



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO



FACULTAD DE ENFERMERIA

**“PROCESO DE ENFERMERÍA BASADO EN EL REFERENTE TEÓRICO DE
DOROTHEA E. OREM, APLICADO A UN ADULTO MAYOR CON DEPRESIÓN”**

**Que para obtener el grado de:
Licenciado en Enfermería.**

Presente:

P.L.E. Eladio Maldonado Damián

Asesora:

MIEN. Cecilia Castro Calderón.

Morelia, Michoacán, julio del 2022.

DIRECTIVOS

MSP. JULIO CESAR GONZÁLEZ CABRERA

Director de la Facultad de Enfermería.

MIEN. CECILIA CASTRO CALDERÓN

Secretaria Académica.

ME. RENATO HERNANDEZ CAMPOS

Secretario Administrativo.

MESA SINODAL

Presidenta

MIEN. Cecilia Castro Calderón

Vocal 1

ME. Hortencia Garduño García

Vocal 2

LETI. Josué Vargas Peña

DEDICATORIA

I. A mis padres

Gracias a sus consejos y experiencias, gracias a eso estoy aquí y soy una persona sobresaliente, gracias a momentos buenos y malos en los que están conmigo, que sin ustedes no serían posibles metas como estas. Que dios los bendiga hoy y siempre.

II. A mis hermanos

Por todo su apoyo, que sin él no hubiese pasado este escalón, es uno de tantos de los que tengo que cumplir, siempre estaré presente con ustedes que dios los bendiga hoy y siempre.

AGRADECIMIENTOS

A dios:

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

A mi madre:

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

Resumen

El presente proceso de enfermería está basado en un adulto mayor con depresión, es la metodología propia de la enfermería siendo un método organizado para administrar cuidados individualizados, que se centran en la identificación y tratamiento de las respuestas humanas del individuo, familia y comunidad ante las alteraciones de la salud o circunstancias de la vida. Objetivo: aplicar el proceso de enfermería basado en el referente teórico de Dorothea E. Orem-, en un usuario geriátrico con diagnóstico médico con depresión, para contribuir en el tratamiento de las respuestas humanas, mejorar el estado de salud y prevenir complicaciones. Metodología: para aplicar el proceso de enfermería se identificó la necesidad de cuidados en un usuario de una estancia geriátrica con diagnóstico de depresión. El usuario acepta refiriendo no tener dudas y garantizar su participación sin inconvenientes. Conclusiones: La aplicación del proceso de enfermería permite brindar una serie de cuidados personalizados los cuales llevaron a mejorar la calidad de vida, cada una de las actividades realizadas fueron ajustadas a su capacidad en donde el usuario se incorporó de forma adecuada con los demás residentes.

El cuidar es una actividad inherente al ser humano desde que este existe, es un factor relevante que principalmente se dedica a preservar la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades, con la aplicación del pensamiento crítico y con apoyo de la tecnología

Palabras clave: proceso de enfermería, depresión, tratamiento, salud, cuidar.

ABSTRACT

The present nursing process is based on an older adult with depression, it is the nursing methodology itself, being an organized method to administer individualized care, which focuses on the identification and treatment of the human responses of the individual, family and community before the changes in health or life circumstances. Objective: to apply the nursing process based on the theoretical reference of Dorothea E. Orem, in a geriatric user with a medical diagnosis of depression, to contribute to the treatment of human responses, improve health status and prevent complications. Methodology: to apply the nursing process, the need for care was identified in a user of a geriatric stay with a diagnosis of depression. The user accepts by referring to having no doubts and guaranteeing their participation without inconveniences. Conclusions: The application of the nursing process allows to provide a series of personalized care which led to improve the quality of life, each of the activities carried out were adjusted to their capacity where the user was properly incorporated with the other residents.

Caring is an activity inherent to the human being since it exists, it is a relevant factor that is mainly dedicated to preserving life, ensuring the satisfaction of a set of needs, with the application of critical thinking and with the support of technology.

Keywords: nursing process, depression, treatment, health, care.

Índice

I. Justificación.....	11
II. Objetivos.....	12
2.1 General.....	12
2.2 Especifico.....	13
III. Marco Teórico.....	14
3.1 Proceso de Enfermería.....	14
3.1.1 Definición.....	14
3.1.2 Antecedentes.....	17
3.1.3 Características.....	17
3.1.4 Beneficios/ Ventajas de la Aplicación del Proceso de Enfermería.....	18
3.1.5 Etapas.....	18
3.1.5.1 Valoración.....	18
3.1.5.2 Diagnóstico de Enfermería.....	24
3.1.5.3 Planificación.....	31
3.1.5.4 Ejecución.....	33
3.1.5.5 Evaluación.....	34
3.2 Teoría General del Déficit de Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem (TGDA).....	35
3.2.1 Biografía Dorothea E. Orem.....	35
3.2.2 Supuestos Paradigmas	36
3.2.3 Fuentes Teóricas.....	36
3.2.4 Utilización de Pruebas Empíricas.....	37

3.2.5 Teoría del Déficit del Autocuidado.....	38
3.2.6 Teoría del Autocuidado.....	38
3.2.7 Teoría de los Sistemas Enfermeros.....	38
3.3 Historia Natural de la Enfermedad de la Depresión.....	44
IV. Metodología.....	53
V. Caso Clínico Ordenado de Acuerdo a los Requisitos Universales de Dorothea E. Orem.....	54
VI. Consideraciones Éticas.....	56
VII. Aplicación del Proceso de Enfermería.....	56
7.1 Valoración de los Requisitos de Autocuidado.....	56
7.1.1 Factores Condicionantes Básico.....	53
7.1.2 Requisitos de Autocuidado Universales.....	57
7.1.3 Requisitos de Autocuidado de Desarrollo.....	58
7.1.4 Requisitos de Autocuidado en Caso de Desviación de la Salud.....	59
VIII Conclusiones.....	82
IX Referencias Bibliográficas.....	83
I. Anexos.....	85

INTRODUCCIÓN

El proceso de enfermería (PE) es la metodología propia de la enfermera (o), el cual es un método sistemático y organizado para administrar los cuidados de enfermería individualizados, que se centran en la identificación y tratamiento de las respuestas humanas del individuo, familia y/o comunidad ante las alteraciones de la salud o circunstancias de la vida. El presente trabajo trata de la aplicación del PE. En un usuario con diagnóstico médico de depresión.

La depresión afecta al 3.3 de los mexicanos. El presidente de la asociación psiquiátrica mexicana (Enrique Chávez León) ha señalado la importancia que tiene dicho trastorno mental en la vida de los individuos y de la salud pública. Afecta principalmente a las mujeres que a los varones.

La mitad de las personas que han tenido un primer episodio depresivo vuelven a tener otros posteriormente. Las personas que hacen intentos suicidas en un alto porcentaje tienen un trastorno mental. Se calcula que esta enfermedad afecta a 350 millones de personas en todo el mundo y que en un futuro la sufrirán entre el 8 y el 15 % de las personas al menos una vez a lo largo de su vida.

Se prolonga por un extenso periodo de tiempo, afectando el orden de la vida cotidiana y relaciones sociales; tanto es así que es la segunda enfermedad mental más incapacitante en cuanto al grado de discapacidad y el gasto social que origina.

Por lo anteriormente mencionado es de gran relevancia proporcionar personal de enfermería para la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno. Sin embargo, en este caso se trata de un usuario deprimido e inválido. El objetivo principal del PE. Es mejorar el estado de salud, controlar las respuestas humanas y prevenir aún más complicaciones.

Para la aplicación de la metodología se utilizó la taxonomía II de la North American Nursing diagnosis Asociación (NANDA), clasificación de las intervenciones de enfermería NIC (nursing intervenciones clasificación) y de la clasificación de resultados de enfermería (nursing outcomes, clasificación).

El trabajo está integrado por diez capítulos; justificación, objetivos, marco teórico, metodología, caso clínico, consideraciones éticas, aplicación del proceso de enfermería, conclusiones, referencias bibliográficas y anexos.

I. Justificación

El proceso de enfermería siendo un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes, el cual está centrado en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería, porque está organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo que responden de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

Teniendo como objetivo construir una estructura que pueda cubrir dichas necesidades identificadas, individualizando las necesidades del individuo, familia y la comunidad. Para prevenir o corregir ciertas desviaciones reales o potenciales de la salud.

El cuidar es una actividad inherente al ser humano desde que este existe, es un factor relevante que con el paso del tiempo ha sido convertida en una actividad excesiva de un gremio, que al principio llamaron oficio pero que hoy en día es “profesión de enfermería” , que principalmente se dedica a cuidar, mantener y preservar la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades, con la aplicación del pensamiento crítico y con apoyo de la tecnología, que ayude acelerar el proceso de toma de decisiones clínicas, al diagnosticar, cuidar, resolver problemas y cubrir las necesidades de salud de las personas.

De esta manera las respuestas de los profesionales ante determinados problemas están configuradas y protocolizadas, ya sea como los medios o como herramientas a emplear. Los planes de cuidado estandarizados por patologías, protocolos, guías clínicas y algoritmos son ejemplo de ellos en donde se engloba y se usa como herramienta principal el proceso de enfermería. En este caso, esta metodología se aplicó en un usuario geriátrico, con diagnóstico médico de depresión.

Para prevenir aún más complicaciones, controlar las respuestas humanas y apoyar el autocuidado de acuerdo a sus capacidades.

II. Objetivos

2.1 General

Aplicar el proceso de enfermería basado en el referente teórico de Dorothea E. Orem, en un usuario geriátrico con diagnóstico médico de depresión, para contribuir en el tratamiento de las respuestas humanas, mejorar el estado de salud y prevenir complicaciones.

2.2 Específicos

- Valorar las respuestas humanas para identificar problemas de salud reales o potenciales, factores de riesgo y/o fortalezas.
- Emitir juicios clínicos sobre el estado de salud de la persona con base en la taxonomía II de la NANDA.
- Planear cuidados de enfermería para contribuir en la solución de problemas reales y/o potenciales y prevenir complicaciones con el apoyo de la clasificación de resultados e intervenciones de enfermería.
- Realizar las intervenciones de enfermería planteadas para el mejoramiento de la salud del usuario.
- Evaluar los resultados obtenidos de las intervenciones realizadas y del estado de salud del usuario.

III. Marco Teórico

3.1 Proceso de Enfermería

Es un método sistemático para brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente (Alfaro, 1999:4) citado por (Rodríguez 2002 p.29).

Con ello se logra la planeación y proporción de asistencia de enfermería individualizada. Tratando las respuestas únicas del individuo o grupos en las alteraciones de salud o de riesgo.

Su propósito es identificar el estado de salud del paciente (usuario) y sus problemas de salud reales y potenciales para establecer planes que aborden las necesidades identificadas y aplicar intervenciones de enfermería específicas que cubran tales necesidades (Bermen y Snyder, 2013, p. 178).

3.1.1 Definiciones

Definición de enfermería de acuerdo: Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2019, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud se define enfermería como la ciencia y arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes

Definición de enfermería

Dorothea Elizabeth Orem: La enfermería tiene como preocupación especial la necesidad del individuo para la acción de autocuidado, su provisión y administración del modo continuo, para sostener la vida y la salud, recuperarse de la enfermedad o daño y adaptarse a sus efectos (Marriner & Tomey, 1994, p.182).

Virginia Henderson: La función única de enfermería es asistir al individuo sano o enfermo en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a la salud o recuperación (muerte tranquila) para que pueda ejecutar sin ayuda y si tiene la fortaleza, deseo y conocimiento para hacerlo de tal forma que le ayude a ganar independencia en su cuidado propio lo más pronto posible (Marriner & Tomey, 1994 p. 104).

Martha E. Rogers: La enfermería es una profesión que requiere aprendizaje y que se puede interpretar como una ciencia y como un arte. Es una ciencia empírica que, como las otras ciencias, se basa en el fenómeno en el que ésta se centra. Este tipo de enfermería se centra en el interés por las personas y por el mundo en que viven, puesto que abarca a las personas y al entorno en que se desenvuelven (Tomey & Raile, p. 229).

Patricia Benner: La define como una relación de cuidado, una condición que facilita la conexión y el interés (Benner & Wrubrl, 1989, p. 4). El cuidado es básico ya que establece la posibilidad de ayudar y ser ayudado. La enfermería se considera como la práctica del cuidado, cuya ciencia sigue una moral y una ética del cuidado y la responsabilidad (Marrier & Raile, 2007, p. 150).

Imogene King: La enfermería la define como un proceso de acción, reacción e interacción en el que la enfermera y el usuario comparten información, sobre sus percepciones en la situación de enfermería (Marrier & Raile, 2007, p. 298).

Betty Neuman: Considera que es una profesión que se ocupa de todas las variables que afectan a la respuesta del individuo frente al estrés. Afirma que el campo receptivo del cuidador y del usuario debe valorarse (Marrier & Raile, 2007, p. 324).

Callista Roy: Es una profesión que se dedica a la atención sanitaria y que se centra en los procesos humanos vitales y en los modelos que se han de seguir y da importancia a la promoción de la salud de los individuos de las familias, de los grupos y la sociedad en general (Roy & Andrew, 1999, p.4).

Ley No. 9 del 11 de Octubre de 1987: Enfermería es la ciencia y el arte de cuidar la salud del individuo, familia y comunidad. Su campo de acción en la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad y la participación en su tratamiento, incluyendo la rehabilitación de la persona, independientemente de la etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentre. El objetivo de la

enfermedad es mantener al máximo el bienestar físico, moral, social y espiritual del ser humano.

La Asociación de Enfermeras Norteamericanas, American Nursing Association (A.N.A), definió enfermería como el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales.

Enfermería como ciencia y arte

- La enfermería es la ciencia y el arte de proporcionar cuidados de “predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas” del “individuo”, familia y comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales”; así como la colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario en la solución de las respuestas fisiopatológicas.
- La primera teórica en enfermería, Florence Nightingale, supo aplicar sus conocimientos de historia y filosofía al estudio de la realidad, en particular a esa parte de la realidad que se constituyó en el centro de su vida: el cuidado de la salud de las personas.
- El desarrollo del conocimiento en Enfermería ha sido importante a partir de los modelos y teoría. Es importante que las enfermeras conozcan la forma como se ha dado dicho proceso, con el fin de poder establecer estrategias que contribuyan a disminuir la brecha existente entre la teoría y la práctica. De esta forma ambas teoría y práctica aportarían conocimiento para que el desarrollo disciplinar continúe avanzando.
- La enfermería se constituye en una ciencia en su fase inicial de desarrollo por tener elementos integrales de una actividad investigadora como son: conocimientos propios que surgen de la confrontación de conocimientos de diversas disciplinas científicas con la realidad específica de enfermería, logrando así un conjunto de conocimientos sistemáticos respectivos al cuidado enfermero; empleo del método científico durante y para el ejercicio profesional y conformación de un lenguaje especializado como elemento organizado de los conocimientos.

- Por ser una profesión que requiere de múltiples y variadas habilidades para adaptarse a las necesidades de las personas en los diversos contextos de la práctica profesional, lo que la hace ser creativa e innovadora (Rodríguez, B. A. 2001).

3.1.2 Antecedentes

El proceso de enfermería indica la serie de etapas que lleva a cabo el profesional de enfermería al plantear y proporcionar los cuidados de enfermería. Teniendo como elementos esenciales el ser planeado, centrado en el usuario, orientado a problemas y dirigido a metas (Witer Du Gas, 1986, p. 763). En la cual ha ido evolucionando hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión, (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución, evaluación). Hall creó el término de proceso de enfermería en 1955 lo describió como un proceso distinto. Y Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) fueron los primeros en usarlo para referirse a una serie de fases que describen la práctica de la enfermería. (Kozier et al, 2013).

En 1967 Yuran y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los 70, Blach (1974) Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1966) añadieron la fase diagnóstica dando lugar al proceso de enfermería. (Iyer 1997 p. 9, citado por Rodríguez, 2002).

3.1.3 Características

- ❖ **Es un método;** ya que es una serie de pasos mentales a seguir por el profesional de enfermería (o), que le permite organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas de método científico.
- ❖ **Es sistemático;** porque está conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).
- ❖ **Es humanista;** por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.
- ❖ **Es intencionado;** porque se enfoca en el logro de objetivos permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), de desempeño del usuario y el de la propia enfermera (o).
- ❖ **Es dinámico;** por estar sometido a distintos cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.
- ❖ **Es flexible;** porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

- ❖ **Es interactivo**; ya que requiere de la interrelación humana-humano con el (los) usuario (s) para acordar y lograr objetivos comunes.

3.1.4 Beneficios/ventajas de la Aplicación del Proceso de Enfermería

Al aplicar el PE se puede proporcionar un método lógico y racional en el cual el personal de enfermería puede organizar la información de tal manera que la información sea adecuada, eficiente, eficaz y sobre todo permitiendo la intervención oportuna priorizando las necesidades más sobresalientes del usuario, y en donde el personal de enfermería, lleva acabo sus habilidades y destrezas efectivas, Cognitivas y motrices en la cual observa, valora, decide, realiza he interactúa con el usuario. Llevando así el cuidado proporcionado a un nivel integral que es la meta para lograr el mayor confort del usuario, familia o comunidad.

Por otra parte, el proceso compromete al individuo, familia y comunidad para tomar parte activa en decisiones y cuidados que permiten mantener o recuperar la salud.

Ventajas

Facilita el trabajo del personal de enfermería enfocado a las necesidades primordiales del usuario en la cual se pueden obtener respuestas individuales y satisfactorias para el cuidado proporcionado. Así mismo permite conocer objetivos importantes para la atención mejorando la calidad de intervención y actividades realizadas con fines de mejorar la salud del usuario familia o comunidad mediante intervenciones adecuadas cubriendo las necesidades focalizadas.

3.1.5 Etapas

3.1.5.1 Valoración

Es la primera fase del proceso de enfermería en la cual se le puede atribuir la más importante ya que, 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 cuenta.

(Rodríguez, 2002, p. 32).

En esta fase del proceso se debe reunir, interpretar, agrupar y reinterpretar toda la Información sobre la persona y su entorno. La información necesaria para llevar a cabo la valoración, en relación con cada uno de los requisitos de autocuidado, se obtiene a través de entrevistas con la persona y/o su familia o allegados, exploraciones, observaciones, historia clínica e información de otros profesionales

y/o colegas. El modelo de cuidados nos ofrece la guía para recoger, agrupar, organizar e interpretar los datos (Potter, P. 2002).

En este paso de valoración, se intenta averiguar tanto como sea posible, dentro de las limitaciones que imponga cada situación específica, sobre la propia, su familia y su entorno, a fin de poder identificar sus necesidades, problemas y preocupaciones (Gispert, & Gárriz, 2006).

Las valoraciones enfermeras a todos los niveles de análisis (personales, familiares y comunitarios) constan de datos subjetivos procedentes de la persona o personas y datos objetivos procedentes de las pruebas diagnósticas y otras fuentes de datos. La valoración de los individuos consta de una historia de salud (datos subjetivos) y un examen físico (datos objetivos)

(Weber & Nelly, 2007).

Una valoración precisa conduce a la identificación del estado integral del usuario arrojando información para los temas de diagnóstico de enfermería.

En la etapa de valoración requiere la máxima exactitud posible tanto en los datos obtenidos del usuario como en los resultados de los análisis y demás estudios que se efectúen para evaluar su estado de salud y sus necesidades. En la cual esta etapa, por un modelo enfermero puede derivarse de cualquier teoría de enfermería, de tal forma que se puede valorar al usuario (s) siguiendo las catorce necesidades de Henderson, los cuatro principios de conservación de Levine, los subsistemas de Jonson, los requisitos de autocuidado de Orem etc. O bien optar por valorar siguiendo la perspectiva de las necesidades humanas, de los patrones funcionales de la salud y de las respuestas humanas.

Tipos de valoración:

Valoración inicial: se realiza en el momento específico después del ingreso en una institución de salud.

Valoración centrada en el problema: proceso continuo integrado en la asistencia de enfermería.

Valoración urgente: durante una crisis fisiológica o psicológica del usuario.

Valoración al cabo de un tiempo: varios meses después de la valoración inicial.

Pasos de la valoración:

✓ *Recolección de datos:*

Da inicio desde el “primer encuentro con el usuario, y continua en cada encuentro subsiguiente hasta que la persona se da de alta”. (Alfaro, 1999, p. 30) citado por (Rodríguez) 2002, p. 40.

Tipos de datos:

Durante la valoración el personal de enfermería recoge cuatro tipos de datos: **subjetivos, objetivos, históricos y actuales** (Iyer 1997, p. 36. Citado por Rodríguez 2002, p. 40).

Objetivos: la información que se puede observar y medir a través de los órganos y sentidos (ejemplo: la frecuencia cardíaca, el calor de la piel, el peso, la tensión arterial, la presencia de edema etc.).

Subjetivos: son aquellos que el usuario nos refiere y que manifiesta una percepción de carácter individual (ejemplo: dolor, el temor, la debilidad, la incompetencia, etc.).

Históricos: se refiere a hechos del pasado y que se relacionan con la salud del usuario (ejemplo: antecedentes familiares y personales de enfermedad, conductas que se han tenido para el cuidado de la salud, hospitalizaciones, tratamientos médicos recibidos etc.).

Actuales: son hechos que suceden en el momento y que son el motivo de consulta u hospitalización. (Ejemplo: la hipertermia, la deshidratación, el insomnio, el alcoholismo, la ansiedad, etc.).

Fuentes de recolección de datos

Se dividen en dos son de vital importancia para poder llevar a cabo una buena valoración. Es indispensable contar con una guía durante la recolección de información, para seguir una metodología específica durante la valoración, evitar omisiones y facilitar a la vez la agrupación de datos. (Rodríguez 2002, p. 40).

Fuentes primarias:

El usuario y su familia son los que contribuyen la principal fuente de información.

Pero también se puede recurrir al expediente clínico y bibliografía relevante.

Fuentes secundarias:

Son los amigos y otros profesionales del área de la salud ya que aportan datos valiosos sobre el usuario y su familia.

Métodos de recolección de datos

Entrevista:

Es una labor compleja que requiere ante todo la habilidad en la comunicación y de la interrelación estrecha con el usuario. Tiene la finalidad la obtención de la información para el diagnóstico y la planeación de las actividades, la iniciación de un ambiente terapéutico caracterizado por el dialogo, respeto, confianza, el establecimiento entre la enfermera (o) y el usuario.

Debe tener una introducción, para saludar al usuario, proceder y explicar la razón de la entrevista; un núcleo, caracterizado por el dialogo y por seguir la estructura de la guía de valoración (Es recomendable un orden para evitar omisiones). Por ultimo debe presentar un cierre para informar al usuario su tiempo, agradecer la colaboración y establecer objetivos comunes. (Rodríguez 2002, p. 41).

Exploración física:

Permite obtener una serie de datos para valorar el estado de salud de un individuo o determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería y médicas. Este debe ser completo, sistémico y preciso. Con un modelo de sistemas corporales o sefalocaudal. Para efectuar el examen físico, auscultación se requieren cuatro técnicas principales: inspección, palpación, percusión y además de la medición de las constates vitales y de la somatometria.

Inspección:

Consiste en la valoración utilizando los sentidos de la vista, olfato y oído es un proceso activo en donde el profesional de enfermería debe saber que va a inspeccionar y el orden a seguir; con la inspección se puede valorar: la forma del cuerpo, expresiones faciales, características de la piel, movimientos realizados, olor y ruidos que emite el usuario etc.

Auscultación:

Es el proceso de escuchar los sonidos producidos por el cuerpo (kozier, 1993 p. 395) y sirve para valorar el funcionamiento de diversos órganos. Al igual que la percusión esta puede ser directa como únicamente se emplea en el sentido de la audición e indirecta empleada en el estetoscopio.

Percusión:

Es un método de valoración en que la superficie del cuerpo es golpeada para producir sonidos o vibraciones y se emplea para estimular el tamaño y la forma de órganos, la presencia de líquido, aire o algún sólido. La percusión puede ser directa al golpear el área ha percutir con la yema de los dedos o indirecta cuando coloca entre la piel el dedo medio de la mano dominante y procede a golpear con el dedo de la otra mano.

Palpación:

Es un examen del cuerpo utilizando el sentido del tacto es decir las yemas de los dedos, ya que por su inervación las torna sensibles para determinar: textura, temperatura, posición y tamaño de órganos, pulsos periférico etc. La palpación puede ser superficial (extensión de los dedos de la mano dominante en forma paralela a la superficie de la piel con presión suave en sentido circular) y profunda (intervienen las dos manos de la mano dominante para presionar y la otra para sujetar un órgano desde abajo). Para tener éxito en la palpación es necesario que el usuario se encuentre relajado, que las manos del explorador estén tibias, e inicia con la palpación superficial y en las zonas que no sean dolorosas.

Son aspectos impredecibles el examen físico la medición de las constantes vitales (temperatura corporal, pulso – frecuencia cardíaca, respiratoria y tensión arterial), estas deben ser valoradas en conjunto ya que refleja el funcionamiento general del organismo, permitiéndonos detectar problemas de salud reales y de riesgo.

Observación:

Es obtener datos usando los sentidos, es una habilidad consiente y deliberada que se desarrolla a través de un esfuerzo y con un método organizado. Aunque los profesionales de enfermería se basan sobre todo en la observación.

Validación de la información:

Es el último paso de la etapa de valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico.

Obtención de datos, labor de recopilación y posterior análisis se basa unas veces en la observación directa, ya sea en forma de signos clínicos o bien en referencias verbales claras recogidas en el curso de la entrevista o de la exploración, mientras que otras deriva de un proceso de deducción, a partir de la interpretación de expresiones y referencias indirectas. En esta etapa además de averiguar todo lo relacionado específicamente con el motivo de consulta, debe procurarse la obtención de datos que, a modo de sugerencia, recojan información sobre los siguientes ámbitos.

- ✓ Información de carácter general: Nombre, edad sexo, estado civil, lugar de residencia.
- ✓ Características personales: Idioma, raza religión, nivel socioeconómico, nivel de educación, ocupación.

- ✓ Hábitos, estilo de vida, tipo de alimentación, hábitos de descanso, relajación y sueño, higiene personal, ocio y actividades recreativas.
- ✓ Sistemas de apoyo: Familiar, comunitario y social.
- ✓ Antecedentes personales y familiares relacionadas con salud, antecedentes hereditarios, enfermedades pasadas y actuales, embarazos, intervenciones quirúrgicas, accidentes.
- ✓ Estado físico: Constantes vitales (pulso, temperatura, presión arterial, frecuencia respiratoria), peso y talla, funciones fisiológicas (estado de conciencia, patrones de respiración, alimentación, excreción, sueño, movimiento), datos procedentes de los diversos métodos de exploración física general (inspección, auscultación, palpación percusión) que reflejen la situación actual de la persona.
- ✓ Datos biológicos: Grupo sanguíneo y Rh, déficit sensorial o motriz, alergias, uso de prótesis, resultados de pruebas disponibles.
- ✓ Datos psicosociales: Nivel de estrés, ansiedad, sufrimiento o confort, estado emocional y mental, situación de crisis, grado de autonomía, nivel de comunicación, adaptación personal y cultural.
- ✓ Datos en relación con las acciones de la persona en una situación de salud o de perturbación de la salud (Gispert, & Gárriz, 2006).

Registro de la información:

Consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista, el examen físico y la observación. Los objetivos son: favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria. Facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación para enfermería, (Iyer, 1997 p. 81 citado por Rodríguez, 2002 p. 47).

3.1.5.2 Diagnósticos de Enfermería

Es la segunda etapa del PE y es un juicio clínico sobre las respuestas de una persona, una familia o una comunidad, frente a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales. (Gispert & Gárriz, 2006).

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una función intelectual compleja, al requerir de diversas funciones mentales para establecer un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia y comunidad (Rodríguez, 2001).

Para realizar el diagnostico se requieren de cuatro pasos fundamentales

1. Razonamiento diagnóstico
2. Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes
3. Validación
4. Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes

Razonamiento diagnóstico: Es la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas. La enfermera durante el razonamiento diagnóstico, realiza diversas funciones intelectuales, integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico.

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 enfermeros y problemas interdependientes.

Un problema interdependiente o de colaboración es un juicio clínico sobre la respuesta fisiopatológica del organismo a problemas de salud reales o de riesgo en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en colaboración con el equipo sanitario.

La validación de diagnósticos: Consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes (Rodríguez, 2001).

La construcción del diagnóstico considera tres partes:

- La respuesta humana o problema, entendida como la forma particular que tiene una persona para responder a un estímulo, la expresión más amplia de la salud de la persona
- Factores relacionados, causa o etiología, este punto se incluye la causa deducida y que puede ser resuelta por intervenciones de enfermería, son datos clínicos y no patologías o guías o diagnósticos médicos
- Manifestaciones o síntomas, donde se registran los datos clínicos que apoyan o evidencian la respuesta humana o problema.
(Ostiguin & Velázquez, 2001).

Clasificación de diagnósticos

- **Diagnósticos de riesgo**
- **Diagnósticos de promoción de la salud**
- **Diagnósticos de bienestar**

El diagnóstico de riesgo: Describe las respuestas humanas a estado de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerable. Se sustenta en los valores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad. Se apoya en la existencia de características definitorias, (datos objetivos y subjetivos), además de tener factores relacionados.

El diagnóstico de promoción de la salud: Es un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de una persona, familia o comunidad para aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud, expresado por su disposición para mejorar conductas específicas de salud tales como la nutrición o el ejercicio. Puede usarse en cualquier situación de salud y no requieren un nivel determinado de bienestar.

El diagnóstico de bienestar: Describe respuestas humanas a niveles de bienestar en una persona, familia o comunidad que están en disposición de mejorar, se apoya en las características definitorias.

Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes

Los problemas interdependientes se clasifican en reales y de riesgo, cuando el problema se hace evidente a través de signos y síntomas, se trata de un problema interdependiente real, y si existen factores de riesgo, pero aún hay manifestaciones clínicas, entonces se trata de un problema interdependiente de riesgo. Los problemas interdependientes se refieren a respuestas fisiopatológicas y que deben redactarse con terminología médica.

Diferencia entre un diagnóstico enfermero y un problema interdependiente, ambos son juicios clínicos, el diagnóstico enfermero se centra en las respuestas humanas, que en el campo de acción específico de la enfermería, en donde la enfermera tiene la autoridad para la predicción, prevención y tratamiento en forma independiente; en cambio el problema interdependiente se centra en las respuestas fisiopatológicas, en donde el médico es el principal responsable, la enfermera y el resto de los integrantes del equipo sanitario colaboran en la predicción, prevención y tratamiento.

Por su parte la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) ha clasificado las respuestas humanas en 13 Dominios, 47 Clases y 167 Diagnósticos (Heather, 2009-2011).

Dominios de la Taxonomía II (NANDA).

Dominio 1: Promoción de la salud

Dominio 2: Nutrición

Dominio 3: Eliminación/intercambio

Dominio 4: Actividad/reposo

Dominio 5: Percepción/cognición

Dominio 6: Autopercepción

Dominio 7: Rol/relaciones

Dominio 8: Sexualidad

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

Dominio 10: Principios Vitales

Dominio 11: Seguridad/protección

Dominio 12: Confort

Dominio 13: Crecimiento/desarrollo

Clasificación de los diagnósticos de enfermería

Reales:

Describe la respuesta actual de una persona, una familia o una comunidad y se apoya en la existencia de las características definitorias, (datos objetivos y subjetivos) (Luis 1996 p. 7). Además de tener factores relacionados.

Juicio clínico con respecto a la vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad de desarrollar una respuesta humanista indispensable a una condición de salud/proceso vital. No existen características definitorias (datos objetivos y subjetivos), solo se apoyan en los factores de riesgo (etiología). (Hesther y kamitsuru, 2015-2017, p. 22).

Salud:

Juicio clínico con respecto a la motivación y el deseo de mejorar el bienestar y actualizar el potencial de la salud humana, estas respuestas se expresan mediante una disposición a mejorar las conductas de salud específicas y se pueden utilizar en cualquier estado de la salud. Pueden existir respuestas para la promoción de la

salud de un individuo, familia, grupo o comunidad. (Heather y kamitsuru, 2015-2017, p.22).

Síndrome:

Es un juicio clínico respecto a un conjunto de diagnósticos de enfermería que suceden juntos y es mejor abordarlos también juntos y con intervenciones similares. (Heather y kamitsuru, 2015-2017, p.23)

Componentes de los Dx de enfermería

Etiqueta diagnostica

Proporcionar un nombre al diagnóstico que incluye, como mínimo, el enfoque del diagnóstico y el juicio. Es un término o frase concisa que representa un patrón de indicios relacionados, puede incluir modificadores. Proporciona una descripción clara y precisa, delinea su significado y ayuda a diferenciar de diagnósticos similares. Indicios o inferencias objetables que se agrupan como manifestaciones de un diagnostico enfocado en el problema, de promoción de la salud o síndrome. (Heather y kamitsuru, 2015-2017, p.469).

Factores relacionados

Pueden ser considerados factores etiológicos, o aquellos datos que se parecen mostrar en un patrón relacionado con el diagnóstico de enfermería. Tales factores pueden ser descritos como antecedentes de, asociado, relacionado que contribuye a solo los diagnósticos enfocados en el problema y de síndrome deben tener factores relacionados; los diagnósticos de promoción de la salud pueden tener factores relacionados si aportan claridad. (Heather y kamitsuru, 2015-2017, p.118).

Factores de riesgo:

Son factores ambientales, fisiológicos, genéticos o elementos químicos que aumentan la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad ante un evento no saludable. Solo los diagnósticos de riesgo tienen factores de riesgo.

(Heather y kamitsuru, 2015-2017, p.119).

Características definitorias:

Son señales o inferencias agrupadas que se pueden observar como manifestaciones de un diagnóstico enfocado en el problema, de promoción de la salud o de un síndrome. (Heather y kamitsuru, 2015-2017, p.117).

Pasos para realizar el diagnóstico de enfermería

a) Razonamiento diagnóstico

Es la “Aplicación del razonamiento crítico a la solución de los problemas” (Alfaro, 1999 p.8 citado por rosales y reyes, 2004 p. 245).

b) 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 enfermeros y problemas interdependientes, También es preciso conocer las categorías diagnósticas de la NANDA y la estructura que deben tener los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes de acuerdo a sus características.

c) Diagnóstico enfermero: es un “juicio clínico sobre las respuestas” (Alfaro, 1999 p. 81) humanas “de una persona, familia o comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales”, (Luis, 1998 p.6) y de riesgo, en donde la enfermera (o) es responsable de su predicción, prevención, y tratamiento de forma independiente.

Los diagnósticos de la NANDA son el inicio de una lista de términos propuestos para problemas de salud sugeridos, que pueden ser identificados y tratados por los profesionales de enfermería. Se clasifican de acuerdo a la taxonomía I de modelos de respuestas humanas, en la que se incluyen 9 patrones de respuestas humanas de la persona unitaria, que contribuye en el marco de organización de los diagnósticos. Los nueve patrones reflejan de qué manera las personas se relacionan con el entorno que lo rodea, y son los siguientes;

- ❖ Intercambio: patrón de respuestas humanas que aplica dar y recibir (intercambio hidroelectrolítico).
- ❖ Comunicación: patrón de respuestas humanas que aplica el envío de mensajes (comunicación).
- ❖ Relación: patrón de respuestas humanas que aplica el establecimiento de lazos (vínculo familiar).
- ❖ Valores: patrón de respuestas humanas que aplica la asignación de un valor relativo (espiritualidad).
- ❖ Elección: patrón de respuestas humanas que aplica la elección de alternativas (decisión para escoger).
- ❖ Movimiento: patrón de respuestas humanas que aplica actividad (actividad).
- ❖ Percepción: patrón de respuestas humanas que aplica la recolección de información.
- ❖ Conocimiento: patrón de respuestas humanas que aplica el significado asociado con la información.
- ❖ Sentimiento: patrón de respuestas humanas que aplica el conocimiento subjetivo de información.

Cada uno de los diagnósticos lleva implícito una de estas nueve categorías, en tanto en las subcategorías se utilizan cuando los diagnósticos más especificidad. (Rosales y Reyes, 2004, p.244).

3.1.5.3 Planificación

Es el acto de determinar que puede hacerse para apoyar al usuario en el establecimiento, conservación, o el fomento de la salud, desarrollando proyectos en donde se establecen objetivos y acciones encaminadas a pedir, prevenir, y tratar problemas relacionados con la salud. (Rosales y Reyes 2004, p. 248).

Pasos de la Planificación

a) Fijar Prioridades

La importancia de establecer prioridades posteriores a la valoración y etapas de diagnóstico se incluye con un número determinado de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, lo que hace indispensable la identificación de los problemas de salud en los cuales se debe centrar la atención, y realizar acciones inmediatas, ya que representa una amenaza para la vida del usuario. Siguiendo la jerarquía de las necesidades humanas de Maslow y Calish, resulta fácil cuando la enfermera (o) sigue el orden señalado por Alfaro:

Prioridad 1 problema que amenaza la vida e interfiere con las necesidades fisiológicas.

Prioridad 2 problemas que interfieren con la seguridad y la protección.

Prioridad 3 problemas que interfieren con el amor y la pertenencia.

Prioridad 4 problemas que interfieren con la autoestima.

Prioridad 5 problemas que interfieren con la capacidad para lograr objetivos personales.

Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenece, lo que permitirá brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas.

Es importante señalar que en la mayoría de las acciones los problemas interdependientes son prioritarios sobre todo si el usuario se encuentra hospitalizado y grave: sin embargo, los diagnósticos de enfermería se pueden tratar de forma simultánea a los problemas interdependientes. (Rodríguez 2002, p.74)

b) Establecer resultados esperados:

Para ello actualmente existe la **clasificación de resultados de enfermería** (Nursing outcomes classifications; **NOC**). En esta clasificación (NOC), incorpora una terminología y unos criterios estandarizados para describir y obtener resultados como secuencia de la realización de las intervenciones de enfermería. Estos resultados representan los objetivos que se plantearon antes de efectuar estas intervenciones. También hace uso de un lenguaje estandarizado de cara a universalizar el conocimiento enfermero. En la cual facilita la comprensión de los resultados y la inclusión de indicadores específicos para evaluar y puntuar los resultados obtenidos con el usuario.

c) Establecer intervenciones:

Para ello se puede hacer uso de la **clasificación de intervención de enfermería** (Nursing outcomes classifications; **NOC**). Por medio de esta clasificación recoge las intervenciones de enfermería en consonancia con el diagnóstico enfermero. Adecuados al resultado que esperamos obtener en el usuario, y que incluyen las acciones que se deben realizar para alcanzar dicho fin. La **NIC**, utiliza un lenguaje normalizado y global para describir los tratamientos que realizan los profesionales de enfermería desde la base de que el uso de lenguaje normalizado no inhibe la práctica; si no que más bien sirve para comunicar la esencia de los cuidados de enfermería a otros y ayuda a mejorar la práctica a través de la investigación.

Tipos de planificación:

Comienza con el primer contacto con el usuario y continúa hasta que termina su relación con el profesional de enfermería. Habitualmente cuando el usuario es dado de alta de la institución de salud, toda la planificación es multidisciplinario (implica a los proveedores de asistencia de salud que interactúa con el usuario), e incluye al usuario y a la familia en la mayor extensión posible en todos los pasos.

Inicial:

El personal de enfermería que realiza la valoración de ingreso suele llevar a cabo el plan de asistencia inicial completo. Teniendo como ventaja el poder de observar el lenguaje corporal del usuario y además puede observar alguna información intuitiva de la que no puede disponer en una base de datos escrita.

En curso:

Lo hacen todos los profesionales de enfermería que interactúan con el usuario a medida que se obtiene información nueva, evalúan respuestas del usuario a la asistencia. Pueden individualizar el plan de inicial de asistencia. La aplicación en curso también tiene lugar al comienzo de un turno ya que el profesional de enfermería planifica para ese día, usando la valoración continua.

De alta:

Proceso de anticipación y planificación de las necesidades que surgirán después de alta, es una parte crucial.

3.1.5.4 Ejecución

Consiste en llevar a la práctica el plan mediante acciones que conduzcan el logro de los objetivos establecidos. Cita en coordinación con el personal de salud que participa en su atención.

En esta fase del proceso de enfermería incluye cinco elementos

- Validación del plan.
- Fundamentos científicos de cada una de las acciones.
- Continuidad.
- Registro de datos.
- Validación.
- Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

3.1.5.5 EVALUACION

Corresponde a la quinta y última etapa del proceso de enfermería sin embargo existe a lo largo de las etapas anteriores, ya que evaluar es juzgar o valorar. La evaluación es una actividad planificada continua y con el fin de los usuarios y las profesionales de la salud determinen:

- A) El progreso del usuario hacia la consecución de objetivos-resultados.
- B) La eficacia del plan asistencial de enfermería. (Berman y snyder 2013,p.239)

La evaluación de los procesos de enfermería es útil para: “Determinar el logro de los objetivos: identificar las variables que afectan, decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado” (Alfaro 1999 p.182) 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 objetivos. Ya que permite la orientación de las intervenciones o inferencias elaboradas por el profesional de enfermería. (Ostinguin y Velázquez 2001.p.47). “Ya que en esta etapa se hace uso de los objetivos planteados durante la fase de planeación donde el personal de enfermería evalúa si los objetivos fueron alcanzados, identificados del usuario e indicadores y relacionados de las intervenciones de enfermería” (Berman y Snyder 2013 p.994).

La evaluación es compleja; sin embargo, al emplear la metodología del proceso enfermero se facilita por ser sistemático y continuo ya que “brinda una base cognoscitiva para la práctica autónoma”.

Tipos de Evaluación:

Evaluación continúa:

Hecha o mediante después de la aplicación de un orden de enfermería a hacer modificaciones de una intervención sobre la marcha. La evaluación como su nombre lo indica continua hasta que el paciente consigue los objetivos de salud o es dado de alta de la asistencia de enfermería.

La evaluación en el momento del alta:

Incluye el estado de consecución de los objetivos y las capacidades de autocuidado del usuario con respecto al seguimiento.

3.2 Teoría General del Déficit de Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem (TGDA)

3.2.1 Biografía Dorothea E. Orem

De nacionalidad estadounidense, publica en 1969 sus primeras reflexiones formales sobre la enfermería, en 1971 edita el libro sobre la teoría general del déficit de autocuidado, con la cual en 1996 obtuvo el título honorífico de doctora en ciencias. Gran parte de sus reflexiones surgieron de la institución que tuvo acerca de por qué las personas necesitan ayuda de enfermería y como son auxiliados por los profesionales de la disciplina; a partir de ello retoma la experiencia de otras pensadoras de esta disciplina como Henderson, King, Rogers, Nightingale (por supuesto) y de otras disciplinas médicas y humanistas como Bertalanffy, Selye, entre otros. La propuesta teórica de Orem ha tenido buena aceptación por la comunidad de enfermeras y se ha reflejado específicamente en los siguientes espacios. (Marriner y Raile, 2011, p.267)

Ejercicio profesional

- En casos con pacientes ambulatorios (diabéticos, hipertensos, cardiopatas, con tratamiento, diálisis peritoneal etc.)
- Atención en el hogar
- Personas con adicciones
- Periodo posquirúrgico
- Personas con padecimientos psiquiátricos

Formativo

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

Investigación

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

3.2.2 Supuestos Paradigmas

Orem desarrollo 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. Por su parte entorno implica las condiciones ambientales (psicológicas y físicas) que motivan a la persona a reorientar su conducta hacia las prácticas de salud. En este sentido, la enfermería se establece como un servicio humano de cuidado, cuya acción se traduce en beneficio para la persona.

3.2.3 Fuentes Teóricas

Buena conocedora de la literatura y del pensamiento enfermero contemporáneos, Orem no recibió la influencia 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 con otros colaboradores han resultado muy valiosos. Aunque no reconoce haber recibido ninguna influencia importante, sí que cita muchos de los trabajos de otras enfermeras, según sus contribuciones a la enfermería., entre ellas Abdellah, Henderson, Johnson, King, Levine, Nightingale, Orlando, Peplau, Riehl, Rogers, Roy, Travelbee, y Wiedenbach. También cita números 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 Ludwig von Bertalanffy. Se requiere una cierta familiarización con estas fuentes para poder comprender debidamente la obra de Orem.

Orem identificó su visión fisiológica como una visión de 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 poseen libre voluntad, así como otras cualidades humanas esenciales” (Marriner y Raile, 2011, p. 268)

3.2.4 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 la 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 científicos y filosóficos. Desde la primera vez que la TEDA (Teoría Enfermera del déficit de Autocuidado) fue publicada, se ha realizado una ampliación de la evidencia empírica que ha contribuido al desarrollo del conocimiento teórico. Gran parte de esta se incorpora al desarrollo continuo de la teoría, aunque los puntos básicos de la teoría permanecen intactos. (Marriner y Raile, 2011, p.272-)

La TEDA, está integrada por tres subteorías:

3.2.5 Teoría del Déficit de Autocuidado

Es el elemento crítico de la teoría, tiene origen en la finalidad propia de saber cómo los seres humanos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relacionada con ella, pueden ocuparse de su autocuidado o del cuidado dependiente, todas las limitaciones de las personas para desempeñar conductas prácticas dentro de su dominio y límites están asociados con las limitaciones de acción relacionados con la salud. Estas los hacen completas o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes de cuidado para manejar de alguna manera los factores reguladores de su propio funcionamiento y desarrollo, así como de las personas que dependen de ellos.

El término déficit de autocuidado se refiere a la relación entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos en quienes la capacidad de autocuidado, debido a sus limitaciones, no están a la altura suficiente para satisfacer todos o algunos de los componentes de sus demandas de autocuidado terapéutico. (Ostiguin y Velázquez, 2001, p.28)

3.2.6 Teoría del Autocuidado

Son acciones propias de las personas maduras o en proceso de maduración, mismas que han desarrollado a partir de las capacidades para cuidar de sí mismo en sus condiciones ambientales (Orem, 1993, p.131). Tiene como propósito que dicha acción se realice de manera efectiva y eficaz para la propia persona en favor de sí mismo, permitiendo con ello el desarrollo y funcionamiento humano.

3.2.7 Teoría de los Sistemas Enfermeros

En la teoría de sistemas se marcan las pautas que implementan las formas de intervención, en tanto que “refiere una serie continua de acciones cuando las enfermeras vinculan su ayuda a las capacidades de la persona para regular sus

acciones de autocuidado” esta teoría se subdivide en tres sistemas de apoyo educativo, parcialmente compensatorio, y totalmente compensatorio.

1. Apoyo educativo: realiza el cuidado terapéutico del usuario,
 - compensa la incapacidad del usuario para realizar su autocuidado.
 - apoya y protege al usuario.
 - -dejar de hacer al otro.
2. Parcialmente compensatorio: realiza algunas de las medidas de autocuidado por el usuario.
 - Compensa las limitaciones del usuario para realizar su autocuidado.
 - Ayuda al usuario en lo que necesite, hacer con el otro.
3. Totalmente compensatorio: realiza el autocuidado
 - Regula el ejercicio y desarrollo de las acciones de autocuidado.
 - Hacer por el otro.
 -

Conceptos y definiciones principales

Autocuidado:

Consiste en la práctica de las actividades de las personas maduras, inician y llevan a cabo en determinados periodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo, sano y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo. (Orem 2001, citado por Marriner y Raile, 2011, p. 269)

Cuidados dependientes:

Se refiere al cuidado que ofrece a una persona que, debido a la edad o factores relacionados, no puede realizar el autocuidado necesario para mantener la vida, un funcionamiento saludable, un desarrollo personal continuo y el bienestar.

Requisitos de autocuidado:

Es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone son necesarias para la regulación de los aspectos del

funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo una circunstancia y condiciones específicas.

Un requisito de autocuidado formulado comprende de dos elementos.

1. El factor que se debe de controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humanos en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personal.
2. La naturaleza de autocuidado de la acción requerida.

Los requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetivos formalizados del autocuidado. Son las razones por las que se emplea el autocuidado; expresando los resultados deseados, el objetivo del autocuidado. (Orem, 2001, pag.522, citado por Marriner y Raile, 2011)

Requisitos de autocuidado universal:

Los requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tiene sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital. Para ello se proponen ocho etapas requisitos comunes para los hombres, las mujeres y niños.

- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
- El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos
- El mantenimiento de un aporte suficiente de agua
- La provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación
- El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
- El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la sociedad
- La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano
- La promoción y el funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal. La normatividad se define como aquello que es esencialmente humano y es acorde con las características

genéticas y constitucionales y con el talento de las personas. (Orem, 2001, citado por Marriner y Raile, 2011, p. 269)

Requisito de autocuidado de desarrollo

Comprenden de tres requisitos a desarrollar.

1. Provisión de condiciones que fomenten el desarrollo
2. Implicación en el desarrollo
3. Prevenir o vencer los efectos de las condiciones vitales que puedan afectar la manera negativa al desarrollo humano (Orem, 1980 citado por Marriner y Raile, 2011, p 270)

Requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud.

Estos requisitos de autocuidado existen para las personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estado o trastornos patológicos, incluido los defectos, las discapacidades y para los individuos que están siendo a un diagnóstico y tratamiento médico.

Necesidades de autocuidado terapéutico

Están constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona, según las condiciones existentes y las circunstancias, se utilizarán métodos adecuados para.

- Controlar o dirigir factores identificados en las necesidades. Cuyos valores son regulares del funcionamiento humano (suficiente aire, agua y comida).
- Cubrir el elemento de actividad de la necesidad (mantenimiento, promoción, prevención y previsión)

Actividad de autocuidado

Se define como la compleja habilidad adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con

acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano (Orem, 2001. citado por Marriner y Raile, 2011, p. 270)

Actividad de autocuidado dependiente:

Se refiere a la capacidad adquirida de una persona para conocer y satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico de la persona dependiente y/o regular el desarrollo y el ejercicio de la actividad de autocuidado dependiente.

Déficit de autocuidado:

Relación entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos en quienes la capacidad de autocuidado, debido a sus limitaciones, no está a la altura suficiente para satisfacer uno o algunos de los componentes de sus demandas de autocuidado terapéutico.

Actividad enfermera:

Es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para ser representadas como tal y dentro del marco de una relación interpersonal legítima, para actuar, saber y ayudar a las personas implicadas en esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado. (Orem, 2001, p.518 citado por Marriner y Raile, 2011, p. 271)

Diseño Enfermero

Actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción enfermera, a partir de los juicios prácticos de reflexión sobre las condiciones existentes, para sintetizar los elementos de una situación concreta de relaciones ordenadas a unidades operativas de estructura. El objetivo del diseño enfermero es ofrecer guías para alcanzar los resultados necesarios y previstos en la producción de la enfermería hacia el logro de las metas enfermeras.

Sistemas enfermeros

Son las series y secuencias de las acciones practicadas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes, y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes.

Métodos de ayuda

Un método de ayuda desde la perspectiva enfermera, es una serie secuencial de acciones que si se lleva a cabo, resolverá o compensará las limitaciones asociadas a la salud de las personas que se comprometen a realizar acciones para regular su propio funcionamiento y desarrollo.

Factores condicionantes básicos

Hace referencia a los factores que condicionan o alternan el valor de la demanda de autocuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas sean identificados,

- . Edad
- . Sexo
- . Estado de desarrollo.
- . Estado de salud
- . Modelo de vida.
- . Factores de sistema sanitario
- Factores del sistema familiar
- Factores socioculturales
- Disponibilidad de recursos
- Factores externos del entorno

3.3 Historia Natural de la Depresión.

La depresión (OMS) La Organización Mundial de la Salud. “Es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.”

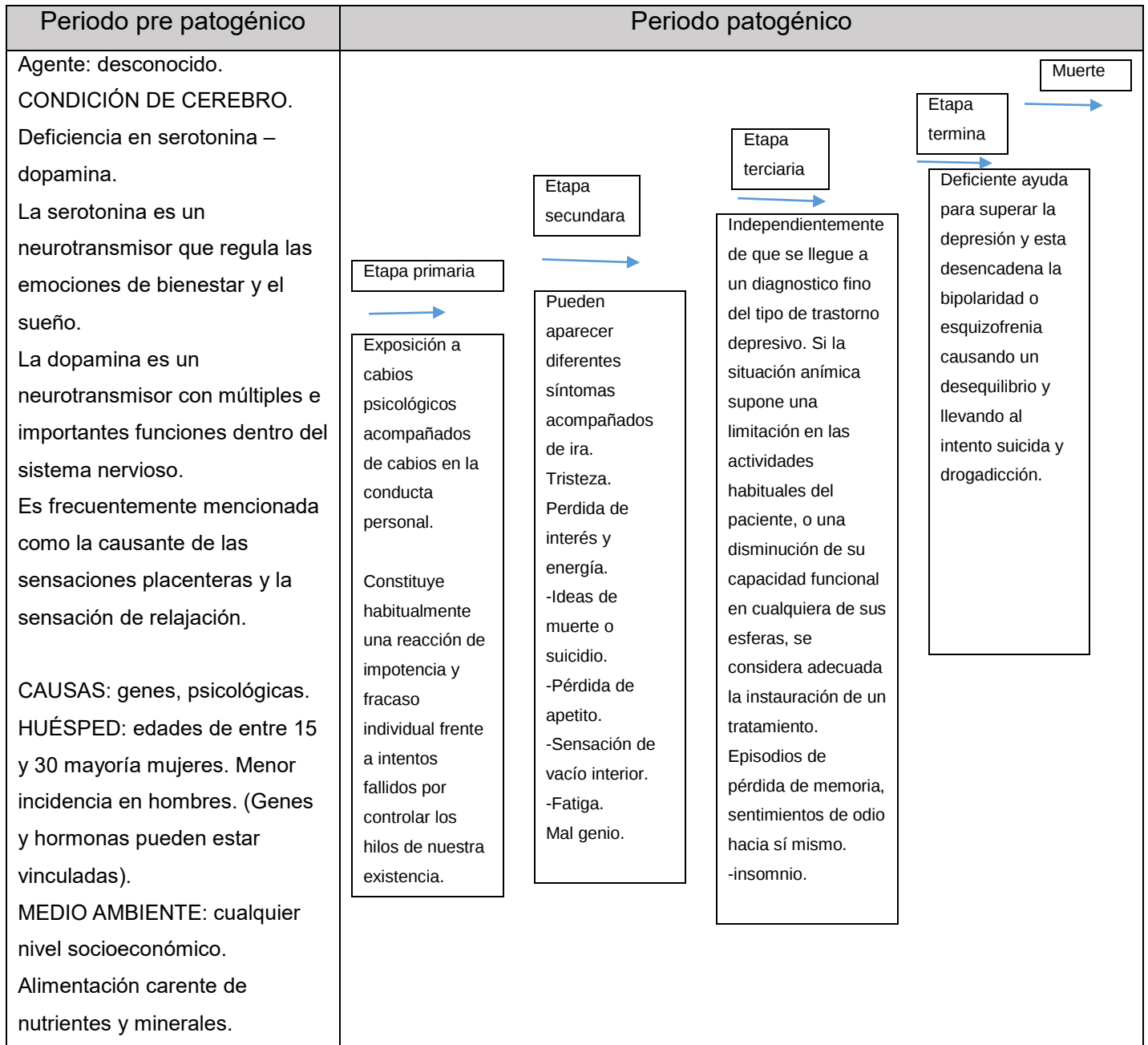
La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado ***por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.***

Depresión: Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas. Es un tono efecto basado en un sentimiento de tristeza y es tal vez la afección de que más se quejan los pacientes psiquiátricos. La depresión puede variar desde un abatimiento ligero o sentimiento de diferencia hasta una desesperación en grado extremo.

La depresión se presenta hasta en un 15% de los individuos mayores de 65 años y puede ser grave. En estas personas, el suicidio es un riesgo real y es importante identificar y tratar la depresión vigorosamente. (Martín, 2006).

HISTORIA NATURAL DE LA DEPRESIÓN



Inicio de la enfermedad (cambios

conductuales pos traumáticos o conductuales)

Prevención primaria		Prevención secundaria		
PROMOCIÓN Y FOMENTO	PROTECCIÓN ESPECIFICA	DX. PRECOZ Y TX. OPORTUNO	LIMITACIONES DEL DAÑO	REHABILITACIÓN
Educar a la población a identificar signos y síntomas de la depresión (poco apego con las personas con las que frecuentaba en su entorno, falta de apego a las actividades que le parecían agradables; leer, salir a caminar, ir a misa, platicar con vecinos). Tomar de la vida lo que alimenta tu espíritu y te hace sentir bien practicar deporte y desarrollar la lectura.	Identificar tendencias depresivas en niños y adolescentes, así como evitar cambios de conductas o eventos traumáticos. -promoción para realizarse como persona plena. -compartir alegrías y tristezas. -no alejarse de seres queridos. Apoyo social y emocional a toda la población. -aprendizaje de autocontrol. -prevención familiar. Autoestima familiar y personal.	No hay un examen de laboratorio que pueda diagnosticarla Tx. Oportuno -EGO para descartar otras afecciones médicas. Medicamentos Antidepresivos como: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Fluoxetina, citalopram, paroxetina. Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina: Venlafaxina, duloxetina. Tomados por un tiempo determinado de entre 3 y 6 meses, y después retirados gradualmente). Psicoterapia impartida por psiquiatras, psicólogos y psicoterapeutas.	Dx. Precoz. Evaluación psicológica e integral con psiquiatría. Tratamiento antidepresivo y terapias. -tener un buen diagnóstico del tipo de depresión que se padece. -conocer cuál es el factor humor-depresivo que presenta. -conocer los síntomas por los que se originó la depresión para que así con eso se pueda dar un tratamiento adecuado.	Terapia. Grupos de apoyo. -grupos de apoyo: con frecuencia, el paciente puede aliviar el estrés de una enfermedad uniéndose a un grupo de apoyo cuyos miembros comparten experiencias en común. -estrategias psicodinámicas que abarcan las luchas y conflictos del padecimiento. expectativas (pronostico)

DIABETES II

La diabetes mellitus es un padecimiento crónico degenerativo que ha existido desde siempre. Existen varios factores predisponentes como: antecedentes heredofamiliares, obesidad sedentarismo, abuso de carbohidratos, estrés, entre otros. En México alrededor del 8.2% de la población de 20 a 69 años tiene diabetes y cerca del 30% de los individuos afectados conocen muy poco o nada de su enfermedad. Esto significa que en nuestro país existen más de 4 millones de personas con diabetes, de las cuales un poco más de un millón no han sido diagnosticadas oportunamente.

La diabetes mellitus está caracterizada por un amplio conjunto de anormalidades, anatómicas y fisiológicas, pero la más notable es el trastorno metabólico de la glucosa. Este padecimiento se presenta con mayor frecuencia en personas de 40 años o más, aunque puede aparecer antes; sin importar cualquier nivel social, económico y cultural, los síntomas pueden aparecer bruscamente, aumento de apetito y pérdida de peso que evoluciona a lo largo de unos días.

Esta enfermedad se puede controlar para retardar al máximo las complicaciones agudas y crónicas.

La glucosa plasmática aparece normal a pesar de una resistencia demostrada a la insulina, porque la concentración plasmática de insulina se encuentra elevada. En la segunda la resistencia a la insulina tiende a agravarse, de manera que, a pesar de la elevación en la concentración de insulina, la intolerancia a la glucosa se manifiesta por hiperglicemia postprandial. En la tercera fase de la resistencia a la insulina no se modifica, pero, se reduce su secreción, lo que provoca hiperglucemia durante el ayuno.

La diabetes mellitus no insulín dependiente se caracteriza por un defecto de secreción y por resistencia a la insulina. Es probable que se necesiten ambos para que se exprese la diabetes.

Frecuencia de la diabetes mellitus

La diabetes mellitus está aumentando tan rápido que la organización mundial de la salud (OMS) la ha identificado como una condición epidémica.

Según la OMS, la diabetes mellitus en adultos aumentara en más del doble en 25 años y llegaran a 300 millones para el 2025.

Por lo que se traduce en un problema de salud pública prioritario. Su distribución es mundial y se presenta tanto en hombres como en mujeres jóvenes y adultos con importantes repercusiones biológicas, psicológicas individuales, familiares sociales y económicas.

Fisiopatología

En la génesis del paciente intervienen factores que de forma conjunta determinan la fragilidad del pie diabético los cuales son; neuropatía, alteraciones vasculares y procesos infecciosos.

La enfermedad vascular periférica ocasiona procesos isquémicos que se producen en la claudicación intermitente, úlceras y en el grado extremo necrosis distal.

El proceso infeccioso casi siempre está en los cabios del pie diabético, la formación de fisuras en la dermis como consecuencia de una micosis seguida de un proceso bacteriano los gérmenes suelen ser múltiples.

La obesidad, la hipertensión, tabaquismo y las hiperlipidemias, se relacionan con un elevado riesgo de desarrollar problemas de pie diabético por su capacidad de favorecer insuficiencia vascular periférica.

PIE DIABETICO

Es una causa de morbilidad y mortalidad e incapacidad física más frecuente en diabéticos de larga evolución, el pie complicado forma una amenaza por la vida del individuo que puede presentar complicaciones como nefropatía y patología cardiovascular.

La amputación del pie es el resultado de cabios que se inician con un traumatismo menor en un pie sensible lleva a la forma de una ulcera que no sana y finalmente a

complicarse con un proceso séptico optando por un tratamiento radical tras la amputación de una extremidad.

Prevención del pie diabético

Debe examinarse a todos los diabéticos tipo II, al descubrirse la enfermedad y a los diabéticos tipo I luego de 10 años de evolución. Hacer el examen para ver cómo está la circulación, los filetes nerviosos y las alteraciones del apoyo de la piel.

Si se encuentran alteraciones, indicar medidas protectoras y correctoras del pie para que no se ocasionen úlceras.

Tienen riesgo de desarrollar úlceras, cuando hay algunos de estos elementos (aunque sean asintomáticos): alteración de la circulación, afectación de los filetes nerviosos, deformaciones del pie, antecedentes de úlceras y amputación.

Los pacientes que tengan riesgo de desarrollar úlceras del pie, deben ser vistos por el equipo médico cada tres meses, aunque no tengan lesiones.

Los enfermos deben recibir una cartilla de cuidados de los pies, aprenderla y aplicarla, siendo fundamental que se miren los pies diariamente y ante cualquier cambio en la piel o el pie, ponerse en reposo y consultar al equipo médico.

Cuidados de la piel: recomendar al paciente dormir con ropa cómoda, evitar ropa de textura áspera.

Orientar de la importancia de darse masajes para estimular la circulación sobre todo en zonas de riesgo.

Promover la higiene personal completa todos los días.

Enseñar al paciente el cuidado de pies y las uñas.

Estimular la circulación con ejercicios pasivos y constantes por lo menos cada tercer día para aumentar la producción de oxígeno.

NUTRICIÓN

Los requerimientos alimentarios de un paciente serán ajustados individualmente por el nutriólogo, el médico y el personal de enfermería. Los adultos mayores, se identifican como grupos que requieren mayor atención por el riesgo de presentar alteraciones en su estado de nutrición. (NOM-143).

Dieta: al conjunto de alimentos y platillos que se consumen cada día, y constituye la unidad de la alimentación.

Dieta correcta: a la que cumple con las siguientes características: completa, equilibrada, inocua, suficiente, variada y adecuada.

Completa. - que contenga todos los nutrimentos. Se recomienda incluir en cada comida alimentos de los 3 grupos.

Equilibrada. - que los nutrimentos guarden las proporciones apropiadas entre sí.

Inocua. - que su consumo habitual no implique riesgos para la salud porque está exenta de microorganismos patógenos, toxinas, contaminantes, que se consuma con medida y que no aporte cantidades excesivas de ningún componente o nutrimento.

Suficiente. - que cubra las necesidades de todos los nutrimentos, de tal manera que el sujeto adulto tenga una buena nutrición y un peso saludable y en el caso de los niños o niñas, que crezcan y se desarrollen de manera correcta.

Variada. - que de una comida a otra, incluya alimentos diferentes de cada grupo.

Adecuada. - que esté acorde con los gustos y la cultura de quien la consume y ajustada a sus recursos económicos, sin que ello signifique que se deban sacrificar sus otras características.

El Plato del Bien Comer: a la herramienta gráfica que representa y resume los criterios generales que unifican y dan congruencia a la Orientación Alimentaria dirigida a brindar a la población opciones prácticas, con respaldo científico, para la integración de una alimentación correcta que pueda adecuarse a sus necesidades y posibilidades.

Grupos de alimentos: a la forma de clasificar los alimentos de acuerdo con su composición y se clasifican en tres grupos, grupo 1. Verduras y frutas, grupo 2. Cereales y grupo 3. Leguminosas y alimentos de origen animal. Dentro de un mismo grupo los alimentos son equivalentes en su aporte de nutrimentos y por lo tanto intercambiables, mientras que los alimentos en grupos diferentes son complementarios.

Grupos de Alimentos. Para fines de Orientación Alimentaria se identifican tres grupos.

Verduras y Frutas.

Ejemplo de verduras: acelgas, verdolagas, quelites, espinacas, flor de calabaza, huauzontles, nopales, brócoli, coliflor, calabaza, chayote, chícharo, tomate, jitomate, hongos, betabel, chile poblano, zanahoria, aguacate, pepino, lechuga entre otras.

Ejemplo de frutas: guayaba, papaya, melón, toronja, lima, naranja, mandarina, plátano, zapote, ciruela, pera, manzana, fresa, chicozapote, mango, mamey, chabacano, uvas, entre otras.

Cereales.

Ejemplo de cereales: maíz, trigo, avena, centeno, cebada, amaranto, arroz y sus productos derivados como: tortillas y productos de nixtamal, cereales industrializados, pan y panes integrales, galletas y pastas.

Ejemplo de tubérculos: papa, camote y yuca.

Leguminosas y alimentos de origen animal.

Ejemplo de leguminosas: frijol, haba, lenteja, garbanzo, arveja, alubia y soya.

Ejemplo de alimentos de origen animal: leche, queso, yogurt, huevo, pescado, mariscos, pollo, carnes rojas y vísceras.



"Servicios Básicos de Salud. Promoción y Educación para la Salud en Materia Alimentaria.

Grupo de edad de sesenta años y más

Se debe indicar que a pesar de que este grupo de edad suele requerir menor cantidad de energía, con frecuencia la alimentación es insuficiente e inadecuada, por lo que está en riesgo de enfermedades como desnutrición u obesidad. Por lo tanto se debe promover la integración a la dieta correcta, tomando en cuenta las condiciones motrices, funcionales (salud bucal y otras), sensoriales, de estado de ánimo y de salud. Se debe fomentar la actividad física y mental.

Se debe considerar que, en este grupo de edad, generalmente la actividad física disminuye de manera importante, por lo que es necesario adecuar la ingestión al gasto energético para evitar problemas de sobrepeso y obesidad.

Se debe fomentar el consumo de alimentos haciendo énfasis en el consumo de hierro, calcio, fibras dietéticas y agua simple potable y fraccionar la dieta en más de tres comidas al día. (NOM-143).

Asesoramiento nutricional: demostrar de manera activa el plato del buen comer: frutas, verduras, carne asada, agua natural suficiente, entre otros.

Invitar al paciente a considerar factores de riesgo relacionados con su salud, recursos económicos, cultura y estilo de vida.

Informar al paciente sobre los riesgos y la importancia de evitar y disminuir el consumo de los alimentos no permitidos, como: carbohidratos, sales, azúcares refrescos de cola etc.

Enseñanza, medicamentos prescritos: valorar el conocimiento que tiene el paciente de la medicación Para este tipo de enfermedad.

Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento del plan terapéutico.

IV. Metodología

Para aplicar el Proceso de Enfermería, se realizaron los siguientes pasos. Primeramente, se identificó la necesidad de cuidados en un usuario de una estancia geriátrica el cual es residente desde hace 12 años con un diagnóstico médico de Depresión y Diabetes Mellitus tipo II. Se le solicita autorización y se firma un consentimiento que contiene información sobre el proceso que se llevará a cabo, los objetivos, beneficios y aspectos éticos que se pretenden lograr.

El usuario acepta refiriendo no tener dudas y garantiza su participación sin inconvenientes. Además, se solicita permiso a la institución para visitarlo frecuentemente y colaborar en el mejoramiento del usuario.

Posteriormente, el 18 de agosto de 2019 se realiza la primera valoración, la cual hubo la necesidad de validar cada información obtenida usando el marco referente de la Teoría de Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem. Se realiza la recolección de información de los requisitos universales de desarrollo y en caso de desviación de la salud.

Se enfatiza en la identificación de los problemas de salud encontrados para llevar a cabo la formulación de los diagnósticos de enfermería, a través del uso y manejo de la taxonomía II de la NANDA.

Se prosigue a planificar las intervenciones de enfermería, priorizando la atención de las respuestas humanas que afectan a un más el estado de salud de la persona. Además, se establecieron resultados esperados que conllevan a los logros de enfermería.

En el plan de cuidados se implementó la participación del equipo multidisciplinario. Tomando el desgaste emocional del paciente siendo que con muchos años solo ha decaído. Y finalmente se realizó la evaluación (continua y específica) de los resultados obtenidos tomando en cuenta el estado de salud del usuario.

V. Caso Clínico Ordenado de Acuerdo a los Requisitos Universales de Dorothea e. orem.

Se trata del usuario (G, V, R.) adulto mayor de 66 años, soltero, de religión católica, nivel académico analfabeta, no tuvo hijos, depende económicamente de sus ventas de dulces que realiza los días martes y jueves para poder solventar sus gastos cotidianos, y de la estancia geriátrica donde reside, en la cual cuenta con condiciones básicas como agua potable, drenaje, recolección de residuos sólidos y luz eléctrica.

Estado hemodinámico con los siguientes resultados T/A; 122/84 FC: 74 x' FR; 20x' TEMP; 36°C SPO2; 96% encontrando cifras dentro de los parámetros normales sin irregularidades con apariencia de buena coloración en tegumentos, y mucosas hidratadas.

Al momento de la realización de somatometría se obtienen los siguientes datos.

Pesó 68 kg Talla 1.66 cm, Cintura 78 cm, IMC 24.6 se encuentra dentro de los parámetros Normales.

Consume agua de garrafón, en ocasiones una Pepsi de 600 ml, con una ingesta de líquidos diarios por más de 1800 ml. Evacua una o dos veces al día sin ninguna dificultad, sus heces fecales son de color café y bien formadas, la orina es de color ámbar, no presenta alteraciones en la micción.

Sin actividad sexual.

Tenía pareja a los 19 años, pero no se entendieron por motivos personales y se fueron alejando poco a poco hasta no tener comunicación. Posteriormente estuvo trabajando como chofer de ambulancias en el hospital de lázaro cárdenas y al cabo de ocho meses de estar como chofer, presento el accidente automovilístico el cual lo dejo invalido de por vida.

Tuvo un accidente automovilístico por lo que se le realizó una cirugía hace aproximadamente 46 años y actualmente se encuentra en silla de ruedas, presentando rigidez en miembros inferiores y superiores, deterioro del estado físico,

disminución de la fuerza muscular, debido a la falta de atención y terapias adecuadas, refiere ser asistido en la mayoría de las actividades por el personal de enfermería.

Tiene como diagnóstico médico depresión y diabetes mellitus tipo II actualmente.

Con relación a la depresión se trató con: fluoxetina 20mg capsulas, c/ 24 horas, solo en los primeros tres meses el cual fue controlado sin dificultad alguna. Desde septiembre del 2013 hasta la fecha ha tenido resultados favorables ya que las crisis de agresividad que presentaba han disminuido considerablemente.

Comenta que las crisis de agresividad aparecían sin razón alguna solo le molestaba escuchar las voces de sus compañeros y el pensar que no se podía mover como anteriormente lo realizaba era desesperante en el momento.

Con relación a la diabetes mellitus tipo II, tiene sus citas cada 6 meses, debido a la falta de compañía es imposible acudir en las fechas establecidas él solo, por tal motivo, el paciente tiene conocimiento sobre su padecimiento el cual controla actualmente con:

Glibenclamida 500 Mg, (comprimidos) 1 c/ 24 horas.

Metformina 850 mg, 1 por la mañana.

De acuerdo a la nutrición tiene una dieta sin azúcar (para diabético).

La dieta que se le brinda al usuario es la misma que se les proporciona a los demás usuarios de la estancia Cristo Abandonado.

VI. Consideraciones Éticas

Las consideraciones éticas aplicadas en la implementación del Proceso de Enfermería en un usuario con depresión, se consideró el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de la persona y familiares, actuando con honradez profesional y moral. El objetivo principal de la aplicación de esta metodología es favorecer la beneficencia y no maleficencia a través de los cuidados de enfermería y del compromiso de mantener y/o restablecer la salud, evitar y/o controlar la enfermedad o en su caso favorecer una muerte digna.

Es importante mencionar que se firmó un consentimiento informado con el usuario explicando el objetivo principal de las intervenciones de enfermería. Se evitaron conflictos entre el usuario y el equipo multidisciplinario, así como también con las autoridades de la estancia geriátrica. La participación fue voluntaria, sin coacción alguna.

VII. Aplicación del Proceso de Enfermería

7.1 Valoración de los Requisitos de Autocuidado

7.1.1 Factores Condicionantes Básicos

Nombre: **GVR.**

Sexo: Masculino Edad: 66 años

Edo. Civil: Soltero Religión: católica

Escolaridad: Analfabeta

Ocupación: vendedor de dulces

Familia Nuclear: NA

Persona que constituye el principal apoyo para el paciente:

Familiar (NA)

Dependencia económica: el usuario compra y vende dulces los días martes y jueves, para poder tener ingresos económicos.

Condiciones del hogar: Cuentan con los servicios básicos como luz eléctrica, agua potable, drenaje, recolección de residuos sólidos.

7.1.2 Requisitos de Autocuidado Universales

a) Mantenimiento del aporte de aire suficiente.

Estado hemodinámico con los siguientes parámetros de constantes vitales El cual se encuentra con FR: 20x 'una Frecuencia Cardiaca FC: 74x' con una Presión Sistólica y Diastólica de T/A: 122/84 mmhg, y con una saturación de oxígeno SPO2 96%. No habiendo irregularidades ya que los datos obtenidos se encuentran dentro de los parámetros normales.

b) Mantenimiento de un aporte de agua suficiente.

Aparentemente hidratado ya que consume más de 1800 ml de agua por día, y un aproximado de 600 mililitros de refresco por semana.

c) Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.

Al momento de realizar somatometría se encuentran los siguientes resultados Peso: 68.100 kg ha tenido una diferencia de 100 gramos desde el inicio de las intervenciones del proceso de enfermería hasta la actualidad. Con una Talla: 1.66 cm y como IMC 24, Asistió a consulta en el ISSSTE se le toma glucosa capilar 88 mg/dl

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

La cual actualmente es normal tiene presencia de heces semipastosas de color café, su eliminación urinaria es espontanea color ámbar.

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

presenta somnolencia y bostezo durante el día debido a que ciertas usuarias compañeras de la habitación, por las noches se inquietan y empiezan con gritos probablemente por pesadillas que presentan, haciendo que el usuario no pueda dormir de forma normal.

✓ *Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social*

Presenta vértigo al momento de ingerir alimentos frecuentemente, campo visual disminuido. Tiene como única convivencia el equipo multidisciplinario y en ocasiones es difícil la convivencia con los compañeros de la estancia ya que el usuario presenta cambios de humor espontáneo buscando la soledad, episodios de apatía y aislamiento social.

✓ *Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.* Utiliza como apoyo para movilizarse una silla de ruedas. Es asistido por el personal de enfermería en la mayoría de las actividades realizadas.

Presenta rigidez en miembros inferiores y superiores debido a la falta de atención y terapias adecuadas, falta de rehabilitación después del accidente.

f) *Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con su potencial, conocimiento de las limitaciones y deseo de ser normal.*

Acepta los cambios física y mentalmente ante la sociedad y en sí mismo.

Presenta cambios de humor bruscos como agresión, negatividad y llanto es

Diagnosticado con depresión desde hace 5 años. Utilizando como tratamiento

Fluoxetina 20 mg c/24 horas, Solo los primeros tres meses.

7.1.3 Requisitos de Autocuidado de Desarrollo

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

Etapas de desarrollo:

Actualmente se observa con trastorno de la imagen corporal en su silla de ruedas, presentando rigidez en miembros inferiores y superiores, deterioro de la movilidad física, disminución de la fuerza muscular, debido a la falta de atención y terapias

adecuadas, refiere ser asistido en la mayoría de las actividades por el personal de enfermería.

7.1.4 Requisitos de Autocuidado en Caso de Desviación de la Salud

Cuenta con Citas médicas programadas cada 6 meses las cuales a veces no acude por falta de compañía.

Tiene conocimiento en cuanto a su enfermedad de acuerdo al cuestionario verbal que es realizado al inicio de las visitas, obteniendo pocas respuestas. Tiene ciertos días en las que presenta actividades recreativas como manualidades, juegos de mesa y de memoria. El usuario tiene 66 años lo cual no imposibilita para llevar acabo sus necesidades de autocuidado por diferentes cambios biológicos que ha tenido y que es normal en la vejez.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Diagnósticos de Enfermería con base en la taxonomía NANDA II



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROCESO DE ENFERMERÍA CON EL REFERENTE DE LA TEORÍA GENERAL
DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE D.E. OREM
FORMATO ELABORADO POR MCE. BRENDA MARTINEZ ÁVILA



VALORACIÓN

Datos significativos: factores ambientales (ruido, entorno no familiar)

Cambios del patrón normal del sueño.

Dominio: 4 actividad/ reposo Clase: 1 sueño / reposo Requisito de autocuidado:
interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores
externos.

RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

Etiqueta (problema) P: trastorno del patrón del sueño

Factor relacionado/Factor de riesgo (etiología/Vulnerabilidad) E: interrupciones (ej., ruidos).

Características definitorias (signos y síntomas) SS: quejas verbales de no sentirse bien
descansando.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Trastorno del patrón del sueño relacionado con interrupciones manifestado por quejas verbales de
no sentirse bien descansando.

PLAN DE INTERVENCIÓN (NIC)

Agente de autocuidado: calidad de vida e higiene mental
total

Demanda de autocuidado:

Sistema de enfermería: completamente compensatorio

Manejo ambiental (confort)	Facilitar el mantenimiento de las rutinas habituales del usuario a la hora de irse a la cama, disponer y llevar a cabo medidas de confort con los usuarios que lo rodean. La integración de sistemas y servicios como son: control de seguridad en el hogar, control del entorno, control de comunicaciones, permite al usuario mantener confort en su entorno social. El manejo ambiental y conductual puede incluir niveles apropiados de estimulación en el entorno psicológico del usuario. (N. Rodríguez Ávila, manual de sociología gerontológica, editorial Universitat de Barcelona 2006.)
----------------------------	---

Ejecución

Fecha: 28 de agosto del 2019

En este contacto el usuario comenta que en las horas nocturnas no descansa adecuadamente, por el motivo que algunos compañeros de la noche realizan actividades que lo incomodan; así como también por que alguno de ellos presentan insomnio y entablan conversación con otros, manifiesta que tienen ciertos horarios para descansar pero no son respetados, para esto se lleva a cabo una plática junto con el personal de enfermería encargado, en la cual se les explique la situación personal de algunos usuarios y concientizarlos de alguna manera que tienen que descansar adecuadamente por la noche ya que es parte de su vida diaria.

La relajación del usuario en las siguientes noches es satisfactoria y considerable, la mayoría de los usuarios son conscientes de las problemáticas que los aquejan día con día, en esta ocasión fue de gran ayuda al que pudiéramos externar las ventajas de un descanso natural y saludable en el entorno en el que se encuentran.

De esta manera reflexionamos que tan importante es la relajación de nuestro usuario en la vida diaria.

La actitud de una persona para consigo misma tiene una profunda influencia en su vida sobre su entorno personal, hay ocasiones en las cuales nos tocara lidiar con personas que tienen diferentes puntos de vista y esto con frecuencia se encuentra en este tipo de lugares como es el Asilo Cristo Abandonado. Tal es el caso en el cual ya sea por falta de comunicación no se les expliquen los horarios y reglas del

asilo o por negatividad los usuarios realizan actividades en contra de las establecidas que afectan al personal que se encuentra en su entorno.

Ejecución

Fecha 02 septiembre del 2019

El usuario comenta que anteriormente presentaba insomnio frecuentemente a causa de que algunos de sus compañeros que gritaban o tenían pesadillas, esto ha cambiado con el paso del tiempo y saben cómo apoyarse unos con otros para mantener horas de sueño agradables, en las que puedan descansar sanamente durante el periodo de la noche, el sueño es vital para nuestro organismo, si no mantenemos un sueño reparador esto tendría consecuencias a nuestra salud.

En ciertas ocasiones nuestro usuario reflejaba poco apego a las actividades y manifestaba cansancio, esto se debía a que no tenía un buen descanso por las noches y por parte de la depresión así lo manifestaba.

Las personas que padecen depresión también suelen tener problemas para conciliar el sueño y dormir plácidamente toda la noche, hasta el punto de que, en muchas ocasiones, por la mañana sienten que no tienen energía.

Para mantener un correcto confort necesitamos tener apoyo tanto emocional como personal en muchos de los casos eso es suficiente para lograr una adecuada tranquilidad personal, así como también condiciones materiales que proporcionen bienestar y comodidad.

Diagnósticos de Enfermería con base en la taxonomía NANDA II



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROCESO DE ENFERMERÍA CON EL REFERENTE DE LA TEORÍA GENERAL
DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE D.E. OREM
FORMATO ELABORADO POR MCE. BRENDA MARTINEZ ÁVILA



VALORACIÓN

Datos significativos: conducta socialmente no adecuada.

Alteración del estado mental

Dominio: 12 confort
estado mental

Clase: 3 confort social

Requisito de autocuidado: prevención alteración del

RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

Etiqueta (problema) P: aislamiento social

Factor relacionado/Factor de riesgo (etiología/Vulnerabilidad) E: alteración del estado mental.

Características definitorias (signos y síntomas) SS: búsqueda de soledad, inseguridad en público.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Aislamiento social relacionado con alteración del estado mental manifestado por búsqueda de soledad, inseguridad social.

PLAN DE INTERVENCIÓN (NIC)

Agente de autocuidado: agente de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado: total

Sistema de enfermería: completamente compensatorio.

CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
A. Implicación social Definición: interacciones sociales con personas, grupos u organizaciones.	1. (150304) interacción con miembros de grupos de trabajo. 2. .- (150307) participación en organización de actividades. 3. (150309) participación como miembro de un grupo de voluntarios. 4. (150311) participación en actividades de ocio.	1. raramente demostrado 2...3 2.-aveces demostrado 3....4 3.- raramente demostrado 3....4 4.- raramente demostrado 2....4	Mantener a:10 Aumentar a:15

INTERVENCIÓN (NIC): concientización social y mental

ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
Control de la demencia	La demencia, a menudo da lugar al aislamiento social de quien la padece y de los parientes que los atienden, las personas con demencia pueden estar asustadas, horrorizadas, indignadas, deprimidas y dominadas por una sensación de pérdida con cambios constantes de los que son conscientes. Tony y. (2010) comunicación y demencia, nuevas perspectivas, nuevos enfoques. España, editorial arresta.
Disminución de la ansiedad	
Escucha activa	
Orientación de la realidad.	La principal ventaja de la escucha activa es que con ella permitimos que se complete el proceso de comunicación tal y como, al menos en teoría, se debe desarrollar, de forma que se facilite por parte del receptor que el mensaje que quiere transmitir el emisor alcance su destino en las mejores condiciones posibles, es decir de acuerdo con sus objetivos. Carlos j. v. (2005) el libro de las habilidades de comunicación. España, edición días de santos.
-identidad	Erikson postulo que la identidad combina valores y tradiciones adquiridos durante la niñez con el contexto social del momento. Como los contextos se modifican permanentemente, muchos adultos revalúan los cuatro tipos de identidad. (Sexual/ de género, vocación/ trabajo, religiosa/ espiritual, política / ética.
Clarificación de valores	Kathleen S.B. (2009), psicología del desarrollo adultez y vejes, buenos aires, Bogotá. Editorial medica panamericana.
Potenciación de la autoestima	

orientación cognitiva	El enfoque conductual-cognitivo analiza el proceso de decisión y desarrollo vocacional y profesional a través de los postulados teóricos de las teorías psicológicas cognitiva y conductista. El modelo más significativo dentro de este enfoque es el del aprendizaje social de krumvolts. Orientación cognitiva: capacidad para identificar personas, lugares y tiempo. Antonia P.L. (2008) orientación educativa: fundamentos teóricos, modelos institucionales, y nuevas perspectivas. España. Secretaria general técnica.
-----------------------	---

05 de septiembre del 2019

El usuario se encuentra en su silla de ruedas como acostumbra diariamente en su habitación, en esta ocasión se encuentra un poco somnoliento y refiere cansancio, comenta que en algunas ocasiones prefiere estar solo y no sabe la causa por la cual se siente así, más sin en cambio el trata de estar lo mejor posible para no caerle mal a ninguno de sus compañeros o personas que lo rodean.

El usuario es una de las personas muy tranquilas de acuerdo a los comentarios de sus compañeros y del personal que lo rodean.

En ocasiones se siente impotente por que no puede ayudar o apoyar en algunas de las actividades que se realizan en esta casa hogar, por la situación que no puede deambular como algunas otras personas por el accidente que tuvo a los 20 años.

El usuario se siente triste y es cuando necesita que alguien lo escuche más sin en cambio no encuentra con quien externarlo.

La soledad depende de ciertos factores como el mal humor, pensamientos no satisfactorios para nuestro usuario como es la agresión lo cual refiere solo verbalmente, se adjuntan actividades durante el día para que su mente trabaje en pensamientos positivos.

Los resultados que esperan son realmente satisfactorios gracias a las actividades realizadas y al personal que apoya para que todo marche de la mejor manera posible.

Diagnósticos de Enfermería con base en la taxonomía NANDA II



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROCESO DE ENFERMERÍA CON EL REFERENTE DE LA TEORÍA GENERAL
DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE D.E. OREM
FORMATO ELABORADO POR



VALORACIÓN

Datos significativos: limitación del movimiento en miembros inferiores.

Disminución de la fuerza muscular.

Dificultad de movilización.

Deterioro de la movilidad física.

Dominio: 4 Actividad y reposo Clase: 2 Requisito de autocuidado: actividad/ ejercicio.

RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

Etiqueta (problema) P: deterioro de la movilidad física.

Factor relacionado/Factor de riesgo (etiología/Vulnerabilidad) E: intolerancia a la actividad, deterioro del estado físico.

Características definitorias (signos y síntomas) SS: limitación de la amplitud de movimientos, movimientos descoordinados.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Deterioro de la movilidad física relacionado con deterioro del estado físico manifestado por amplitud de movimientos.

PLANEACIÓN

CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
A. Autocuidados: actividades de la vida diaria Definición; capacidad para realizar la mayoría de las tareas básicas, las actividades de cuidado personal y cuidado independiente.	1. – (030001) come 2. – (030002) se viste 3– (030003) uso de inodoro 4–(040004) se baña 5.-030006) higiene (030008) 6-deambulaci3n camina 7.–(0300010) realizaci3n de traslado.	1.- levemente comprometido 4....5 2.- sustancialmente comprometido 2....4 3.- sustancialmente comprometido 2....4 4.- moderadamente comprometido 3....4 5.- moderadamente comprometido 3....4 6.- sustancialmente comprometido 3....3 7.- moderadamente comprometido 3....4	Mantener a :19 Aumentar a: 28

PLAN DE INTERVENCIÓN (NIC)

Agente de autocuidado: agente de autocuidado terapéutico Demanda de autocuidado: parcial Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio y apoyo educativo

INTERVENCIÓN (NIC): vigilancia de la actividad y el reposo

ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
-Terapia de ejercicios: control muscular y fatiga. -Asistencia en el mantenimiento del hogar: cuidados personales, -Ayuda con los autocuidados -Fomento del ejercicio: entrenamiento de flexi3n y extensi3n. -Fomentar los mecanismos de movilidad corporal.	La fatiga muscular se define, como una p3rdida de fuerza y energí3a que conduce a la reducci3n del rendimiento en una tarea determinada. La fatiga durante el ejercicio de corta duraci3n y alta intensidad puede deberse a un deterioro del sistema nervioso central (SNC) que impide mantener la frecuencia óptima de activaci3n de los nervios motores. Robert h. (2008) manual de consulta para el control y la prescripci3n del ejercicio. American sports medicine. Mecanismos de fatiga muscular. La flexi3n es el movimiento que aproxima el segmento distal hacia el proximal y la extensi3n el que lo aleja. En las zonas anatómicas concretas, como manos o pies, puede expresarse mejor como flexi3n palmar o plantar. R. Miralles Rodrigo. (2001) valoraci3n del daíno corporal en el aparato locomotor. Elsevier Espaína. Este aspecto compromete moderadamente la estabilidad corporal durante la marcha y el descanso. Son ejercicios preparatorios, de ambientaci3n. Sirven para tomar conciencia y dominio corporal, podríamos decir de “puesta a punto”. También se preparan

	psicológicamente para que se preparen a la parte específica de la movilidad corporal. Olga R. (1999) expresión corporal, casa del libro.
--	---

EJECUCIÓN

Fecha: 11 de septiembre del 2019

11 de septiembre del 2019 Se inicia con la presentación en el Asilo “Cristo Abandonado”. El usuario se encuentra con antecedentes de cirugía a los 20 años por accidente automovilístico, quedo inválido durante su etapa adulta.

Actualmente se encuentra en silla de ruedas, presentando rigidez en miembros inferiores y superiores para esto se le brindan ejercicios, evitando periodos de malestar, así como también presenta deterioro de la movilidad física, disminución de la fuerza muscular, debido a la falta de atención y terapias adecuadas, refiere ser asistido en la mayoría de las actividades por el personal de enfermería.

A causa de su padecimiento al momento de hacer sus actividades cotidianas como son aseo personal o para desplazarse al comedor le genera dificultad, cansancio y agotamiento corporal, en ocasiones el necesita de ayuda personal para poder asistirlo en la movilización, se asiste en terapias físicas de inicio con un tiempo mínimo de 10 minutos por sesión y se deja descansar posteriormente ira aumentando el grado de flexibilidad y así mismo también aumentara el tiempo de su terapia física para que pueda tener más movilidad a la hora de realizar ciertas actividades. Para realizar este tipo de terapias se consultó a dos terapeutas personales los cuales me apoyaron en mi proyecto.

Avances

Se logró el objetivo ya que el usuario es muy cooperador consigo mismo, es de las personas de las cuales se siente en confianza con los que lo rodean, respecto a las terapias físicas, me apoyaron algunos terapeutas físicos, con algunas recomendaciones que me brindo mi maestro de psicología me apoye para que accediera de la manera más cómoda en los ejercicios que se le brindaron y se pudiera relajar, actualmente él se puede mover con mayor seguridad ya que al principio le costaba, mostrando temor por algunos movimientos que realizaba, como pasarse de la silla de ruedas a su cama o para ir al baño sin ayuda de alguien.

Ejecución

Fecha: 05 de septiembre de 2019

Se da apoyo para la movilización y traslado en silla de ruedas posteriormente se apoya en su aseo personal, se traslada al comedor un poco lento para evitar fatiga del usuario.

Acepta los alimentos de una manera normal, de la misma manera al terminar sus alimentos, requiere de ejercicios físicos de corta duración para evitar fatiga y dolor en miembros inferiores.

Para dar un poco de estabilidad personal y confianza de sí mismo no se deja de apoyar en los ejercicios como son extensión y flexión principalmente. Los aspectos de voluntad propia que adopta el usuario son de suma importancia ya que se da a conocer por seguir mejorando de manera personal.

Diagnósticos de Enfermería con base en la taxonomía NANDA II



UNIVERSIDAD MICHUACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROCESO DE ENFERMERÍA CON EL REFERENTE DE LA TEORÍA GENERAL
DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE D.E. OREM
FORMATO ELABORADO POR MCE. BRENDA MARTINEZ ÁVILA



VALORACIÓN

Datos significativos: cirugía

Traumatismo

Dominio: 6 autopercepción Clase: 3 Requisito de autocuidado: imagen corporal

RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

Etiqueta (problema) P: Trastorno de la imagen corporal

Factor relacionado/Factor de riesgo (etiología/Vulnerabilidad) E: cirugía, traumatismo.

Características definitorias (signos y síntomas) SS: sobre exposición no intencionado.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Trastorno de la imagen corporal de la parte que no funciona relacionado con traumatismo

PLAN DE INTERVENCIÓN (NIC)

Agente de autocuidado: autopercepción / auto concepto.

Demanda de autocuidado: autoestima

Sistema de enfermería: trastorno de la imagen corporal

CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
A. ambular: silla de ruedas. Definición: capacidad para moverse de un sitio a otro en una silla de ruedas.	1.- (020101) se traslada de y hacia la silla de ruedas. 2.-(020102) impulsa la silla de ruedas con seguridad. 3.-(020104) impulsa la silla de ruedas en distancias moderadas. 4.-(020106) maniobra en las curvas. 5.- (020107) maniobra para entrar.	1.-levemente comprometido 4....5 2.-moderadamente comprometido 3....4 3.- sustancialmente comprometido 2....3 4.- sustancialmente comprometido 2....4 Sustancialmente comprometido 2....4	Mantener a :13 Aumentar a: 20

INTERVENCIÓN (NIC): terapia de ejercicio: Silla de ruedas

ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
Apoyo emocional	Aquellas conductas que fomentan los sentimientos de bienestar afectivo, y que provocan que el sujeto se sienta Querido, respetado y seguro. En síntesis, se trata de expresiones o demostraciones de amor, afecto, cariño, simpatía, empatía y/o pertenencia a Grupos sociales. (Barrón A., 1996).
Imagen corporal	La imagen corporal está constituida por tres componentes que se integran en cada individuo: • Imagen perceptual: es la que brinda información acerca del tamaño y forma del cuerpo y sus distintos componentes.
Potenciación de la conciencia sobre sí mismo	• Imagen cognoscitiva: es la que comprende las creencias relacionadas con el cuerpo, los pensamientos automáticos, las inferencias, interpretaciones, comparaciones, los diálogos internos en relación con el escrutinio social, etc.
Potenciación de la imagen corporal	• Imagen emocional: es la que corresponde a los sentimientos acerca del grado de satisfacción o insatisfacción que experimentamos con nuestro cuerpo. Development, deviance and change. New York: The Guilford Press, 1990.

Ejecución

22 de septiembre del 2019

Este día hablamos sobre la convivencia que había entre él y sus amigos con los que frecuentaba en su juventud, comenta que él siempre fue muy tranquilo, nunca ha tenido vicios o algún problema fuerte con personas que lo rodaban en lázaro cárdenas. Ahora que se encuentra en su silla de ruedas se acepta tal y como es siempre enfrentando las complicaciones que se le presenten en su vida cotidiana.

Ejecución

25 de septiembre del 2019

Comenta que hace 20 años presento un accidente automovilístico en el cual lo llevo a realizarse una intervención quirúrgica los resultados ahora son visibles ya que esta postrado en una silla de ruedas la cual tiene que usar la mayor parte del tiempo para poder movilizarse y hacer sus actividades diarias, la iniciativa que adopta es muy impórtate en su presente, ya que eso le da fuerzas de seguir motivándose día a día, comenta que en ocasiones se encuentra desesperado y sin ganas de salir de su habitación, así como también se aísla y quiere estar lejos de sus compañeros con los que acostumbraba estar durante el día, esta es una de las cosas que afectan demasiado al usuario el no estar conviviendo con sus compañeros ya que es deprimente estar solo y sin compartir sus sentimientos.

Se asiste en terapia física tres veces por la mañana con una duración de 10 minutos, con la recuperación que refleje se aumentara el tiempo de terapias físicas, se hace hincapié en la movilización porque es visible que ha mejorado demasiado y que se siente aún más seguro de sí mismo al momento de desplazarse de un lugar a otro, se brinda un espacio de confianza y seguridad para que se sienta cómodo con el personal que lo rodea como son: Enfermeras y compañeros de la estancia geriátrica cristo abandonado.

Se capacita al personal de enfermería para que puedan asistir al usuario en sus terapias físicas, esto complementaria su capacidad de fortalecer y mejorar su estado de ánimo en gran medida, así como también ayudaría para sentirse seguro consigo mismo.

Ejecución

Fecha: 03 de octubre del 2019

Tomar en cuenta que la edad del usuario es importante, porque de ello depende la intervención y cuidados que se llevaran a cabo y de igual manera proporcionar el apoyo educativo. Se valoró la capacidad física, el estado hemodinámico y los obstáculos que se pueden interferir, para llevar a cabo el autocuidado. En este caso, se implementa la estrategia del sistema de enfermería parcialmente compensatorio y apoyo educativo con la finalidad de que el usuario participe en su cuidado personal, se apoya y se instruye en; bañarse, vestirse, usar cubiertos, aseo bucal, aseo personal y uso de productos de higiene personal como son: desodorante, pasta dental, crema corporal, es relevante mencionar que el usuario cuenta con capacidad intelectual para su vestimenta y de más actividades diarias.

Ejecución

Fecha: 16 de octubre del 2019

Se platica con el usuario sobre las actividades sociales, ocupaciones recreativas que estén dispuestos a realizar de forma voluntaria e íntimamente ligadas a la calidad, capacidad y estilo de vida. Sobre todo considerado, las preferencias personales, aptitudes y creencias del usuario.

En este caso el usuario hace la sugerencia que puede realizar juegos de mesa como son la lotería, se realizan las actividades integrando al equipo multidisciplinario (enfermera encargada del asilo cristo abandonado, pasantes de enfermería y estudiantes que están en prácticas de enfermería en los diferentes turnos).

Ejecución

Fecha: 25 de octubre del 2019

La estabilidad del usuario depende de una serie de factores en los cuales se abordaron en la mayoría de actividades, identificando los factores de riesgo, así como las capacidades del usuario evaluando el nivel de independencia. Los resultados que se esperaban fueron satisfactorios ya que el usuario aumento su participación en su cuidado y actividades diarias, aunque no en su totalidad ya que requiere supervisión adecuada. Las actividades de ejercicio físico muestran un buen resultado ya que el usuario muestra mayor movilidad y seguridad para realizar diferentes actividades, la importancia de estipular horarios para cada actividad. tales como: el desayuno se brinda a las 8:00 am, a todos se les brindan los mismos

alimentos teniendo en cuenta que los diabéticos comen lo mismo, pero sin azúcar, por ejemplo, el atole que se les brindan sin azúcar, la comida se brinda a las 2:00 pm, la cena a las 7:00pm.

Horarios de visita son de 9 de la mañana a 6 de la tarde, horarios de terapia física los realiza en la mañana, así como son: flexión y extensión de miembros superiores, juegos de memoria los realizan por su cuenta cuando tienen visitas de algunas personas que los acompañan por momentos cortos del día y distintas organizaciones externas, entre las actividades que realizan se encuentran pintar, jugar juegos de mesa y escuchar música. Por otra parte, el uso repetitivo de cubiertos y objetos personales contribuyo en su autocuidado diario se torna firme y con seguridad emocional.

Criterio de Resultado: trastorno de la depresión sensorial, visual, táctil. Pág. 124
Puntuación diana:

Mantener a: 2 Aumentó a: 1

Criterio de Resultado: **Puntuación diana:** **Mantener a:** 2 **Aumentó a:** 1

Redactar la evaluación de la persona, y la efectividad de las intervenciones de enfermería, el usuario en la actualidad se presenta tranquilo y coherente en lo que se le interroga, de acuerdo a su alcance e información que se le ha brindado en el transcurso del tiempo.

Se considera una persona autosuficiente. Tomando en cuenta algunas debilidades ya sea para movilizarse o para adquirir tratamiento médico, en cuanto a la convivencia con sus compañeros ha mejorado radicalmente ya que lo consideran como un amigo en el entorno en el que convive cotidianamente, el personal de enfermería ha sido de gran ayuda en este lapso de tiempo ya que gracias a ellos hemos podido incorporar socialmente a nuestro usuario en actividades recreativas y ejercicio físicos, así como ejercicios mentales.

Formato elaborado por: MCE. Brenda Martínez Ávila.

09 de noviembre del 2019

De acuerdo a sus habilidades desarrolladas el usuario se considera autónomo para realizar sus propias actividades, a pesar de que todo el día prácticamente se encuentra sentado en su silla de ruedas, comenta que le hace bien recibir visitas, así como conversar con sus compañeros en la estancia, actualmente se mantiene tranquilo y sin complicaciones o recaídas por la depresión. Refiere que anteriormente se aislaba sin ganas de convivir con sus compañeros.

Dentro de lo que cabe mencionar, los usuarios no cuentan con su privacidad y comodidad en este entorno a la hora de dormir es lógico que no descansan como debe de ser ya que el horario difiere en las normas y reglas que tienen.

16 de noviembre del 2019

El usuario se encuentra en su silla de ruedas como acostumbra diariamente en compañía de uno de sus amigos, el cual refiere tranquilidad y bienestar en ese momento, comenta que en algunas ocasiones prefiere estar solo y no sabe la causa por la cual se siente así, más sin embargo él trata de estar lo mejor posible para no caerle mal a ninguno de sus compañeros o personas al que lo rodean.

En ocasiones se siente impotente por que no puede ayudar o apoyar en algunas de las actividades que se realizan en esta casa hogar, por la situación que no puede deambular como algunas otras personas por el accidente que tuvo hace años.

04 de diciembre del 2019

Se podría decir que los cambios que se han requerido son afortunadamente para mejorar el estilo de vida del usuario, así como también para el personal que labora en esta estancia, debido a la falta de economía nos hemos adaptando e improvisando a lo que se tiene al alcance. Todo esto se ha llevado a cabo con mucho esfuerzo, adaptándonos al entorno cotidiano e improvisando algunos

recursos que son de gran ayuda para el correcto funcionamiento de nuestro usuario quien ha sido una persona de gran corazón y que ha tenido el espíritu de sobresalir a costa de las complicaciones que se le han presentado.

05 de enero del 2020

Durante este tiempo transcurrido se fue comparando la información con la asesora y haciendo adecuaciones sobre el proceso enfermero, los avances del usuario, así como también se llevaron a cabo algunas recomendaciones y cuidados para el usuario como son; los horarios de descanso para evitar el insomnio que presentaba en algunas ocasiones.

12 de enero del 2020

Durante las visitas realizadas con el usuario, siempre ha manifestado tranquilidad y alegría, desde el principio he mostrado seguridad para crear un ambiente seguro y así lograr una armonía satisfactoria en su entorno y se pueda sentir más seguro de sí mismo.

23 de enero del 2020

En esta ocasión le dije que me contara sobre su situación en los últimos días o semanas, con la intención de proporcionar información para ver si algo le aqueja y poderle ayudar a solucionar su situación, pero el comentario que se sentía bien y que le gustaba que lo visitara que, porque nadie lo visita y que en muchas ocasiones se sentía solo, todo eso ha cambiado con las pláticas que hemos tenido, ya convive con sus compañeros del asilo y se siente positivo.

06 de febrero del 2020

Comenta que establece límites con algunos compañeros del asilo cristó abandonado, porque es imposible entablar una conversación por distintas situaciones de salud que presentan y con algunos otros es difícil por su estado de humor, son agresivos y piensa que lo pueden agredir por eso mejor evita malos

entendidos y agresiones.

16 de febrero del 2020

En esta visita con el usuario llegaron algunos jóvenes que les llevaron fruta picada con yogurt y gelatinas, realizaron juegos de mesa, les dieron a algunos usuarios dibujos para que pidieran colorear y pusieron un poco de música con autorización de la enfermera encargada del asilo cristo abandonado, el usuario comió solo fruta picada sin yogurt y un poco de gelatina, posteriormente trato de pintar un poco.

25 de febrero del 2020

Se le recalco la importancia de la alimentación que debe de llevar por el motivo de la ocasión pasada en la que llegaron los compañeros con algunos alimentos ricos en azúcar, el comento que de acuerdo a las pláticas que le brinde al principio del proyecto y con el tiempo que lleva padeciendo diabetes mellitus sabe que comer y que no, que de hecho no se le antoja comer cosas dulces, menciono que como sabemos el vende dulces pero que no se los come porque sabe que le pueden perjudicar. Se le menciono que debe consumir agua durante el día con un aproximado de 2000 ml diariamente.

04 de marzo del 2020

Se realiza orientación sobre su peso y glucosa, para eso se realiza toma de signos vitales y somatometria a las 7:30 am, el peso a subido 100g peso: 68.100kg, lo cual no es alarmante, y se procede a checar su glucosa capilar la cual sale con cifras de 86 mg/dl, TA: 124/78, FC: 72, FR: 24, SOPO2: 98, temperatura 35.8.

12 de marzo del 2018

Hablamos sobre lo bueno que siempre ha tenido con respecto a sus pensamientos positivos y que siempre tiene que seguir con esa mentalidad, pensando positivamente le ayudara a sentirse con ánimo y no se sentirá solo, en el caso de

que siempre este en el asilo cristo abandonado su sentido del humor y su carácter le ayudara bastante con las personas que lo rodean, se ha sentido seguro de sí mismo pero comenta que hubo momentos en los que se desesperó por la falta de movilidad, sin en cambio ahora es una persona muy positiva.

21 de marzo del 2020

Se le dijo y se le recordaba continuamente la importancia de que él tenía que ir mejorando consecutivamente sin temor a desesperarse, se le pidió colaboración al realizar actividades simples de autocuidado y se fueron incrementando en complejidad paulatinamente.

02 de abril del 2020

Se le hablo sobre su religión católica y que si quería ir a misa en algún día específico, pero se negó dijo que él no es de ese tipo de personas que van a la iglesia pero que siempre tiene presente que es católico, se le ofreció salir un momento a la calle, pero estaba un poco indispuerto en ese momento, dijo que tenía sueño pero que no dormiría porque si dormía en la noche le daría insomnio.

9 de abril del 2020

Realizamos ejercicio físico, así como. Masajes de relajación, rotación, extensión y flexión de miembros inferiores y superiores con un tiempo de 15 minutos por cada extremidad, posteriormente se realizó baño de regadera para que se quedara un poco más tranquilo en su silla de ruedas.

17 de abril del 2020

Platicamos sobre su familia, pero se notó un poco indispuerto al hablar de ese tema, comento que solo tiene comunicación con una de sus hermanas la cual visita por lo regular cada año en el mes de diciembre, así que en el mes de diciembre se va a lázaro cárdenas a visitar a su hermana y sobrinos.

27 de abril del 2020

Sobre su padecimiento y el estado en el que esta comenta que él siempre ha tratado

de mantener la calma y que se acepta tal y como está porque solo de esa manera no se deprime como lo hacía en muchas ocasiones, se siente agradecido por estar en un lugar como es el asilo cristo abandonado en el cual le brindan sus alimentos y el espacio para poder estar tranquilo.

4 de mayo del 2020

Se le pregunto sobre ¿qué opinaba de los alimentos que le brindaban en el asilo cristo abandonado y si le gustan o no? el comento que está agradecido con las comidas y el hospedaje que le ofrecen y que a pesar de que las comidas son muy repetidas, con el paso del tiempo se acoplo a ese tipo de alimentos, que como no tiene a donde más ir trata de acoplarse con lo que le brinda la estancia y se siente satisfecho.

Ejecución

13 de mayo del 2020

Se ha proporcionado un ambiente seguro y tranquilo durante el tiempo transcurrido, siempre se han hecho las intervenciones necesarias con el debido respeto y autorización del usuario, en las terapias físicas y ocupacionales se realizan en más tiempo, un aproximado de entre 40 y 90 minutos mínimo dos veces por semana.

Evita permanecer mucho tiempo en su cama, así como también evitar siestas durante el día, todo esto para tener un buen descanso durante la noche.

26 de mayo del 2020

En esta ocasión el usuario se siente muy bien y contento con ganas de Salir un poco a la calle, lo acompaño solo a dar un paseo sin demorar mucho tiempo para regresar y consuma sus alimentos de la comida, refiere estar contento y sin ninguna molestia corporal.

02 de junio del 2020

Refiere tener un poco de dolor de cabeza por lo que se le brinda una pastilla de paracetamol de 500 mg, permanece en su silla de ruedas, en vigilancia por la enfermera del asilo cristo abandonado, se le toma la presión la cual sale con cifras de 126/87 no presenta fiebre, solo manifiesta dolor de cabeza el cual al cabo de una

hora aproximadamente ya se siente mejor, comenta que probablemente presento el dolor de cabeza porque no pudo dormir bien durante la noche, por presentar pesadillas.

11 de junio del 2020

Le pregunto sobre su estado de salud, refiere estar bien y en buen estado sin molestias. Se orienta sobre la prevención de caídas dentro y fuera del asilo cristo abandonado y se reiteran los cuidados que debe de tener en cuenta, comenta que él es muy cuidadoso en los movimientos que realiza en la silla de ruedas y que conoce el asilo, así que siempre es muy precavido en ese aspecto.

28 de junio del 2020

Se encuentra con un poco de dolor de garganta y con sueño, se le informa al médico del asilo de inmediato quien lo revisa y afortunadamente no tiene infección, probablemente el dolor sea pasajero por esforzarse al hablar o por comer cosas frías comenta el Dr. Pero el usuario comenta que no sabe en realidad que por que no ha consumido líquidos fríos y mucho menos se ha esforzado al hablar. Solo se mantiene en vigilancia por la enfermera del turno esperando que el dolor desaparezca por completo.

29 de junio del 2020

El usuario se encuentra bien ya no le duele la garganta, comenta que quiere salir un poco del asilo, para eso pido permiso a la enfermera y a la trabajadora social, solo salimos a un par de cuerdas y regresamos sin complicaciones, durante los alimentos come sin complicación alguna, posteriormente salimos al corredor del asilo en el cual hay un poco de música para agrandar la tarde y estén cómodos los usuarios.

VIII. Conclusiones

La aplicación del Proceso de Enfermería en un usuario con diagnóstico médico de depresión en el adulto mayor, permite brindar una serie de cuidados personalizados los cuales llevaron a mejorar la calidad de vida, debido al control y prevención de complicaciones.

Los resultados obtenidos fueron satisfactorios en las diferentes actividades de cuidado, con los diagnósticos presentados.

De igual manera las actividades llevadas a cabo para el autocuidado arrojaron resultados favorables, ya que se mostró interés por parte del usuario en el cuidado personal aumentando su participación en las diferentes actividades, aunque no en su totalidad ya que requiere de supervisión debido a su edad y a los cambios fisiológicos que presenta. En cada una de las actividades realizadas fueron ajustadas a su capacidad en donde el usuario se incorporó de forma adecuada mejorando su estado emocional y convivencia con los demás residentes sin, complicaciones de caídas, ni lesiones.

Cabe mencionar que para lograr los objetivos planteados se necesitó de la colaboración del usuario, y el equipo multidisciplinario. Se considera que la aplicación del Proceso de Enfermería, es una experiencia que favorece la satisfacción de los cuidados de enfermería en los usuarios, Como se demuestra en este caso.

IX. Referencias Bibliográficas

1. Valoración del daño corporal en el aparato locomotor, Elsevier España, casa del libro Gandhi, 2001 Rodrigo c. Miralles Marrero.
2. Berman, A., & Snyder, S. (2013). Fundamentos de Enfermería conceptos, procesos y práctica. Madrid: Pearson Educación, S.A.
3. Bulechek, G. m., Butcher, H. k., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2014). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). España: Elsevier.
4. Carpinto, J., L. (1994). Planes de Cuidados y Documentaciones Enfermería. Madrid: Interamericana. McGraw-Hill.
5. Manual de consulta para el control y la prescripción del ejercicio, 2008 american sports medicine, Dra. Linda D. zwiren. Casa del libro Gandhi, editorial paidotribo.
6. Henderson, H. (1963). Tratado de Enfermería. Usa: Professional Nursing defined.
7. Giovanni jervis, José Luis González García. 2005, editorial fundamentos, casa del libro, primera edición, España.
8. Luis, R., M. T. (1996). Diagnóstico de Enfermería. México: Mosvy/Dayma.
9. Marriner, T. y Raile, A., A. (2011). Modelos y Teorías de Enfermería. Barceló, España: Elsevier.
10. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2014). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Medición de Resultados en Enfermería. Barcelona, España: Elsevier.
11. Moorhead, Johnson, Mass y Swanson, S. (2013). Clasificación de Resultados de Enfermería. Barcelona España: ELSEVIER.
12. Orem, D., E. (1993). Conceptos en Enfermería en la Práctica. Barcelona España: Mosby-Year Book.
13. Ostiguin, M. y Velázquez, H., R. M. (2001). Teoría General del déficit de autocuidado. México D, F.: El Manual Moderno.

14. Rodríguez S, B. A. (2002). Proceso Enfermero. Guadalajara: EDYTEC.
15. Pérez santana j. España primera edición 2004, manual de fisioterapia, editorial mad. Módulo III.
16. Rosales. y Reyes, G., S. (2011). fundamentos de enfermería. México, d.f: Editorial El manual moderno, S.A. de C.V.
17. Rodríguez Ávila N. manual de sociología gerontológica, editorial universidad de Barcelona 2006.
18. Witer Du Gas, B. (1986). Tratado de enfermería práctica. México: Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V.
19. Buysse, D.J, Reynolds, C.F,III, monk, T.H., Berman, s. r, & kupfer,D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry research, 28(2), 193-213.
20. Hoeman, S. (2002). Rehabilitacion nursing: process, aplication, and outcomes (3er ed.). st. Lois: mosby.
21. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Sevicios De Salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

I. Anexos

VALORACIÓN CON EL REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO

FACULTAD DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DE CELAYA

MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

GUIA DE VALORACION

(DOROTHEA ELIZABETH OREM)

Elaboro: MCE. Vanesa Jiménez Arroyo

I. FACTORES CONDICIONANTES BASICOS

a) Descriptivos de la persona

Fecha: 28-08-19 Nombre: GVR Sexo: mas (X) fem () Edad: 66 años

Religión: católica Edo civil: soltero Escolaridad: analfabeta

Lugar de residencia: asilo

Domicilio actual (calle numero, colonia): calle: Ocampo # 121 col. Juárez Morelia
Michoacán

Características de la vivienda:

Renta: _____ Propia: _____ Otros: estancia geriátrica.

Material de construcción:

Adobe: _____ Ladrillo: (X) Otros: _____

Cuenta con los servicios básicos de vivienda:

Agua: X Potable: X Luz: X Eléctrica: X Drenaje: X

pavimentacion: X

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios básicos:

Alumbrado público: X Recolección de basura: X

Drenaje y alcantarillado: X

Rol que ocupa en la familia:

Padre () Madre () Hijo () Esposa/o () hermano (X)

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

Como es su relación con la familia:

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

Nivel de educación:

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

Otros: _____

Ocupación: vendedor ambulante Horario: domingo y jueves de 10:00am a 3: 00 pm

Antecedentes laborales: comerciante

Ingreso económico familiar:

Menos de 1 S.m. (x) 1-2 S.m. () mas de 3 S.m. ()

Dependencia económica: Si () No (x) De quien: Padres () Esposa/o ()

Otros: estancia geriátrica prima

b) Patron de vida.

¿Que actividades recreativas realiza en sus tiempos libres?

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

Otras: _____

¿Que hace usted para cuidar su salud? refiere seguir las recomendaciones señaladas por el médico.

c) Estado del sistema de salud

¿Como percibe su estado de salud?

Bueno () Regular (X) Deficiente ()

¿A que servicios de salud acude usted regularmente?

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

Diagnostico medico: depresion y diabetes mellitus II

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

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

Hace N/A De su casa al médico.

d) Estado del desarrollo

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

Si (X) No ()

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

¿Quien autoriza su tratamiento médico? la enfermera a cargo de la estancia geriátrica.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

a) Mantenimiento del aporte suficiente de aire.

F

Cianosis: Si () No (X) Especifique: _____

Ētabaquismo: Si () No: (X) Especifique: _

Ė

Si () No (X) Cuanto tiempo: _____

Ālergias: Si () No (X) Especifique: _____

Ĥipo de respiración:

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

Ėtros: _____

Ĥariz:

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

Ėdema: () Otros: _____

Ĥórax:

Ĥonel: () En quilla () En embudo: ()

p

l
UMSNH
e

ã

Otros: _____

Ruidos respiratorios: _____

Estertores: ()

Sibilancias: (X)

Murmullo vesicular: ()

Padece alguna enfermedad pulmonar:

Si ()

No: (X)

Especifique: ____

Cardiovascular:

T/A: 122/44

FC: 74x'

Soplos: ()

Arritmias: ()

Otras alteraciones: tos esporadica

Al realizar algun esfuerzo físico, presenta disnea:

Si: ()

No: (X)

Apoyo ventilatorio: NA

b) Mantenimiento de aporte de agua suficiente:

Valorar datos de deshidratación.

Mucosa oral:

Seca: ()

Hidratada: (X)

Piel:

Seca: ()

Escamosa: ()

Normal: (X)

Turgencia:

Normal: (X)

Escamosa: ()

Que cantidad de agua ingiere usted al día:

300-500 ml ()

500-1000 ml ()

1500-2000 ml (X)

> a 2000 ml ()

De donde proviene el agua que consume:

Llave publica (X)

Pipa: ()

Entubada: ()

Garrafon: () Otros: ____

Utiliza algún método para purificar el agua:

Si ()

No (X)

Especifique: _____

Ingiera algún otro tipo de líquido durante el día:

Si (X)

No ()

Especifique Cantidad: 600 ml

Aporte de líquidos parenterales:

Spécifique: hidratación oral (electrolitos)

c) Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos

Peso: 68 kg Talla: 1.66 cm IMC: 24.77 Cintura: 78 cm

Ha observado variaciones del peso:

Si () No (X)

Perdida: () Ganancia: ()

Nota: del tiempo que se le ha proporcionado cuidados de enfermería no ha presentado cambios en peso.

1-2 kg (X) 4-6 kg () 7-9 kg () > 10 kg ()

Dentadura:

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

Especifique: _____

Estado de las mucosas: normal

Presenta algún problema en la mucosa oral:

Si () No (x)

Spécifique:

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

() Edema () Lesión oral () Drenaje purulento () Gingivorragia ()

Ulceraciones () Otros: N/A

Alteraciones en cara y cuello: N/A

Abdomen:

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

Distensión abdominal: () Otros: _____

Presenta algún problema en la alimentación:

Si () No (x)

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

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

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

Otros: _____

Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse:

Si () No (X) Especifique: _____

Tipo de nutrición:

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

Nutrición Parenteral ()

Que tan frecuente come usted:

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

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

¿Con que guisa sus alimentos?

Aceite (X) Manteca: ()

¿Cómo es su dieta habitual?

Sin restricciones (X) Diabética () Hipo sódica () Hipo proteica () Híper proteica () Otros: _____

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

Grupo de evaluación intestinal:

Presencia de:

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

Pólipo rectal () Rectorragia () Otros: N/A

Alteraciones al evacuar.

Tenesmo: () Pujo () Cólico () Otros: N/A

Apoyo para la eliminación intestinal: No

Espontanea: (X) Estreñimiento: () Diarrea: () Otros:

Características de las heces fecales:

Café: (X) Acolia: () Melena: () Otros:

Consistencia de las heces fecales:

Pastosa (X) Semipastosa (X) Líquida () Semilíquida () Dura ()

Grupo de eliminación vesical:

Presencia de:

Incontinencia () Retención urinaria () Tenesmo () Disuria () Alteraciones uretero-vesicales:

Alteraciones en la micción:

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

Apoyo para la evacuación vesical:

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

Características de la micción:

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

Grupo transpiración:

Cambios en los patrones normales de sudoración

Disminuida: () Ausente (X) Aumentada ()

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal: 36.1 °C Dolor: () Alt. Emocionales ()

Temperatura ambiental: Otros:

Grupo menstruación:

Menarca: N/A Días del ciclo menstrual: _____

Tipo, cantidad y características del flujo: N/A

Presenta algún problema durante su menstruación:

Si () No () Ocasional () Especifique: _____

e) 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: refiere el usuario que
varía a veces descansa y a veces amanece cansado.

¿

Si (X) No ()

¿

Si (X) No ()

¿

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

Presencia de:

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

Eructos: () Ronquidos: (X) Enuresis: () Sonambulismo: () Terrores

Nocturnos: ()

Factores que interrumpen su descanso y sueño: refiere que a veces los
quejidos o gritos de sus compañeras no le permite conciliar el sueño de forma
normal.

¿

¿Acostumbras a tomar siestas?

Si () No (X)

¿

Si () No (X) Especifique: _____

p

UMSNH

Facultad De Enfermería

b

p

ACTIVIDAD:

Sistema Musculo Esquelético

Presencia en articulaciones de:

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

Especifique:

Tratamiento:

¿Alguna actividad física le produce dolor?

Si () No (X) Especifique:

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si (X) No () Cual: recreativas (juegos de mesa y juegos de memoria)

Frecuencia/duraciónn: 10-15 minutos

f) Mantenimiento del equilibrio entre soledad y la interacción

Sistema auditivo:

Presenta problemas de audición:

Si () No (X) Especifique: _____

Utiliza apoyo para escuchar:

Si () No (X)

Presencia de:

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

Lesiones ()

Sistema ocular:

Presenta problemas visuales:

Si () No (X) Especifique: _____.

Utiliza lentes: NO

Armazón: () Contacto: () Tiempo: todo el día

Presencia de alteraciones oculares:

Si () No (X) Especifique: _____.

¿Con quienes convive diariamente?

Con compañeros de la estancia geriátrica, doctora y personal de enfermería.

Familia () Amigos () Compañeros de Trabajo ()

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

Buena () Regular (X) Mala ()

¿A quién recurre para platicar de sus problemas?

Familia () Amigos (X) Nadie () Otros:

Refiere que en ocasiones con el personal de enfermería

Observar:

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

Otros:

Razones que le impiden socializar:

Lejanía (X) Enfermedad () Rechazo () Miedo (X)

Dificultad para la comunicación () Otros: maneja cambios de humor

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

Sistema Neurológico:

Estado de conciencia:

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

Coma () Glasgow: 15 puntos

Problemas con:

Concentración (X) Razonamiento () Especificar: _____

¿

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

Antecedentes heredofamiliares patológicos:

Si () No (X) Especifique: _____

Toxicomanías:

Si () No (X) Especifique: _____

z

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?

Si (X) No () Especifique: se moviliza en silla de ruedas, es asistido al baño por el personal de enfermería.

h) Funcionamiento humano y grupos sociales

¿Se acepta en su estado físico?

Si (X) No () Especifique: el hecho de que se mantendrá en su silla de ruedas

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad?

Si (X) No () Especifique: menciona que no es lo que esperaba en su vida, mas sin en cambio acepta los cabios que en su vida se han presentado.

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

Si (X) No () Especifique: "es asistido por el personal de enfermería En la mayoría de las actividades realizadas"

¿Considera que su vida es o ha sido productiva?

Si () No (X) Especifique: no ha sido productiva por el accidente que presento al quedar en silla de ruedas y presentar falta de movilidad en la pierna izquierda.

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales?

Si (X) No ()

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

Desesperanza y negatividad (X)

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

Negación (X) Inadaptación (X) 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 (X)	Especifique: _____
Edad escolar	Si ()	No (X)	Especifique: _____
Adolescente	Si ()	No (X)	Especifique: _____
Adulto joven	Si (X)	No ()	Especifique: <u>accidente automovilístico</u>
Edad fértil	Si ()	No (X)	Especifique: _____
Adulto maduro	Si ()	No (X)	Especifique: _____

2. Salud sexual

Sistema reproductor:

Has recibido educación sexual

Si (X) No () Especifique: _____

¿

¿Con que Frecuencia tiene actividad sexual? N/A

¿Está satisfecho con su vida sexual?

Si () No (X) Porque: no ha tenido vida sexual

Número de parejas sexuales: ninguno

¿Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales: N/A Si

Si () No () Especifique/tratamiento: _____

¿Utiliza algún método de planificación familiar:

Si () No () Especifique/tiempo: N/A

Número de hijos: 0

¿Tiene problemas de infertilidad:

Si () No (X) Especifique: _____

Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual:

e

n

UMSNH

t

a

Si () No (X) Especifique: _____

Tratamiento: _____

Cirugías realizadas en aparato reproductor:

Si () No (X) Especifique: _____

Hombre:

¿Acude a examen de Próstata/testicular?

Si () No () Especifique: N/A

¿

Si () No (X) Tratamiento: _____

¿

Si () No (X) Tratamiento: _____

Mujer:

Menarca: N/A Días del ciclo menstrual: N/A

Tipo, cantidad y características del flujo: N/A

Presenta algún problema durante la menstruación: N/A

Si () No () Ocasional () Especifique:

Embarazos: 0 Partos: 0 Cesáreas: 0 Abortos: 0

Partos prematuros: N/A Fechas de último Papanicolaou: N/A

Presencia de flujo/hemorragia trasvaginal: N/A Características:

p

¿Existen alteraciones de crecimiento físico?

Si () No (X) Especifique: _____

b

m

a

m

a III. REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

d

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

e

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

d

Especifique: médico general

e

¿Sabe usted de que está enfermo?

r

e

UMSNH

y

a

Si (X) No ()

¿Qué conoce acerca de su enfermedad?

que es contraproducente estar en aislamiento cuando no es necesario, que la mente debe estar trabajando en cosas positivas y que cuando sienta que no hay solución en algún problema necesita la ayuda de los que lo rodean para afrontar la situación.

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

Si () No (X)

¿En caso de déficit o incapacidad física, cuál es su sentimiento respecto a su situación? mucha tristeza, pero siempre hay solución.

¿

Si (X) No () Especifique: actividades recreativas como juegos de mesa o de memoria y ejercicios físicos como extensión y flexión de miembros superiores.

¿Identifica algún obstáculo que le impida continuar o llevar a cabo los cuidados para

Ambientales () Familiares () Personales ()

Especifique: _____

dh

ie

a

g

e

ó

s

e

ia

b

o

z

a

t
UMSNH

a

a

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Consentimiento informado

Yo G.V.R. doy mi consentimiento para participar en la metodología de investigación de enfermería (proceso de enfermería), que tiene como finalidad conocer e identificar las respuestas humanas, para planear y proporcionar cuidados de enfermería integrales que beneficiaran mi estado de salud, fundamentado en la teoría general del déficit de autocuidado, de Dorothea E. Orem. Así mismo para estructurar un trabajo académico, con fines de titulación, con fines de tener el grado de licenciado en enfermería.

He sido informado con claridad de los objetivos de la metodología de la investigación y de la importancia de mi participación en la misma, la cual no implica ningún tipo de riesgo a mi persona. Estoy convencido que mis datos serán 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 enfermera a través del conocimiento de mis necesidades. Se me ha informado que no existe riesgo alguno sobre mi salud y que mi participación será voluntaria en todo momento, y con pleno estado de mis facultades mentales. Sin recibir ninguna remuneración económica.

Enterado de quien es el responsable de la aplicación del proceso de enfermería, doy mi consentimiento para colaborar en el trabajo académico solicitado.



Usuario

pasante de la Lic. En enfermería

Testigo