



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería

**PROCESO DE ENFERMERÍA CON EL REFERENTE TEÓRICO DE
DOROTHEA ELIZABETH OREM, APLICADO A UN CASO CLÍNICO
DE INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA.**

Para obtener el grado de:
Licenciada en Enfermería

Presenta:
P.L.E. María Concepción Sebastián Martínez

Asesor:
Maestra Alma Rosa Picazo Carranza

Co-asesor
Maestra María Celia García Martínez

Morelia, Michoacán, Junio de 2014.

DIRECTIVOS

Directora de la facultad de Enfermería:

Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela

Secretaria académica:

ME. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Secretario administrativo:

MCE. Roberto Martínez Arenas

MESA SINODAL

PRESIDENTE DE LA MESA SINODAL

MA. Alma Rosa Picazo Carranza

Firma: _____

VOCAL 1

LEQ. Cecilia Castro Calderón

Firma: _____

VOCAL 2

MSP. Roberto Mendoza Contreras

Firma: _____

DEDICATORIA

A MIS PADRES:

Gracias a mis padres por haberme dado la oportunidad, el apoyo incondicional y la confianza de seguir estudiando he podido lograr una de mis más grandes metas y sueños, que me hacen sentir muy feliz. Es la herencia más valiosa que pudiera recibir. Por el ánimo recibido durante mi formación profesional y con la promesa de seguir siempre adelante, a pesar de todos los sacrificios en gran parte de su vida para educarme y formarme, los quiero mucho papá y mamá. Les dedico la presente tesis como el agradecimiento al apoyo brindado durante estos años de estudios, la cual ha dejado en mí bonitas experiencias.

A MIS HERMANAS (O):

Gracias por el apoyo que me dieron para sacar adelante mis estudios por estar siempre a mi lado en los buenos y malos momentos, las pláticas de seguir estudiando siempre hacia una buena superación para que adelante pudiéramos ya no depender tanto de mis padres sino uno mismo.

A MI ABUELITA:

Le agradezco a mi abuelita querida por tener siempre su apoyo, emocional nos motivaba tanto que siguiéramos estudiando que no perdiéramos esa oportunidad que nos brinda nuestros padres que era la mayor herencia que nos estaban dando.

A DIOS:

Por permitirme de esta vida maravillosa vivirla, mantener siempre la esperanza y la fe, haciendo mis sueños realidad de adquirir cosas nuevas en cada momento de mi vida, muchas gracias dios mío.

AGRADECIMIENTO

A LOS MAESTROS Y LA FACULTAD DE ENFERMERÍA.

Por habernos compartido sus conocimientos, experiencia, entrega en mi aprendizaje por compartir su sabiduría y por impulsarme a ser cada día mejor ya que es producto del desempeño vocacional que cada uno elige, a quienes están dispuestos a enseñar con ejemplo y dedicación. A la facultad por haberme permitido hacer mis estudios la formación de mi vocación, con el fin de hacer uno de mis sueños realidad.

A MIS ASESORAS (O).

MA. Alma Rosa Picazo Carranza, MSP. Roberto Mendoza Contreras, LEQA. Cecilia Castro. Gracias maestras (o) por su apoyo, dedicación, tiempo y la paciencia que me brindaron, para lograr uno de mis más grandes logros y anhelos de mi vida.

INDICE

Contenido

INTRODUCCIÓN	1
I. JUSTIFICACIÓN	4
II OBJETIVOS	6
2.1 Objetivo general	6
2.2 Objetivos específicos.....	6
III. METODOLOGÍA	7
IV CASO CLÍNICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA	8
V. MARCO TEÓRICO	11
5.1 PROCESO DE ENFERMERÍA	11
5.2.1 Valoración	13
5.2.2. Diagnóstico.....	16
5.2.3. Planeación	18
5.2.4. Ejecución	19
5.2.5. Evaluación.....	20
5.2 TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA ELIZABETH OREM	22
5.3 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD, INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA.....	33
VI. DESARROLLO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	44
6.2.1. Diagnóstico de enfermería 1	48
6.2.2. Diagnóstico de Enfermería 2	52
6.2.3. Diagnóstico de Enfermería 3	56
6.2.4. Diagnóstico de Enfermería 4.....	60
6.2.5 Diagnóstico de Enfermería 5.....	66
6.2.6 Diagnóstico de enfermería 6	71
6.2.7 Diagnóstico de enfermería 7	74
6.2.8 Diagnóstico de enfermería 8	78
6.2.9. Diagnóstico de enfermería 9	82

6.2.10. Diagnóstico de enfermería 10	86
VII. CONCLUSIONES	90
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	92
IX. BIBLIOGRAFIA	94
X. GLOSARIO DE TÉRMINOS	95
10.1 Terminología de la Teoría General del Déficit de Autocuidado	95
10.2 Terminología Médica	97
XI. ANEXOS	98
11.1. Guía de valoración de acuerdo el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem ..	98
11.2. Clasificación de los datos sobre los requisitos universales en objetivos y subjetivos	110
11.3. Razonamiento diagnóstico	114
XII. APÉNDICES	116

INTRODUCCIÓN

Enfermería es la esencia y el arte de brindar cuidados basados de las respuestas humanas, para poder brindarlos necesitamos de una metodología que se adapta al individuo, familia y comunidad, que comprende la promoción de la salud, prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, no enfermos, discapacitados y personas en situación terminal. Con problemas de salud reales o potenciales.

Para el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas que presenta la persona, enfermería recurre a la metodología de enfermería o proceso de enfermería, el cual es un método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizados, centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de las personas o grupos a las alteraciones de salud reales o de riesgo. Es el orden lógico de las actividades que realiza el personal de enfermería para proporcionar cuidados al individuo, la familia y la comunidad.

Para proporcionar los cuidados enfermería utiliza los diagnósticos, definidos como un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia y comunidad a los problemas de salud, reales o potenciales y a los procesos vitales. Proporciona los fundamentos para la selección de las intervenciones de enfermería necesarias para la consecución de los resultados que son responsabilidad de las enfermeras.

Actualmente la insuficiencia cardiaca es el primer motivo de hospitalizaciones en mayores de 65 años en países desarrolladas, en la actualidad es uno de las principales causas de mortalidad, y de ahí la importancia de que el personal de enfermería participe en el equipo multidisciplinario para los cuidados de las personas con este padecimiento.

El presente trabajo aborda la aplicación del proceso de enfermería en una persona con Insuficiencia Cardiaca Crónica (ICC) y utiliza como referente teórico la Teoría general

déficit de Autocuidado de Dorotea Elizabeth Orem adoptado por la Facultad de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

En el primer apartado se señala la justificación donde se mencionan los datos estadísticos a nivel mundial, nacional, estatal y local referentes a la insuficiencia cardiaca.

Enseguida se presentan el objetivo general y los objetivos específicos para continuar con la metodología, en la que se señala el método empleado para la realización del proceso de enfermería.

Se prosigue con la presentación del caso clínico, que incluye los datos obtenidos con la Guía de valoración con base en el referente de Dorothea E. Orem.

Posteriormente se desarrolla el marco teórico el cual está conformado por tres partes: El proceso de enfermería que incluye los cinco etapas que lo conforman, la teoría general del Déficit de Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem y la historia natural de la enfermedad (Insuficiencia Cardiaca Crónica).

Parte esencial de este trabajo lo constituye la aplicación del proceso de enfermería que incluye los datos fundamentales obtenidos en la primera etapa de valoración organizada en factores condicionantes básicos y requisitos de autocuidado universales y de desarrollo, así como los requisitos de desviación de la salud. Inmediatamente después se presentan los diagnósticos identificados con los que se estructura el plan de intervención, que contiene las intervenciones y acciones de enfermería a realizar junto con su fundamentación científica. Se detallan los elementos que permitieron la ejecución del plan de intervención. Se finaliza con la evaluación de dicha ejecución.

Por ultimo tenemos las conclusiones derivadas del desarrollo del proceso de enfermería, continuando con las referencias bibliográficas, bibliografía y el glosario de los términos científicos utilizados en el presente trabajo, así como los anexos y apéndice constituido por la Guía de Valoración y el consentimiento informado.

I. JUSTIFICACIÓN

Insuficiencia cardiaca es una alteración de la función cardiaca, cuando el corazón no puede expulsar la cantidad óptima de sangre que requiere el organismo. Que culmina con dilatación cardiaca, congestión venosa generalizada e hidropesía. (J. Espino, 997: 55).

La insuficiencia cardiaca (IC) no es específicamente una enfermedad sino un complejo síndrome con manifestaciones vinculadas con distintas etiologías, modificaciones estructurales adaptativas y no adaptativas, alteraciones funcionales de la sístole y de la diástole y con la magnitud de los cambios hemodinámicos existentes. (Serna, 2010: 4).

Las enfermedades cardiovasculares se deben a trastornos del corazón y los vasos sanguíneos, entre ellos las cardiopatías coronarias (ataques cardiacos), las enfermedades cerebrovasculares (apoplejía), el aumento de la tensión arterial (hipertensión), las vasculopatías, cardiopatías reumáticas, cardiopatías congénitas y la insuficiencia cardiaca. Por consumo de tabaco la falta de actividad física y una alimentación poca saludable. (OMS, 2013).

Las enfermedades cardiovasculares, como infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca accidente cerebrovascular, cobran 17.5 millones de vidas al año en el mundo. (OMS, 2009).

Cerca del 1% de la población mayor de 40 años presenta insuficiencia cardíaca. La prevalencia de esta enfermedad se dobla con cada década de edad y se sitúa alrededor del 10% en los mayores de 70 años. En España se producen cerca de 80.000 ingresos hospitalarios por insuficiencia cardíaca cada año. Al igual que en otros países desarrollados, la insuficiencia cardíaca es la primera causa de hospitalización en mayores de 65 años. La insuficiencia cardiaca es la tercera causa de muerte cardiovascular en España por detrás de la cardiopatía isquémica y la enfermedad cardiovascular, hombres un 4% de todas las defunciones del 10% mujeres. , (Rev. Esp Cardiol, 2004; 57:163-70- vol.57 Núm. 02 DOI: 10.1157/13057268).

Durante 2007, en México, más de 87 mil personas fallecieron a causa de alguna enfermedad del corazón. Principalmente en la población de 65 años y más, se manifiestan las enfermedades cardiovasculares, en los varones son mayores los porcentajes de enfermedades crónicas del corazón en comparación con las mujeres. (INEGI, 2009)

La Organización Panamericana de la Salud estima que durante los próximos diez años ocurrirán aproximadamente 20.7 millones de defunciones por enfermedades cardiovasculares en América, de las cuales 2.4 millones pueden ser atribuidas a la hipertensión arterial, componente importante del riesgo cardiovascular. (NOM 030SSA-1999).

En Michoacán en los años de 2010 a 2012, los casos de enfermedades isquémicas del corazón y la tasa incidencia de morbilidad fue de 2343 casos nuevos de este padecimiento. Son los principales causa de muerte. (SSM sistema nacional de salud: 2013).

En la comunidad de Comachuen Mun. de Nahuatzen Mich. Presenta una tasa de morbilidad sobre hipertensión arterial registradas en la unidad de salud; son hombres 7 casos, de mujeres 30 casos, ya que es una de los principales causas de mortalidad.

II OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Aplicar el proceso de Enfermería basado en la teoría del Autocuidado de Dorothea E. Orem en un caso clínico a la usuaria con Insuficiencia Cardíaca Crónica.

2.2 Objetivos específicos

- Aplicar la guía de valoración con base en el referente teórico de Dorothea E. Orem a la usuaria con Insuficiencia Cardíaca Crónica.
- Identificar los diagnósticos de Enfermería de acuerdo a los datos de valoración así como los problemas interdependientes.
- Realizar la planeación de las intervenciones y acciones de enfermería de acuerdo a los diagnósticos identificados.
- Implementar las intervenciones de enfermería con base la planeación realizada.
- Evaluar el resultado obtenido con las intervenciones implementadas para ayudar a la usuaria a llevar un control eficaz a su padecimiento.

III. METODOLOGÍA

Con el fin de obtener el título de Licenciada en enfermería se participó en el curso taller de proceso de Enfermería convocado por la facultad de Enfermería. Al finalizar el curso con la revisión teórico - metodológica se decidió trabajar con una usuaria de padecimiento Insuficiencia Cardíaca Crónica, de la localidad de Comachuen Municipio de Nahuatzen Mich. Al ser una patología con una alta prevalencia a nivel internacional, nacional, estatal y ser una de las causas con mayor número de defunciones.

Inicialmente se solicitó la autorización a su familia que depende la usuaria con ella se procedió a contactar con la usuaria a quien se le invito a participar, se le informa de los beneficios en favor de su estado de salud también se le aviso que podía suspender su participación en el momento que deseara sin ningún problema, también se le indico de las visitas que se le estará haciendo. Al mismo tiempo se da la hoja de consentimiento informado a fin de obtener su autorización y emprender el trabajo con muchas ganas.

Para iniciar el proceso de Enfermería se le solicito a la usuaria y familiar que se le haría un pequeño cuestionario que contestara las preguntas, en ayuda de su familia de la guía de valoración de Dorothea E. Orem establecido de acuerdo al marco conceptual de la teoría del autocuidado con los siguientes elementos: factores condicionantes básicos, requisitos de autocuidado de desarrollo y requisitos de la desviación de la salud.

De acuerdo a la información obtenida en la valoración se definieron los diagnósticos de enfermería con base en la taxonomía de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA por sus siglas en inglés), se elaboró un plan de intervenciones de enfermería con base a la taxonomía de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y se evalúan los resultados con base a la taxonomía Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) a fin de alcanzar el objetivo planeado; posteriormente se ejecutaron las acciones y se realizó evaluación por cada diagnóstico de enfermería establecido.

IV CASO CLÍNICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA

Se trata de C.G.N. usuaria de 62 años de edad, casada desde los 17 años, religión católica, analfabeta, residente de Comachúen Mich. Municipio de Nahuatzen, su vivienda cuenta con todos los servicios básicos (luz, agua drenaje, pavimentación), ocupando el rol de madre y abuela en la familia con una buena relación, cuenta con seguro popular.

Antecedentes heredo familiares, desconoce las causas de mortalidad de sus padres y abuelos. Tiene una hermana menor quien la visita una vez a la semana aparentemente sana, alcoholismo y tabaquismo negativo.

Habita casa propia del hijo menor casado, con todos los servicios, sin promiscuidad ni hacinamiento. Vive con su esposo, en casa del hijo menor su esposa y las nietas (familia del hijo menor), las relaciones interpersonales son buenas así como con los demás hijos quienes entre todos solventan los gastos económicos y médicos.

Los antecedentes gineco-obstetricos menarca a los 14 años, con inicio de vida sexual activa a los 17 años. Sin ningún método de planificación familiar refiere no conocerlos, gesta 7, partos 7, menopausia a los 52 años, sin vida sexual activa.

Actualmente relata presentar disnea cuando camina mucho, respira con los labios fruncidos y requiere oxigeno (O₂) a 8 mililitros por minuto (tienda facial al 40%) cuando presenta disnea, la frecuencia respiratoria es de 18x1minuto, llenado capilar de 1 segundo, refiere no ser fumadora en su vida; pero han cocinado toda la vida con leña, su T/A de 140/90mm/Hg.

Habitualmente ingiere 250 a 300 mil de agua al día, en la exploración se observa piel, mucosa hidratada con una buena coloración habitualmente acostumbra 3 comidas al día, refiere no tener problema para ingesta, deglución ni ayuda para comer y sin problemas digestivo, con la dentadura de frente prótesis fija y ya solamente con 16 en total, con lo que refiere problema al masticar.

Actualmente su dieta es para diabético de 1200cls (calorías), por lo regular los alimentos que acostumbra comer en el desayuno son: 1 plato de leche con pan siempre deslactosada, o atole, huevo cocido, verduras, al medio día ingiere una fruta como colación; en la comida consume pollo, frijoles, pescado, pastas, quelites, nopales, champiñones, habas o verdura con 2 o tres tortillas, ensaladas y en la cena solo ingiere 2 vasos de leche. Con ninguna intolerancia a algún alimento, aunque a veces refiere ya no querer comer verduras. En sus primeras visitas con glicemia capilar de 96 mg/dl, peso 58 kg y con una talla de 1.51 centímetros ha tenido cambios en su peso corporal con una pérdida progresiva de 11 kilos desde que le diagnosticaron Diabetes Melitus tipo 2 hace aproximadamente 5 años, actualmente ha mantenido el mismo peso con un mínimo de variación (gr).

El patrón de eliminación renal presenta polaquiuria frecuentemente de 4 a 5 veces al día amarillo ámbar, además presenta nicturia 2 a 3 veces. Evacuaciones 2 veces al día con heces pastosa formadas, temperatura corporal de 36.5 c°, su piel limpia e hidratada. Acostumbra el baño de regadera 1 vez a la semana, cambio de ropa exterior e interior cada tercer día, la deambulaci3n es solamente con la ayuda de su familia, con movilidad, la vestimenta por la ayuda de su familia.

La usuaria refiere dormir muy poco aproximadamente 6 horas en la noche de forma espaciada, despierta debido a la nicturia al día siguiente se observa cansada y con sueño, Por la que acostumbra tomar siestas en el día.

Demuestra desinterés en la ejecuci3n de actividades, sin problema de audici3n ni visual. El padecimiento le impide socializar con más personas, solamente con su familia, refiere tristeza por su estado de salud, refiere el esposo que a veces presenta cambios bruscos del estado de ánimo se enoja. Acude al médico cada mes, pero lo cual a veces se le olvidan a los familiares y se le pasa la cita a la usuaria y otra vez hasta que saquen de nuevo la cita y se tarda como 1 mes o 1 mes y medio. Refiere que siente tristeza por el estado de salud que se encuentra actualmente, reniega que porque ella dice que su enfermedad es castigo de dios.

En la exploración física se encuentra consiente, orientada en tiempo y espacio con movilidad, lenguaje un poco entendible. Tiene el diagnostico medico de Insuficiencia Cardiaca Crónica desde hace 6 años y maneja cifras de presión arterial de 160/90, 150/90, 140/80 mmHg frecuentemente. El tratamiento indicado por el médico del hospital integral de cherán es: Furosemida 40mg tomar media tableta diario por las mañanas, Omeprazol 20mg tomar una tableta diaria por las mañanas, Ácido acetilsalicílico tomar media, tableta diaria por 30 días, Novotiral 100mcg tomar $\frac{1}{4}$ de tableta diaria, Cordarone 200mmg tomar una tableta diaria, Carvedilol 6.25mg tomar una diaria por 30 días, (O2) a 8 mililitros por minuto (tienda facial al 40%) intradomiciliaria. Refiere no tener alergias.

V. MARCO TEÓRICO

El marco teórico del presente trabajo está constituido por tres elementos primordiales. El primero aborda lo referente a los aspectos teórico- conceptuales más importantes de proceso de Enfermería, en seguida se desarrolla el referente teórico que guía la aplicación de proceso, y finalmente la historia natural de Insuficiencia Cardíaca Crónica.

5.1 PROCESO DE ENFERMERÍA

La metodología de enfermería se señala que el proceso de enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. *Hall en 1955 lo describió por primera vez como un proceso distinto. Johnson en 1959, Orlando en 1961 y Wiedenbach en 1963 desarrollaron un proceso de cinco fases. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de los años 70, diversas autoras como Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase del diagnóstico, dando lugar a un proceso de cinco fases como se conoce actualmente (Lyer, 1993:9).* Desde entonces, el proceso de enfermería ha sido legitimizado como el marco de la práctica de enfermería. La ANA (American Nurses Association) utilizó el proceso de enfermería como directriz para el desarrollo de las normas para la práctica de enfermería en Estados Unidos. De igual manera, el proceso de enfermería se ha incorporado en el marco conceptual de la mayoría de los planes de estudio de enfermería del mundo, incluyendo México (Lyer, 1993:9).

El Proceso de Enfermería según Alfaro es un método sistemático de brindar cuidados humanísticos centrados en el logro de objetivos de forma eficiente. (Bertha Alicia, 2002: 29).

El proceso de Enfermería es un método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de Enfermería individualizados, centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o de riesgo (S. Rosales, 2004: 227).

El proceso de enfermería es un método sistemático, centrado en el paciente, cuya finalidad es estructurar la prestación de los cuidados de Enfermería (Bárbara y Glenora Erb. 2005: 167).

La OMS define el proceso de Enfermería como un término que se aplica a un sistema de intervenciones específicas de la Enfermería en relación con la salud de los individuos, familia y/o comunidades. Implica el uso de métodos científicos para identificar las necesidades en materia de salud del paciente, familia o comunidad, y a través de ellas seleccionar aquellas que puedan ser satisfechas más eficazmente por medio de cuidados de Enfermería, incluye además la planificación necesaria para satisfacer dichas necesidades, proporcionar los cuidados y evaluar los resultados. (OMS).

De acuerdo a Ruiz (2005), son varias las ventajas para la profesión, entre ellas, la incorporación de la metodología del proceso de enfermería a las normas de práctica de varios países, México entre ellos. Otra ventaja importante de la aplicación de esta metodología es que demuestra de forma concreta el ámbito de la práctica del profesional de enfermería, al sistematizar las actividades sin privilegiar la ejecución de indicaciones médicas.

El usuario de los servicios de salud obtiene ventajas con la aplicación del proceso de enfermería. La primera ventaja es la calidad del cuidado, ya que éste se planifica para encontrar y satisfacer las necesidades particulares del usuario; además, al ser un proceso continuo se realiza evaluación para asegurar el nivel de la calidad de cuidado. Esta metodología permite dar continuidad no sólo en la evaluación sino en la propia planeación y ejecución, al disponer de un plan por escrito. También permite la

participación de los clientes en el cuidado de su salud, ya que las personas pueden desarrollar sus capacidades y sus habilidades en su propio cuidado (Ruiz, 2005: 88).

El proceso de Enfermería consta de cinco etapas: Valoración la recolección de datos, diagnóstico de enfermería con análisis de los datos para identificar problemas, plan de intervención para determinación de objetivos y desarrollo de un plan de acción, ejecución o práctica del plan de acción y, finalmente, evaluación para permitir valorar la eficacia del plan (Rodríguez, 2006:35).

5.2.1 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. (B. Rodríguez, 2002: 32).

Es la primera etapa del proceso enfermero que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad. Con la valoración se reúnen “todas las piezas necesarias del rompecabezas (Alfaro, 1999: 30) correspondientes a respuestas humanas y fisiopatológicas con lo que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo. (B. Rodríguez, 2006: 35).

Se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un cliente. Consta de dos componentes: recogidas de datos y documentación (Lyer, 1993:37).

La valoración por un modelo de enfermería puede derivarse de la aplicación de cualquier teoría de enfermería, de tal forma que se puede valorar al usuario siguiendo las catorce necesidades de Henderson, los cuatro principios de conservación de Levine, los subsistemas Johnson, los requisitos de autocuidado de Orem o también optar por valorar siguiendo la perspectiva de las necesidades humanas, de los patrones de

respuesta humana. Asimismo la valoración por un modelo médico puede utilizar la metodología de exploración de cabeza a pies o por sistemas corporales (Rodríguez, 2006:35).

La valoración utiliza la técnica de recolección de datos para los diagnósticos de enfermería. La identificación de datos pertinentes para el diagnóstico requiere un marco de referencia teórico, conceptual, único y lógico para la valoración. (Morán y Mendoza, 2010: 82).

El marco de referencia puede ser un modelo de enfermería. Se utiliza el modelo de Orem como marco de referencia para la valoración e implica recolectar datos relacionados con los ocho requisitos universales de autocuidado:

- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
- Mantenimiento de equilibrio entre la actividad y reposo.
- Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social.
- Promoción del funcionamiento y Desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal. (Stephen J. 1193: 6).

La valoración como proceso continuo proporciona información valiosa del usuario, permitiendo emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo, de los recursos existentes para conservar y recuperar la salud (Rodríguez, 2006:40).

Esta etapa de valoración es aplicable a todos los grupos de personas, llámense a estos individuos, familia o comunidad y el personal de enfermería tiene que incidir para proporcionar atención de calidad con bases sólidas apoyadas en conocimiento científico

extraídos de varias disciplinas teóricas y normas de acción (Rosales y Reyes, 1999: 203).

Los pasos para realizar una valoración son tres: Recolección de la información, validación de la información y registro de datos de la información (Rodríguez, 2006: 40).

1. Recolección de la información

Se da 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 permitan conocerlos. La recolección de datos del usuario puede ser general y específica; así, primero se 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. Toda información se recolecta por medio de la entrevista que es una labor completa que requiere ante todo de habilidades en la comunicación y de la interrelación estrecha al usuario. 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, 2006:46).

2. Validación de la información

Una vez reunida la información del usuario tiene que ser validada para tener la seguridad de que los datos obtenidos sean los correctos. La validación de los datos es la suma importancia porque si no se realiza es probable que en la etapa de diagnóstico se presenten dificultades para la agrupación interpretación de la información (Rodríguez, 2006:46).

3. Registro de la información.

Consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico (Rodríguez, 2006:46).

5.2.2. Diagnóstico

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una “función intelectual compleja” (Lyer 1997:3) al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad (Rodríguez, 2006:51).

Es un juicio clínico respecto a las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud o a procesos vitales reales, o potenciales (Rodríguez, 2006:56).

Datos recopilados durante la valoración son analizados e interpretados de forma crítica. Se extraen conclusiones en cuanto a las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del cliente y se diseña, ejecuta y evalúa el plan de cuidados. Los diagnósticos de enfermería proporcionan un método eficaz de comunicación de los problemas del cliente (Poteer, 2002:324).

Los pasos de la etapa de diagnóstico incluyen el razonamiento diagnóstico, la formulación de diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes, la validación y el registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes (Rodríguez, 2006:51)

El razonamiento de diagnóstico es la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas (Alfaro, 1999:88). La enfermera durante razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales e integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico.

Los pasos a seguir durante el razonamiento son:

- Realizar un listado de todos los datos significativos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales que aportó la valoración, incluyendo los recursos.

- Analizar y agrupar todos los datos significativos que se relacionan y realizan las deducciones correspondientes.
- Comparar los datos significativos (subjetivos, objetivos, históricos y actuales) con los factores relacionados / riesgo y con las características definitorias de las categorías diagnósticas de la NANDA.
- Efectuar revaloración si existen dudas y lagunas de información.
- Determinar si las enfermeras tienen “la autoridad para hacer el diagnóstico definitivo y ser el principal responsable” (Alfaro, 1999: 89) de la predicción, prevención y tratamiento del problema. Cuando la respuesta es SI es un diagnóstico enfermero, si la respuesta es no es un problema interdependiente.
- Proceder a dar el nombre correspondiente a las respuestas humanas (diagnóstico de enfermería), y a las respuestas fisiopatológicas (problemas interdependientes).
- Determinar los factores relacionados o de riesgo (etiología del problema) (Rodríguez, 2006:52).

Para la formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes se requiere haber realizado la valoración y el razonamiento diagnóstico antes de iniciar con la formulación de diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes. También es preciso conocer las categorías diagnósticas de la NANDA y la estructura que deben tener los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes de acuerdo a sus características.

Diagnóstico enfermero

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 es responsable de su predicción prevención y tratamiento en forma independiente (Rodríguez, 2006:55).

Clasificación de diagnósticos

- Diagnóstico real. Describe respuestas humanas a procesos vitales y estados de salud que existen en una persona, familia o comunidad. Sus componentes son etiqueta diagnóstica, definición, características definitorias y factores relacionados.
- Diagnóstico de riesgo. Describe respuestas humanas a estados de salud y procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerables. Tiene únicamente factores de riesgo y etiqueta diagnóstica.
- Diagnóstico de salud. Describe respuestas humanas a nivel de salud de una persona, familia o comunidad, que están en disposición de mejorar (Morán y Mendoza, 2010:153).

5.2.3. Planeación

Es la tercera etapa del proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, y que consiste en “la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del usuario sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del usuario enfermo (Iyer, 1997:157).

Además, implica la identificación del resultado, el indicador, la escala de medición y los criterios de resultado, así como la intervención y las actividades que se van a realizar, para potenciar las respuestas humanas funcionales y reducir o eliminar las respuestas disfuncionales ante problemas reales o potenciales de salud (Morán y Mendoza, 2010:162).

Los procedimientos para planificar el cuidado son:

- a) Identificar el resultado para un diagnóstico determinado.
- b) Identificar la intervención de la taxonomía Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) relacionadas con los diagnósticos NANDA. Tomando en cuenta los criterios siguientes: consentimiento del paciente, factor (es) relacionado (s)

del diagnóstico de enfermería, resultado deseado del paciente, el sustento científico asociado con la intervención, capacidad científica y técnica del enfermera(o), viabilidad, relacionada con el marco de referencia normativo, factibilidad, relacionada con la disponibilidad de recursos y seleccionar la actividad en la taxonomía de la NIC. (Morán y Mendoza, 2010: 163).

Los pasos para realizar la planeación incluyen el establecer prioridades, elaborar objetivos, determinar acciones de enfermería y documentar el plan de cuidados.

- Establecer prioridades. Para ello se emplea el pensamiento crítico, que permite analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenecen, lo que faculta el brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas.
- Elaborar los objetivos. Son una parte indispensable dentro de la etapa de planificación, ya que con ellos se mide el éxito de un plan determinado.
- Intervenciones de enfermería. Son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos.
- Documentar el plan de cuidado. Es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidado en un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados (Rodríguez, 2001:75-86).

5.2.4. Ejecución

Es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que ha elaborado los planes de cuidado y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al usuario a conseguir los objetivos deseados (Lyer 1997:224).

Comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados y se enfoca al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayuda al cliente a conseguir los objetivos deseados (Rodríguez, 2001:89).

Los pasos para la ejecución son:

a) Preparación

Analizar y estar seguros de que se tiene los conocimientos y habilidades necesarios para realizar las actividades planeadas, en caso de no ser así es indispensable solicitar asesoría.

Tener en la mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería

Reunir el material y equipo necesario para llevar acabo cada intervención (Alfaro, 1999: 160).

b) Intervención

La prestación de cuidados para conseguir los objetivos es diseñada para cubrir las necesidades físicas y emocionales del cliente son numerosas y variadas, dependiendo de los problemas individuales específicos (Lyer, 1997: 231).

c) 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 la salud. (Lyer, 1997: 231).

5.2.5. Evaluación

La evaluación es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda practica de enfermería; la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la valoración, diagnostico, planificación y ejecución. (Rodríguez, 2006: 93).

La evaluación consiste en una actividad planeada, continua y con objetivos establecidos, en donde se establece el progreso del paciente referido a la consecución de objetivos y la eficacia del plan de cuidados enfermeros. Aquí se determina si las

intervenciones de enfermería deben suspenderse, continuarse o sustituirse. (Marriner y Raile, 2003).

El enfoque debe ser detallado y específico para que el personal de enfermería realice los procedimientos de esta etapa. Al ejecutar se puede proporcionar atención directa e indirecta que contribuya a los cuidados (Gas, 2000:421).

Tipos de evaluación

- Continua
- Intermitente
- Final

La aplicación del proceso de enfermería se evalúa con las siguientes preguntas: ¿La valoración estuvo completa y la información fue validada?, ¿El razonamiento diagnóstico fue correcto?, ¿La formulación del diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes fue señalada?, ¿Los planes de cuidados dieron solución al problema y etiología de los problemas señalados? y, finalmente, ¿Las acciones de enfermería realizadas permitieron el logro de los objetivos? (Rodríguez, 2006:93).

La evaluación en el proceso de enfermería es útil para determinar el logro de los objetivos; identificar las variedades que afectan, decidir si hay que mantener el plan, modificando o darlo por finalizado, por consiguiente es necesario la valoración del usuario, familia y comunidad para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivo (Orizaga, 2000: 55.).

5.2 TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA ELIZABETH OREM

Dorotea Elizabeth Orem, una de las enfermeras americanas más destacadas, nació en Baltimore, Maryland, en 1914. Orem empezó su carrera enfermera en la escuela de enfermería del Providence hospital en Washington D. C donde recibió un diplomado en enfermería a principios de la década de 1930. Obtuvo un Master of Sciences in Nurse Education de la misma universidad., (Marriner y Raile, 2003: 191).

Propósito

El objetivo de la Teoría General del Déficit de Autocuidado (TEDA) es exponer posibles relaciones desde la perspectiva de la enfermera para proporcionar cuidados, consecuentemente se constituye en un marco de trabajo para la disciplina ya que identifica variables sobre las relaciones de la persona, el ambiente y la enfermería a partir de la salud.

Fuentes teóricas

Buena conocedora de la literatura y del pensamiento enfermero contemporáneos, Orem no recibió la influencia directa de ningún líder en enfermería. Su asociación con muchas enfermeras a lo largo de los años ha aportado numerosas experiencias formativas, y considera que su trabajo con estudiantes licenciados y su trabajo de colaboración con otros colaboradores han resultado muy valiosos. Aunque no reconoce haber recibido ninguna influencia importante, cita muchos de los trabajos de otras enfermeras, según sus atribuciones a la enfermería, entre ellas Abdellah, Henderson, Johnson, King, Levine, Nightingale, Orlando, Peplau, Riehl, Rogers, Roy, Travelbee y Wiedenbach. También cita numerosos autores de otras disciplinas , entre ellos Gordon Allport, Chester Barnard, Rene Dubos, Erich Fromm, Gartly Jaco, Robert Katz, Kurt Lewin, Ernest Nagel, Talcott Parsons, Hans Selye, Magda Arnold, William Wallace, Bernard Lonergan y Ludwin von Bertalanffy. Se requiere una cierta familiarización con estas

fuentes para poder comprender debidamente la obra de Orem (Marriner y Raile, 2003: 190).

Orem identificó su visión filosófica como una visión del realismo moderado, como la describe Wallace (1979,1996). Banfield (1997) presentó un análisis de los fundamentos metafísicos y epistemológicos de la labor de Orem. Banfield concluyó que “la visión de los seres humanos como seres dinámicos, unitarios, que viven en sus entornos, que están en proceso de conversión y que poseer libre voluntad, así como otras cualidades humanas, esenciales” es el fundamento de la TEDA (Taylor, Geden, Isaramalai y Wongvatunyu, 2000) también exploraron los fundamentos filosóficos de la teoría. Orem (1997) explicó con detalle sus interpretaciones sobre la persona en un estudio reciente. La teoría de la acción, en la perspectiva de la persona como actor o agente deliberado, forma la base para la teoría. Esta perspectiva se aplica a todas las personas en la situación enfermera, incluyendo a la enfermera, al paciente y a la familia. Los conceptos de la ciencia especulativa y práctica son otros de los fundamentos (Orem, 1997). Gullifer (1997) sugiere que los “consejos de Orem en el nexo enfermera paciente pueden interpretarse como parcialmente basados en la filosofía kantiana”, incluidos el imperativo categórico y la fusión de la mente y el cuerpo (Marriner y Raile, 2003: 190).

Utilización de pruebas empíricas

Orem formuló su concepto de enfermería en relación al autocuidado como parte de un estudio sobre la organización y la administración de los hospitales, estudio que ella llevó a cabo en el Indiana State Department of Health (Orem, 1956). Este trabajo le permitió formular y expresar su concepto de la enfermería. Adquirió su conocimiento de las características de la práctica enfermera a lo largo de varios años. En el desarrollo de sus ideas y en la validación de sus conclusiones, Orem utilizó los métodos científico y filosófico. Desde la primera vez que la TEDA fue publicada se ha realizado una ampliación de la evidencia empírica que ha contribuido al desarrollo del conocimiento teórico. Gran parte de este se incorpora al desarrollo continuo de la teoría, aunque los puntos básicos de la teoría permanecen intactos (Marriner y Raile, 2003: 1909).

Supuestos paradigmáticos

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

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

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 el por qué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; **la teoría de déficit de autocuidado**, que describe y explica cómo 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 (Marriner y Raile, 2003:1919).

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 bienestar (Marriner y Raile, 2003:191).

El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado. En este sentido, el autocuidado es

la práctica, después de haberla considerado, de las actividades que mantendrán la vida y la salud, y también promoverán el bienestar.

Las actividades necesarias para mantener la salud y el desarrollo se aprenden, y están condicionadas por muchos factores incluyendo la edad, maduración y cultura (Cavanagh, 1993: 99).

Requisitos de autocuidado

Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo 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 formulados y expresados representan los objetivos formalizados del autocuidado.

El término “requisito” se usa para indicar una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo (Cavanagh, 1993:9).

Requisitos de autocuidado universal

El autocuidado o el cuidado dependiente tiene sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida a lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del círculo vital.

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

En total son ocho, siendo los siguientes:

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

- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreción.
- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
- Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social.
- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano.
- Promoción de funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

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

Abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida. Cada uno de ellos es importante para el funcionamiento humano. El mantenimiento de aire, agua y alimentos suficientes, y la provisión de cuidados para la eliminación son fundamentales para nuestros procesos vitales. El equilibrio entre la actividad y reposo es importante para evitar problemas de agotamiento, fatiga o estrés potencialmente lesivos. La interacción social es importante para la socialización de los individuos en su cultura, así como para proporcionar la oportunidad de intercambiar ideas y opiniones. La interacción social también proporciona el calor y la proximidad esenciales para el desarrollo humano normal. La interacción social tiene asimismo una importancia práctica, puesto que pueden requerirse habilidades sociales para obtener los materiales necesarios para la vida, incluyendo los alimentos. La sociedad proporciona a los individuos la oportunidad de reflexionar y pensar sobre su existencia y la de otros, así como el entorno que les rodea (Cavanagh, 1993: 7).

Requisitos de autocuidado de desarrollo

Promueven los procesos de la vida y la madurez, y previenen las condiciones que eliminan la madurez o las que mitigan esos efectos.

Los requisitos de desarrollo son expresiones especializadas de los universales, que han sido particularizados para los procesos de desarrollo o son nuevos, derivados de una condición (por ejemplo, el embarazo) o asociados a un acontecimiento (por ejemplo, la pérdida del cónyuge o de un pariente).

Los requisitos de autocuidado de desarrollo se clasifican en dos:

Etapas específicas de desarrollo: Este tipo de requisito de autocuidado se asocia con etapas específicas del desarrollo, como el ser un neonato.

Las etapas de desarrollo específicas incluyen:

- Vida intrauterina y nacimiento.
- Vida neonatal, ya sea un parto a término o prematuro, o un niño con peso normal o con bajo peso.
- Lactancia.
- Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven.
- Etapas de desarrollo de la edad adulta.
- Embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta (Cavanagh, 1993:9).

Condiciones que afectan el desarrollo humano: el segundo grupo de requisitos de autocuidado del desarrollo implica la provisión de cuidados asociados con condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano.

Dos subtítulos de los requisitos de autocuidado del desarrollo.

1.- Es el que se refiere a la provisión de cuidados para prevenir los efectos negativos de estas condiciones adversas; Orem también se preocupa por el posible peligro para la vida y el desarrollo de los materiales tóxicos que se encuentran en el entorno.

2.- Se refiere a la provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes de una condición o acontecimientos vital participación. Ejemplos como la paternidad/maternidad o los cambios en las condiciones económicas y sociales. La condición clave es la provisión de cuidados para reducir los efectos adversos de estas condiciones sobre el desarrollo humano (Cavanagh, 1993:11).

Las condiciones relevantes incluyen:

- Deprivación educacional.
- Problemas de adaptación social.
- Pérdida de familiares, amigos o colaboradores.
- Pérdida de posesiones o del trabajo.
- Cambios súbitos en las condiciones de la vida.
- Cambios de posición, ya sea social o económica.
- Mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad.
- Enfermedad terminal o muerte esperada.
- Peligros ambientales (Cavanagh, 1993:11).

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 trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico.

La enfermedad o lesión no solo afecta una estructura específica y a los mecanismos psicológicos o fisiológicos, sino también al funcionamiento humano no integrado. La principal premisa de los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud es que los cambios en el estado de salud requieren que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes para ofrecérselos cuando él es incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado de la salud.

El individuo tiene las siguientes demandas adicionales de cuidados de la salud:

1. Buscar y asegurar la ayuda médica apropiada en caso de exposición a condiciones ambientales o agentes físicos o biológicos específicos asociados con acontecimientos y estados patológicos humanos.
2. Ser consciente de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos, incluyendo sus efectos sobre el desarrollo, y atender a ello.
3. Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas, y de rehabilitación medicamente prescritas, dirigidas a la prevención de tipos específicos de patología.
4. Ser consciente de los efectos molestos o negativos de las medidas terapéuticas realizadas o prescritas por el médico.
5. Modificación del autoconceptos (y autoimagen) aceptándose uno mismo como un ser con un estado particular de salud.
6. Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estado patológicos y los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas (Cavanagh, 1993: 11).
7. Las principales premisas de los requisitos de autocuidado es la desviación de la salud es que los cambios en el estado de salud requieren que el individuo busque consejo y ayude de otras personas competentes para ofrecerse cuando es incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado de la salud (Cavanagh, 1993: 11).

Principales supuestos

Los supuestos básicos de la teoría general se formalizaron a principios de la década de los 70's, y fueron presentados por primera vez en la escuela de enfermería de la Marquette University en 1973. Orem (2001) idéntica cinco premisas subyacentes en la teoría general de la enfermería:

- Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados, de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza.

- La actividad humana, el poder de actuar de manera deliberada, se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios.
- Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y los demás, haciendo de la sostenibilidad de la vida los estímulos reguladores de las funciones.
- La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos para uno mismo y para otros.
- Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan las responsabilidades para ofrecer cuidado a los miembros del grupo que experimentan las privaciones, con el fin de ofrecer estímulos requeridos, deliberados, a uno mismo y a los demás.

Orem elaboró una lista de supuestos y propuestas para la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas enfermeros. Estos elementos constituyen la expresión de las teorías que se resumen a continuación (Marriner y Raile, 2003: 195).

Afirmaciones teóricas

Presentada como una teoría general de la enfermería, que representa una imagen completa de la enfermería, la TEDA se expresa mediante tres teorías:

1. Teorías de sistemas enfermeros.
2. Teoría de déficit de autocuidado.
3. Teoría de autocuidado.

Las tres teorías constituyentes, tomadas conjuntamente y en relación, constituyen la TEDA. La teoría de los sistemas enfermeros es la teoría unificadora, e incluye todos los elementos esenciales. Comprende la teoría del déficit de autocuidado y la teoría

unificadora del autocuidado. La teoría del déficit de autocuidado desarrolla la razón por la cual una persona se puede beneficiar de la enfermería. La teoría del autocuidado sirve de fundamento para las demás, y expresa el objetivo, los métodos y los resultados de cuidarse a uno mismo (Marriner y Raile, 2003:195).

1. Teoría de los sistemas enfermeros.

La teoría de los sistemas enfermeros señala que la enfermería es una acción humana; 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 la salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente. Las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y regulación. Los sistemas enfermeros pueden ser elaborados para personas, para aquellos que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen necesidades terapéuticas del 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 multipersonales.

2. Teoría del déficit de autocuidado

La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras 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 o desarrollo del de las personas dependientes de ellos.

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

3. Teoría del autocuidado

El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben, deliberadamente, llevar a cabo por si solas o haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la 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 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 crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales. La teoría del autocuidado también se amplía con la teoría del cuidado dependiente, en la que se expresan el objetivo, los métodos y los resultados del cuidado de los otros (Marriner y Raile, 2003:195).

El modelo de Dorothea Orem ha causado un profundo impacto en la práctica, educación y administración de enfermería. Sus ideas han hecho una importante contribución a la búsqueda para definir la naturaleza y límites de la enfermería. Tiempo que proporciona un marco conceptual para guiar y facilitar la practica enfermera, Orem ha creado un modelo útil para la planificación de los cuidados de todos aquellos que requieren la ayuda del sistema de cuidados de la salud (Cavanagh, 1993: 148).

5.3 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD, INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA.

Insuficiencia cardiaca crónica. La ICC se interpreta actualmente como un síndrome que implica disfunción cardiaca que produce mala perfusión, de órganos periféricos en relación con su demanda metabólica, como consecuencia de procesos que afectan, de forma primaria o secundaria, la capacidad del corazón para llenarse o vaciarse adecuadamente. (Rev. cubana med v.40 n.3 Ciudad de la Habana jul.-set. 2013).		
Periodo prepatogénico	Periodo patogénico	
Agente: Corazón, vena, arterias, riñón, hígado, aparato respiratorio.	C L I N I C A	Muerte
		Invalidez o Estado Crónico
Huésped: Edad: mayores de 40 años Herencia: no (congénito) Sexo: ambos sexos Hábitos y costumbres: sedentarismo, alcoholismo, tabaquismo, obesidad.	C L I N I C A	Complicaciones: Edema pulmonar, Colapso circulatorio (insuficiencia total corazón) Arritmias mortales Hipotensión por la medicación Mareos, desmayos Nauseas, acidez, diarrea Calambres musculares
		Signos y Síntomas: edema (piernas tobillos, pies). Edema pulmonar, hígado, estomago. Nicturia. Riñones la incapacidad para eliminar sodio y agua. Acumulación de líquido en las venas por la disminución del flujo sanguíneo. Dificultad para respirar, cansancio debilidad e incapaz para hacer ejercicio, aumento de peso, dolor en el pecho, falta de apetito o indigestión, piel fría y húmeda, pulso rápido e irregular, agitación, confusión.
Ambiente: Socio económico		Cambios sistémicos: Hipertensión arterial sistémica, elevación arterial hasta un nivel que aumenta el riesgo de lesión en vasculares, especialmente retina, cerebro, corazón y riñones.
		Cambios locales: la enfermedad puede afectar únicamente del lado derecho o el lado izquierdo del corazón.
		Cambios tisulares: dilatación y deterioro de la ventilación ventricular. Como consecuencia de la pérdida de masa contráctil, cambios geométricos VI; (mayor dilatación y pérdida de la forma esferoidal).

PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA	PREVENCIÓN Terciaria	
PROMOCIÓN DE LA SALUD	PROTECCIÓN ESPECIFICA	DIAGNOSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO	LIMITACIÓN DEL DAÑO	REHABILITACIÓN
Educación para la salud. Dieta hiposódica, evitar embutidos. Precaución en la indicación de fármacos. No fumar, no tomar. Evitar el sobrepeso. Involucrar a la familia y su entorno en el proceso educativo. El Ejercicio. Es uno de los factores para prevenir enfermedades crónicas.	Control de peso Cada mes. Control de Tensión Arterial. Controles de Colesterol y Triglicéridos. Control Médico Periódico. Reducir el estrés Si se nota aumento de peso no hacer ejercicio (a causa de la retención).	Atender, limitar, controlar la enfermedad y evitar la muerte. Diagnostico precoz: Auscultación (estertores, crepitaciones, líquido, soplos). Percusión (liquido acumulado). RX de tórax. Electrocardiograma (EKG). Ecocardiograma. Angiocardiografía. Cateterismo cardiaco. Gases arteriales. Laboratorio.	Tratamiento correcto: Tratamiento no farmacológico. Tratamiento farmacológico. Tratamiento quirúrgico y con dispositivos médicos.	Optimizar el tratamiento, para prevenir sus secuelas adversas. Rehabilitación física, psicológica y ocupacional. Ejercicio terapéutico. Ejercicios de fortalecimiento. Ejercicios de estiramiento. Ejercicio terapéutico. Apoyo por terapia ocupacional. De acuerdo al apoyo familiar y personal de la salud.
1 ^{er} nivel	2 ^{do} nivel	3 ^{er} nivel	4 ^{to} nivel	5 ^{to} nivel

(www.slideshare.net/olbonza123/expo-icc2, 2010).

Definición

La insuficiencia cardiaca (IC) es una insuficiencia circulatoria resultante del bombeo inadecuado del corazón. (Silver, 1978: 110).

La ICC es el trastorno causado por múltiples patologías que implica la alteración del funcionamiento cardiaco y consecuentemente la perfusión de órganos vitales. La ICC puede definirse como un estado fisiopatológico en el cual una alteración del funcionamiento cardiaco impide mantener el volumen minuto adecuado para satisfacer los requerimientos de oxígeno y las necesidades metabólicas de los tejidos ante determinadas circunstancias o incluso en reposo (Sergio v. y Edgardo Kaplinsky, 2003: 266).

La insuficiencia cardiaca crónica (ICC) se activan en forma gradual los mecanismos de adaptación y se desarrolla hipertrofia cardiaca. Estos cambios permiten que el paciente se ajuste y tolere la reducción en el gasto cardiaco con menos dificultad. (Michael H.2004: 247).

Epidemiología de la insuficiencia cardiaca crónica

La insuficiencia cardiaca es un trastorno clínico con frecuencia común que afecta a más de 2 millones de pacientes en estados unidos. Cada año se desarrollan casi 400 000 nuevos casos de ICC. Las tasas de morbilidad y mortalidad son elevadas: cada año cerca de 900 000 pacientes necesitan hospitalización por ICC, y hasta 200 000 pacientes fallecen por este trastorno. La tasa de mortalidad anual es de 40 a 50 % en pacientes con insuficiencia cardiaca grave (New York Heart Association [NYHA]). (Michael H.2004:246).

Las enfermedades del corazón constituyen la primera causa de muerte y anualmente ocurren cerca de 70 000 defunciones por este motivo y 26 000 por enfermedades cerebro vasculares. Se presentan 44 070 muertes por enfermedad isquémica del corazón siendo 24 102 hombres y 19 965 mujeres en México. (Programa de acción: enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial, 2001: 15).

Fisiopatología

Cuando se impone una carga de trabajo excesivo al corazón por aumento de la presión sistólica (sobrecarga de presión), aumento de volumen (sobrecarga de volumen) o pérdida de miocardio, las células miocárdicas normales se hipertrofian en un esfuerzo para incrementar la fuerza contráctil de las áreas normales. El engrosamiento de la pared ventricular limita la velocidad de llenado ventricular (disfunción diastólica), la cual empeora con el aumento de la frecuencia cardíaca pues acorta la duración del llenado ventricular. La fuerza de la función miocárdica finalmente se reduce conforme continúa la pérdida de células y la hipertrofia, ocasionando así alteraciones significativas en la geometría ventricular y aumentó de los volúmenes. (Michael H.2004:246).

Se incrementa la producción de angiotensina, lo que causa vasoconstricción periférica. También estimula la liberación de aldosterona por las glándulas suprarrenales, de esta forma se incrementa la retención de sodio lo cual ocasiona retención de líquidos y edema periférico. (Michael H.2004:246).

La hipertrofia miocárdica puede incrementar las demandas metabólicas cardíacas así como también el riesgo de isquemia en pacientes con enfermedad coronaria. (Michael H.2004:246).

Anatomía patológica

Corazón

La contracción y relajación cardíaca, fenómenos mecánicos activos, se deben a reacciones químicas que liberan energía. En la insuficiencia cardíaca, la pérdida de energía contráctil del miocardio se debería a una reacción química imperfecta en la reacción que degrada el trifosfato de adenosina con menor liberación de energía.

Según Hegglin habría dos tipos de insuficiencia cardíaca: aquella que alarga la sístole eléctrica, que correspondería a las alteraciones de los procesos quimicometa bólicos del miocardio, otra se mediría por el espacio ruidoso y correspondería a la sístole mecánica. La insuficiencia cardíaca por hipertensión arterial y por valvulopatías es de tipo hemodinámico. (J. Espino, 1997: 61).

Riñón

El riñón es uno de los órganos más importantes al disminuir el gasto cardíaco en la insuficiencia cardíaca, la red vascular arteriolar esplácica se contrae y el flujo sanguíneo renal desciende de modo considerable. En condiciones normales el flujo es enorme: por el riñón atraviesa el 25% del gasto cardíaco en la insuficiencia puede descender hasta el 8% lo cual disminuye la filtración glomerular y se produce oliguria. (J. Espino, 1997: 63).

Vísceras abdominales

Durante la insuficiencia cardíaca los vasos intestinales se contraen, lo que puede llegar a producir cuadros de vientre agudo por necrosis de un asa intestinal en casos de excepción. (J. Espino, 1997: 63,64).

Hígado

El hígado crónicamente congestionado degrada en forma incorrecta la aldosterona. Los insuficientes cardíacos tienen hiperaldosteronismo (Edge, 1965). Esta hormona permite retener sodio en exceso y hace perder potasio.

La producción de aldosterona aumenta cuando disminuye el espacio extracelular ocupado por el edema. Fenómeno semejante ocurre cuando disminuye el volumen circulatorio expresado como gasto cardíaco. (J. Espino, 1997: 64).

Piel

La vasoconstricción crónica de la piel produce atrofia: se vuelve delgada, fina, escamosa, oscura; pierde folículos pilosos y glándulas sudoríparas; se vuelve terreno propicio para el desarrollo de úlceras y flictenas. (J. Espino, 1997: 64).

Durante la insuficiencia cardíaca prácticamente todos los órganos sufren los efectos de la congestión por hipertensión venosa.

Aparato respiratorio

Stauffer la congestión pulmonar produce disnea, tos, hemoptisis, estertores, derrame pleural. (J. Espino, 1997: 64).

Aparato digestivo

Las digestiones son lentas y se acompañan de pirosis, flatulencia, eructos. La función intestinal puede alterarse y alternan el estreñimiento y la diarrea. (J. Espino, 1997: 64).

Aparato urinario

La oliguria y la proteinuria se pueden ver con frecuencia en la insuficiencia cardiaca; a veces eritrocituria microscópica. (J. Espino, 1997: 65).

Aparato genital

En el hombre disminuye la libido y hay impotencia. En la mujer se presenta irregularidad de la menstruación o suspensión de la misma. El embarazo se dificulta o no es posible. (J. Espino, 1997: 65).

Sistema nervioso

El insomnio debe ser una manifestación. El letargo diurno se ve a veces en el cor pulmonale. Hay cambio de carácter: irritabilidad, depresión, en especial en insuficiencia crónica. (J. Espino, 1997: 65).

Clasificación de HAS de acuerdo a la Norma oficial 030SSA2-1999

Presión arterial óptima: <120/80 mm de Hg

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

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

Hipertensión 1:140 a 159/90 a 99mmHg

Hipertensión 2:160 a 179/100 a 109mmHg

Hipertensión 3:< 180/>110mmHg

Hipertensión sistólica aislada: >140/<90mmHg.

Hipertensión Arterial de acuerdo la NOM 030.

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

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

Etapas 3: >180/>110mm de Hg

Causas de insuficiencia cardiaca crónica

Las causas más comunes son: enfermedad coronaria, hipertensión sistémica, cardiopatía dilatada de origen no isquémico y valvulopatía cardíaca. Otras causas frecuentes son: miocarditis, diabetes mellitus.

La causa más común de descompensación cardíaca en pacientes con insuficiencia cardíaca parece ser atención insuficiente al régimen terapéutico prescrito, por ejemplo: restricción inadecuada de sodio, actividad física excesiva y falta de cumplimiento con la farmacoterapia prescrita. Así mismo las infecciones agudas, en especial Neumonía, Bronquitis u otras infecciones pulmonares. Los pacientes con insuficiencia cardíaca también se encuentran con mayor riesgo de tromboembolia pulmonar, en especial cuando están confinados en la cama. (Michael H.2004: 249).

Existe una gran cantidad de causas menos comunes son las siguientes mencionadas.

Anomalías mecánicas:

- Sobrecarga de presión
- Hipertensión arterial
- Hipertensión pulmonar
- Insuficiencia valvular
- Anemia

Restricción del llenado ventricular:

- Estenosis mitral
- Pericarditis constrictiva
- Hipertrofia del ventrículo izquierdo
- Fibrosis endomiocárdica

Enfermedad miocárdica:

Primaria

- Cardiomiopatía hipertrófica
- Cardiomiopatía restrictiva
- Cardiomiopatía dilatada idiopática

Secundaria

- Enfermedad coronaria
- Infarto de miocardio
- Isquemia miocárdica crónica
- Isquemia silenciosa

Metabólica

- Cardiomiopatía alcohólica
- Nutrición
- Trastorno tiroideos
- Hipocalcemia

Fármacos

- Disopiramida/ flecainida
- Anfetaminas
- Antraciclinas
- Heroína/cocaína.

(Michael H.2004: 250).

Factores etiológicos

Lo esencial: Se presenta en la mayor parte de los casos, no hay una causa orgánica identificable; entre otros mecanismos participan la herencia, alteraciones en el sistema nervioso simpático, el volumen sanguíneo, el gasto cardíaco, las resistencias arteriolas periféricas, el sistema renina-angiotensina-aldosterona, la sensibilidad al sodio y la resistencia a la insulina. (NOM-030 SSA2-1999).

Las principales causas de enfermedad vascular son: consumo de tabaco, la falta de actividad física y una alimentación poco saludable. (OMS).

Signos y síntomas

- Disnea (sensación subjetiva de falta de aire) es el síntoma más temprano y más frecuente de ICC.
- Debilidad y fatiga, estos síntomas secundarios al gasto cardiaco bajo la disminución en la perfusión de músculos esqueléticos y puede ocurrir durante el ejercicio o en reposo.
- Nicturia y oliguria. Es un síntoma común y temprano de la insuficiencia cardiaca. La filtración renal de sodio y agua disminuye en pacientes con función del ventrículo izquierdo comprometida por redistribución del flujo sanguínea fuera de los riñones. La oliguria se relaciona con reducción notable del gasto cardiaco y por lo general es un signo de insuficiencia cardiaca terminal: indica un mal pronóstico.
- Síntomas cerebrales. Los pacientes ancianos con insuficiencia cardiaca avanzada pueden desarrollar confusión, trastornos de la memoria, ansiedad, cefalea, insomnio, pesadillas y en ocasiones desorientación, delirio y alucinaciones.
- Síntomas abdominales. Los pacientes también pueden desarrollar síntomas gastrointestinales por congestión hepática y edema de la pared abdominal; puede manifestarse por ascitis, saciedad precoz anorexia, náuseas, vómito, estreñimiento.

(Michael H. 2004:249-251).

La caída del volumen minuto cardiaco con incremento de las resistencias vasculares suele manifestarse con caída del volumen urinario, frialdad de extremidades, caída de las cifras de tensión arterial y pueden llegar a la obnubilación del sensorio y al shock cardiogénico. (Sergio v. y Edgardo, 2003: 269).

Diagnostico

El paciente con sospecha de HAS (hipertensión arterial sistémica) en el examen de detección deberá acudir a confirmación diagnóstica sin medicación antihipertensiva y sin cursar alguna enfermedad aguda.

El diagnóstico se basa en el promedio de por lo menos tres mediciones realizadas en intervalos de tres a cinco minutos dos semanas después de la detección inicial, con cifras igual o superior. $\geq 140/90$ mmHg, en caso de presentar enfermedad cardiovascular o diabetes $> 130/80$ mmHg y en caso de tener proteinuria mayor de 1.0 gr. e insuficiencia renal $> 125/75$ mmHg. (NOM-030 SSA2-1999).

La presión arterial media (PAM), es la presión promedio de un ciclo cardiaco completo, la medida aritmética de los valores de las presiones sistólica y diastólica. La fórmula es: $PAM = \frac{(PS) + (PDX \times 2)}{3}$

Ejemplo: T/A= 160/100 mmHg sistólica= 160 diastólica= 100

$$PAM = \frac{(160) + (100) (2)}{3} = \frac{(160) + (200)}{3} \quad PAM = 120 \text{ mmHg}$$

(Es. IZTACALA, 2012).

La (PAM) de la usuaria es: T/A= 140/90 mmHg

$$PAM = \frac{(140) + (90) (2)}{3} = \frac{(140) + (180)}{3} \quad PAM = 106 \text{ mmHg}$$

Los estudio complementarios en la insuficiencia cardiaca constituye una ayuda fundamental en el diagnostico etiológico y funcional, así como una contribución importante para orientar el tratamiento con el objetivo de mejorar la sobrevida y la calidad de vida de los pacientes.

- Laboratorio:

Hemograma, ionograma, renal, prueba de la función hepática, metabolismo de glucosa, metabolismo lipídico, función tiroidea, estudios especiales de laboratorio, electrocardiograma.

- Radiografía del tórax
- Fondo del ojo
- Ecocardiografía
- Electrocardiograma dinámico de 24 hrs
- Estudios radioisotopicos
- Exámenes de la función respiratoria

- Resonancia magnética nuclear
- Biopsia endomiocárdica

(Sergio v. y Edgardo, 2003: 269-270).

Tratamiento de la insuficiencia cardiaca

El tratamiento farmacológico debe ser individualizado, de acuerdo con el cuadro clínico, tomando en cuenta el modo de acción, las indicaciones y las contraindicaciones, los efectos adversos, las interacciones farmacológicas, las enfermedades concomitantes y el costo económico. (NOM 030, SSA2-1999).

El tratamiento de insuficiencia cardiaca requiere que se tomen en consideración múltiples áreas, lo que incluye la valoración y aplicación de medidas generales, uso de fármacos, y la valoración de intervenciones. (Michael H. 2004: 255).

A. Medidas generales

- Estrategias de prevención. El tratamiento óptimo para la insuficiencia cardiaca debe disminuir la carga del ventrículo izquierdo, reducir el estrés de la pared, disminuir el consumo de oxígeno miocárdico y reducir el grado de activación neurohumoral.
- Corrección de factores precipitantes. La insuficiencia cardiaca también puede ser secundaria a enfermedad pericárdica, eventos infecciosos o isquémicos, el tratamiento óptimo es la corrección de los factores precipitantes y el tratamiento de las causas reversibles subyacentes.
- Cambios en la actividad y dieta. Pocas modificaciones en formas consistentes en el estilo de vida pueden ayudar a reducir los síntomas de insuficiencia cardiaca.

B. Tratado farmacológico

- Diuréticos. Los diuréticos proporcionan alivio sintomático de los síntomas congestivos moderados a graves.
- Inotrópicos. Mejoran la contractilidad miocárdica y tienen efectos sobre los vasos periféricos algunos son vasodilatadores (dobutamina), otros vasoconstrictores (noradrenalina). A bajas concentraciones incrementan la

filtración glomerular, a concentraciones moderadas actúan sobre los receptores beta 1 adrenérgicos aumentan la resistencia vascular sistémico.

- Vasodilatadores. Estos fármacos se utilizan en el tratamiento de pacientes con insuficiencia cardíaca que permanecen asintomáticos después de la administración de diuréticos, son útiles en pacientes con dilatación del ventrículo izquierdo, presión arterial sistémica normal o aumentada, incremento en la resistencia vascular sistémica.
- B Bloqueadores. Son antagonistas competitivos de los receptores beta. Sus efectos cardiovasculares son los siguientes: disminuyen el inotropismo y el cronotropismo cardíaco y producen una ligera vasoconstricción en algunos lechos arteriales periféricos. Los fármacos más empleados son: propanolol 30 a 600 mg/día, metoprolol 100 a 300 mg/día, labetalol 300 a 900 mg7día, nadolol 50 a 200 mg/día, atenolol 50 a 300 mg/día.
- Antiarrítmicos. Los pacientes se encuentran en muerte súbita con arritmias ventriculares complejas, los antiirritmicos amiodarona y dofetilida posee propiedades vasodilatadoras que pueden ser beneficios en pacientes con insuficiencia cardíaca.
- Antiisquémicos. Que alivian y ayudan a prevenir la isquemia miocárdica mejorando de forma eficaz y evitan el desarrollo de síntomas de insuficiencia cardíaca. (Michael H. 2004:255-270).

La meta principal del tratamiento consiste en lograr una PA <140/90; en el caso de las personas con diabetes o enfermedad cardiovascular establecida, mantener una PA <130-80; y en presencia de proteinuria mayor de 1.0 gr e insuficiencia renal, < 125/75. (NOM-030, SSA2- 1999).

VI. DESARROLLO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

6.1 Valoración basada en el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem

6.1.1 factores condicionantes básicos

Sexo: Femenina

Edad: 62 años

Edo. Civil: Casada

Religión: Católica

Escolaridad: Analfabeta

Ocupación: hogar ()

Familia Nuclear: Extensa con 5 hijos y 18 nietos (a).

Persona que constituye el principal apoyo para el paciente:

Esposo y su nuera del hijo menor ya que vive en la casa del hijo menor.

Dependencia Económica:

Esposo y de sus hijos.

Condiciones del hogar:

Cuenta con todos los servicios básicos intradomiciliarios, luz eléctrica, agua potable, drenaje, con pavimentación, casa propia de tabique y madera.

6.1.2 Requisitos de autocuidado universales

a. Mantenimiento del aporte de aire suficiente.

FC 60 x1, **T/A** 140/90 mmHg, **FR** 18x1 y **SPO2** 90%

Al caminar mucho presenta dificultad respiratorio en la cual refiere oxígeno (8 ml/min por tienda facial al 40%.

b. Mantenimiento de un aporte de agua suficiente.

Menciona que consume agua, jugo, leche. Toma alrededor de 250 a 300ml de agua natural al día y un litro de leche deslactosada diaria.

c. Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.

Peso: 58kg, **Talla:** 1.51 cm, **IMC:** 25, **Niveles de glucosa:** 96mg/dl, cintura: 90.

Refiere a perdido 11kilos en los últimos 5 años, se detectan hábitos alimenticios deficientes porque relata que no le da hambre y es mínima la cantidad que consume. Generalmente desayuna leche con pan, en la comida come dos tortillas poca comida y merienda leche otra vez.

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

Presento estreñimiento hace 9 meses, actualmente presenta poliquiuria, disuria, evacúa 2 veces al día. Temperatura de 36.5°C.

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

Solo camina 10 minutos y con apoyo de un familiar en el patio de su casa y cuando visita a sus hijos que viven a un lado de su casa. Habitualmente duerme seis horas interrumpidas por levantarse al baño a orinar y se levanta cansada.

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

La comunicación con su familia es buena. Su esposo y sus hijos son las personas más importantes en su vida y convive con ellos, cuando presenta algún problema, cuenta con el apoyo de su esposo e hijos, el padecimiento actual la deprimen ya que la limitan en hacer cosas que le gustaban.

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

Esta consiente, reconoce a la gente, nada más presenta alteraciones en el habla (lenguaje), es poca entendible. No acepta utilizar bastón ni la andadera para la deambulaci3n, solamente con un familiar.

h. Promoci3n del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseo de ser normal.

Refiere sentirse triste por la enfermedad que presenta y menciona que en lugar de mejorar va empeorando cada día, en el autocuidado se siente incapaz para realizar sus actividades diarias y expresa angustia e impotencia por la incertidumbre en la que vive, realiza oraci3n y le dice a dios que porque le mando ese castigo a ella. Manifiesta no poder convivir con m3s personas por su estado de salud que se encuentra.

6.1.3 requisitos de autocuidado de desarrollo

a. Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los de desarrollo.

Etapas de desarrollo: Adulto mayor

Rol (es): Mujer, esposa, madre y abuela.

Salud Sexual:

La usuaria refiere que su esposo fue la única pareja sexual, ya no tiene vida sexual activa.

Historia gineco-obstétrica:

Inicia menarca a los 14 años de edad, con ciclo menstrual cada 28 días con una duración de 4-5 días, menopausia a los 52 años. Refiere que tuvo 7 hijos partos normales, dos fallecieron y nada más viven 5.

6.1.4 Requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud:

La usuaria padecía de hipertensión arterial desde hace 12 años, el tratamiento no lo llevo adecuadamente, y Se le diagnosticó insuficiencia cardiaca hace 6 años. Con un tratamiento inadecuado; acude al médico cada mes, pero lo cual a veces se le olvidan a los familiares y se le pasa la cita a la usuaria y otra vez hasta que saquen de nuevo la cita y se tarda como 1 mes o 1 mes y medio. Conoce poco de su enfermedad.

El tratamiento farmacológico es:

Furosemida 40mg tomar media tableta diario por las mañanas.

Omeprazol 20mg tomar una tableta diaria por las mañanas.

Ácido acetilsalicílico tomar media tableta diaria por 30 días.

Novotiral 100mcg tomar ¼ de tableta diaria.

Cordarone 200mg tomar una tableta diaria.

Carvedilol 6.25mg tomar una tableta diaria por 30 días.

O2 a 8ml/min o por tienda facial al 40% intradomiciliaria.

6.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

6.2.1. Diagnóstico de enfermería 1

Dominio: 4 Actividad / Reposo.

Clase: 4 Respuestas Cardiovasculares/ Pulmonares

Requisitos de autocuidado universal: Mantenimiento del aporte suficiente de aire.

Requisito de autocuidado en desviación de la salud.

00029 Disminución del gasto cardiaco relacionado con alteraciones del ritmo cardiaco manifestado por fatiga, disnea y disminución de la resistencia vascular sistémica. Página 134.

Plan de intervención

Objetivo

La usuaria mantendrá el gasto cardiaco de acuerdo a su edad y padecimiento actual para lo cual se le implementará un plan integral de cuidados personales.

Criterio de resultado: Estado circulatorio pag.713

Dominio: Salud Fisiológica (11)

Clase: Cardiopulmonar (c)

Escala (s): Desviación grave del rango normal hasta sin desviación del rango normal (b) y grave hasta ninguno. (n)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 11 Aumentar a 17

Movilidad	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
Indicador	1	2	3	4	5
Presión arterial sistólica			X		
Presión arterial diastólica			X		
Presión			X		

arterial media					
Fatiga		X			

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

Demanda de autocuidado: parcial (x) De apoyo educativo (x)

Sistema de enfermería: parcial (x) De apoyo educativo (x)

Intervenciones de enfermería

4040 Cuidados cardíacos. Página 221

Acciones de enfermería

- Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulso periférico, edema, llenado capilar, color y temperatura de las extremidades).
- Tomar y registrar los signos y síntomas significativos de disminución del gasto cardíaco.
- Tomar y registrar signos vitales con frecuencia.
- Monitorizar el estado cardiovascular.
- Controlar el estado respiratorio por si se producen síntomas de insuficiencia cardíaca.
- Reconocer la presencia de alteraciones de la presión sanguínea.
- Observar la tolerancia del paciente a la actividad.
- Instruir al paciente sobre la importancia del informe inmediato de cualquier molestia torácica.

Intervenciones de Enfermería

6680 Monitorización de los signos vitales. Página 624

Acciones de enfermería

- Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura, y estado respiratorio.
- Controlar la presión sanguínea mientras la usuaria esta acostada, sentada y de pie antes y después de cambiar de posición.
- Auscultar la presión sanguínea en ambos brazos.
- Observar la presencia y calidad de los pulsos.
- Observar si hay disminución o aumento de la presión del pulso.
- Controlar periódicamente el ritmo y la frecuencia cardiaca.
- Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
- Observar si hay relleno capilar normal.

Fundamento científico

- Un gasto cardiaco reducido se refleja en los pulsos radiales, dorsal y tibia, administrar oxígeno en concentraciones terapéuticas al individuo a través de las vías respiratorias. (Rosales y Eva, 2004: 405).
- La vigilancia continua del paciente y del funcionamiento del equipo permiten la detección oportuna de trastornos mentales, descanso de nivel de conciencia, aumento de la frecuencia cardiaca, arritmias, intranquilidad, disnea, bostezos o aleteo nasal, cianosis, piel fría y pegajosa y otros signos de alarma. (Rosales y Eva, 2004: 408).
- Los signos vitales son una manera rápida y eficaz de valorar el estado de una usuaria, identificar problemas y evaluar la respuesta de la usuaria a una intervención. Los signos vitales son una base de datos que la enfermera recoge durante la valoración. (Potter, 2002: 683).

Ejecución

Se le brinda información en las visitas domiciliaria a la usuaria y los familiares dependientes, mediante folletos con imágenes sobre que es la insuficiencia cardiaca la gravedad y sus complicaciones, así como las consecuencias de no tener los cuidados que se necesitan para mejorar la salud. La importancia del ministrar sus

medicamentos para su control, sobre la dieta que debe llevar acabo para un mejor control a su estado de salud.

Evaluación

Los familiares y la usuaria lograron entender sobre el padecimiento actual, la importancia que tiene para llevar acabo un tratamientiento adecuado y porque lleo a esa complicación sobre la hipertensión arterial y cuales otras pueden llegar si no se atiende. El objetivo se logró con la disponibilidad de la usuaria y familiares dependientes para mejorar su salud, acudiendo a sus citas con el médico.

Criterio de resultado: Estado circulatorio pag.713

Dominio: Salud Fisiológica (11)

Clase: Cardiopulmonar (c)

Escala (s): Desviación grave del rango normal hasta sin desviación del rango normal (b) y grave hasta ninguno. (n)

Puntuación diana del resultado: Mantener a 11 Aumentar a 15

Movilidad	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
Indicador	1	2	3	4	5
Presión arterial sistólica				X	
Presión arterial diastólica				X	
Presión arterial media				X	
Fatiga			X		

6.2.2. Diagnóstico de Enfermería 2

Dominio: 4 actividad / reposo

Clase: 4 respuestas cardiovasculares/pulmonares

Requisito de autocuidado universal: mantenimiento del aporte suficiente de aire.

Requisito de autocuidado en desviación de la salud:

OOO32 Patrón respiratorio ineficaz relacionado con fatiga, disminución neuromuscular de los músculos respiratorios manifestado por disnea respiración con los labios fruncidos. Página 138

Plan de intervención

Objetivo

Lograr que la usuaria mantenga una respiración adecuada para su patología, en caso de presentar disnea administrar oxígeno.

Criterio de resultado: Estado respiratorio: Intercambio gaseoso: 472

Dominio: Salud Fisiológica (11)

Clase: Cardiopulmonar (c)

Escala (s): Desviación grave del rango normal hasta sin desviación del rango normal (b) y grave hasta ninguno. (n)

Puntuación diana del resultado: Mantener a 18 Aumentar a 20

Movilidad	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
Indicador	1	2	3	4	5
Pulsos periféricos			X		
Frecuencia cardiaca apical			X		
Ritmo cardiaco			X		

Frecuencia respiratoria			X		
Intolerancia a la actividad		X			
Respiración con los labios fruncidos		X			
Disnea en pequeños esfuerzos		X			

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

Demanda de autocuidado: parcial (x) De apoyo educativo (x)

Sistema de enfermería: parcial (x) De apoyo educativo (x)

Intervención de Enfermería

3320 Oxigenoterapia. Página 643

Acciones de Enfermería

- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- Administrar oxígeno suplementario según órdenes.
- Vigilar el flujo del litro de oxígeno.
- Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno.
- Instruir al paciente acerca de la importancia de dejar el dispositivo de aporte de oxígeno encendido.
- Asegurar la recolocación de la máscara / cánula de oxígeno cada vez que se extrae el dispositivo.
- Observar si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno.
- Observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de la terapia de oxígeno.
- Observar si se produce roturas de la piel por la fricción del dispositivo de oxígeno.

- Instruir al paciente y a la familia en el uso de oxígeno en casa.

Fundamentación científica

- La administración de oxígeno se utiliza de una manera muy conservadora en los individuos con enfermedades respiratorias agudas o crónicas, ya que los valores altos de este gas pueden extraer el centro de bióxido de carbono y originar un paro cardiorrespiratorio. (Rosales y Eva, 2004: 400).
- Administrar más de 2 L/min de O₂ a pacientes crónico puede conducir a paro respiratorio ya que el estímulo respiratorio depende de un estado de hipercapnia e hipoxia. (Rosales y Eva, 2004: 408).

Intervenciones de Enfermería

3310 Destete de la ventilación mecánica. Página 306

Acciones de enfermería

- Colocar al paciente de la mejor forma posible para utilizar los músculos respiratorios y optimizar el descanso diafragmático.
- Administrar fisioterapia torácica, si procede.
- Alternar periodos de ensayo de destete con periodos de reposo y sueño suficientes.
- Fomentar el uso de la energía de la usuaria de mejor manera iniciando ensayos de destete después de que la usuaria este bien descansado.
- Administrar los medicamentos prescritos que favorezcan la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso.
- Utilizar técnicas de relajación, si procede.
- Ayudar a la usuaria a distinguir las respiraciones espontáneas de las relaciones inducidas mecánicamente.
- Explicar a la usuaria cuáles son los cambios de ajuste de ventilador que aumentan el trabajo respiratorio, cuando resulte oportuno.

- Proporcionar al paciente una seguridad positiva e informes frecuentes sobre los progresos conseguidos.

Fundamentación

- La administración de oxígeno por cualquier método requiere mantener las vías respiratorias libres de secreciones; esto se consigue por drenaje postural y percusión torácica. (Rosales y Eva, 2004: 400).
- Los broncodilatadores e inhibidores Activan la adenil-ciclasa, hecho que se acompaña de un incremento intracelular (fibra muscular lisa) quien a su vez produce una relajación de la fibra muscular lisa a nivel bronquial. (Silvia Castells y Margarita, 2001: 247).
- La posición semi fowler favorece la expansión de los pulmones y la oxigenación de los pulmones. (Rosales y Eva, 2004: 410).
- En condiciones normales, los movimientos respiratorios deben ser regulares y sin dolor. El control respiratorio es principalmente de acción involuntaria. (Rosales y Eva, 2004: 189).

Ejecución

Se les da una plática demostrativa y practica sobre la regulación y eficacia del oxígeno. La calidad de vida al aplicación del oxígeno cuando sea necesario y enseñar a los familiares a utilizar el tanque de oxígeno por si se va la luz y para que puedan manejar los dos el de la luz que ya está programada y la del tanquecito al que hay que programarlo al utilizar. La importancia de una adecuada posición en caso de presentar disnea. Los signos y síntomas de una mala aplicación de oxígeno, para que los identifiquen y hacer una acción inmediata.

Evaluación

Se logra el objetivo con la usuaria ya al sentirse que se ahoga refiere la oxigenación, es cooperadora con su manejo, avisa verbalmente cuando necesita la administración de oxígeno con una adecuada posición para que le facilite respiración adecuada.

Criterio de resultado: Estado respiratorio: Intercambio gaseoso: 472

Dominio: Salud Fisiológica (11)

Clase: Cardiopulmonar (c)

Escala (s): Desviación grave del rango normal hasta sin desviación del rango normal

(b) y grave hasta ninguno. (n)

Puntuación diana del resultado: Mantener a 18 Aumentar a 20

Movilidad	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
Indicador	1	2	3	4	5
Pulsos periféricos				X	
Frecuencia cardíaca apical			X		
Ritmo cardíaco			X		
Frecuencia respiratoria			X		
Intolerancia a la actividad			X		
Respiración con los labios fruncidos			X		
Disnea en pequeños esfuerzos			X		

6.2.3. Diagnóstico de Enfermería 3

Dominio: 3 Eliminación e intercambio

Clase: 4 Función respiratorio

Requisitos de autocuidado universal: Mantenimiento del aporte suficiente de aire.

Requisito de autocuidado en desviación de la salud.

00030 Deterioro de intercambio de gases relacionado con ventilación-perfusión manifestado disnea, respiración anormal (frecuencia, ritmo, profundidad) y somnolencia. Página 112

Plan de intervención

Objetivo

Lograr que la usuaria tenga un aporte de oxígeno que favorezca una buena corriente de oxígeno pulmonar-alveolar.

Criterio de resultado: Estado respiratorio: pag. 471

Dominio: Salud Fisiológica (11)

Clase: Cardiopulmonar (c)

Escala (s): Desviación grave del rango normal hasta sin desviación del rango normal (b) y grave hasta ninguno. (n)

Puntuación diana del resultado: Mantener a 18 Aumentar a 20

Movilidad	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
Indicador	1	2	3	4	5
Frecuencia respiratoria				X	
Ritmo respiratoria			X		
Profundidad de la inspiración				X	
Saturación de oxígeno				X	
Disnea en pequeños esfuerzos			X		

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

Demanda de autocuidado: parcial (x) De apoyo educativo (x)

Sistema de enfermería: parcial (x) De apoyo educativo (x)

Intervención de Enfermería

3350 Monitorización respiratoria. Página 635

Acciones de enfermería

- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
- Observar si se producen respiraciones ruidosas, como cacareos o ronquidos.
- Controlar el esquema de respiración: bradipnea, disnea.
- Palpar para ver si la expansión pulmonar es igual.
- Auscultar los sonidos respiratorios, anotando las áreas de disminución/ ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios.
- Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire.
- Observar si hay disnea y sucesos que la mejoren y empeoran.
- Abrir la vía aérea, elevando la barbilla o empujando la mandíbula, si se precisa.
- Colocar al paciente en decúbito lateral, según se indique, para evitar la aspiración.
- Instaurar tratamientos de terapia respiratoria (nebulizador), cuando sea necesario.

Intervenciones de Enfermería

3140 Manejo de las vías aéreas. Página 548

Acciones de Enfermería

- Abrir la vía aérea, mediante la técnica de elevación de barbilla o empuje de mandíbula.
- Colocar a la usuaria en posición que permita que el potencial de ventilación sea al máximo posible.

- Auscultar sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.
- Administrar broncodilatadores, si procede.
- Administrar aire u oxígeno humidificados, si procede.
- Colocar a la usuaria en una posición que alivie la disnea.
- Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, si procede.

Fundamentación

- La calidad de la respiración comprende los aspectos de la misma que difieren de la respiración normal o respiración sin esfuerzo. Dos de estas son la intensidad del esfuerzo que la usuaria debe hacer para respirar y los sonidos de la respiración. Habitualmente no se necesita ningún esfuerzo para respirar, pero algunas usuarias solo respiran si realizan un esfuerzo notable. . (kozier, 2005: 563).
- El sonido de la respiración también es importante. La respiración normal es silenciosa, pero hay varios sonidos anormales como las sibilancias, son fácilmente perceptibles por el oído. Muchos sonidos se producen como consecuencia de la presencia de líquido en los pulmones y se oyen mejor con un estetoscopio. (kozier, 2005: 563).
- La buena ventilación de oxígeno favorece la respiración, la posición semi fowler favorece la expansión de los pulmones y la oxigenación de los tejidos. (Rosales y Eva, 2004: 410, 133).

Ejecución

Se proporciona una charla al familiar dependiente a la usuaria sobre las observaciones que debe tener en cuenta al momento de presentar disnea y escuchar ruidos al momento de respirar, abrir la vía aérea con la técnica de barbilla o empuje de mandíbula si procede para mantener una ventilación máxima (claro enseñándole cual es la técnica de barbilla), y aplicar oxígeno de inmediato.

Evaluación

Con forme pasan los meses los familiares que atienden a la usuaria logran identificar fácilmente los signos y síntomas de la insuficiencia respiratoria, en la cual actúan de inmediato evitando complicaciones a la usuaria y favorecen una adecuada respiración.

Criterio de resultado: Estado respiratorio: pag. 471

Dominio: Salud Fisiológica (11)

Clase: Cardiopulmonar (c)

Escala (s): Desviación grave del rango normal hasta sin desviación del rango normal (b) y grave hasta ninguno. (n)

Puntuación diana del resultado: Mantener a 18 Aumentar a 20

Movilidad	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
Indicador	1	2	3	4	5
Frecuencia respiratoria					X
Ritmo respiratoria				X	
Profundidad de la inspiración				X	
Saturación de oxígeno				X	
Disnea en pequeños esfuerzos				X	

6.2.4. Diagnóstico de Enfermería 4

Dominio: 1 Promoción de la salud

Clase: 2 Gestión de la salud

Requisitos de autocuidado universal: promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano; las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

Requisito de autocuidado en desviación de la salud.

0099 Mantenimiento inefectivo de la salud relacionado con conocimiento deficiente respecto a los cuidados de la enfermedad. Pag. 96

Plan de intervención

Objetivo

Que la usuaria y los familiares tenga conocimiento de los cuidados sobre la enfermedad.

Criterio de resultado: conocimiento: manejo de insuficiencia cardiaca congestiva.

Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV)

Clase: conocimiento sobre salud (s)

Escala (s): Ningún conocimiento hasta conocimiento extenso (u)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 18 Aumentar a: 20

Movilidad	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
Indicador	1	2	3	4	5
Causa y factores constituyentes	X				
Beneficios del manejo de la enfermedad		X			
Signos y síntomas de la insuficiencia cardiaca congestiva		X			
Signos y síntomas de disnea	X				
Efecto psicosocial de la	X				

insuficiencia cardiaca sobre si mismo					
Efecto psicosocial de la insuficiencia cardiaca en la familia		X			
Tratamiento para manejar la función cardiaca		X			
Importancia del reposo en el control de la enfermedad		X			
Estrategias para equilibrar actividad y reposo		X			
Estrategias para estimular el seguimiento de la dieta		X			
Efectos terapéuticos de la medicación	X				
Efectos secundarios de la medicación	X				
Cuando obtener ayuda de un profesional sanitaria.		X			

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

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

Sistema de enfermería: parcial (x) De apoyo educativo (x)

Intervenciones de Enfermería

5602 Enseñanza: proceso de enfermedad. Página 354

Acciones de enfermería

- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.
- Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología.
- Revisar el conocimiento del paciente sobre su estado.
- Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad.
- Proporcionar al paciente acerca de su enfermedad.
- Observar cambios en el estado físico de la usuaria.
- Dar seguridad sobre el estado del paciente.
- Comentar los cambios en el estilo de vida que puede ser necesarios para evitar complicaciones.
- Describir el fundamento de las recomendaciones del control /terapia/tratamiento.
- Enseñar al paciente en medidas para controlar/ minimizar síntomas, si procede.
- Proporcionar el número de teléfono al que llamar si surgen complicaciones.

Intervención de Enfermería

5440 Aumentar los sistemas de apoyo. Página 170

Acciones de Enfermería

- Calcular la respuesta psicológica a la situación y la discapacidad del sistema de apoyo.

- Determinar el grado de apoyo de la familia.
- Determinar el grado económico de la familia.
- Observar la situación de familiar actual.
- Animar a la usuaria a participar en las actividades sociales y comunitarias.
- Remitir a programas comunitarias de fomento tratamiento.
- Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y de apoyo.
- Implicar a la familia /seres queridos/ amigos en los cuidados y la planificación.

Fundamentación

- El apoyo familiar y social, se puede emplear como instrumento motivador para animar y favorecer la realización de ejercicio y el mantenimiento de la condición física. La compañía favorece la socialización e incrementa el disfrute para algunas (o) usuarias, que a su vez pueden iniciar una dedicación a alguna actividad. (Potter, 2002: 1015).
- El orientar sobre la enfermedad a la familia y usuaria es fundamental para que actúen en situación de emergencia (dificultad respiratoria, taquicardia, hipertensión etc.)si la usuaria lo requiere y logramos disminuir el daño.

Ejecución

Lograr que la usuaria y cuidadores comprendan la información relacionada con el proceso de la enfermedad específico, platicándole porqué el déficit de autocuidado y el cambio del entorno en que vive con su familia y las demás personas. Facilitar a la usuaria, familia que se sientan apoyadas incluyéndome en los cuidados de la usuaria, llevan a la usuaria a visitar a su hermana, vecinos (familiares), en las tardes cuenta historias a los nietos y niños vecinos, se sale a la puerta de su casa que da a la calle y ve pasar a la gente le hablan y la dejan con una buena bendición.

Evaluación

Con las acciones personales a la usuaria se consigue y alcanza un mejor estado de salud con los conocimientos obtenidos a su patología llevándolo a cabo con el mejor control farmacológico y los cuidados de enfermería y familiares ya que van de la mano para una mejor recuperación del estado de salud.

Criterio de resultado: conocimiento: manejo de insuficiencia cardiaca congestiva.

Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV)

Clase: conocimiento sobre salud (s)

Escala (s): Ningún conocimiento hasta conocimiento extenso (u)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 18 Aumentar a: 20

Movilidad	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
Indicador	1	2	3	4	5
Causa y factores constituyentes			X		
Beneficios del manejo de la enfermedad			X		
Signos y síntomas de la insuficiencia cardiaca congestiva			X		
Signos y síntomas de disnea			X		
Efecto psicosocial de la insuficiencia cardiaca sobre si mismo			X		
Efecto psicosocial de la insuficiencia cardiaca en la familia			X		
Tratamiento para manejar la función				X	

cardiaca					
Importancia del reposo en el control de la enfermedad			X		
Estrategias para equilibrar actividad y reposo			X		
Estrategias para estimular el seguimiento de la dieta				X	
Efectos terapéuticos de la medicación		X			
Efectos secundarios de la medicación		X			
Cuando obtener ayuda de un profesional sanitaria.			X		

6.2.5 Diagnóstico de Enfermería 5

Dominio: 4 Actividad / Reposo.

Clase: 3 Equilibrio de la energía

Requisitos de autocuidado universal: mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Requisito de autocuidado en desviación de la salud.

00093 Fatiga relacionado con el estado de enfermedad, depresión, manifestado por desinterés del entorno y disminución de la ejecución de las tareas. Página 133

Plan de intervención

Objetivo

Ayudarle a la usuaria a realizar tareas que no perjudiquen su salud (manualidades), evitar la fatiga, depresión que se sienta útil.

Criterio de resultado: tolerancia de la actividad. Pag: 669

Dominio: salud funcional (I)

Clase: mantenimiento de la energía (^)

Escala (s): gravemente comprometido hasta no comprometido (g)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 16 Aumentar a: 20

Movilidad	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
Indicador	1	2	3	4	5
Saturación de oxígeno			X		
Frecuencia respiratoria en la respuesta a la actividad		X			
Presión arterial sistólica			X		
Presión arterial diastólica en respuesta a la actividad			X		
Distancia al caminata		X			
Tolerancia a subir escaleras		X			

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

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

Sistema de enfermería: parcial (x) De apoyo educativo (x)

Intervenciones de Enfermería

0180 Manejo de la energía. Página 513

Acciones de Enfermería

- Determinar los déficits en el estado fisiológico del paciente que producen fatiga según la edad y el desarrollo.
- Animar a la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones.
- Determinar la percepción de las causas de fatiga por parte de la usuaria.
- Reducir la fatiga utilizando combinaciones de categorías farmacológicas y no farmacológicas.
- Determinar qué actividad y en qué medida es necesaria para aumentar la resistencia.
- Observar a la usuaria si por indicios de exceso de fatiga física y emocional.
- Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, disnea, palidez, frecuencia respiratoria).
- Observar/ registrar el número de sueño de la usuaria.
- Ayudar a la usuaria a comprender los principios de conservación de energía (para la restricción de actividad o reposo en cama).
- Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo para evitar la fatiga.
- Ayudar al paciente a priorizar las actividades para acomodar los niveles de energía.
- Ayudar a la usuaria identificar las preferencias de actividades.
- Ayudar a la usuaria a identificar las tareas que pueden ser realizadas por los familiares para aliviar la fatiga.
- Ayudar a la usuaria limitar el sueño diurno proporcionando actividades que fomenten estar despierto de forma plena
- Facilitar la alternancia de periodos de reposo y actividad.

Intervenciones de Enfermería

5360 terapia de entretenimiento. Página 752

Acciones de Enfermería.

- Ayudar a la usuaria a identificar los déficit de movilidad.
- Ayudar a explorar el significado personal de las actividades recreativas favoritas.
- Comprobar las capacidades físicas y mentales para participar en actividades recreativas.
- Ayudar a la usuaria a elegir actividades recreativas coherentes con su edad, capacidades físicas, psicológicas y sociales.
- Tomar en cuenta las precauciones de seguridad.
- Ayudar a obtener recursos necesarios para la actividad recreativa.
- Comprobar la respuesta emocional, física, y social de la actividad recreacional.

Fundamentación

- La actividad física y ejercicio favorece la salud física y psicológica, para mantener y favorecer la salud es importante tener un estilo de vida activo; también constituye una modalidad de tratamiento esencial para las enfermedades crónicas. El movimiento corporal coordinado implica el funcionamiento integrado de los sistemas esquelético, muscular y nervioso. (Potter, 2002: 1010-1011).
- La terapia artística, uso de arte para reconciliar conflictos emocionales, favorece la seguridad en uno mismo y expresa las preocupaciones no verbalizadas frecuentemente inconscientes de la usuaria sobre su enfermedad. (Potter, 2002: 991).

Ejecución

Auxiliar a la usuaria en la regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones sanitarias. Con utilización intencionada de actividades recreativas claro se considera la capacidad física de su estado de salud y edad para fomentar la relajación y potenciar las capacidades sociales. Se hace un listado de

las cosas que le gustaban hacer antes del padecimiento actual, lo cual hace carpetitas con gancho diario de un rato (teje).

Evaluación

La usuaria responde muy bien con la actividad recreativa sin presentar fatiga ni alteración del pulso, se ve satisfecha, contenta de estar haciendo algo valioso todavía en su vida diaria y ya no manifiesta tanto insomnio.

Criterio de resultado: tolerancia de la actividad. Pag: 669

Dominio: salud funcional (I)

Clase: mantenimiento de la energía (^)

Escala (s): gravemente comprometido hasta no comprometido (g)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 16 Aumentar a: 19

Movilidad	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
Indicador	1	2	3	4	5
Saturación de oxígeno				X	
Frecuencia respiratoria en la respuesta a la actividad				X	
Presión arterial sistólica			X		
Presión arterial diastólica en respuesta a la actividad			X		
Distancia al caminata			X		
Tolerancia a subir escaleras		x			

6.2.6 Diagnóstico de enfermería 6

Dominio: 4 Actividad / Reposo.

Clase: 1 sueño/reposo

Requisitos de autocuidado universal: mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Requisito de autocuidado en desviación de la salud.

00198 Trastorno del patrón del sueño relacionado con interrupciones por la presencia de nicturia manifestado por quejas verbales de no sentirse bien descansada. Página 118

Plan de intervención

Objetivo

Fomentar que la usuaria tenga siestas para recuperar el descanso.

Criterio de resultado: sueño. Pag: 664

Dominio: salud funcional (I)

Clase: mantenimiento de la energía (A)

Escala (s): gravemente comprometido hasta no comprometido (b) y grave hasta ninguno.

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 14 Aumentar a: 18

Movilidad	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
Indicador	1	2	3	4	5
Horas de sueño			X		
Patrón de sueño			X		
Calidad de sueño			X		
Sueño interrumpido			X		
Nicturia		X			

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

Demanda de autocuidado: parcial (x) De apoyo educativo (x)

Sistema de enfermería: parcial (x) De apoyo educativo (x)

Intervenciones de Enfermería

1850 Mejorar el sueño. Página 605

Acciones de Enfermería

- Incluir el ciclo regular de sueño a la usuaria.
- Determinar los efectos que tiene la medicación del usuario en el esquema de sueño.
- Controlar la ingesta de alimentos y bebidas a la hora de irse a la cama, que interfieran al sueño.
- Ayudar a la usuaria a limitar las siestas durante el día, disponiéndole una actividad accesible a su estado situacional.
- Fomentar el aumento de horas de sueño.
- Agrupar las actividades (como el uso de pañales), para minimizar el número de levantadas.
- Identificar los medicamentos que la usuaria está tomando.
- Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales.
- Comentar con la usuaria y la familia técnicas para favorecer el sueño.

Intervenciones de Enfermería

6480 Manejo ambiental. Página 465

Acciones de Enfermería

- Crear un ambiente seguro para la usuaria.
- Eliminar los factores de peligro del ambiente (alfombras o mantas flojas, muebles pequeños móviles).
- Disponer la cama de baja altura.

- Colocar los muebles de la habitación de una manera que se acomode mejor a las discapacidades de la usuaria.
- Proporcionar una cama y entorno limpios y cómodos.
- Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos.

Fundamentación

- El sueño es un proceso fisiológico cíclico que alterna con largos periodos de vigilia, este ciclo influye y regula funciones fisiológicas y respuestas de conducta. (Potter, 2002: 1274).
- Un descanso y un sueño apropiados son tan importantes para la salud como una buena nutrición o un ejercicio adecuado. Sin las cantidades apropiadas de sueño y descanso la capacidad para concentrarse, emitir juicios y participar en actividades diarias disminuye. (Potter, 2002: 1274).
- Un ambiente terapéutico es el conjunto de elementos físicos y humanos que comprenden la interacción del personal de salud con la usuaria y familiares para estimular hacia su salud o rehabilitación. La unidad debe ser colorida y atractivo, para que su estancia le resulte más agradable, cómoda y segura. Con el objetivo de proporcionar a la usuaria una unidad confortable, estética, limpia y segura. (Rosales y Eva, 2004: 273).

Ejecución

Facilitar a la usuaria el ciclo regular de sueño, se le fomenta al familiar el uso del pañal (se pone pañal en las noches para evitar que se levante al baño y se pare), así se evitan las interrupciones en el su sueño como también la manipulación del entorno de la usuaria para conciliar el sueño adecuadamente en la noche sin interrupciones evitando ruidos excesivos, cama cómoda y se mantenga limpia.

Evaluación

Durante el transcurso de la aplicación de intervenciones personales a la usuaria se observa y refiere verbalmente de sentirse ya bien descansada durante la noche sin interrupción alguna. Las siestas durante el día ya no los acostumbra, la hora de su

entrada el cuarto es un poquito más temprana. En la cual si se consiguen el objetivo requerido.

Criterio de resultado: sueño. Pag: 664

Dominio: salud funcional (I)

Clase: mantenimiento de la energía (A)

Escala (s): gravemente comprometido hasta no comprometido (b) y grave hasta ninguno.

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 14 Aumentar a: 18

Movilidad	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
Indicador	1	2	3	4	5
Horas de sueño			X		
Patrón de sueño				X	
Calidad de sueño				X	
Sueño interrumpido				X	
Nicturia			X		

6.2.7 Diagnóstico de enfermería 7

Dominio: 11 seguridad/protección

Clase: 2 Lesión física

Requisitos de autocuidado universal: prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano.

Requisito de autocuidado en desviación de la salud.

00155 Riesgo de caídas relacionado con el uso de dispositivos de ayuda (andador), disminución de la fuerza en las extremidades inferiores, e insomnio. Página 306

Plan de intervención:

Objetivo

Garantizar la seguridad de la usuaria con el fin de mantener su integridad física, fomentándole la seguridad de los dispositivos de ayuda.

Criterio de resultado: conocimiento: prevención de caídas. Pag: 313

Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV)

Clase: conocimientos sobre salud (s)

Escala (s): ningún conocimiento hasta conocimiento extenso (N)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 16 Aumentar a: 20

Movilidad	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
Indicador	1	2	3	4	5
Uso correcto de dispositivos de ayuda		X			
Calzado adecuado			X		
Uso correcto de iluminación ambiental				X	
Uso de procedimientos seguros de traslado			X		
Medicamentos prescritos			X		
Cambios en la presión sanguínea que aumentan el riesgo de caídas			X		

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

Demanda de autocuidado: parcial (x) De apoyo educativo (x)

Sistema de enfermería: parcial (x) De apoyo educativo (x)

Intervenciones de Enfermería

6490 Prevención de caídas. Página 684

Acciones de Enfermería

- Identificar cognoscitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.
- Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas
- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos, y escaleras sin barandillas).
- Ayudar a la deambulación.
- Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o barra de apoyo para caminar) para conseguir una deambulación estable.
- Animar a la usuaria a utilizar un bastón o andador.
- Mantener los dispositivos de ayuda en un buen estado de uso.
- Colocar los objetos al alcance de la usuaria sin que tenga que hacer esfuerzo.
- Enseñar a la usuaria como caer para minimizar el riesgo de lesiones.
- Utilizar barandillas laterales de longitud y de altura adecuadas para evitar caídas en la cama.

Intervenciones de Enfermería

Manejo ambiental: seguridad. Página 472

Acciones de Enfermería

- Identificar las necesidades de seguridad, según la función física cognoscitiva
- Identificar los riesgos durante respecto a la seguridad en el ambiente (físico, biológico y químico).
- Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.
- Disponer dispositivos de adaptación banqueta de escalera o de barandillas) para aumentar la seguridad del ambiente.

- Ayudar al paciente a construir un ambiente más seguro.
- Utilizar dispositivos de protección restricción física, puertas cerradas, vallas y portones) para limitar físicamente la movilidad y acceder a situaciones peligrosas.

Fundamentación

- El riesgo de caídas es significativamente mayor en los ancianos. Además de la edad antecedentes de caídas previas, dificultades debido a la marcha, el equilibrio y la movilidad, la hipotensión postural, el deterioro sensorial y ciertas categorías de diagnóstico médico (p. ej., cáncer, enfermedades cardiovasculares, neurológicas y cerebrovasculares) incrementan el riesgo. (Potter, 2002: 1045).
- La seguridad, a menudo definido como permanecer libre de lesiones psicológicas y fisiológicas, constituye una necesidad humana básica que debe ser satisfecha. Los cuidados sanitarios proporcionados de manera segura son esenciales para la supervivencia y el bienestar de la usuaria. (Potter, 2002: 1039).
- La limpieza y el orden favorece el bienestar y el reposo de la usuaria. (Rosales y Eva, 2004: 278).

Ejecución

La conversación con la usuaria, y la ayuda del uso de la andadera manifestándole seguridad al deambular sola, en un ambiente seguro sin escaleras, limpio y sin objetos movibles en el suelo, en el día se mantienen las puertas abiertas de las habitaciones para evitar esfuerzos.

Evaluación

La usuaria durante 2-3 meses logra el uso de la andadera para la deambulaci3n propia, sin la ayuda de un familiar y con la seguridad sin miedo a caerse al usar la andadera, puede caminar en toda la casa la cual refiere sentirse mejor por el uso de la misma.

Criterio de resultado: conocimiento: prevención de caídas. Pag: 313

Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV)

Clase: conocimientos sobre salud (s)

Escala (s): ningún conocimiento hasta conocimiento extenso (N)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 16 Aumentar a: 20

Movilidad	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
Indicador	1	2	3	4	5
Uso correcto de dispositivos de ayuda			X		
Calzado adecuado				X	
Uso correcto de iluminación ambiental			X		
Uso de procedimientos seguros de traslado				X	
Medicamentos prescritos			X		
Cambios en la presión sanguínea que aumentan el riesgo de caídas				X	

6.2.8 Diagnóstico de enfermería 8

Dominio: 10 principios vitales

Clase: 3 valores/creencias/congruencia de la acción

Requisitos de autocuidado universal: promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal.

Requisito de autocuidado en desviación de la salud:

00066 Sufrimiento espiritual relacionado con enfermedad crónica, manifestado por expresión de falta de esperanza, culpa y expresa sentir cólera hacia Dios. Página 298

Plan de intervención:

Objetivo

La usuaria tendrá la capacidad para experimentar e integrar el significado y el propósito de la vida mediante un poder superior la credibilidad espiritual.

Criterio de resultado: salud espiritual Pag: 615

Dominio: salud percibida (v)

Clase: salud y calidad de vida (u)

Escala (s): gravemente comprometido hasta no comprometido (o)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 11 Aumentar a: 19

Movilidad	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
Indicador	1	2	3	4	5
Expresión de confianza		X			
Expresión de esperanza		X			
Expresión de perdón		X			
Satisfacción espiritual	X				
Participación en lecturas espirituales	X				
Relación con el yo interior		X			
Interacción con atrás para compartir pensamientos, sentimientos y	X				

creencias					
-----------	--	--	--	--	--

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

Demanda de autocuidado: parcial (x) De apoyo educativo (x)

Sistema de enfermería: parcial (x) De apoyo educativo (x)

Intervenciones de Enfermería

5420 Apoyo espiritual. Página 149

Acciones de Enfermería

- Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía.
- Animar al individuo a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espiritual.
- Animar a participar con miembros de la familia amigos y demás.
- Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales.
- Enseñar métodos de relajación meditación.
- Compartir la propia perspectiva espiritual.
- Concertar visitas por un consejero espiritual individual.
- Fomentar el uso de recursos espirituales.
- Utilizar técnicas de clarificación de valores para ayudar a la usuaria clarificar sus creencias y valores.
- Facilitar el uso de oración y demás tradiciones religiosas a la usuaria.

Intervenciones de Enfermería

5426 Facilitar el crecimiento espiritual. Página 389

Acciones de Enfermería

- Mostrar asistencia y consuelo pasando tiempo con la usuaria.

- Fomentar la conversación que ayude a la usuaria a separar los intereses espirituales.
- Ofrecer el apoyo de la oración a la usuaria.
- Fomentar el uso de celebraciones y rituales espirituales.
- Proporcionar un entorno que favorezca una actitud meditativa/contemplativa para su autorreflexión.
- Ayudar a la usuaria a exploración de creencias en relación de la curación del cuerpo, mente y el espíritu.
- Remitir a grupos de apoyo a programas que se basen en la espiritualidad.

Fundamentación

- La espiritualidad, la fe y la religión son entidades independientes aunque estas palabras se utilizan a menudo de forma indistinta. La espiritualidad se refiere a aquella parte del ser humano que busca significada mediante las conexiones intrapersonal e interpersonal que supone crear una relación con algún poder superior, fuerza creativa, ser divino o fuente infinita de energía. (kozier, 2005: 1087).
- Terapias de oración, variedad de técnicas utilizadas en múltiples culturas que incorporan los cuidados, la compasión, el amor o la empatía con el destinatario de las oraciones. (Potter, 2002: 991).
- Bienestar espiritual se manifiesta por una sensación de estar en “términos generales vivo” y satisfecho, el bienestar espiritual es una forma de vivir, un estilo de vida que ve y vive la vida con resolución y agrado, que busca opciones de enriquecimiento y sustento vital que se puede escoger libremente en cada momento. (kozier, 2005: 1088).

Ejecución

Ayudar a la usuaria con intervenciones personales a conseguir el equilibrio a través de sus creencias, fortalecer la capacidad de la usuaria para identificar, comunicarse y evocar la fuente del significado, el propósito, consuelo, fuerza, y la esperanza de su vida. Auxiliándola con personas de visita espiritualizada con una plática de espiritualismo.

Evaluación

Con el apoyo de la parroquia (pastor) y familiar la usuaria logra recuperar la creencia gracias a la visitas del pastor y grupos de oración, consigue el consuelo y la esperanza de seguir viviendo.

Criterio de resultado: salud espiritual Pag: 615

Dominio: salud percibida (v)

Clase: salud y calidad de vida (u)

Escala (s): gravemente comprometido hasta no comprometido (o)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 11 Aumentar a: 20

Movilidad	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
Indicador	1	2	3	4	5
Expresión de confianza			X		
Expresión de esperanza			X		
Expresión de perdón				X	
Satisfacción espiritual			X		
Participación en lecturas espirituales		X			
Relación con el yo interior			X		
Interacción con atrás para compartir pensamientos, sentimientos y creencias			X		

6.2.9. Diagnóstico de enfermería 9

Dominio: 4 Actividad/reposo

Clase: 5 Autocuidado

Requisitos de autocuidado universal: Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Requisito de autocuidado en desviación de la salud:

00108 Déficit de autocuidado: baño relacionado con deterioro musculoesquelético, manifestado por incapacidad para acceder al cuarto de baño y lavarse el cuerpo.

Página 152

Plan de intervención:

Objetivo

Estimular, relajar y lograr la higiene personal, con la ayuda de familiares. Reanimar y favorecer el estado emotivo de la usuaria.

Criterio de resultado: autocuidados: baño Pág. 199

Dominio: salud funcional (I)

Clase: autocuidado (D)

Escala (s): gravemente comprometido hasta No comprometido (o)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 8 Aumentar a: 14

Movilidad	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
Indicador	1	2	3	4	5
Entra y sale del cuarto del baño	X				
Se baña en la ducha	X				
Se lava la cara			X		
Se lava la zona perianal			X		

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

Demanda de autocuidado: parcial (x) De apoyo educativo (x)

Sistema de enfermería: parcial (x) De apoyo educativo (x)

Intervenciones de Enfermería

1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene. Pág. 179

Acciones de Enfermería

- Considerar la cultura de la usuaria al fomentar las actividades de autocuidados.
- Considerar la edad de la usuaria al fomentar las actividades de autocuidados.
- Colocar los objetos personales deseados toallas, productos de aromaterapia, accesorios necesarios para la usuaria.
- Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.
- Facilitar que la usuaria se cepille los dientes.
- Comprobar la limpieza de las uñas.
- Cuidado de la integridad cutánea de la usuaria.

Intervenciones de Enfermería

1610 Baño Pág. 193

Acciones de Enfermería

- Ayudar con la baño.
- Lavarle el cabello
- Realizar el baño con el agua a una temperatura agradable.
- Ayudar con las medidas de higiene (utilizar perfume o desodorante).
- Aplicar crema hidratante en las zonas de piel seca.
- Inspeccionar el estado de la piel durante el baño.

Fundamentación

- El baño es la limpieza general del cuerpo con jabón y agua corriente, ya que elimina las células muertas, secreciones, sudor, polvo y permitir a la piel realizar funciones protectoras. (Rosales y Eva, 2004: 305).

- El agua muy caliente debilita con facilidad a una usuaria debido a la vasodilatación que produce hipotensión arterial. El agua caliente hace que los musculos se relajen, favoreciendo la lipotimia. (Rosales y Eva, 2004: 306).
- El mantenimiento de la higiene personal es importante para la comodidad, la seguridad y el bienestar del individuo. El cuidado higiénico adecuado requiere comprensión de la anatomía y fisiología del tegumento, la cavidad bucal, los ojos, los oídos y la nariz, pies, manos y uñas. (Potter, 2002: 1075).

Ejecución:

Se les da una plática sobre el baño e higiene a la usuaria y los familiares con un rotafolio, y se le recomienda el baño por lo menos dos veces a la semana por el padecimiento actual que presenta para ayudar a la usuaria a fomentar la comodidad, higiene y relajación para sentirse bien, con la ayuda de los familiares

Evaluación:

La usuaria contribuye en el baño lavándose su cara, zona interior (genitales), relata sentirse bien después del baño ya que esto la llena de energía y ganas de ayudar, hace cositas que ella tolera y le gustan entonces se sienta en su silla cómoda y empieza a tejer por ratos alternos.

Criterio de resultado: autocuidados: baño Pág. 199

Dominio: salud funcional (I)

Clase: autocuidado (D)

Escala (s): gravemente comprometido hasta No comprometido (o)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 8 Aumentar a: 10

Movilidad	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
Indicador	1	2	3	4	5
Entra y sale del cuarto del baño		X			
Se baña en la		X			

ducha					
Se lava la cara			X		
Se lava la zona perianal			X		

6.2.10. Diagnóstico de enfermería 10

Dominio: 4 Actividad/reposo

Clase: 5 Autocuidado

Requisitos de autocuidado universal: Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Requisito de autocuidado en desviación de la salud:

00109 Déficit de autocuidado: vestido relacionado con deterioro musculoesquelético, debilidad y fatiga manifestado por deterioro de la capacidad para quitarse y ponerse las prendas de vestir necesarias. Página 154

Plan de intervención:

Objetivo

Orientar a la usuaria que es importante la ayuda de un familiar para vestirse y desvestirse.

Criterio de resultado: autocuidados: vestir Pág. 206

Dominio: salud funcional (I)

Clase: autocuidado (D)

Escala (s): gravemente comprometido hasta No comprometido (o)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 14 Aumentar a: 19

Movilidad	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
Indicador	1	2	3	4	5
Escoge la ropa			X		
Coge la ropa		X			

Se pone la ropa de la parte superior del cuerpo		X			
Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo	X				
Se abrocha la ropa	X				
Se pone los calcetines	X				
Se pone los zapatos		X			
Se quita la ropa		X			

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

Demanda de autocuidado: parcial (x) De apoyo educativo (x)

Sistema de enfermería: parcial (x) De apoyo educativo (x)

Intervenciones de Enfermería

1630 vestir. Pág. 784

Acciones de Enfermería

- Observar la capacidad de la usuaria para vestirse.
- Vestir a la usuaria después de completar la higiene personal.
- Fomentar su participación en la elección de la vestimenta.
- Vestir a la usuaria con ropas que no le aprieten.
- Vestir a la usuaria con ropa personal.
- Cambiar la ropa de la cama al acostarse.
- Elegir los zapatos cómodos que faciliten deambulaci3n seguro.

Intervenciones de Enfermería

1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal. Pág. 181

Acciones de Enfermería

- Considerar la edad de la usuaria al fomentar las actividades de autocuidados.
- Informar a la usuaria de la vestimenta disponible que pueda seleccionar.
- Disponer las prendas de la usuaria en zona accesible.
- Estar disponible para ayudar en el vestirse.
- Ayudar en el cepillado, peinado del cabello a la usuaria.
- Mantener la intimidad en el transcurso al vestir a la usuaria.
- Ayudar con los botones de las prendas.
- Colocar la ropa sucia en una bolsa para lavarlo.
- Reafirmar los esfuerzos de la usuaria por la ayuda del vestido.

Fundamentación

- La necesidad de vestirse y desvestirse ha acompañado al hombre desde su propia existencia cumpliendo diferentes funciones en relación a las diferentes épocas y etapas de la historia de la humanidad.
- La necesidad de vestirse es la manera de sentirse segura, bien ya que es una protección para el cuerpo, llegando a ser en algunos momentos un problema de salud al ajustar la satisfacción de esta necesidad.
- La elección del vestido constituye una diversión para todas las personas ya sean jóvenes o viejos. Algunos factores que influyen en la satisfacción de la necesidad: edad, peso, presencia de enfermedad, estado de ánimo, motivación personal, clima, patrón cultural, nivel socioeconómico, influencias familiares. (www.ulpge.es/descargadirecte.php Código archivo=4473).
- Ayudar a la usuaria a estar limpia contribuir a que se sienta saludable física como mentalmente.

Ejecución:

Se recomienda a los familiares y al cuidador dependiente que pongan la ropa de la usuaria en un lugar donde pueda coger ella las prendas, de vestir a la usuaria con ropa cómoda para una mejor movilidad, y de sentirse con seguridad.

Evaluación:

Con el apoyo de la familia (cuidador) logra quitarse y ponerse las prendas de vestir, se obtiene una satisfacción de la usuaria ya que se siente apoyada, querida, apreciada, estimada, valorada por los familiares con el ánimo de seguir adelante con ganas de vivir. También la usuaria participa en la elección de la ropa para ponerse, es cooperativa para vestir y desvestirse.

Criterio de resultado: autocuidados: vestir Pág. 206

Dominio: salud funcional (I)

Clase: autocuidado (D)

Escala (s): gravemente comprometido hasta No comprometido (o)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 16 Aumentar a: 20

Movilidad	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
Indicador	1	2	3	4	5
Escoge la ropa			X		
Coge la ropa			X		
Se pone la ropa de la parte superior del cuerpo			X		
Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo		X			
Se abrocha la ropa		X			
Se pone los calcetines		X			
Se pone los zapatos			X		
Se quita la rop			X		

VII. CONCLUSIONES

El proceso de enfermería es un método sistemático en el que la enfermera brinda, proporciona cuidados humanizados, individualizados a la usuaria.

La teoría de Dorotea Elizabeth Orem nos permite valorar ampliamente los requisitos de autocuidado y poder aplicar acciones de enfermería que favorecen la independencia y el bienestar del individuo.

El proceso antes mencionado cumplió con la finalidad de brindar cuidados a una persona de manera individual (personalizada) pero sin olvidar a su familia buscando cuidados alternativos para disminuir complicaciones y brindar cuidados paliativos.

La usuaria acepto las sugerencias y los cuidados para mejorar y mantener su estado de salud, durante los cinco meses que se realizó el proceso se trabajó con la usuaria y familiares sobre cómo identificar los signos y síntomas de alarma y que acciones realizar para estabilizar y poder llegar a un hospital, también se logró que realice actividades (que su patología le permita) sobre terapia ocupacional (contar historias a los niños, bordar, tejer etc.). El ciclo del sueño mejoro, logra también el uso de la andadera como también supera el acercamiento hacia dios y es participativa para el baño e higiene personal, en vestirse-desvestirse.

Como profesional de enfermería resultó muy satisfactorio haber participado en lograr algunos cambios de estilo de vida de la usuaria y ver la mejoría en su estado de salud, resultados que se obtuvieron a través de orientación proporcionada tanto a la usuaria como a su familia.

Aplicar el proceso de enfermería es un orgullo ponerlo en práctica ya que es un método sistemático, poder brindar los cuidados de una usuaria de guiar, enseñar y apoyar a afrontar dicha enfermedad con la ética profesional, a través de los conocimientos adquiridos que favorece el bienestar de la salud y la vida de muchas personas. Me gustó mucho hacer este trabajo el proceso de enfermería con fines de titulación, porque en el transcurso de la aplicación convives con lo usuaria, la relación y apoyo de la familia, el saber y ver en el transcurso de los

meses la mejoría del autocuidado de la usuaria es una experiencia bien bonita. Que te agradezcan lo que haces, no hay mejor cosa valiosa de que te bendigan siempre.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Bertha, A. (2002). Proceso Enfermero. México: Cuéllar
- Martha, R., Marriner, T. (2011). Modelos y Teorías en Enfermería. (7ª ed.). Barcelona, España: Elsevier Mosby
- Alfaro-LeFevre, R. (2002). Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración (5ª ed.). España: Elsevier.
- Cavanagh, S.J. (1993). Modelos Orem. Aplicación Práctica. Barcelona, España: Ediciones Científicas y Técnicas.
- Gas, D. (2000). Tratado de enfermería. (4ª ed.). México: McGraw-Hill-Interamericana.
- Marriner T., Raile, M. (2003). Modelos y Teorías de Enfermería. (2ª ed.). Madrid: Elsevier.
- Morán, V. y Mendoza, A.L. (2010) Proceso de enfermería. Uso de los lenguajes
- Branco, M. (2003). Cardiología Basada en la Evidencia y la Experiencia de la función. Buenos Aires, Argentina: Grupo Guía S. A.
- Ruiz, X. (2005). Manual de la Enfermería. México: Océano.
- Lyer P., Taptich, B. y Bernocchi L. (1993) Proceso de enfermería y diagnósticos de enfermería. Editorial McGraw Hill.
- Dr. Fernando, s. (2010). Insuficiencia cardíaca crónica. (3ª ed.). Argentina
- Fernando, R., José R. (2010). Revista Española de Cardiología. Departamento de Medicina Preventiva y salud pública de la facultad de medicina Universidad Autónoma de Madrid
- Rev. cubana med v.40 n.3 Ciudad de la Habana jul.-set. 2013.
- Jorge Espino v. (1997). Introducción a la cardiología. (13ª ed.). México: Manual Moderno
- A.D. Lockhart., G.F. Hamicton. (1965). Anatomía humana. Nueva edición, México, D. f.
- Michael, H. Crawford. (2004). Diagnóstico y Tratamiento en Cardiología. (2ªed.). México, D. F.: El Manual Moderno
- Valentín, F. Hurst. (2002). El Corazón. (10ªed.). Volumen I: Mc Graw Hill

- Patricia, A. Potter. (2002). Fundamentos de enfermería. (5ªed.). Volumen II: Harcourt
- Susana, R., Eva, R. (2004). Fundamentos de enfermería. (3ªed.). : Manual moderno
- Silvia, C., margarita, H. (2001). Farmacología en enfermería. (5ªed.). : Harcout
- Potter/ Perry. (2002). Fundamentos de enfermería. (5ªed.). Volumen I, II, III, IV: Harcourt/océano
- b. Kozier., Glenora, E. fundamentos de enfermería conceptos, proceso y práctica. (7ªed.). Volumen I.: Mc Graw-Hill- interamericana
- Betty, J., Gail, b. (2007). Manual de Diagnósticos de Enfermería, Guía para la planificación de los cuidados. (7ªed.). España: Elsevier
- Diccionario Terminología de ciencias Médicas. (1997). (13ªed.). : Salvat
- Myrna, B., Kevin D. (2009). Diccionario de medicina para ciencias de la salud.: Mc Graw Hill
- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, para la prevención, detección diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. (2010). Sistema Nacional de Salud, Dirección General de Epidemiología.
- T. Heathher, Herdman, PhD, RN NANDA. Diagnósticos Enfermeros. (2009-2011): Elsevier
- Sue, M., Marion, J. Clasificación de resultados (NOC). (4ªed.): El Sevier
- Gloria, M., Howard K. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). (5ª ed.): ElSiever Mosby

IX. BIBLIOGRAFIA

Sistema nacional de Secretaria de salud.

Unidad de salud comunidad de comachuén.

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, para la prevención, detección diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

Libros; Fundamentos de enfermería; Rosales, Potter, Kozier, Bertha, Martha, Alfaro, Cavanagh.

Cardiología, Espino, Michael, Valentín, Bertha, Michael, Betty, Branco

Bertha, Martha, Alfaro, Cavanagh.

Revistas; Fernando, R., José R. (2010). Revista Española de Cardiología. Departamento de Medicina Preventiva y salud pública de la facultad de medicina Universidad Autónoma de Madrid.

Rev. cubana med v.40 n.3 Ciudad de la Habana jul.-set. 2013.

Artículos; Aplicación de un plan de cuidados de un programa: enfermería en cardiología N° 41/2ª cuatrimestre 2007 25.

Plan de cuidados a pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva cardiaca congénita: enfermería en cardiología N° 31/1ª cuatrimestre 23.

Internet:

- www.ulpge.es/descargadirecte.php Código archivo=4473, 28-10-2013
- www. Es. iztacala / 2012 25-09-2013
- www.slideshare.net/olbonza123/expo-icc2, 2010). 25-10-2013.

X. GLOSARIO DE TÉRMINOS

10.1 Terminología de la Teoría General del Déficit de Autocuidado

Orem etiquetó su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por las siguientes tres teorías:

1. La teoría del autocuidado, que describe por qué y el cómo las personas cuidan de sí mismo.
2. La teoría del déficit de autocuidado, que describe y explica como la enfermería puede ayudar a la gente.
3. La teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.

Los principales conceptos de Orem:

- **Autocuidado.** Consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos, por su propia parte con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano.
- **Cuidado dependiente.** Se refiere al cuidado que se ofrece a una persona que, debido a la edad o a factores relacionados necesario para mantener la vida, un funcionamiento saludable.
- **Requisitos de autocuidado.** Es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo que se sabe que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano.
- **Requisitos de autocuidado universales.** Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tiene sus orígenes lo que se conoce y lo que se valida o que está en proceso de ser validado sobre la integridad espiritual y funcional humano en las diversas etapas del ciclo vital.
- **Requisitos de autocuidado de desarrollo.** Se han identificado tres conjuntos de autocuidado de desarrollo:
 - A. Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo.

B. Implicación en el autodesarrollo

C. Prevenir o vencer los efectos de situaciones vitales que puedan afectar de manera negativa.

➤ **Requisitos de autocuidado en el caso de la desviación de la salud.**

Existen para las personas que estén enferma o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, defectos, discapacidades que están siendo sometido a un diagnóstico o tratamiento médico.

➤ **Necesidad de autocuidado terapéutico.** Están constituidos por el conjunto de medidas de cuidados necesarios en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades.

➤ **Actividad de autocuidado.** Es la compleja habilidad adquirida por las personas maduras, o que estén madurando, les permite conocer y cubrir las necesidades.

➤ **Actividad de cuidado dependiente.** Se refiere a la capacidad adquirida de una persona para conocer y satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico.

➤ **Déficit de autocuidado.** Es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado.

➤ **Actividad enfermera.** Es la capacidad desarrollada por las personas formadas como las enfermeras.

➤ **Diseño enfermero.** Se trata de una actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico, la prescripción enfermera a partir de los juicios prácticos de reflexión.

➤ **Sistemas enfermeros.** Son las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberada de las enfermeras que actúan de acuerdo a las necesidades terapéuticas de usuarias.

➤ **Métodos de ayuda.** Desde una perspectiva enfermera, para realizar acciones para regular su propio funcionamiento y desarrollo.

➤ **Factores condicionantes básicos.** Hace referencia a los factores que condicionan o alteran el valor de la demanda de autocuidado de un individuo.

(Martha R. y Anna, 2011: 269-271).

10.2 Terminología Médica

- ❖ **Hipertrofia cardíaca.** Aparece como respuesta del miocardio a los estímulos más diversos como las condiciones de carga, alteraciones de la perfusión miocárdica.
- ❖ **Hidropesía.** Acumulación de líquido seroso trasudado en la cavidad o en el tejido celular.
- ❖ **Necrosis.** Muerte de tejidos u órganos provocada por isquemia (pérdida o disminución de la irrigación sanguínea).
- ❖ **Isquemia.** Circulación insuficiente de la sangre debido al bloqueo de un vaso sanguíneo.
- ❖ **Atrofia.** Deterioro o disminución del volumen de un órgano o tejido.
- ❖ **Hemoptisis.** Expectoración de sangre precedente del aparato respiratorio, que se expulsa con la tos.
- ❖ **Estertores.** Ruido respiratorio anormal, sibilante o ronco, que se escucha mediante la auscultación, inspección durante la inspiración y la expiración.
- ❖ **Pirosis.** Sensación de ardor retroesternal provocado por el flujo ácido. También denominada acidez gástrica, ardor de estómago.
- ❖ **Flatulencia.** Exceso de gas en el tubo digestivo.
- ❖ **Eructos.** Expulsión de aire procedente del estómago
- ❖ **Flictena.** Lesión cutánea elemental que consiste en una ampolla o vesículo formado por la epidermis levantada lleno de suero.
- ❖ **Eritrocituria.** Presencia de células rojas en la orina.
- ❖ **Lipotimia.** Sincope, pérdida de la conciencia producida por un descenso súbito de la tensión arterial o por un fallo del sístole cardíaca, que provoca hipoxia cerebral.

(Diccionario de medicina para ciencias de la salud, 2009).

XI. ANEXOS

11.1. Guía de valoración de acuerdo el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem

I. FACTORES CONDICIONANTES BASICOS

a) Descriptivos de la persona

Fecha: _____ Nombre: _____ Sexo: _____ () Fem () Edad: _____

Religión: _____ Edo civil: _____ Escolaridad: _____

Lugar de residencia: _____

Domicilio actual (calle número, colonia): _____

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 () más de 3 ()

Como es su relación con la familia:

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

Nivel de educación:

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

Otros: _____

Ocupación: _____ Horario: _____

Antecedentes laborales: _____

Ingreso económico familiar:

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

Dependencia económica: Si () No ()

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

a) Patrón de vida.

¿Qué actividades recreativas realiza en sus tiempos libres?

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

Otras: _____

¿Qué hace usted para cuidar su salud?

b) Estado del sistema de salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno () Regular () Deficiente ()

¿A qué servicios de salud acude usted regularmente?

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

Diagnostico medico: _____

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

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

Hace _____ De su casa al médico.

b) Estado del desarrollo

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

Si () No ()

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

¿Quién autoriza su tratamiento médico?

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO UNIVERSALES

a) Mantenimiento del aporte suficiente de aire.

Frecuencia respiratoria: llenado capilar:

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 del 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: FC: Soplos: () Arritmias: ()

Otras alteraciones: _____

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta disnea:

Si: () No: ()

Apoyo ventilatorio:

a) Mantenimiento de aporte de agua suficiente:

Valorar datos de deshidratación.

Mucosa oral: Seca: () Hidratada: ()
Piel: Seca: () Escamosa: () Normal: ()
Turgencia: Normal: () Escamosa: ()

Que cantidad de agua ingiere usted al día:

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

De donde proviene el agua que consume:

Llave publica () Pipa: () Entubada: () Garrafón: ()

Otros: _____

Utiliza algún método para planificar el agua:

Si () No () Especifique: _____

Ingiere algún otro tipo de líquido durante el día:

Si () No () Especifique Cantidad: _____

Aporte de líquidos parenterales:

Especifique _____

a) Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos

Peso: ____ Talla: ____ IMC: ____ Cintura: ____

Ha observado variaciones del peso:

Si () No ()

Perdida: () Ganancia: ()

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

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 t nica () Estomatitis () Xerostomía () Tumor oral ()
 Leucoplaquia () Edema () Lesión oral () Drenaje purulento ()
 Gingivorragia () Ulceraciones () Otros: _____

Alteraciones en cara y cuello: _____

Abdomen:

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

Distensión abdominal: () Otros: _____

Presenta algún problema en la alimentación:

Si () No ()

Cual: Acidez () Nauseas () Vomit  () Hematemesis () Disfagia ()

Pirosis () Regurgitación () Polidipsia () Polifagia () Bulimia () Anorexia
 () Reflujo () Sialorrea () Saciedad () Eructos ()

Otros: _____

Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse:

Si () No () Especifique: _____

Tipo de nutrición:

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

Nutrición Parenteral ()

Que tan frecuente come usted:

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

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

¿Con que guisa sus alimentos?

Aceite () Manteca: ()

¿Cómo es su dieta habitual?

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

Hiperproteica () Otros: _____

a) 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 () Rectoraría () Otros: _____

Alteraciones al evacuar.

Tenesmo: () Pujo () Cólico () Otros: _____

Apoyo para la eliminación intestinal: No

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 uretero-vesicales: _____

Alteraciones en la micción:

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

Apoyo para la evacuación vesical:

Movilización: () Cateterismo vesical () Higiene () Otros: _____

Características de la micción:

Ámbar () Coluria () Hematuria () Turbia () Otros: _____

Grupo transpiración:

Cambios en los patrones normales de sudoración

Disminuida: () Ausente () Aumentada ()

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal: Dolor: () Alt. Emocionales ()

Temperatura ambiental: Otros: _____

Grupo menstruación:

Menarca: _____ Días del ciclo menstrual: _____

Tipo, cantidad y características del flujo: _____

Presenta algún problema durante su menstruación:

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

a) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

REPOSO

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

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

¿Cómo se encuentra al despertar?

Cansado () Descansado () Fatigado () Otros: _____

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?

Si () No ()

¿Ha sufrido algún cambio en su patrón de sueño?

Si () No ()

¿Desde cuándo?

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

Presencia de:

Bostezo: () Insomnio: () Hipersomnio: () Pesadillas: () Alucinaciones: ()

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

Factores que interrumpen su descanso y sueño: _____

¿Acostumbras a tomar siestas?

Si () No ()

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?

Si () No () Especifique: _____

ACTIVIDAD:

Sistema Musculo Esquelético

Presencia en articulaciones de:

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

Especifique:

Tratamiento:

¿Alguna actividad física le produce dolor?

Si () No () Especifique:

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si () No () Cual: _____

Frecuencia/duración: _____

a) Mantenimiento del equilibrio entre 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:

Utiliza lentes: _____

Armazón: () Contacto: () Tiempo: _____

Presencia de alteraciones oculares:

Si () No () Especifique: _____.

¿Con quienes convive diariamente?

Familia () Amigos () Compañeros de Trabajo ()

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

Buena () Regular () Mala ()

¿A quién 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: _____

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

Sistema Neurológico:

Estado de conciencia:

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

Coma () Glasgow: _____

Problemas con:

Concentración () Razonamiento () Especificar: _____

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

Bastón () Silla de ruedas () Andador () Otros: _____

Antecedentes heredofamiliares patológicos:

Si () No () Especifique: _____

Toxicomanías:

Si () No () Especifique: _____

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?

Si () No () Especifique: _____

b) Funcionamiento humano y grupos sociales

¿Se acepta en su estado 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 () 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 () Culpa () Agresión ()

Cólera ()

II. REQUISITOS DE AUTO CUIDADO DE DESARROLLO

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

1. Etapas del ciclo vital

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

Niñez Si () No () Especifique: _____

Edad escolar Si () No () Especifique: _____

Adolescente Si () No () Especifique: _____

Adulto joven Si () No () Especifique: _____

Edad fértil Si () No () Especifique: _____

Adulto maduro Si () No () Especifique: _____

2. Salud sexual

Sistema reproductor:

Has recibido educación sexual

Si () No () Especifique: _____

¿Cuál es su orientación sexual? _____

¿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: _____

Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual:

Si () No () Especifique: _____

Tratamiento: _____

Cirugías realizadas en aparato reproductor:

Si () No () Especifique: _____

Hombre:

¿Acude a examen de Próstata/testicular?

Si () No () Especifique: _____

¿Presenta problemas de erección?

Si () No () Tratamiento: _____

¿Presenta problemas de eyaculación precoz?

Si () No () Tratamiento: _____

Mujer:

Menarca: _____ Días del ciclo menstrual: _____

Tipo, cantidad y características del flujo: _____

Presenta algún problema durante la menstruación:

Si () No () Ocasional () Especifique:

Embarazos: ____ Partos: ____ Cesáreas: ____ Abortos: ____

Partos prematuros: ____ Fechas de último Papanicolaou: ____

Presencia de flujo/hemorragia trasvaginal: ____ Características: ____

¿Existen alteraciones de crecimiento físico?

Si () No () Especifique: ____

III. REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

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

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

Especifique: ____

¿Sabe usted de que está enfermo?

Si () No ()

¿Qué conoce acerca de su enfermedad?

¿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? _____

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación?

Si () No () Especifique: _____

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

Ambientales () Familiares () Personales ()

Especifique: _____

11.2. Clasificación de los datos sobre los requisitos universales en objetivos y subjetivos

Requisitos universales	
Datos objetivos	Datos subjetivos
1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	
- Frecuencia respiratoria 18 /min - Presión Arterial 140/90mmhg - Frecuencia cardiaca 60 /min	- Disnea - Apoyo ventilatorio (oxigeno) - No es fumadora
2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua	
- Ingiere de 250-300 mil de agua - La mucosa y la piel hidratada con buena coloración	- Sin turgencia
3.- Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.	

- Con dieta diabética 1200cls - No presenta intolerancia de algún alimento - La glicemia capilar de 96mg/dl - Peso 58kg - Talla 151 cm	- Ningún problema en la alimentación - Acostumbra 3 comidas al día
4.- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación urinaria y fecal.	
- Heces fecales pastosas - Diuresis amarillo ámbar - Polaquiuria - Nicturia - Evacuación 2 veces al día - Temperatura corporal 36.5 c°	
5.- Valoración del mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y reposo.	

- Ya no realiza actividad física	- Duerme menos de 6 hora - Refiere no sentirse descansada - Sin dificultad para conciliar el sueño - Se levanta al baño en la noche - Acostumbra tomar siestas en el día.
6.-Mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.	
	- Vive con su familia - Tiene una buena relación con su familia - La enfermedad le impide socializar más exteriormente - El habla es tetánica (o poco entendible).
7.- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	

- Esta consiente - La deambulaci3n es con el apoyo de su familiar (no quiere utilizar bast3n, ni silla de rueda). - Necesita ayuda para satisfacer sus necesidades b3sicas (la familia).	- Sin patolog3a heredofamiliar - Acude a control m3dico cada mes - Ultima Papanicolaou 2006 - Menopausia a los 52 a1os
8.- Promoci3n y funcionamiento del desarrollo humano, potencial humano, limitaciones conocidas y el deseo de ser normal.	
	- Solo ha tenido una pareja sexual - A veces siente tristeza respecto a su situaci3n.

11.3. Razonamiento diagnóstico

DATOS SIGNIFICATIVOS (Evidencia)	ANÁLISIS DEDUCTIVO Dominio, clase y Requisito alterado	PROBLEMA Etiqueta diagnóstica NANDA II P	FACTOR RELACIONADO Etiología E	MANIFESTACIONES Signos y Síntomas S
Insuficiencia cardíaca	Dominio: 4 Actividad/Reposo Clase: 4 Respuestas cardiovasculares/ pulmonares Requisito: 1	00029 Disminución del gasto cardíaco	Alteración del ritmo cardíaco	Fatiga, disnea y disminución de la resistencia vascular sistémica
Insuficiencia cardíaca	Dominio: 4 Actividad/Reposo Clase: 4 Respuestas cardiovasculares/ pulmonares Requisito: 1	00032 Patrón respiratorio ineficaz	Fatiga, disminución neuromuscular de los músculos respiratorios	Disnea respiración con los labios fruncidos.
Insuficiencia cardíaca	Dominio: 3 Eliminación e intercambio Clase: 4 Función Respiratorio Requisito: 1	00030 Deterioro de intercambio de gases.	Ventilación - perfusión	Disnea, respiración anormal (frecuencia, ritmo, profundidad) y somnolencia.
Poco conocimiento de la enfermedad	Dominio: 1 Promoción de la Salud Clase: 2 Gestión de la Salud Requisito: 8	0099 Mantenimiento inefectivo de la salud.	Conocimiento deficiente respecto a cuidados de la enfermedad	
Desinterés para hacer cosas	Dominio: 4 Actividad/Reposo Clase: 3 Equilibrio de la energía Requisito: 5	0093 Fatiga.	Estado de enfermedad, depresión	Desinterés del entorno y disminución de la ejecución de las tareas
Nicturia	Dominio: 4 Actividad/Reposo Clase: 1 Sueño/Reposo Requisito: 5	00198 Trastorno del patrón del sueño.	Interrupciones por la presencia de nicturia	Quejas verbales de no sentirse bien descansada

El uso de dispositivos de ayuda	Dominio: 11 Seguridad/Protección Clase: 2 Lesión Física Requisito: 7	00155 Riesgo de caídas.	Uso de dispositivos de ayuda (andador), disminución de la fuerza en las extremidades inferiores, e insomnio	
Dice que es un castiga de dios	Dominio:10 Principios Vitales Clase: 3 Valores/creencias/ Congruencia de la acción Requisito: 8	00066 Sufrimiento Espiritual.	Enfermedad crónica	Expresión de falta de esperanza, culpa y expresa sentir cólera hacia Dios
No se puede bañar sola	Dominio: 4 Actividad/ Reposo Clase: 5 Autocuidado Requisito: 5	00108 Déficit de autocuidado: baño.	Deterioro musculoesquelético	Incapacidad para acceder al cuarto de baño y lavarse el cuerpo
No se puede vestir por si sola	Dominio: 4 Actividad/ Reposo Clase: 5 Autocuidado Requisito: 5	00109 Déficit de autocuidado: vestido.	Deterioro musculoesquelético, debilidad y fatiga	Deterioro de la capacidad para quitarse y ponerse las prendas de vestir necesarias.

XII. APÉNDICES



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Yo C. G. N. 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 informada 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 consiente, sin recibir ninguna remuneración económica. También se me informó que puedo abandonar el proyecto sin que eso afecte la calidad del servicio que se me brinda en la unidad de salud.

Estoy enterada que la responsable de este proceso de enfermería es la pasante de licenciatura en enfermería María Concepción Sebastián Martínez.

A. G. N. doy mi consentimiento para colaborar en el trabajo académico solicitado.


Firma y Acepto participar

María Concepción Sebastián Martínez

Pasante de Licenciatura en Enfermería


Testigo

Morelia, Mich. A 28 de Enero 2013