterial por arriba de las cifras consideradas como normales. Los valores persistentes de presión sanguínea sistólica mayor de 140 mmhg y diastólica que rebasa los 90 mmhg.(Guadalajara, 2006)

Hipertensión arterial es la fuerza hidrostática de la sangre sobre las paredes arteriales, que resulta de la función de bombeo del corazón, volumen sanguíneo, resistencias de las arterias al flujo, diámetro del lecho arterial (NOM-030,1993)

La presión arterial es la presión ejercida por la sangre en los vasos por los cuales fluye.

Presión sistólica: presión ejercida durante la contracción ventricular.

Presión diastólica: presión ejercida durante la relajación ventricular. (Guadalajara, 2006)

Clasificación de las cifras de la presión arterial

- Normal sistólica<130 diastólica<85
- Normal alto sistólica <130-139 diastólica 85-89.(Guadalajara, 2006)

Hipertensión

- Leve sistólica 140-159 diastólica 90-99
- Moderada sistólica160-179 diastólica 100-109
- Grave sistólica180-209 diastólica 110-119
- Muy grave sistólica >210 diastólica >120(Guadalajara, 2006)

Etiología o clasificación

Hipertensión primaria o esencial. Responsable 90 % de los casos. Cuando el estudio exhaustivo del paciente no demuestra ninguna de las causas conocidas de hipertensión arterial, al proceso se le denomina primaria o esencial. (Guadalajara, 2006)

Hipertensión secundaria. Responsable del 5 al 10 % de los casos. Cuando la elevación de la presión arterial es debida a una causa conocida se denomina hipertensión arterial secundaria. Las nefropatías crónicas en fase avanzada, la estenosis de la arteria renal, el aumento inapropiado en la secreción de algunas hormonas, la coartación aórtica, etc., son algunos ejemplos padecimientos que pueden causar hipertensión arterial. En alguna de las formas secundarias de hipertensión arterial son curables al erradicar la causa (síndrome de cushing, feocromocitoma, aldosteronismo primario, coartación de la aórtica, etc.). (Guadalajara, 2006)

Fisiopatología

La presión arterial es mantenida por tres factores fundamentales: el volumen sanguíneo, las resistencias periféricas y el gasto cardiaco. Cuando por anormales aumenta en forma inapropiada cualquiera de ellos, el resultado será elevación de las cifras de presión arterial. (Guadalajara, 2006)

En condiciones normales, los factores hemodinámicos que mantienen la presión arterial, son regulados por hormonas provenientes del sistema nervioso autónomo (aminas simpaticomiméticas) que tienen efectos directos. (Guadalajara, 2006)

sobre los receptores alfa adrenérgicos y beta adrenérgicos, tanto de los vasos sanguíneos como del corazón. (Guadalajara, 2006)

Asimismo, hay factores humorales como las hormonas con efectos mineralocorticoides, las prostaglandinas y el sistema renina-angiotensina-aldosterona que influyen en forma por demás importante y compleja en el mantenimiento de la presión arterial. (Guadalajara, 2006)

Gasto cardíaco: es el volumen de sangre bombeado por el corazón durante un minuto. (Potter & Perry., 2002)

Valoración y hallazgos diagnósticos

Hay que obtener una historia clínica completa y realizar una exploración física. Se examinan las retinas y se realizan análisis de laboratorio para valorar la posibilidad de daño a los órganos blancos. Los estudios rutinarios de laboratorio incluyen análisis de orina, química sanguínea (análisis de sodio, potasio, creatinina, glucosa en ayuno, colesterol total y lipoproteína de alta densidad) y un electrocardiograma. Los incrementos de los niveles de nitrógeno ureico en sangre y creatinina, o microalbuminuria o macroalbuminuria, sugieren daño renal. Otros estudios que pueden hacerse son depuración de creatinina, nivel de renina, análisis de orina y proteinuria de 24 horas.

Es necesario valorar los factores de riesgo, para clasificar y guiar el tratamiento de sujetos hipertensos en riesgo de daño cardiovascular. (Guadalajara, 2006)

Factores que influyen en la tensión arterial

Se han identificado varios factores contribuyentes, entre ellos aumento de la actividad del sistema nervioso simpático, producción excesiva de hormonas retenedoras de sodio y sustancias vasoconstrictoras, disfunción endotelial, al igual que otros factores como:

Antecedentes familiares, edad, estrés, medicaciones, sexo, consumo de sal, el clima, el ambiente, el alcoholismo, el tabaquismo, etcétera. (Potter & Perry., 2002)

Síntomas

- Cefalea occipital, Calambres, Fosfenos, Acufenos, Mareo transitorio. (Guadalajara, 2006)

Complicaciones de la hipertensión arterial

1. cerebro a) aterosclerosis cerebral difusa. b) predisposición a la trombosis cerebral.
2. retina a) angiotonia. b) angioesclerosis. c) hemorragias retinianas.
3. corazón a) hipertrofia ventricular izquierda. b) insuficiencia ventricular izquierda.
4. riñón a) nefroesclerosis-arterioloesclerótica. b) nefroesclerosis-arteriolonecrótica.
5. arterias sistémicas a) arteriosclerosis generalizada: coronaria, periférica, renal, mesentérica y aórtica. b) formación de aneurismas aórticos y/o cerebrales: disección y ruptura. (Guadalajara, 2006)

Tratamiento no farmacológico:

Las primeras medidas deberán ser generales como reducir la ingesta de sal en la dieta en forma moderada, aumentar la actividad física, con ejercicio dinámico (caminata, natación, carrera, bicicleta, etc.; dieta de reducción si existe sobrepeso (los hipertensos obesos tienen mucho mayor frecuencia de complicaciones vasculares, cerebrales y cardíacas); evitar el tabaco y la ingesta de bebidas alcohólicas. Evitar el estrés disminución de la ingestión de grasas saturadas e ingestión de no saturadas. (Lewi, 2004)

Tratamiento farmacológicos Medicamentos antihipertensivos

Betabloqueadores: Propanolol, nadolol, metoprolol, y atenolol. El bloqueo de los receptores betadrenérgicos a nivel del corazón (Guadalajara, 2006)

produce disminución de la frecuencia cardiaca y de la contractilidad; ello se traduce disminución del gasto cardiaco. Los medicamentos betabloqueadores tienen un efecto antihipertensivo muy satisfactorio. (Guadalajara, 2006)

Diuréticos: Tiazida, clortalidona, espironolactona. la medicación diurética ha sido utilizada en el tratamiento de la hipertensión arterial por largo tiempo, en la hipertensión arterial esencial que cursa con disminución de la renina plasmática (dependiente del volumen), la administración de diuréticos normalizan la cifras de presión arterial, al promover la excreción renal de NA Y H₂O con la consiguiente volumen extracelular. (Guadalajara, 2006)

Vasodilatadores Arteriolares: Hidralasina, minoxi, diasóxido. Producen relajación directa de la capa muscular de las arteriolas lo cual condiciona vasodilatación y disminución de las resistencias periféricas con la consiguiente caída de la presión diastólica. (Guadalajara, 2006)

Alfabloqueadores: Prazosina. Estos fármacos producen tanto vasodilatación; sin embargo, no poseen efecto adrenérgico secundario. Por lo tanto disminuyen las resistencias periféricas (caída de la presión diastólica) y el gasto cardiaco (por disminución del retorno venoso) con la consiguiente disminución de la presión sistólica. (Guadalajara, 2006)

Medicamentos calcioantagonistas: Verapamil, diltiazem, nifedipina, amlodipina, felodipina, nicardipina. Estos medicamentos inhiben el transporte de calcio iónico a través de la membrana celular y de esta forma bloquean el mecanismo excitación-contracción del músculo liso de los vasos sanguíneos; este efecto promueve una vasodilatación significativa de las resistencias periféricas y por lo tanto, la presión arterial. (Guadalajara, 2006)

Inhibidores simpáticos: Reserpina, alfametildopa, clonidina. La reserpina depleta los depósitos tisulares de catecolamina, el alfametildopa se introduce en el metabolismo de las catecolaminas como un falso transmisor y evita así el efecto adrenérgico en los centros vasomotores bulbares y en las terminaciones neuronales simpáticas, cancelando así su efecto constrictor arteriolar. (Guadalajara, 2006)

Antagonistas específicos: captopril, enalapril, lisinopril, fosinopril, quinapril y ramipril. Estos fármacos son inhibidores específicos competitivos de la de la enzima convertidora de angiotensina I hacia angiotensina II. este bloqueo en la formación de la segunda enzima trae como consecuencia la cancelación de su potente efecto vasoconstrictor por un lado, y de la secreción de aldosterona por el otro. (Guadalajara, 2006)

Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus constituye un grupo de trastornos metabólicos caracterizado por niveles elevados de glucosa en la sangre (hiperglucemia) ocasionados por defectos de la secreción o la acción de la insulina, o ambas. (Smeltzer & Bare, 2004)

Alteración del metabolismo de la glucosa, corresponde a la glucosa alterada, en ayuno, o a la intolerancia a la glucosa. Ambas condiciones son procesos metabólicos intermedios entre la ausencia y la presencia de diabetes. (NOM-015-SSA2-1994)

La insulina, una hormona producida por el páncreas, controla el nivel de glucosa en la sangre al regular su producción y almacenamiento. (Smeltzer & Bare, 2004)

Clasificación de la diabetes

Las principales clasificaciones son los siguientes: Tipo I y tipo II. (Smeltzer & Bare, 2004)

Generalidades. Cerca del 5 al 10 % de los diabéticos padece la variante tipo I; en esta, las células beta del páncreas que producen insulina son destruidas por un proceso autoinmuniario. En consecuencia, se requiere de inyecciones de insulina para controlar los niveles de glucosa en sangre. La diabetes tipo I se caracteriza por su aparición repentina, en general antes de los 30 años de edad. . (Smeltzer & Bare, 2004)

Del 90 al 95 % de los diabéticos presenta el tipo 2 que se debe a una disminución de la sensibilidad de las células a la insulina (resistencia insulínica) y a una menor producción de la misma. . (Smeltzer & Bare, 2004)

Factores de riesgo de la diabetes mellitus:

- Antecedentes familiares de la diabetes
- Obesidad, edad >45 años.
- Hipertensión >140/90.
- Niveles altos de Colesterol y triglicéridos.
- Antecedentes de diabetes gestacional o haber parido lactantes de más de 4 kg. (Smeltzer & Bare, 2004)

Fisiología y fisiopatología de la diabetes

La insulina es secretada por las células beta, uno de los cuatro tipos de células de los islotes de Langerhans del páncreas. La insulina es una hormona anabólica o de almacenamiento.

Con las comidas, la secreción de insulina aumenta y hace que la glucosa pase de la circulación a músculos, hígado y adipocitos.

En estas células, la insulina tiene los siguientes efectos:

- Transporta y metaboliza la glucosa para la obtención de energía.
- Estimula el almacenamiento de glucosa en hígado y músculos (en forma de glucógeno).
- Indica al hígado que deje de liberar glucosa.
- Estimula el almacenamiento de la grasa dietaria en el tejido adiposo.
- Acelera el transporte de aminoácidos a las células. (Smeltzer & Bare, 2004)

Diabetes tipo I La diabetes se caracteriza por la destrucción de las células beta del páncreas. Se considera que una combinación de factores genéticos, inmunitarios y posiblemente ambientales (p. ej. Virales) contribuyen a la destrucción de dichas células. (Smeltzer & Bare, 2004)

La diabetes mellitus tipo I suele desarrollarse durante la infancia y la adolescencia, pero puede presentarse a cualquier edad.

Diabetes tipo II En la diabetes tipo II, los dos problemas principales relacionados con la insulina son resistencia insulínica y alteraciones de la secreción de insulina. La resistencia insulínica es la disminución de la sensibilidad de los tejidos a la insulina. En condiciones normales, la insulina se fija a los receptores especiales de la superficie de la célula e inicia una serie de reacciones implicadas en el metabolismo de la glucosa. (Smeltzer & Bare, 2004)

En la diabetes tipo 2, tales reacciones intracelulares disminuyen y la insulina es menos efectiva para estimular la captación por los tejidos y para regular la liberación de glucosa por el hígado. Si las células beta son incapaces de enfrentar la demanda creciente de insulina, la glucemia se eleva y se desarrolla diabetes tipo 2.

La diabetes tipo II es más común en obesos mayores de 30 años de edad, si bien su incidencia está aumentando en adultos más jóvenes. (Smeltzer & Bare, 2004)

Manifestaciones clínicas de la diabetes incluyen las “tres p”, poliuria, polidipsia y polifagia. Otros síntomas incluyen fatiga y debilidad, cambios visuales repentinos, hormigueo o parestesias en manos o pies, piel seca, heridas que tardan en cicatrizar e infecciones recurrentes. El inicio de la diabetes tipo I también puede relacionarse con pérdida repentina de peso, o náusea, vomito o dolor abdominal si se ha desarrollado cetoacidosis diabética. (Smeltzer & Bare, 2004)

Tratamiento

Los objetivos del tratamiento de la diabetes son, principalmente:

1. Normalización de la glucemia.
2. Prevención y tratamiento de las complicaciones, tanto agudas como crónicas.
3. Conseguir una adaptación psicológica del paciente. (Smeltzer & Bare, 2004)

Tratamiento no farmacológico

4. Plan apropiado de control de dieta y peso.
5. Actividad física.
6. Modificación del estilo de vida
7. medir los niveles de azúcar en sangre(Smeltzer & Bare, 2004)

Tratamiento farmacológico

8. Medicación (si es necesaria).
9. Hipoglucemiantes orales (metformida y sulfonilureas, glibenclamida etc.)
10. Administración de insulina (si es necesario) (Smeltzer & Bare, 2004)

5.3 Historia Natural de Hipertensión Arterial.

Concepto: la hipertensión arterial es un estado patológico caracterizado por un aumento de la tensión arterial por encima de los valores normales.

Periodo prepatogenico

Factores asociados:

Relacionado con el huésped: predominio femenino y Afroamericanos (piel morena).
 Edad adulto de los 40 a 65 años un 220 % , un 50 % en más de 65 años.
 Situaciones: tipo de ocupación. Situaciones de estrés, obesos, fumadores, factores hereditario, hábitos dietéticos.

Medio ambiente:

Factores socioculturales, contaminación por ruido, estrés, ámbito laboral.

Daño tisular: gasto cardiaco, resistencia periférica, sistema renina angiotensina aldosterona.
 Cambios a nivel del riñón, cerebro, corazón y retina.

periodo patogénico

Resultado:
 Estado crónico, invalidez, muerte

Complicaciones:
 Cardiopatía hipertensiva, Encefalopatía hipertensiva, Renopatía hipertensiva
 Nefropatía hipertensiva

Signos y síntomas específicos:
 Cefalea matutina, mareos, diplopía, epistaxis, parestesias, hemianopsia, acufenos, y fosfenos.

Signos y síntomas inespecíficos:
 La enfermedad suele cursar asintomática

Niveles de prevención					
Primaria		secundaria		terciaria	
Promoción de la salud	Protección específica	Diagnostico precoz	Tratamiento oportuno	Limitación del daño	rehabilitación
Orientar sobre: Alimentación y nutrición. Toxicomanías, Recreación y esparcimiento, Mejoramiento del ambiente, Prevención de adicciones, Prevenir situaciones de estrés. Chequeo cada seis meses	Moderar la dieta que sea hiposodica, Grupos de ayuda. Servicios de dietologia. Efectos nocivos de tabaco. Alcohol y drogas, Actividad física Acudir a centros culturales, parque y centros recreativos	Historia clínica: Antecedentes familiares. Prevención a todo individuo con algún factor de riesgo. Estudio de fondo de ojo. Química sanguínea. EGO, Cuantificación de catecolaminas en orina de 24 hrs. RX de torax y electrocardiograma.	Tratamiento médico. Medidas higiénicos dieteticas. Control periódico de la tensión arterial. Tratamiento farmacológico Bloqueadores beta. Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina, captopril, enalapril. Valorar ministración de medicamentos con el médico familiar.	Orientar sobre medidas higiénicos dietético. Orientar sobre signos y síntomas de alarma de hipertensión arterial.	Reintegrarlo a su vida Social y laboral. Actividad física, nutrición y manualidades.

(Rights, 2011)

5.4 Historia Natural de la Diabetes Mellitus Tipo 2

HISTORIA NATURAL DE DIABETES MELLITUS TIPO II					
PERIODO PREPATOGENICO		PERIODO PATOGENICO			
<p>DEFINICIÓN: enfermedad crónica degenerativa, con alteración en el regulador principal de la insulina</p> <p>AGENTE: Hederitario, hipertensión arterial, malos hábitos alimenticios.</p> <p>HUESPED: personas susceptibles de cualquier edad.</p> <p>AMBIENTE: mundo occidental.</p>	<p>Desarrollo del agente: la insulina predominante aunque no único sobre el metabolismo intermedio, su capacidad de inducir las capacidades de la enzimas tienen como efecto la temperatura de las vías metabólicas otras hormonas como las del crecimiento establecen un efecto contrario al de la insulina que en condiciones normales lleva a un equilibrio que tiene como expresión final la monoglucemia .</p>	<p>Cambio anatomofisiológico: Existe gran variabilidad de un paciente a otro en cuanto al momento en que aparecen las complicaciones, a su gravedad ya los órganos concretos afectados.</p>	<p>Signos y síntomas.</p> <p>Polifagia. Poliuria. Polidipsia. Nauseas. Vomito. Impotencia. Infecciones vaginales. Cansancio. Debilidad. Pérdida de peso.</p>	<p>Enfermedad. Diabetes mellitus tipo II.</p> <p>Complicaciones.</p> <p>AGUDAS: Cetoacidosis diabética. Coma hiperosmolar. Hipoglucemia. Hiperglucemia.</p> <p>CRONICAS: Neuropatías. Retinopatías. Angiopatías. Neuropatías.</p>	
PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA			PREVENCIÓN TERCIARIA
Promoción de la salud.	Protección específica	Diagnostico precoz.	Tratamiento oportuno.	Limitación del daño.	Rehabilitación
<p>Difundir pláticas sobre la diabetes mellitus tipo II, sus complicaciones y su control.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Control de peso. • Nutrición adecuada. • Ejercicio. • Detección oportuna. • Curva de tolerancia de glucosa. 	<p>La detección de anomalías en el metabolismo de la glucosa. DESTROSTIX.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Régimen nutricional. • Dietoterapia. • Plan de ejercicios. • Tratamiento farmacológico o con hipoglucemiantes orales. 	<p>Tener cuidado con las heridas. Cortar las uñas sin dañar la piel. Tomar puntualmente los medicamentos. la DMTII mal tratada incrementa el riesgo de ataques cardíacos, embolia cerebral, ceguera y otras complicaciones graves.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento oportuno. • Alimentación balanceada. • No tomar. • No fumar. • No comer azúcares, grasas y llevar un control de peso. • Ejercicio.

(Hernández, 2010)

VI. Aplicación del Proceso de Enfermería.

6.1. Valoración con el referente teórico de D. Elizabeth Orem

Factores Condicionantes Básicos:

Sexo: femenino

Edad: 61 años

Edo. Civil: casada

Religión: católica

Escolaridad: secretariado comercial

Ocupación: comerciante

Familia Nuclear:

Persona que constituye el principal apoyo para el paciente: ninguno

Dependencia Económica: de sí misma

Condiciones del hogar: casa propia, con material de construcción ladrillo

Requisitos de Autocuidado Universales:

4- ***Mantenimiento del aporte de aire suficiente.***

FC: 77x' **T/A:** 170/100 mmHg, **FR:** 14x' **SPO2** %

Fuma desde los 18 años por placer.

b. *Mantenimiento de un aporte de agua suficiente.*

500-1000ml agua de garrafón

Ingiere otro tipo de líquidos: te, agua fresca

c. Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.

Peso: 65.500 kg. **Talla:** 1.43 cm **IMC:** 32.75 **Niveles de Glucosa:** 157 mg/dl.

Colesterol: 233 mg/dl

Ella comenta que ha perdido peso: 2 kg 300gms.

Con buen apego a la dieta habitual: diabética e hiposodica.

Dentadura: prótesis extraíble.

Abdomen: cirugía del apéndice.

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

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

Realiza ejercicio: caminata 3 veces a la semana

f. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social

Sistema auditivo: presencia de acufenos

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

Antecedentes heredo familiares patológicos: de parte de sus hermanos hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer, angina de pecho y hernias diafragmáticas.

h. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseo de ser normal.

Requisitos de Autocuidado de Desarrollo:

- 4- **Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los de desarrollo**

Etapa de desarrollo: adulto maduro extirpación total de la matriz por cáncer.

Rol (es):

Salud Sexual:

Historia Gineco- obstétrica:

Requisitos de Desviación de la Salud:

Hipertensión arterial 170/100 mm/hg.

Diabetes mellitus tipo 2. 157 mg/dl.

Colesterol: 233.92. mg/dl.

Diagnóstico de enfermería

Dominio: 1 promoción de la salud.

Clase: 2 gestión de la salud

Requisitos de autocuidado Universal: promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseo de ser normal.

Requisito de autocuidado de Desviación de la Salud

Diagnóstico de enfermería # 1

00162 disposiciones para mejorar la gestión de la propia salud manifestado por presentar deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad acuden a consulta cada mes, tiene seguimiento con el tratamiento.

Plan de Intervención

Objetivo

La usuaria seguirá una disposición adecuada para el mantenimiento de su propia salud.

Agente de autocuidado terapéutico / Agente de autocuidado

Demanda de autocuidado: Parcial

Sistema de enfermería: Apoyo Educativo/

Intervención de enfermería:

Mantenimiento para el autocuidado

Acciones de enfermería:

- la usuaria continuara aplicando su conocimiento para los cuidados de su salud.
- la usuaria seguirá con sus consultas y valoraciones de la presión arterial constantemente.
- continuara con su tratamiento dosis, vía, la hora correcta, y prescrita.
- la usuaria mantendrá como parte de su estilo de vida el baño diario y cambio de ropa.

Fundamento científico:

- el seguimiento de su tratamiento y la valoración de su presión arterial, son muy importantes para llevar el control del padecimiento.

- el baño diario permite la higiene corporal, el bienestar y ala responsabilidad del auto cuidado.

Ejecución

Por medio de pláticas mediante visitas domiciliarias, se le menciona acerca de los beneficios que conlleva el cuidado de la propia salud. Como es el llevar a cabo el cumplimiento de la medicación, el autocuidado personal, y prevenir las complicaciones de las enfermedades.

Evaluación

Se logró el objetivo establecido, la usuaria continua aplicando sus conocimientos para los cuidados de su propia salud.

Diagnóstico

Dominio 2 nutrición

Clase 1 ingestión

Requisitos de autocuidado Universal: Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.

Requisito de autocuidado de Desviación de la Salud

Diagnóstico de enfermería # 2

00001 desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades relacionado con obesidad parental

Plan de Intervención

Objetivo

La usuaria, gradualmente, mediante ejercicios quemara calorías, mejorará la distribución de grasa subcutánea y llevará una dieta hipocalórica y reducida en lípidos de acuerdo a su estado de salud, con el propósito de lograr un peso ideal.

Agente de autocuidado

Demanda de autocuidado: Parcial

Sistema de enfermería: Apoyo Educativo

Intervención de enfermería:

1280 ayuda para disminuir el peso

Acciones de enfermería:

- Establecer una meta de pérdida de peso semanal.
- Pesar al usuario semanalmente
- Establecer un plan realista con el usuario que incluye la disminución de alimentos y el aumento de gasto de energía.
- Determinar los esquemas de alimentación actuales haciendo que el usuario lleve un diario de lo que come, cuando y donde.
- Ayudar a ajustar las dietas al estilo de vida y nivel de actividad.
- Ayudar en la selección de actividades de acuerdo con la cantidad de gasto energético deseada.
- Planificar un programa de ejercicios, teniendo en cuenta las limitaciones del usuario.
- Desarrollar un plan de comidas diarias con una dieta bien equilibrada, disminución de calorías y de grasa, si procede.
- Fomentar la asistencia a grupos de apoyo de pérdida de peso.

Fundamento científico:

- la pérdida de peso deseable es de 0.5kg. por semana
- un plan combinado de reducción de calórica y ejercicio puede potenciar la pérdida de peso puesto que el ejercicio aumenta el consumo de calorías.
- Las intervenciones planeadas aumentan la consciencia de la usuaria acerca de las actividades y de los alimentos que contribuyen al aporte excesivo de calorías y almacenamiento de grasa subcutánea.
- el ejercicio puede ayudar a desarrollar la imagen corporal positiva y combate la depresión la liberación de endorfinas en el cerebro, potencia la

sensación de bienestar. Sin embargo la usuaria puede utilizar la actividad para un buen control de peso.

- el aporte se debe reducir en 500 calorías diarias para obtener una pérdida de peso de medio kilo a la semana.
- los grupos de apoyo pueden ofrecer aumento de la motivación, y ofrecer soluciones prácticas a los problemas relacionadas con la dieta.

Ejecución

Durante cuatro semanas se pesó a la usuaria cada ocho días, notando la fluctuación de peso que experimentó durante este periodo, se le recomendó consumir carnes con bajo contenido en grasa así como pollo, pescado, atún en agua, pulpa de res, prepararlas azadas, cosidos al vapor, a la plancha, se le orientó a que consumiera frutas y verduras de temporada y que esté al alcance de su bolsillo ya que contienen fibra. Además se diseñó en conjunto con ella un plan en el cual la usuaria disminuya la cantidad de alimentos ricos en grasa (empanizados, capeados, fritos rostizados etc.) reducir la cantidad de pan y tortilla. para ello se le explico, en tres sesiones de media hora cada una la información pertinente al llamado *plato del buen comer*.

Agente de autocuidado Terapéutico

Demanda de autocuidado: parcial

Sistema de enfermería: apoyo educativo

Intervención de enfermería:

1260 Manejo del peso

Acciones de enfermería

- Tratar con el individuo la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso.
- Discutir los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso.

- Determinar la motivación del individuo para cambiar los hábitos en la alimentación.
- Determinar el peso corporal ideal del individuo.

Fundamento científico:

- para llevar un plan de requerimiento energéticos se deben calcular de acuerdo al peso, talla y actividades físicas del paciente.
- el ejercicio incrementa la pérdida de peso al reducir el apetito, la sensación de bienestar y de logro personal.
- es importante disminuir de peso poco a poco entre 200 – 400 gramos por semana hasta lograr un peso adecuado de forma sana evitando comer menos grasa y calorías, comer proporciones pequeñas y mantenerse activo.
- las modificaciones de peso y de actividad necesitan cambios en el plan a medida que se pierde peso se producen cambios en el metabolismo, en los que el peso permanece estable durante cierto tiempo.

Ejecución

Al momento de implementar el plan de actividades del paciente pesaba 65. 500 kg, los cuales bajo 800 gramos en 4 semanas para los que estaba programado. La paciente hacía caminatas tres veces a la semana, en su casa se llevó a cabo, ejercicios ligeros media hora diaria, se le instruyó realizar movimientos de las extremidades inferiores, los troncos, y cabeza. Se le oriento acerca de la complicación que conlleva la obesidad y los beneficios.

Evaluación

Al término de la intervención planeada se observó que la usuaria a través de las actividades conjuntas y bajo la supervisión de enfermería logro disminuir de peso, así como modificar su dieta habitual y se muestra interés por parte de ella.

Diagnóstico

Dominio 2 nutrición

Clase 4 metabolismo

Requisitos de autocuidado Universal: Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente

Requisito de autocuidado de Desviación de la Salud

Diagnóstico de enfermería # 3

00179 riesgos de nivel de glucemia inestable relacionado con nivel de actividad física y estado de salud física.

Plan de Intervención

Objetivo

La usuaria mantendrá un nivel de glucemia dentro del parámetro normal

Agente de autocuidado terapéutico / Agente de autocuidado

Demanda de autocuidado: Parcial

Sistema de enfermería: Parcialmente Compensatorio / Apoyo Educativo

Intervención de enfermería:

2120 manejo de la hiperglucemia

Acciones de enfermería:

- Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa o jaquecas.
- Potenciar la ingesta oral de líquidos.
- Identificar las causas posibles de la hiperglucemia.
- Instruir al paciente y seres queridos en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglucemia.
- Fomentar el autocontrol de los niveles de glucosa en sangre.
- Revisar los registros de glucosa en sangre con el usuario.

- Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y ejercicios.

Fundamento científico:

- Reducir el riesgo de complicaciones. Una dieta adecuada ayudara a prevenir las complicaciones vasculares y contribuirá al correcto control de la glucemia.
- la importancia de vigilar los niveles de glucosa en sangre es para valorar el grado de hiperglucemia ya que refleja la gravedad del proceso metabólico de base, más que la naturaleza del proceso.
- es importante la información médica ya que se pueden reducir complicaciones.
- la dieta es una pieza clave y la base de cualquier tratamiento, ya que mediante su seguimiento se controla el aporte de glucosa e hidratos de carbono al organismo, lo que reduce el riesgo de complicaciones.

Ejecución

Desde un principio la usuaria mostro interés, atención, y motivación, cuando se le explico de que el tema, se trata acerca de la salud, y por lo tanto no hubo, tanto trabajo, ponerme de acuerdo con la usuaria, para su aplicación y realización de tal intervención de enfermería, se puso de acuerdo con la usuaria de que se le va a realizar una charla, una vez a la semana, Se explico sobre las cifras normales de la glucosa, y glicemias capilares, una vez por semana se registraron 120 mg/dl, en la siguiente semana se registró 118 mg/dl. Se estuvo monitorizando a la usuaria para llevar un control de su glicemia y para lograr identificar si presenta episodios de hiperglucemia, se constató que por lo menos durante el periodo de las ocho semanas en que se realizaron las intervenciones de enfermería, la usuaria mantuvo cifras normales y sus fluctuaciones no afectaron su estado general; Se orientó a la usuaria que debe de llevar una dieta bajo en azúcar, grasa, se le sugiere el seguimiento del régimen de la dieta y ejercicio.

Para potenciar la ingesta de líquidos se motivó a la usuaria a continuar con el régimen que lleva, ya que consume de litro y medio a dos litros diarios, se

recomendó que sustituya en la medida de lo posible el café por agua de sabor con poca azúcar pues aunque la usuaria no presenta evidencia de alteraciones en el requisito de hidratación se considera una buena oportunidad para que favorezca o prefiera los líquidos más apropiados a su desviación de la salud.

Se le instruyo acerca del autocontrol de la glucosa, evitar tomar refrescos que contenga alta caloría, así como tomar su medicamento de la diabetes a la hora correcta todos los días, tener cuidado con las heridas, cortar las uñas sin dañar la piel, el agua fresca, el café no tan cargado, el té, debe de ser con menor cantidad de azúcar, estar preparado, ante una situación estresante, si se presenta algún signo de infección acudir a consulta médica, ya que el estrés y la infección incrementa la concentración de azúcar en sangre; para dar por terminada esta acción de enfermería se motivó a la señora a continuar monitorizando sus niveles de azúcar en sangre para que se mantenga controlada, ella acepta las sugerencias y se muestra convencida de que la mejor manera de llevar un buen control de la diabetes es estar capacitada e informada.

Evaluación

Durante la observación y convivencia con el usuario en un cierto tiempo no presento alteraciones en los signos, ni tampoco presento síntomas de hiperglucemia y además de llevar una dieta baja en carbohidratos y grasa tanto como actividades, como el ejercicio, y además de que la usuaria se muestra conforme de todas las actividades realizadas junto con ella, las actividades se sigue llevando acabo, por lo tanto el objetivo se ha cumplido.

Diagnóstico

Dominio 4 Actividad / Reposo

Clase 4 Respuesta cardiovascular / pulmonar

Requisitos de autocuidado Universal: Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire / mantenimiento de un aporte de alimento suficiente.

Requisito de autocuidado de Desviación de la Salud

Diagnóstico de enfermería # 4

00200 riesgos de disminución de la perfusión tisular cardíaca relacionado con antecedentes familiares de enfermedad arterial coronaria, cursa desde hace 2 años con diabetes mellitus, cursa desde hace 13 años con hipertensión arterial.

Plan de Intervención

Objetivo

La usuaria mantendrá la circulación cardíaca adecuada.

Agente de autocuidado terapéutico / Agente de autocuidado

Demanda de autocuidado: Parcial

Sistema de enfermería: Apoyo Educativo/ parcialmente compensatorio.

Intervención de enfermería:

6680 Monitorización de los signos vitales

Acciones de enfermería:

- Monitorizar la presión sanguínea en ambos brazos y comparar si procede.
- Controlar la presión sanguínea, pulso y respiraciones antes, durante y después de la actividad, si procede.
- Observar la presencia y calidad de los pulsos.
- Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales.

Fundamento científico:

- Usar el brazo que tenga la tensión más alta proporciona una valoración más exacta de la presión arterial.
- La enfermedad puede afectar negativamente al concepto que el paciente tiene de sí mismo y a su capacidad de alcanzar objetivos.
- La toma de los constantes vitales evalúa el estado circulatorio y control de la aparición de un shock.

Ejecución

Se le oriento a la paciente mediante un folleto sobre la gravedad de la hipertensión arterial, y las complicaciones que pueden presentarse, como hemorragia cerebral, insuficiencia renal entre otras, si no se tienen los cuidados adecuados para mejorar su salud. Se le menciono la importancia de llevar una dieta hiposodica y realizar ejercicio y modificar el estilo de vida.

Evaluación

La paciente ha mantenido la circulación adecuada, en buenas condiciones, por lo tanto no se ha presentado ninguna eventualidad

Agente de autocuidado terapéutico / Agente de autocuidado

Demanda de autocuidado: Parcial

Sistema de enfermería: Apoyo Educativo/ parcialmente compensatorio.

Intervención de enfermería:

4040 cuidados cardiacos.

Acciones de enfermería:

- Tomar nota de los signos y síntomas.
- Establecer una relación de apoyo con el paciente y la familia.
- Instruir al paciente sobre la importancia del informe inmediato de cualquier molestia torácica.

Fundamento científico:

- las personas hipertensas tienen un riesgo cardiovascular alto determinado no solo por el nivel de la presión arterial sino además por la presencia o ausencia de daño en órganos diana o de otros factores de riesgo.
- Una manifestación de daño en un órgano diana es la hipertrofia ventricular izquierda, por lo cual se recomienda la toma de electrocardiograma y ecocardiograma.

Ejecución

Se tomaron signos vitales cada tres días para evaluar el estado circulatorio y se mantuvo en un estado óptimo. Se le explica que debe estar preparada ante una situación estresante, así como evitar situaciones emocionales intensas, evitar discusiones, Durante cada actividad no hubo necesidad de controlar los signos vitales debido a que no presentó ninguna alteración y se le recuerda que hay que acudir a su control de la hipertensión arterial y así como tomar su medicamento por indicaciones médicas.

Evaluación

La usuaria mantuvo la presión arterial dentro del parámetro normal durante su monitorización de los signos vitales, además de una dieta hipo sódica que se le estableció, y los ejercicios recomendados, y la medicación de la presión arterial que lleva, de esta forma el objetivo se logra con la disponibilidad de la usuaria para mejorar su salud. Las intervenciones siguen realizándose.

Diagnóstico

Dominio 11: seguridad/protección

Clase 2: lesión física

Requisitos de autocuidado Universal: mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente

Requisito de autocuidado de Desviación de la Salud

Diagnóstico de enfermería # 5

00048 deterioro de la dentición relacionada con predisposición genética y déficit nutricional.

Plan de Intervención

Objetivo

La usuaria reforzara las acciones del cuidado de la salud bucal

Agente de autocuidado terapéutico / Agente de autocuidado

Demanda de autocuidado: Parcial

Sistema de enfermería: Apoyo Educativo

Intervención de enfermería:

1710 mantenimiento de la salud bucal

Acciones de enfermería:

- Enseñar y ayudar al paciente a realizar la higiene bucal después de las comidas y lo más a menudo que sea necesario.
- Observar si hay signos y síntomas de glositis y estomatitis.

- Recomendar el uso de un cepillo de dientes de cerdas suaves.
- Ayudar con los cuidados de la dentadura postiza, si es necesario.
- Animar a los usuarios de dentadura postiza a cepillarse las encías y la lengua y a enjuagarse la cavidad oral diariamente.

Fundamento científico:

- ayudar a tener la boca limpia evitando que haya laceraciones.
- el observar la coloración de estos ayuda a ver si necesita alguna reparación para la prevención de caries, mal aliento o úlceras
- el tener una buena técnica de aseo bucal, ayuda a tener una boca limpia.
- el fomentar enjuagues cambia el pH de la mucosa y por lo tanto evita la aparición de infecciones.
- determinar la humedad, color, textura, presencia de infección evita lesiones en la mucosa.
- establecer chequeos dentales ayuda a mejorar la salud de la boca.
- Explicar la necesidad del cuidado bucal diario como hábito.
- Extraer, limpiar y volver a colocar la dentadura postiza, si es necesario.

Ejecución

Se le oriento a la usuaria que debe de lavarse la boca después de cada comida, que debe de lavar diariamente la dentadura extraíble, que debe de visitar al dentista si siente molestia con la dentadura extraíble.

Evaluación

El usuario quedo consciente de que debe lavarse la boca diariamente, después de cada comida, así como la dentadura extraíble para evitar alguna inflamación o enrojecimiento de las encías y lenguas, por lo tanto el objetivo se cumplió.

VII. Conclusiones y Sugerencias

Este trabajo me ha permitido realizar el proceso enfermero de forma íntegra y obtener más conocimientos y familiarizarme más con la metodología (PAE), y ya que el proceso de atención a la usuaria es muy importante realizar de forma responsable la planeación a su cuidado, detectar necesidades, los pensamientos críticos que ay que aplicar, para la toma de decisiones, para lograr la recuperación de su salud, y mantenimiento, prevención de complicaciones. Con esto, alcanzar el objetivo deseado.

Que haya más difusiones, como (trípticos, poner módulos de información donde sea necesario), acerca de la prevención, promoción, de las enfermedades cronicodegenerativas y así poder disminuir el incremento de nuevos casos, así como muchas otras enfermedades ya que el gobierno gasta menos en prevenir y gasta más para el tratamiento y rehabilitación.

VIII. Referencias Bibliográficas

1. Alfaro-Lefevre, R. (2002). *Aplicacion del proceso enfermero.fomentar el cuidado en colaboracion*. España: Elsevier.
2. Cervera, P. (1993). *Alimentación Y Dietoterapia Nutrición Aplicada en la Salud Y la ENFERMEDAD*. México: McGraw-Hill.Interamericana.
3. Cervera, p., & Clapés, j. (2004). *Alimentacion y dietoterapia*. española: McGraw-Hill Interamericana.
4. *Diccionario de Medicina océano Mosby*. (2006). España: Oceano.
5. Griffith, W., J, J., & Christensen, P. (1993). *Proceso de Atención de Enfermería aplicacion de teorías, guías y modelos*. México: Manual Moderno.
6. Guadalajara, B. J. (2006). *Cardiología*. México: Mendez Editores.
7. Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2005). *Fundamentos de Enfermería conceptos, proceso y práctica*. España: McGraw-Hill.Interamericana.
8. Lynda, J. C. (2002). *Diagnosticode Enfermería aplicaciones a la practica*. España: MacGraw-Gill.Interamericana.
9. Lewi, M. S. (2004) *Enfermería Médico Quirúrgico; valoración y cuidados de problemas clínicos*. Madrid-Barcelona. Elsevier.
10. Marrinner, T. A., & Raile, A. M. (2003). *Modelos Y Teorías en Enfermería*. España: Elsevier Science.
11. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la Prevención, Tratamiento y control de la Hipertensión Arterial (2001).
12. NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.
13. Potter, & perry. (2002). *Fundamentos de Enfermería*. España: Harcourt/Oceano.
14. Rodriguez, S. B. (2001). *Proceso Enfermero*. México: Cuellar.
15. Rosales, B. S., & Reyes, G. E. (2004). *Fundamentosde Enfermería*. México: Manual Moderno.

16. Smith, S. D. (1995). *Enfermería Practicade Lippicott*. México: McGraw- Hill. Interamericana.
17. Smeltzer, C. S., & Bare, G. (2004). *Enfermería Medico Quirurgico*. México: McGraw-Hill.
18. Lyer, P., Taptich, B., & Bernocchi, L. (1993). *Proceso de Enfermería y Diagnosticos de Enfermería*.
19. GALEOTE, S. (22 de 09 de 2012). *cuadratin.com.mx*. Recuperado el 17 de 03 de 2012, de <http://www.quadratin.com.mx/Noticias/Sucesos/Padece-hipertension-30-de-la-poblacion>
20. Hernandez, L. (15 de marzo de 2010). *salud publica*. Recuperado el 2013 de 05 de 27, de http://3.bp.blogspot.com/_B0BY_n8tWns/SW664JFCdZI/AAAAAAAAABg/s-RnPZ9yvvdQ/s1600-h/historia+natural+diabetes+tipo+II.bmp
21. RECIO, R. (25 de 02 de 2003). *salud vida*. Recuperado el 13 de 03 de 2012, de <http://www.sld.cu/saludvida/adulto/temas.php?idv=6048>
22. rights, A. (02 de julio de 2011). *slideshare.net*. Recuperado el 14 de 03 de 2012, de : <http://www.slideshare.net/Mayanis19/historia-natural-hipertensin-arterial-8492489>
23. Sambrano, m. (25 de enero de 2012). *vive con diabetes*. Recuperado el 20 de mayo de 2013, de <http://vivecondiabetes.com/basicos-de-diabetes/estadisticas>
24. Urbina, D. (15 de noviembre de 2012). *secretaria de salud - SSM*. Recuperado el 20 de mayo de 2013, de <http://www.michoacan.gob.mx/index.php/noticias/991-la-ssm-celebro-con-una-caminata-el-dia-mundial-de-la-diabetes>
25. velázquez, m. O. (0 de enero-marzo de 2005). *scielo*. Recuperado el 22 de 03 de 2012, de http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S1405-99402005000100016&script=sci_arttext

IX. Glosario de Término

Alimentación equilibrada: Se llama dieta normal equilibrada a la comida de todo un día (y todos los días) que contiene todos los nutrientes básicos en una proporción adecuada para las necesidades del organismo. Por lo tanto, tiene que ser variada en sus componentes y con la cantidad suficiente (no más) para mantener el normopeso.

Azúcares de absorción lenta: Son Hidratos de Carbono que están presentes en algunos alimentos y que al descomponerse en elementos más simples quedan en forma de azúcares de estructura química compleja, pasando del tubo digestivo (intestino) a la sangre de forma muy lenta. Por ejemplo: el arroz, las legumbres...

Azúcares de absorción rápida: Son Hidratos de Carbono que están presentes en algunos alimentos, su estructura química es simple y una vez en el tubo digestivo pasan a la sangre de forma rápida. Por ejemplo: la miel, la fruta...

Células beta pancreática: El páncreas lo forman diferentes tipos de células claramente diferenciadas. Las células beta son un tipo de células que hay en el páncreas encargadas de la fabricación de insulina.

Cetonuria: Es la presencia de acetona en la orina. En situación de normalidad la orina no contiene acetona.

Coma hipoglucémico: Es la situación de pérdida de conocimiento a causa de una hipoglucemia grave.

Control glucémico: Se entiende por control glucémico a todas las medidas que facilitan mantener los valores de glucemia dentro de los límites de la normalidad.

Descompensación diabética: Es la situación que aparece cuando existe una hiperglucemia grave y sostenida. En la descompensación diabética hay una serie de síntomas: mucha sed, fatiga, aumento de la emisión de orina, glucosuria muy positiva, cetonuria, náuseas y vómitos, generalmente con dolor abdominal y glucemia alta (a veces muy alta). (Diccionario de Medicina océano Mosby. 2006)

Dislipemia: Alteración en la regulación de los niveles de lípidos en sangre (colesterol y triglicéridos). **Efecto hipoglucemiante:** Capacidad que tiene algunas actividades (por ejemplo, el ejercicio físico) o algunas sustancias (por ejemplo, la insulina) para que disminuyan los valores de glucosa en sangre.

Enfermedad intercurrente: Es una situación de enfermedad, generalmente con un principio y un final, que viene a empeorar o desequilibrar un proceso previamente instaurado.

Glucagón: Hormona del aparato digestivo, segregada en el páncreas y que tiene la función inversa de la insulina, es hipoglucemiante.

Glucemia: Es la denominación que recibe la glucosa que circula por la sangre.

Glucosa: Es un azúcar de composición simple. Los alimentos compuestos de Hidratos de Carbono, con la digestión se transforman en elementos más simples, es decir, en glucosa. La glucosa es la principal fuente de energía del organismo.

Glucosuria: Es la presencia de glucosa en la orina. En situación de normalidad la orina no contiene glucosa.

Hemoglobina glicosilada: La hemoglobina es un componente de la sangre vinculado a los hematíes (glóbulos rojos) y a su color rojo. La hemoglobina reacciona con la glucosa circulante formando un complejo bastante estable (HbA1 o HbA1C). Si medimos la hemoglobina glicosilada, el resultado obtenido reflejará la glucemia media existente durante el periodo aproximado de las ocho semanas previas a su determinación.

Hidratos de carbono (o glúcidos): Son uno de los principios inmediatos que se encuentran en la naturaleza. Su estructura química básica es el carbono, formando cadenas más o menos largas que se combinan con oxígeno e hidrógeno con enlaces de diferente consistencia. Constituyen uno de los nutrientes básicos que está presente en la composición de los alimentos. Los Hidratos de Carbono se encuentran principalmente en cereales legumbres, féculas, frutas y la leche. En el proceso de la digestión estos alimentos se convierten en glucosa, fructosa, lactosa.(Diccionario de Medicina océano Mosby. 2006)

Hiperglucemia: Situación en la que los valores de glucosa en sangre (glucemia) están por encima de lo normal.

Hipoglucemia: situación en la que los valores de glucosa en sangre (glucemia) están por debajo de lo normal.

Incidencia: Es una palabra que en epidemiología se refiere a la proporción de personas, previamente sanas para esta patología, que desarrollan la enfermedad en una población determinada y durante un periodo determinado, generalmente un año.

Índice de masa corporal o IMC: Es un valor que sirve para medir y diagnosticar la obesidad. Se obtiene dividiendo el peso de un individuo entre su talla al cuadrado. Valores del normopeso IMC = entre 24 y 25.

Insulina: Es una hormona del aparato digestivo que tiene la misión de facilitar que la glucosa que circula por la sangre penetre en las células y sea aprovechada como energía.

Microalbuminuria: Es la presencia de micropartículas de albumina en la orina. La albuminuria indica pérdida de proteínas por la orina, situación que en estado de normalidad no se da. Con albuminuria positiva hay sospecha de mal funcionamiento en el filtrado del riñón.

Morbilidad: Es el grado de riesgo de contraer la enfermedad sujeta a estudio, empeoramiento del estado de salud o aparición de procesos o complicaciones indeseables.

Nefropatía: Enfermedad de los riñones, causada por lesiones en los pequeños vasos sanguíneos. Su evolución lleva a un mal filtrado renal.

Neuropatía: Enfermedad del sistema nervioso, con lesiones en la envoltura de las fibras nerviosas. Estas lesiones hacen que los nervios no cumplan bien con sus funciones.

Normoglucemia: Niveles normales de glucosa en la sangre. En ayunas, entre 70 y 110 miligramos de glucosa, por cada decilitro de sangre.

Normopeso: Peso normal que debe tener una persona según su edad, sexo y talla. (Diccionario de Medicina océano Mosby. 2006)

Nutrientes: Son los elementos básicos de la alimentación humana para el mantenimiento de la vida. Los alimentos son productos que contienen nutrientes y estos, a su vez, están formados por estructuras químicas o principios inmediatos. Los principales nutrientes para el ser humano son: las Proteínas, los Lípidos (o grasa), los Hidratos de Carbono, las Vitaminas, los Minerales y el Agua.

Páncreas: Es una glándula del aparato digestivo, situada detrás del estómago, al mismo nivel que el hígado, pero al lado izquierdo de la cintura. En el páncreas se fabrican enzimas digestivos, insulina y glucagón.

Prevalencia: Es un término que en epidemiología se refiere a la proporción de personas que, en una población determinada y un tiempo concreto, están afectados por la enfermedad sujeta a estudio.

Reserva pancreática: Es la capacidad que un páncreas dañado continúa teniendo para fabricar insulina, aunque sea en menor cantidad (o de peor calidad, o ambas).

Resistencia a la insulina (Insulinorresistencia): Es la situación que se da cuando las células del organismo se resisten a usar la insulina que circula por la sangre, al no ser identificada por los receptores de insulina que tienen las células. Es como una llave que no abre al no poder encajar en la cerradura.

Retinopatía: Lesiones de los pequeños vasos sanguíneos de la retina. La retina es una membrana, muy surcada por venas y arterias, que se encuentra en el interior del globo ocular.

Sangre capilar: Es la sangre que circula por los capilares. Se llaman capilares a las venitas de pequeño calibre.

VASCULOPATÍA Lesiones en las paredes de las venas y arterias.

Glosario HTA

ECA: Abreviación de enzima convertidora de angiotensina.

Esta enzima permite la producción de la angiotensina II. Se genera en los pulmones. (Diccionario de Medicina océano Mosby. 2006)

Inhibidor ECA: Los inhibidores ECA son medicamentos que bloquean la ECA. Los inhibidores ECA reducen la producción de angiotensina II, que baja la presión arterial.

Adiposidad/Obesidad: Muchas veces los términos de sobrepeso y adiposidad se utilizan erróneamente como sinónimos. El sobrepeso indica únicamente que se gana peso corporal sin más. El término de masa corporal incluye tejidos, grasa, huesos y órganos. La adiposidad se refiere exclusivamente a un exceso de grasa corporal. Incluso la clasificación de adiposidad (basado en el IMC) distingue entre sobrepeso y adiposidad.

Hoy en día, el IMC es la herramienta estándar de las ciencias de la salud y se usa en hospitales y para clasificar la adiposidad.

Cálculo: Índice de masa corporal IMC = peso corporal en kg/talla en m²

Clasificación de la adiposidad conforme al IMC:

Clasificación	IMC
Peso insuficiente	< 18,5
Peso normal	18,5 - 24,9
Sobrepeso	25,0 -29,9
Nivel I de adiposidad	30,0 - 34,9
Nivel II de adiposidad	35,0 - 39,9
Nivel III de adiposidad	>= 40,0
Estándar: formato 2	

Adrenalina/Noradrenalina: Hormonas de la médula suprarrenal.

Son los mensajeros del sistema nervioso simpático, responsable de la elevación de la presión arterial y de la progresión de la actividad del latido cardiaco.

Angiotensina II: La angiotensina II es una hormona que desempeña un papel fundamental en la regulación de la presión arterial. (Diccionario de Medicina océano Mosby. 2006)

La angiotensina I: puede mantener o elevar la presión arterial. Se forma en la sangre y en el tejido bajo la influencia de la ECA.

Aorta: La aorta es un vaso sanguíneo que sale de la cavidad izquierda del corazón.

Apnea: Es un trastorno nocturno de la respiración que cursa con paradas respiratorias, ronquidos, mayor cansancio diurno y posiblemente elevación de la presión arterial y trastornos del ritmo cardíaco.

Arritmia: Es una alteración del ritmo cardíaco que tiene su origen en los ventrículos del corazón.

Arteriolas: Son arterias más pequeñas que se conectan con las arterias grandes. Con la disminución progresiva del diámetro de los vasos sanguíneos, se fortalece la presión arterial.

Arterioesclerosis: La arterioesclerosis es una enfermedad vascular crónica y progresiva. Los depósitos en las paredes de los vasos hacen que éstos se constriñan.

Presión arterial: La presión arterial es la presión en el interior de los vasos sanguíneos (aorta y arterias).

Capilar (red capilar): Los capilares son los vasos sanguíneos más pequeños que conectan arterias y venas. Son responsables del metabolismo del tejido aportando nutrientes que vienen de la sangre arterial y absorben los residuos de la sangre venosa.

Insuficiencia cardíaca: Se produce cuando el corazón no es capaz de hacer circular la sangre necesaria.

Colesterol: El colesterol es una sustancia grasa esencial responsable de la construcción de las paredes celulares. También desempeña un papel importante junto a las hormonas y la vitamina D.

Contracción: Por ejemplo, contracción del músculo miocárdico para bombear sangre nueva, rica en oxígeno, en el torrente circulatorio.

Diástole: La fase de la atonía del ventrículo del corazón se denomina diástole. (Diccionario de Medicina océano Mosby. 2006)

Ecografía doble: Es una prueba ecográfica en la que se hacen visibles en una pantalla los vasos examinados, la velocidad del flujo y la dirección de la sangre.

Hipertensión esencial: En más del 80% de todos los casos de hipertensión diagnosticados no pudo detectarse una causa orgánica. En estos casos se habla de hipertensión primaria o esencial. Aunque las causas de este tipo de hipertensión no se han identificado todavía científicamente, los expertos piensan que los desencadenantes son el sobrepeso, el estrés y demasiado poco ejercicio.

Extrasístoles: Latidos de más del corazón, que pueden percibirse como "tropiezos del corazón"

HDL: Abreviación en inglés de lipoproteínas de alta densidad (LAD) (conexión entre proteínas y grasas); El colesterol de las HDL ejerce una influencia positiva sobre la salud.

Infarto de miocardio: Es la muerte del tejido miocárdico causada por la falta de flujo sanguíneo. Se produce cuando se obstruye un vaso coronario. A menudo el motivo es un coágulo de sangre que se fija en los vasos constreñidos por la arterioesclerosis existente.

Ventrículo: Dos de las 4 cavidades del corazón se denominan ventrículos. Recogen la sangre durante la fase diastólica y después se contraen automáticamente para bombear la sangre al cuerpo. El ventrículo derecho bombea la sangre en la circulación menor y el ventrículo izquierdo en la circulación mayor.

Trastornos del ritmo cardiaco: Es la alteración del latido regular del corazón. Puede distinguirse entre la extrasístole y un latido del pulso demasiado rápido/demasiado lento, regular/irregular.

Los trastornos del ritmo cardiaco pueden ser ambos, inocuos o dañinos.

Válvula cardiaca: Señalan la dirección del flujo de sangre al corazón. Funcionan como una especie de "válvula de admisión" entre las aurículas y los ventrículos y es una válvula de escape entre los dos ventrículos y las aortas.

Hipertensión: Elevación constante de la presión arterial. (Diccionario de Medicina océano Mosby. 2006)

Crisis de hipertensión: Es la elevación súbita de la presión arterial en combinación con múltiples y típicos trastornos como inquietud, depresión respiratoria, opresión en el pecho, trastornos del ritmo cardiaco, mareos o sensación de enfermedad.

Hipotensión: Se define como el descenso de la presión arterial a valores inferiores a 105/60 mmHg.

Insuficiencia: Es la ineficiencia o funcionamiento limitado de los órganos.

Hipertensión de origen renal: Forma secundaria de la hipertensión producida por una indisposición del tejido renal o arterias renales constreñidas (estenosis de las arterias renales).

Síndrome metabólico: El síndrome metabólico resume la presencia conjunta de sobrepeso, hipertensión, valores elevados de grasa en sangre, resistencia a la insulina o diabetes.

Receptores: Son partes de la pared de las células que pueden absorber mensajeros o fármacos.

Los fármacos bloqueantes pueden llegar hasta los receptores, impidiendo con ello que los mensajeros o los fármacos desarrollen su eficacia.

Ictus: Es la muerte de las células del cerebro causada por una interrupción de la circulación sanguínea o hemorragia en él (hemorragia cerebral). El motivo puede ser una arteria cerebral obstruida o reventada. La hipertensión es una de las causas principales del ictus.

Sístole: Fase en la que los ventrículos se contraen y bombean la sangre al torrente circulatorio.

Venas: Vasos que retornan la sangre de los órganos del cuerpo al corazón. Los vasos más grandes son la cava superior y la inferior. Fluyen directamente a la aurícula derecha. (Diccionario de Medicina océano Mosby. 2006)

X. Anexos

RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

DATOS SIGNIFICATIVOS (Evidencia)	ANÁLISIS DEDUCTIVO (Dominio, Clase, Requisito de autocuidado involucrados)	PROBLEMA (Etiqueta diagnóstica NANDA II) p	FACTOR RELACIONADO (Etiología) E	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas) SYS
Acude a consulta cada mes, tiene seguimiento con el tratamiento.	Dominio : 1 promoción de la salud Clase 2: gestión de la salud Requisitos de autocuidado universal	00162 disposiciones para mejorar la gestión de la propia salud		Manifiesta deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad
Peso: 65.500kg IMC: 32.75 Colesterol. Edad: 60	Dominio 2: nutrición Clase 1: ingestión Requisito de autocuidado universal	Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (00001)	Obesidad parental	

RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

DATOS SIGNIFICATIVOS (Evidencia)	ANÁLISIS DEDUCTIVO (Dominio, Clase, Requisito de autocuidado involucrados)	PROBLEMA (Etiqueta diagnóstica NANDA II) p	FACTOR RELACIONADO (Etiología) E	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas) S Y S
Glucosa: 157 mg/dl T/A: 170/90 mmhg Peso: 65.500 kg IMC: 32.75	Dominio 2: nutrición Clase 4: metabolismo Requisito de autocuidado universal	Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179)	Nivel de actividad física Estado de salud física	
Glucosa: 157 mg/dl T/A: 170/90 mm/hg Colesterol: 233mg/dl. Peso: 65.500kg.IMC: 32.75, Tabaquismo. Antecedentes familiares de enfermedad arterial coronaria	Dominio 4: actividad y reposo Clase 4: respuesta cardiovascular/pulmonar. Requisito de autocuidado universales.	Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardiaca (00200)	Diabetes mellitus Hipertensión Antecedentes familiares de enfermedad arterial coronaria	

RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

DATOS SIGNIFICATIVOS (Evidencia)	ANÁLISIS DEDUCTIVO (Dominio, Clase, Requisito de autocuidado involucrados)	PROBLEMA (Etiqueta diagnóstica NANDA II) p	FACTOR RELACIONADO (Etiología) E	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas) SYS
Ausencia de dientes. Prótesis extraíble	Dominio 11: seguridad/protección. Clase 2: lesión física. Requisitos de autocuidado universal	Deterioro de la dentición (00048)	Predisposición genética. Déficit nutricionales	Ausencia de dientes

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
FACULTAD DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DE CELAYA
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

GUIA DE VALORACION
(DOROTHEA ELIZABETH OREM)

1. FACTORES CONDICIONANTES BASICOS

4- descriptivos de la persona

Fecha: Nombre: __. sexo: masc. ()

Fem. () Edad: _60 años_____ religión: _catolica_____

Edo.civil: __viuda_____ Escolaridad: _primaria incompleta_____

Lugar de residencia_ domicilio actual (calle, número, colonia):

_colonia obrera_____

Características de la vivienda:

Renta _____propia __otros _____

Material de construcción:

Adobe _____ ladrillo ____ otros _____

Cuenta con los servicios básicos de vivienda

Agua potable _____ luz eléctrica _____

Drenaje__ _____ pavimentación_____

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios básicos:

Alumbrado público () recolección de basura ()

Drenaje y alcantarillado ()

Rol que ocupa en la familia

Padre () madre () hijo () esposa/o ()

Cuantos hijos tiene: 0 () 1 () 2 () y una hija finada más de 3 ()

Como es su relación con la familia:

Buena () regular () mala ()

Nivel de educación

Analfabeta () primaria () secundaria ()

Bachillerato () licenciatura () otros _____

Ocupación: ninguna horario: ninguna

Antecedentes laborales: ninguna

Ingreso económico familiar:

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

Dependencia económica: si () no ()

De quien: padres () esposo/a ()

Otros _____ hijos _____

4- patrón de vida

¿Qué actividades recreativas realiza en su tiempo?

Sociales () culturales () deportivas ()

Religiosas () otras _____

¿Qué hace usted para cuidar su salud? nada

4- estado de sistema de salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno () regular () deficiente ()

¿A qué servicio de salud acude usted regularmente?

IMSS () ISSSTE () SALUBRIDAD ()

Particular () otros: _____

Diagnostico medico: , DEMENCIA SENIL caracterizada con irritabilidad con leve deterioro cognitivo tratada con carbamacepina 200mg cada 24 horas Y HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA , tratada con losartan 50 mg cada 12 horas, amilodipino 5 mg cada 12 horas.._____

Estado de salud Grave () Delicado () estable ()

Valorar la existencia de recursos disponibles para la atención del cliente

4- Estado de 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? _____

¿Quién autoriza su tratamiento médico? Familiar _____

II. REQUISITOS DE AUTO CUIDADO UNIVERSALES

a) Mantenimiento del aporte suficiente de aire.

Frecuencia respiratoria _____ Llenado capilar: 2 a 3 segundos _____

Cianosis: _____

Si () No () especifique: _____

Tabaquismo:

Si () No () especifique: _____

¿Cocina con leña?

Si () No () cuanto tiempo? _____

Alergias:

Si () No () especifique: _____

Tipo de respiración:

Normal () disnea () bradipnea () taquipnea () polipnea ()

Otros: _____

Nariz:

Desviación de tabique () pólipos () secreciones ()

Dolor () edema () otros _____

Tórax:

Tonel () En quilla () En Embudo ()

Otros: _____

Ruidos respiratorios:

Estertores () sibilancias () murmullo vesicular ()

Padece alguna enfermedad pulmonar:

Si () No () especifique: _____

Cardiovascular:

T/A: __160-80_FC: 80__ soplos () Arritmias ()

Otras alteraciones: _____

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta disnea:

Si () No ()

Apoyo ventilatorio: _____

b) Mantenimiento de aporte de agua suficiente:

Valore datos de deshidratación:

Mucosa oral: seca () hidratada ()

Piel: seca () escamosa () normal ()

Turgencia: normal () escasa ()

¿Qué cantidad de agua ingiere usted al día?

300-500ml () 500-1000ml ()

1500-2000 () >a 2000ml ()

De donde proviene el agua que consume:

Llave pública () pipa () entubada () garrafón ()

Otros: _____

Utiliza algún método para purificar que consume:

Si () No ()

Especifique: _____

Ingiere algún otro tipo de líquido durante el día:

Si () No ()

Especifique cantidad: _____

Aporte de líquidos parenterales:

Especifique: _____

4- Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos:

Peso: _talla___ IMC _____ cintura _____

Ha observado variaciones en el peso:

Si () No ()

Perdida () ganancia ()

1-3 kg. () 4-6kg () 7-6kg () 10kg ()

Dentadura:

Completa () faltan piezas ()

Prótesis fija () prótesis extraíble ()

Especifique: _____

Estado de las mucosas:

Presenta algún problema en la mucosa oral:

Si () No ()

Especifique:

Lengua en tónica () estomatitis () xerostomía ()

Tumor oral () leucoplaquia () edema () lesión oral ()

Drenaje purulento () gingivorragia () ulceraciones ()

Otros: _____

Alteraciones en cara y cuello: __negado_____

Abdomen:

Peristaltismo: ausencia () disminuido ()

Aumentado () normal ()

Distensión abdominal ()

Otros: _____

Presenta algún problema en la alimentación:

Si () No ()

Cual: acidez () nauseas () vomito () hematemesis () disfagia ()

Pirosis () regurgitación () polidipsia ()

Polifagia () bulimia () anorexia () reflujo ()

Sialorrea () saciedad () eructos ()

Otros: _____

Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse:

Si () No ()

Especifique: _____

Tipo de nutrición:

Sonda nasogastrica () sonda nasoyeyunal ()

Gastroclisis () nutrición parenteral ()

Que tan frecuente usted come:

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

Alimento/frecuencia				
Leche				
Deriv.de la leche				
Carnes				
Cereales				
Verduras				
Frutas				
Huevos				
Pescado				

Pastas y harinas				
------------------	--	--	--	--

¿Con que guisa los alimentos?

Aceite () manteca () otros: _____

¿Cómo es su dieta habitual?

Sin restricciones () diabética () hiposodia ()

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 () pujo () cólico ()

otros _____

Apoyo para la eliminación intestinal:

Movilización () medicación () higiene ()

otros _____

Evacuación intestinal:

Espontanea () estreñimiento ()

Diarrea () otros: _____

Características de las heces fecales:

Café () acolia () melena () otros _____

Consistencia de las heces fecales:

Pastosa () semipastosa () liquida () semilíquida ()

Dura ()

Grupo de eliminación vesical

Presencia de:

Incontinencia () retención urinaria () tenesmo ()

Disuria () alteraciones útero-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 perspirarían:

Cambio en los patrones normales de sudoración

Disminuida () ausente () aumentada ()

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal: _____ dolor () alt. Emocionales ()

Temperatura ambiental: _____

_____ otros: _____

Grupo menstruación:

Menarca: 12 años_ días de ciclo menstrual: _normal_____

Tipo, cantidad y características del flujo: _____

Presenta algún problema durante su menstruación:

Si () No (x) ocasional () especifique: _____

e) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el peso

Reposo

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

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

¿Cómo se encuentra al despertar?

Cansado () descansado () fatigado () otros: _____

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?

Si () No ()

¿Ha sufrido algún cambio su patrón de sueño?

Si () No ()

¿Desde cuándo?:

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

Presencia de:

Bostezo () insomnio () hipersomnias () pesadillas ()

Alucinaciones () orejas () ronquido () enuresis ()

Sonambulismo () terrores nocturnos ()

Factores que interrumpan su descanso y sueño: _____ el
lugar _____

_____ preocupación por su hijo _____

¿Acostumbra a tomar siestas?

Si () No ()

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?

Si () No () especifique: _____

ACTIVIDAD

Sistema musculoesquelético:

Presencia en articulaciones de:

Dolor () rigidez () inflamación () limitaciones ()

Contracturas () especifique: _____

Tratamiento: _____

¿Alguna actividad física le produce dolor?

Si () No () especifique: _____

Frecuencia/duración: _____

f) Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción

Sistema auditivo:

Presenta problemas de audición:

Si () No () especifique: _____

Utiliza apoyo para escuchar:

Si () No ()

Presencia de:

Mareo () vértigo () acufenos () malformaciones ()

Tumoraciones () lesiones ()

Sistema ocular:

Presenta problemas visuales:

Si () No () especifique: __miosis y midriasis__

Utiliza lentes:

Armazón () contacto () tiempo:_____

Presencia de alteraciones oculares:

Si () No () especifique: miosis y midriasis__

¿Con quienes convive diariamente?

Familia () amigos () compañeros de trabajo ()

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

Buena () regular () mala ()

¿A quienes recurre para platicar de sus problemas?

Familia () amigos () nadie () otros: _____

Observar:

Seguridad () timidez () introversión () apatía ()

Extraversión () otros: _____

Razones que le impiden socializar

Lejanía () enfermedad () rechazo () miedo ()

Dificultad para la comunicación () otros: disgusto__

g) Prevención de peligro para la vida el funcionamiento y el bienestar

Sistema neurológico:

Estado de conciencia:

Consiente () inconsciente () sopor ()

Estupor () confusión () coma ()

Glasgow: _____

Problemas con:

Concentración () razonamiento () orientación() y se le olvida las cosas especificar _____

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

Bastón () silla de ruedas () andador () otros: _____

Antecedentes heredo familiares patológicos:

Si () No () especifique: características arterial _____

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 aspecto físico?

Si () No () especifique: _____

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad?

Si () No () especifique: _____

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

Si () No () especifique: _____

¿Considera que su vida es o ha sido productiva?

Si (x) No () especifique: _____

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales?

Si () No ()

Depresión () ansiedad () vergüenza () temor ()

Desesperanza y negatividad ()

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

Negación () inadaptación () irritabilidad ()

Agresión () cólera ()

III. REQUISITOS DE AUTO CUIDADO DE DESARROLLO

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

1. Etapa del ciclo vital.

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

Niñez	Si ()	No ()	especifique_____
Edad escolar	Si ()	No ()	especifique_____
Adolecente	Si ()	No ()	especifique_____
Adulto joven	Si ()	No ()	especifique_____
Edad fértil	Si ()	No ()	especifique_____
Adulto maduro	Si ()	No ()	especifique_____

2. Salud sexual

Sistema reproductor:

Ha recibido educación sexual

Si () No () especifique_____

Cuál es su orientación sexual: por medio de platicas

Con que frecuencia tiene actividad sexual: _____

Está satisfecho con su vida sexual

Si () No () porque_____

Número de parejas sexuales: _____

Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales

Si () No () especifique/ tratamiento: _____

Utiliza algún método de planificación familiar

Si () No () especifique/tiempo: _____

Número de hijos: _____

Tiene problemas de infertilidad:

Si () No () especifique: _____

Tratamiento: _____

Cirugías realizadas en aparato reproductor:

Si () No () especifique: _____

Hombre:

¿Acude a examen próstata/testicular?

Si () No () frecuencia: _____

¿Presenta problemas de erección?

Si () No () tratamiento: _____

¿Presenta problemas de eyaculación precoz?

Si () No () tratamiento: _____

Mujer:

Menarca: _____ días de ciclo menstrual: _____

Tipo, cantidad y características del flujo: _____

Presenta algún problema durante su menstruación:

Si () No () ocasional () especifique: _____

Embarazos _____ partos _____ cesarea _____ abortos _____ obitos _____
_____ partos prematuros _____

Embarazo de alto riesgo _____ periodo inter genésico _____

menopausia _____ fecha de ultimo Papanicolaou _____

Presencia de flujo/hemorragia transvaginal _____ características _____

¿Existe alteración del crecimiento físico?

Si () No () especifique: _____

IV. REQUISITOS DE DESVIACION DE LA SALUD

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

4-6 meses () 6-12 meses () 12 meses ()

No se realiza ()

Especifique: _____

¿Sabe usted de que está enfermo?

Si () No ()

¿Qué conoce acerca de su enfermedad? Como prevenirlas_____

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

Si () No ()

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

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación?

Si () No (x) especifique: _____

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

Ambientales () familiares () personales ()

Especifique: _____

Dieta en la hipertensión arterial

Es evidente que el control de la tensión arterial permite reducir la mortalidad provocada por la elevación de la misma. El tratamiento dietético de la hipertensión arterial no siempre es suficiente para conseguir unas cifras de tensión adecuadas. En tal caso deben utilizarse fármacos hipotensores, aunque en muchos casos la dieta sola podría ser suficiente.

La dieta debe contemplar varios puntos.

Aporte energético

El aporte energético estará en función del peso del paciente, siendo conveniente que los obesos adelgacen ya que mejoran sus cifras de tensión. La obesidad del tipo androide se asocia a un mayor riesgo de hipertensión.

Sodio

Es evidente que la restricción en el consumo de sal es beneficiosa en pacientes hipertensos aunque el grado óptimo de restricción no está muy claro.

La mayoría de los autores se inclinan por una dieta con un contenido en sodio de 1, 500 a 2, 300 mg/día.

Potasio

Una dieta rica en potasio favorece la excreción urinaria de sodio mejorando las cifras de tensión del hipertenso. (Cervera P. 1993)

Alcohol

El consumo excesivo de alcohol aumenta la tensión arterial, por lo que debe recomendarse moderación o la supresión absoluta en algunos casos. El alcohol a su vez puede aumentar la obesidad, en caso de que exista.

Calcio

Parece ser que hay una relación inversamente proporcional entre la tensión arterial y la ingestión del calcio, por lo que el consumo adecuado del mismo puede ser beneficioso para el hipertenso.

Lípidos

Los ácidos grasos poliinsaturados, sobre todo los de la serie omega-3, son recomendables en la dieta del hipertenso por su actividad en la síntesis de algunas prostaglandinas.

Cafeína

El consumo de cafeína en una cantidad de 250 mg/día o equivalentes a dos o tres tazas de café en personas no habituadas aumenta la tensión arterial. Pero ello no justifica la supresión total del café en la mayoría de los hipertensos. (Cervera P. 1993)

Menú semanal

Lunes

Desayuno:

200 ml de leche descremada

2 rebanadas de pan integral con margarina sin sal o miel

Comida:

Coliflor con salsa sin grasa (120 gramos)

Tallarines cocinados con salsa de jitomate (100 gramos)

2 rebanadas de pan integral

Cena:

Ensalada mixta (200 gramos)

Pollo a la plancha (200 gramos)

2 rebanadas de pan integral

Martes

Desayuno:

200 ml de leche descremada

Un tazón de cereal integral

Comida:

Sopa de lentejas con laurel (150 gramos)

2 huevos al gusto (100 gramos)

Cena:

Ensalada de arroz integral (150 gramos)

Pescado al horno con lechuga (200 gramos)

Miércoles

Desayuno:

200 ml de leche descremada

2 rebanada de pan integral

30 gramos de queso fresco (sin sal)

Comida:

Macarrones cocidos (100 gramos), se puede agregar picante opcional en poca cantidad.

Ternera con verduras (200 gramos)

Cena:

Papas cocidas con verdura salteadas con poco aceite (150 gramos), mejor usar limón o vinagre

50 gramos de queso fresco (sin sal)

Jueves

Desayuno:

200 ml de leche descremada

2 rebanadas de pan integral con margarina sin sal y /o miel

Comida:

Jitomate al horno con orégano (200 gramos)

Albóndiga de res (100 gramos)

Viernes

Desayuno:

200 ml de leche descremada

100 gramos de galletas

Comida:

Pimientos o chiles rellenos (no que) (100 gramos)

Filete de lomo (200 gramos) con frijoles y zanahoria

Cena:

Espinacas salteadas con aceite y ajo (200 gramos)

Una quesadilla de pescado (100 gramos)

Sábado

Desayuno:

200 ml de leche descremada

2 rebanadas de pan integral

30 gramos de queso fresco (sin sal)

Comida:

Pasta cocinada con nueces (100 gramos)

Pollo a la plancha (200 gramos)

Cena:

Consomé natural de pollo (100 gramos)

Croquetas de pescado (100 gramos) con granos de elote y jitomate

Domingo

Desayuno:

200 ml de leche

Una pieza de pan dulce

200 ml de jugo de fruta natural

Comida:

Paella de verduras y pollo (200 gramos)

Ensalada mixta (150 gramos)

Tarta de manzana (150 gramos)

Cena:

Consomé natural de pollo (100 gramos)

Filete de pescado a la plancha (200 gramos)

Todos los días, entre las comidas formales, se puede comer una ración de fruta (200 gramos) o un vaso ml) de yogurt natural sin grasa.

Se pueden intercambiar los alimentos dentro de las comidas o incluso los días.

Dieta del diabético

A continuación se compara la alimentación del diabético con la del adulto normal. Obsérvense las pocas diferencias existentes entre ellas.

Energía	Adulto sano en función de la actividad física	Adulto diabético en función de la actividad física
Glúcidos (HC)	55-60 % de la energía	50-60 % de la energía (con supresión o control estricto de azúcares sencillos)
proteínas	12-15 % de la energía	12-20 % (evitar alimentos proteicos grasos)
grasas	30-35 % de la energía	30-35 % (reducir ácidos grasos saturados)
Vitaminas y sales minerales	Una alimentación variada aporta las cantidades necesaria para cubrir las necesidades fisiológicas, tanto de los individuos sanos como de los pacientes diabéticos.	
agua	La necesidad diaria se estima en 2 a 2.5 litros. El diabético debe aumentar la cantidad en caso de que exista la descompensación	
fibras	Disminuyen la velocidad de absorción de los glúcidos, por lo que es conveniente que estén contenidas en la alimentación (pulpa y piel de frutas, ensaladas y verduras), a la vez que tienen un efecto beneficioso sobre los lípidos sanguíneos, con disminución del colesterol.	

(Cervera & Clapés, 2004)

XI Apéndices

XII. APENDICES

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERIA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado para participantes en el Proceso de Enfermería con el referente Teórico de D. Orem.

Yo MAG doy mi consentimiento para participar en la metodología de intervención de enfermería, que tiene como finalidad conocer e identificar las respuestas humanas, fundamentada en la teoría de Dorotea Orem y estructurar un trabajo académico, con fines de titulación, para obtener el grado de licenciado en Enfermería a través del cual se me brindarán cuidados integrales que beneficiarán mi estado de salud.

He sido informado(a) con claridad de los objetivos de la metodología de intervención, así como 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, sin obligación y consciente, sin recibir ninguna remuneración económica. Enterado (a) que el responsable de dicho proceso de enfermería es el (la) PLE Samuel Vázquez Martínez, doy mi consentimiento para colaborar en el trabajo académico solicitado.

[Signature]
Acepto participar

PLE

Morelia, Mich. a 23 de Abril 2011

[Signature]
Daniel Valasco Hernández
Testigo