



**Universidad Michoacana
De San Nicolás De Hidalgo**



Facultad De Enfermería

**Proceso De Enfermería Con El Referente Teórico De Dorothea Elizabeth Orem,
Aplicado A Un Adulto Mayor Con Obesidad, Artritis E Hipertensión Arterial**

Proceso De Enfermería Para Obtener El título De Licenciada En Enfermería

Presenta:

P.L.E. Alejandra González León

Asesora:

Dra. Ana Celia Anguiano

Coasesoras:

Dra Elva Rosa Valtierra Oba

Dra Barbara Mónica Lemus Loeza

Morelia Michoacán. Octubre 2022

Directivos

M.S.P. Julio César González Cabrera

Director de la facultad

M.E. Cecilia Castro Calderón

Secretaria Académica

M.E. Renato Hernández Campos

Secretarío Administrativo

Mesa sinodal

M.S.P. Julio Cesar González Cabrera
Presidenta

Dra. Barbara Mónica Lemus Loeza
Vocal 1

Dra. María Jazmín Valencia Guzmán
Vocal 2

Dedicatorias

A Dios

Por haberme permitido llegar hasta donde estoy, con esta victoria dando lo mejor de mi con mi entusiasmo, dedicatoria, cariño, y con todo lo que dios me ha bendecido; salud, bienestar, paciencia, bondad y amor, no hay palabras para describir el agradecimiento absoluto que le brindo a nuestro Dios.

A Mi Madre:

En especial a ella que siempre ha sido mi pilar para seguir adelante con sus consejos, que me inspiran para lograr todo lo que me proponga, me da fortaleza para cumplir mis sueños, me hace ver la realidad cuando llego a tener tropezones, y sobre todo el amor incondicional que me brinda, es algo inexplicable para poder describir lo que siento por ella, siempre caminando a mi lado en las buenas y en las malas, siempre esta y estará ahí para iluminarme con su sabiduría que me inspira a ser mejor persona.

A Mis Hermanos

Mis hermanitos me han brindado un gran apoyo sentimental, para lograr las metas que me proponga, dando lo mejor de mí, con sus consejos y sus regaños he aprendido a no darme por vencida, va a haber peores momentos en los que tenemos que estar siempre juntos apoyándonos y este es uno de ellos, que nunca me darán la espalda, al contrario, están siempre ahí para apoyarme como siempre lo han hecho, esto que ellos me demuestran es amor puro e infinito, los amo con todo mi corazón.

Agradecimientos:

A mi asesora

La doctora ana Celia Anguiano le agradezco que me haya ayudado a comprender la importancia que tiene el proceso de enfermería y a poder realizar mi proceso, con sus conocimientos, habilidades y destresas fue capaz de hacerme desempeñar lo mejor de mi, para poder cumplir una de mis metas.

A la facultad de enfermería

Por darme la oportunidad de aceptarme para poder lograr ser una profesionalista honesta y dedicada, esta fue la institución que formo parte de mi vida y me enseñó a ser lo que ahora soy.

Resumen

Adulto mayor de 83 años con antecedentes de obesidad grado III, hipertenso y artritis reumatoide, tiene mal control de sus tratamientos para sus patologías, se atiende en casa con enfermeras las 24 horas por alteración de su tensión arterial y dificultad para la movilidad y el traslado.

Debido al mal control y adhesión al tratamiento de la paciente, se realiza un plan de cuidados personalizado y especializados, se fijan unos objetivos alcanzables y previamente consensuados, unas intervenciones y finalmente las actividades que deberá realizar para poder llegar a unos resultados óptimos y cumplir con los objetivos propuestos.

Palabras claves:

Valoración

Diagnostico

Planeación

Ejecución

Evaluación

Abstrac

Adult over 83 years old with a history of grade III obesity, hypertension and rheumatoid arthritis, has poor control of his treatments for his pathologies, is cared for at home by nurses 24 hours a day due to changes in his blood pressure and difficulty with mobility and transfer .

Due to poor control and adherence to the patient's treatment, a personalized and specialized care plan is carried out, achievable and previously agreed objectives are set, interventions and finally the activities that must be carried out in order to achieve optimal results and comply with the objectives. proposed objectives.

Indice

Contenido	
Dedicatorias	4
Agradecimientos:	5
Resumen.....	6
Abstrac	7
Indice	8
I. Introducción	10
II. Justificación	11
III. Objetivos	12
IV. Marco teórico.....	13
4.1. Proceso de enfermería	13
4.1.1 Concepto	13
4.1.2 Objetivos:	13
4.1.3 Etapas del proceso de enfermería	14
4.1.3.1 Primera etapa Valoración.....	14
4.1.3.2 Segunda etapa Diagnóstico de Enfermería	15
4.1.3.3 Tercera etapa Planeación	15
4.1.3.4 Cuarta etapa Ejecución.....	15
4.1.3.5 Quinta etapa Evaluación	16
4.2. Teoría general del déficit de autocuidado de DOROTHEA E. OREM	17
4.2.1 Autocuidado	17
4.2.2. Déficit de autocuidado	18
4.3. Adulto mayor.....	18
4.3.1 Concepto	18
4.3.2. Características del adulto mayor.....	19
4.3.3. Cambios del adulto mayor	19
4.4. Hipertensión arterial	20
4.4.1Concepto	20
4.4.2 Epidemiología.....	21
	8

4.4.3 Etiología de la hipertensión arterial	23
4.4.4 Clasificación etiológica de la hipertensión arterial	24
4.4.5 Signos y síntomas de la Hipertensión arterial	25
4.4.6 Tratamiento de la hipertensión arterial	26
4.5. La obesidad.....	26
4.5.1. Concepto	26
4.5.2 Epidemiología de la obesidad	27
4.5.3 Etiología de la obesidad	28
4.5.4 Clasificación de la obesidad	29
4.5.5 Signos y síntomas de la obesidad	29
4.5.6 Tratamiento de la obesidad	30
4.6. La artritis reumatoide.....	31
4.6.1 Concepto artritis reumatoide.....	31
4.6.2 Epidemiología de la artritis reumatoide.....	32
4.6.3 Etiología de la artritis reumatoide.....	32
4.6.4 Signos y síntomas	33
4.6.5 Tratamiento de la artritis reumatoide.....	34
V. Metodología.....	35
VI. Caso clínico.....	37
VII. Consideraciones éticas.....	40
VIII. Aplicación del proceso de enfermería	46
Valoración de los requisitos de autocuidado	46
Ejecución	72
Evaluación	72
Conclusiones	72
Sugerencias	73
Referencias bibliográficas	74
Bibliografía	74
ANEXOS	80
Valoración de los requisitos de autocuidado	81

I. Introducción

El presente proceso enfermero se trata sobre los cuidados de enfermería con un paciente adulto mayor con obesidad, artritis e hipertensión arterial, dichas alteraciones modifican la calidad de vida la cual “se define como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectiva” (Calidad de vida del adulto mayor, 2015). Conforme pasan los años va en aumento el riesgo de padecer enfermedades como por ejemplo la hipertensión arterial una enfermedad crónica en la que aumenta la presión con la que el corazón bombea sangre a las arterias, para que circule por todo el cuerpo, es una enfermedad tratable con medicamento, alimentación y ejercicio, por otra parte la artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica de carácter autoinmune y etiología desconocida que tiene como órgano diana principal las articulaciones diartrodiales y su incidencia varía entre el 0,68 y el 2,9%, con una prevalencia que oscila entre el 0,3 y el 3% de la población, otro grave problema en México es la obesidad, el 70% de los mexicanos padece sobrepeso y casi una tercera parte sufre de obesidad, además, esta enfermedad se asocia principalmente con la diabetes y enfermedades cardiovasculares, pero también con trastornos óseos y musculares y algunos tipos de cáncer.

La obesidad y los problemas de salud relacionados afectan a los adultos mayores en México. En total, el 45% de los adultos mayores de 50 años tiene sobrepeso y 23% tiene obesidad. Las mujeres son más propensas que los hombres a tener obesidad y, en general, tienen un Índice de Masa Corporal (IMC) más alto. Los adultos mayores mexicanos obesos tienen 3 veces más probabilidad de desarrollar diabetes. La obesidad aumenta el riesgo de mortalidad 8-10 y caídas en esta población. La obesidad

se asocia con niveles bajos de vitamina D entre adultos mayores mexicanos, un factor de riesgo conocido para enfermedades cardiovasculares, enfermedades autoinmunes, osteoartritis e hipertensión (Wong, 2019).

La Atención es, en definitiva, el conjunto de medios humanos y materiales del sistema de salud, puestos a disposición de la población para atender los problemas sanitarios con complejidad y que, por ello mismo, mejoran la calidad de vida de las personas.

Se planea realizar una serie de actividades destinadas a mejorar la calidad de vida del paciente, y sobre todo mejorar su estado patológico.

II. Justificación

El proceso de enfermería se emplea para generar cambios positivos en las patologías del paciente que requiere de ciertos cuidados. El adulto mayor con comorbilidades tales como obesidad, artritis e hipertensión arterial, es complicado de tratar debido a los cambios anatómicos y fisiológicos que de manera natural se presentan además de las patologías aunadas, situación que aumenta los cuidados específicos, estos pacientes deben de ser tratados con delicadeza, atención y dedicación constante, con la finalidad de mejorar su calidad de vida. Cada una de las patologías requieren de ciertos cuidados que el profesional de enfermería debe de saber emplearlo de acuerdo a sus necesidades, como, por ejemplo: el adulto mayor obeso que padece artritis, cuenta con dificultad de la movilidad de los miembros superiores e inferiores, por lo constante hay que cargarlo para movilizarlo, así aumentando el riesgo de caídas y de úlceras por presión.

De aquí surge la importancia del Proceso de Enfermería que se define como “el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud” (Reina, 2010),

Es por esto que el Proceso de Enfermería se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional, fundamentada en el método científico.

Este trabajo se realizó con la finalidad de obtener el título de licenciada en enfermería y demostrar la importancia que tiene este, para cumplir los objetivos deseados en los pacientes.

III. Objetivos

Objetivos generales:

- Evaluar las intervenciones individualizadas del cuidado enfermero fundamentadas con el referente teórico de Dorothea E. Orem en un adulto mayor con obesidad, artritis e hipertensión arterial.
- Aplicar el proceso de enfermería con el referente teórico de Dorothea E. Orem (teoría de déficit de autocuidado) en un adulto mayor con diagnóstico de obesidad, artritis e hipertensión arterial.

Objetivos específicos:

- Valorar las respuestas humanas con base en los requisitos de autocuidado universales de Dorothea E. Orem.
- Priorizar los diagnósticos de enfermería de acuerdo a la taxonomía de la NANDA.
- Elaborar planes de cuidados individualizados considerando las intervenciones de la taxonomía NIC.
- Evaluar los planes de cuidado durante la aplicación del proceso de enfermería mediante la aplicación de la taxonomía del NOC.

IV. Marco teórico

4.1. Proceso de enfermería

4.1.1 Concepto

El proceso de enfermería es un modelo sistemático de pensamiento crítico, el cual promueve un nivel competente de cuidados, representa una resolución deliberada de problemas, y engloba todas las acciones importantes que realizan las enfermeras, por lo cual establece la base para la toma de decisiones (Ramírez, 2016). Es decir, enfermería tiene la capacidad para tomar decisiones importantes, porque cuenta con razonamiento, disciplina y valores para poder ejecutarlos.

El uso del proceso de enfermería establece la plataforma del razonamiento clínico, permite organizar tanto actividades cognitivas como la entrega de cuidados de enfermería, es más que una guía para la planificación y documentación formal de los cuidados. Es lo que debe guiar el pensamiento de las enfermeras diariamente. Las habilidades y capacidades que enfermería debe poseer al usar el proceso de enfermería, se pueden dividir en 3 categorías: cognitiva (pensamiento, razonamiento), psicomotora (hacer) y afectiva (sentimientos, valores) (Ramírez, 2016).

4.1.2 Objetivos:

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.

- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad (El Proceso de Atención de Enfermería, 2020)

4.1.3 Etapas del proceso de enfermería

4.1.3.1 Primera etapa Valoración

Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guían la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles, reflejando el estado de salud del individuo (Pérez, 2002). Es decir, busca recopilar toda la información necesaria para poder pasar a la siguiente etapa, cabe mencionar que en la valoración se debe de considerar lo siguiente:

- Recolectar la información de fuentes variadas (individuo, familia, personal del equipo de salud, registros clínicos, anamnesis, examen físico y laboratorio y otras pruebas diagnósticas) Para recolectar la información se utilizan métodos como la interacción personal, la observación y la medición.
- Realizar y registrar la valoración de acuerdo con el modelo conceptual adoptado, en este caso basado en la teoría de déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem
- Realizar la valoración del estado de salud del paciente de forma sistemática, registrando los datos, y empleando técnicas de valoración directa e indirecta.
- Analizar los datos obtenidos para pasar a la siguiente etapa.

4.1.3.2 Segunda etapa Diagnóstico de Enfermería

La segunda fase, el diagnóstico de enfermería, es el enunciado del problema real de alto riesgo o estado de bienestar para el sujeto de atención que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo con el conocimiento de la enfermería. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería. Los diagnósticos se clasifican de acuerdo a sus características (Pérez, 2002).

Para su realización se debe identificar, priorizar y registrar los problemas dependientes y los diagnósticos enfermeros que se derivan del análisis de los datos de la valoración. Revisar y actualizar los problemas interdependientes y los diagnósticos enfermeros en función de los cambios en el estado de salud del paciente, detectados a partir de la valoración continua y el análisis de los datos.

4.1.3.3 Tercera etapa Planeación

Una vez concluida la valoración e identificadas las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo los cuidados de enfermería, que conduzcan al usuario a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados (Proceso de Atención de Enfermería (PAE), 2013).

4.1.3.4 Cuarta etapa Ejecución

En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada, de las actividades que se llevan a cabo en esta fase cabe destacar la continuidad de la recogida y valoración de datos,

esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras: Continuar con la recogida y valoración de datos, Realizar las actividades de enfermería, Anotar los cuidados de enfermería, Dar los informes verbales de enfermería, Mantener el plan de cuidados actualizado, el profesional de enfermería tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo (Proceso de Atención de Enfermería (PAE), 2013).

La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras: continuar con la recogida y valoración de datos, realizar las actividades de enfermería, anotar los cuidados de enfermería, dar los informes verbales de enfermería, Mantener el plan de cuidados actualizado, el profesional de enfermería tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo.

4.1.3.5 Quinta etapa Evaluación

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones (Proceso de Atención de Enfermería (PAE), 2013).

4.2. Teoría general del déficit de autocuidado de DOROTHEA E. OREM

La teoría del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de cuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto. Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero pueden darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, al incluir las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería (Naranjo, 2019).

4.2.1 Autocuidado

Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. (Castro, 2010). En la cual existen algunos requisitos como:

Requisitos de autocuidado universal: Son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

Requisitos de autocuidado del desarrollo: Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, madurez y vejez.

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

Requisitos de autocuidado: Son reflexiones formuladas y expresadas sobre acciones que se sabe que son necesarias o que se supone que tienen validez en la regulación de aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, son expresiones de los objetivos a lograr al ocuparse intencionalmente del autocuidado. Se identificaron tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, del desarrollo y de desviación de la salud (Castro, 2010).

4.2.2. Déficit de autocuidado

El déficit de autocuidado es la relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la actividad auto asistencial en la que las actividades de autocuidado no son eficaces o no son suficientes para conocer y/o satisfacer parte o la totalidad de componentes de la demanda existente o potencial del paciente.

4.3. Adulto mayor

4.3.1 Concepto

El envejecimiento se caracteriza por cambios y transformaciones producidos por la interrelación entre factores intrínsecos (genéticos) y extrínsecos (ambientales), protectores o agresores (factores de riesgo) a lo largo de la vida. Estos cambios se manifiestan en pérdidas del estado de salud, condicionantes de su deterioro funcional, lo cual lleva al anciano a situaciones de incapacidad, tales como inmovilidad, inestabilidad y deterioro intelectual. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el inicio de la vejez o tercera edad es a partir de los 65 años (Laguado E., 2017).

4.3.2. Características del adulto mayor

Los adultos mayores presentan desventajas como la mayor exposición a enfermedades, sobre todo crónico-degenerativas e incapacitantes, muestran también condiciones de dependencia económica y pobreza, pérdida de las capacidades físicas y mentales y disminución en su grado de autonomía y adaptabilidad (Montoya, 2017).

4.3.3. Cambios del adulto mayor

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte (Organización Mundial de la Salud, 2021).

El deterioro físico derivado del proceso natural del envejecimiento, asociado a la presencia de una o más enfermedades y al estilo de vida del individuo, puede provocar que los adultos mayores no consigan realizar por sí mismos las actividades más elementales de la vida diaria. Algunas de las actividades cotidianas en las que el adulto mayor encuentra dificultad para realizar son: subir y bajar escaleras, aseo personal, vestirse, salir de la casa, apego a un tratamiento terapéutico, usar el teléfono, cocinar, asear la casa, moverse dentro de la casa, lavar la ropa, comer, entre otras (Rodríguez, 2014).

El envejecimiento implica una serie de cambios morfológicos y fisiológicos en todos los tejidos, y su conocimiento permite comprender las diferencias fisiopatológicas entre los adultos mayores y el resto de la población adulta. Los cambios asociados al envejecimiento son múltiples (Salech F., 2012).

Tales como nos dice la guía práctica clínica: la disminución en la agudeza visual es un factor de riesgo para caídas, depresión, aislamiento y dependencia funcional, la pérdida auditiva que se asocia con síntomas depresivos y aislamiento social, la incontinencia urinaria que contrae riesgo de úlceras por presión, infecciones del tracto urinario, sepsis, caídas, fracturas, depresión y aislamiento, el deterioro cognoscitivo es cualquier déficit de las funciones mentales superiores (lenguaje, razonamiento, cálculo, memoria, praxis, gnosia, etcétera), el más común es la pérdida de la memoria, el trastorno depresivo se asocia a síntomas inespecíficos como pérdida de peso, insomnio, somatización, irritabilidad, cambios en el estado de ánimo y aislamiento social, el delirium es un trastorno que afecta a individuos de cualquier edad y condición social, es particularmente frecuente en ancianos, sobre todo los que son frágiles o tienen demencia, el deterioro de la capacidad funcional es un fenómeno frecuente, el riesgo de caídas, el aislamiento social, entre otros.

4.4. Hipertensión arterial

4.4.1 Concepto

Es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias, que son grandes vasos por los que circula la sangre en el organismo. Se considera que la persona presenta hipertensión cuando su tensión arterial es demasiado elevada (OMS, 2021).

Cabe mencionar que al reducir la hipertensión previene infartos, accidentes cerebrovasculares y daños renales, además de otros problemas relacionados con la salud.

Las enfermedades cardiovasculares son las principales causas de muerte en el continente americano, además de ser una causa común de discapacidad, muerte prematura y altos costos para su prevención y control. Estas enfermedades afectan por

igual a los diferentes grupos de población, independientemente de su nivel cultural o socioeconómico, por lo que su prevención y control representan un reto para la salud pública del país, debido a que constituyen un conjunto de enfermedades que resultan de estilos de vida no saludables (Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009).

La hipertensión arterial sistémica se define tradicionalmente como una tensión arterial sistólica (PAS) 140 mm Hg o tensión arterial diastólica (PAD) 90 mm Hg, como promedio de 3 mediciones tomadas adecuadamente en 2 o más en visitas médicas (Guía Práctica Clínica, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL ADULTO MAYOR, 2017).

4.4.2 Epidemiología

Cada año mueren alrededor de 17 millones de personas en el mundo por enfermedad cardiovascular; se estima que cada cuatro segundos ocurre un evento coronario y cada cinco segundos un evento vascular cerebral.

Aproximadamente entre 1.5 a 5% de todos los hipertensos mueren cada año por causas directamente relacionadas a hipertensión arterial sistémica. Por su parte, la cardiopatía isquémica afecta a hombres de edad mediana y avanzada; su mortalidad es 20% más alta que en las mujeres, siendo los mayores de 65 años los más afectados (Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009).

Anualmente en la región de las Américas ocurren 1.6 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares, de las cuales alrededor de medio millón son personas menores de 70 años, lo cual se considera una muerte prematura y evitable. La hipertensión afecta entre el 20 y 40% de la población adulta y significa que alrededor de 250 millones de personas padecen de presión alta.

Dentro de la proporción de adultos con diagnóstico previo de hipertensión arterial, el 79.3% reportó tener tratamiento farmacológico para controlar sus valores de tensión arterial. De las personas que tienen hipertensión, la mayoría no muestra ningún síntoma; en ocasiones pueden presentar síntomas como dolor de cabeza, dificultad respiratoria, vértigos, dolor torácico, palpitaciones del corazón y hemorragias nasales, pero no siempre (Organización Mundial de la Salud, 2020).

La hipertensión arterial (HTA) es una de las enfermedades más prevalentes en el mundo actual, afecta alrededor del 25% de la población adulta en los países desarrollados. Esta proporción se incrementa en la población anciana, debido a los cambios asociados al envejecimiento, y se estima que la prevalencia de HTA en la población de edad mayor de 65 años es superior al 50%. Asimismo, de los diagnósticos de HTA en la población anciana el 50-65% corresponde a una HTA sistólica aislada. Todo ello ha adquirido una particular relevancia en los últimos años, y también será así en las próximas décadas, dado que se está produciendo una serie de cambios demográficos, fundamentalmente en las sociedades industrializadas, que conllevan un incremento muy importante de la población mayor de 65 años, junto con una mejor calidad y expectativa de vida (Payeras, 2002).

Al investigar la ocurrencia de HAS en relación a la edad, se observa un aumento progresivo de hipertensión en relación a la edad, llegando hasta el 70% entre los individuos con más de 70 años (Gue, 2012), es decir la prevalencia de hipertensión arterial entra en la edad adulta, es por esto que se hace mayor énfasis a los cuidados de este.

Aunque el porcentaje de personas con hipertensión ha cambiado poco desde 1990, el número de personas con hipertensión se duplicó hasta alcanzar los 1280 millones. Esto

se debió principalmente al crecimiento de la población y al envejecimiento. En 2019, más de mil millones de personas con hipertensión (el 82% de todas las personas con hipertensión del mundo) vivían en países de ingresos bajos y medianos (OMS., 2021) La prevalencia de hipertensión arterial en adultos mexicanos en condición de vulnerabilidad fue de 49.2% (46.8% en mujeres y 52.2% en hombres). De estos, 54.7% fue identificado con esta enfermedad hasta el momento de realizar la encuesta y 45.3% ya había sido diagnosticado previamente por un médico. En los residentes de áreas urbanas fue 27.7% más alto el porcentaje de adultos con HTA que en los residentes de áreas rurales. Los adultos con obesidad tuvieron una prevalencia de HTA 1.8 veces más alta que los adultos con IMC normal. En los participantes con obesidad abdominal con diagnóstico previo de diabetes o diagnóstico previo de insuficiencia renal fue más alto el porcentaje de diagnóstico de HTA ($p<0.05$) que en los participantes sin estas patologías (I. Campos, 2021).

4.4.3 Etiología de la hipertensión arterial

Entre los factores de riesgo modificables figuran las dietas malsanas (consumo excesivo de sal, dietas ricas en grasas saturadas y grasas trans e ingesta insuficiente de frutas y verduras), la inactividad física, el consumo de tabaco y alcohol y el sobrepeso o la obesidad.

Por otro lado, existen factores de riesgo no modificables, como los antecedentes familiares de hipertensión, la edad superior a los 65 años y la concurrencia de otras enfermedades, como diabetes o nefropatías (Organización Mundial de la Salud O. , 2021)

4.4.4 Clasificación etiológica de la hipertensión arterial

Primaria o Esencial: Se presenta en la mayor parte de los casos, no hay una causa orgánica identificable; entre otros mecanismos participan la herencia, alteraciones en el sistema nervioso simpático, el volumen sanguíneo, el gasto cardiaco, las resistencias arteriolas periféricas, el sistema renina-angiotensina-aldosterona, la sensibilidad al sodio y la resistencia a la insulina.

Secundaria: Se identifica una causa orgánica, que puede ser: renal, vascular, endocrina, del Sistema Nervioso Central, inducidas por medicamentos, inducidas por tóxicos e inducidas por el embarazo.

Renal: glomerulopatías, tubulopatías y enfermedades intersticiales.

Vascular: Coartación de la aorta, hipoplasia de la aorta, reno vascular, trombosis de la vena renal, arteritis.

Endocrina: Enfermedades de la tiroides o de la paratiroides, aldosteronismo primario, síndrome de Cushing, feocromocitoma.

Del Sistema Nervioso Central: Tumores, encefalitis, apnea del sueño.

Físicas: Quemaduras.

Inducidas por medicamentos: Esteroides suprarrenales, antiinflamatorios no esteroideos, inhibidores de la ciclooxigenasa 2, anfetaminas, simpaticomiméticos, anticonceptivos orales, ciclosporina, eritropoyetina, complementos dietéticos.

Inducidas por tóxicos: Cocaína, orozuz (Regaliz), plomo.

Inducidas por el embarazo: Incluye preeclampsia y eclampsia (Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009).

Categoría	Sistólica	Diastólica
Optima	≤ 120	≤ 80
Normal	120-129	80-84
Presión arterial fronteriza	130-139	85-89
Hipertensión grado I	140-159	90-99
Hipertensión grado II	160-179	100-109
Hipertensión grado III	≥ 180	≥ 110
Hipertensión sistólica aislada	≥140	≥90

(Guía Práctica Clínica, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL ADULTO MAYOR, 2017)

4.4.5 Signos y síntomas de la Hipertensión arterial

La mayoría de personas hipertensas ignoran que lo son, pues la enfermedad no siempre va acompañada de síntomas o signos de alerta, por lo que se dice que mata silenciosamente. Por tanto, es muy importante medir la tensión arterial periódicamente. Pueden presentarse síntomas como cefaleas matutinas, hemorragias nasales, ritmo cardiaco irregular, alteraciones visuales y acúfenos. La hipertensión grave puede provocar cansancio, náuseas, vómitos, confusión, ansiedad, dolor torácico y temblores musculares.

La única manera de detectar la hipertensión es recurrir a un profesional sanitario para que mida nuestra tensión arterial. Se trata de un proceso rápido e indoloro que también podemos hacer nosotros mismos con un aparato automático, si bien es importante que un profesional valore el riesgo existente y los trastornos asociados (Organización Mundial de la Salud O. , 2021).

4.4.6 Tratamiento de la hipertensión arterial

El tratamiento tiene como propósito evitar el avance de la enfermedad, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mantener una adecuada calidad de vida y reducir la mortalidad por esta causa, las especificaciones del mismo se señalan en la Guía de Tratamiento Farmacológico para el Control de la Hipertensión Arterial, que emite el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

En el primer nivel de atención se prestará tratamiento a los pacientes con HAS que tengan riesgo bajo o medio.

Los casos de HAS con riesgo alto y muy alto, con complicaciones cardiovasculares, HAS secundaria, HAS resistente y los casos de HAS asociada al embarazo, como la enfermedad hipertensiva del embarazo, serán referidos al especialista para su atención y en las instituciones públicas de salud al segundo nivel de atención médica.

El plan de manejo debe incluir el establecimiento de las metas de tratamiento, el tratamiento conductual, el tratamiento farmacológico, la educación del paciente y la vigilancia de complicaciones. Es recomendable incluir estudios de bioimpedancia o cardiografía para ajuste de tratamiento en pacientes en descontrol de su hipertensión (Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009).

4.5. La obesidad

4.5.1. Concepto

La obesidad es una enfermedad crónica de origen multifactorial, asociada a complicaciones de salud potencialmente graves, y con una elevada prevalencia a nivel mundial. Actualmente se considera uno de los principales problemas sociales y de

salud, hemos de entender la obesidad como una enfermedad crónica, multifactorial y multicausal, que se corresponde con una alteración de la correcta función del tejido adiposo, tanto de forma cuantitativa como cualitativa, en su capacidad para almacenar grasa. Además, ésta conlleva a una situación de inflamación del citado tejido (lipo-inflamación), íntimamente vinculada a desórdenes metabólicos, que a su vez están estrechamente asociados con el síndrome metabólico (Suárez W., 2017).

Los adultos mayores de ambos sexos tienen un menor gasto de energía, y, por lo tanto, pierden peso más lentamente que individuos más jóvenes, la tasa metabólica disminuye un 2% aproximadamente por década (Guía Práctica Clínica, Diagnóstico y tratamiento del Sobrepeso y Obesidad, 2018).

4.5.2 Epidemiología de la obesidad

En 2018 poco más de una quinta parte (22%) de niñas y niños con menos de 5 años, tiene riesgo de padecer sobrepeso. El grupo de edad que reporta la prevalencia más alta de obesidad es el grupo de 30 a 59 años: 35% de los hombres y 46% de las mujeres la padecen. En las zonas urbanas el sobrepeso en niñas y niños de 5 a 11 años representa 18%, mientras que en las rurales es de 17 por ciento. Los adultos mayores tienen otra dinámica: las mujeres presentan una prevalencia de obesidad más alta (40%) con respecto a los hombres; la diferencia es de 14 puntos porcentuales. La obesidad es un tema emergente de salud pública, la OMS señala que la acumulación excesiva de grasa puede ser perjudicial para la salud, poniendo a las personas en riesgo de tener enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer (INEGI, 2020).

“A nivel mundial, el sobrepeso y la obesidad están vinculados con un mayor número de muertes que la insuficiencia ponderal. En general, hay más personas obesas que con peso inferior al normal” (Organización Mundial de la Salud O. , 2021).

4.5.3 Etiología de la obesidad

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. A nivel mundial ha ocurrido lo siguiente:

- Un aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico que son ricos en grasa; y
- Un descenso en la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, los nuevos modos de transporte y la creciente urbanización.

A menudo los cambios en los hábitos alimentarios y de actividad física son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y de la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud; la agricultura; el transporte; la planificación urbana; el medio ambiente; el procesamiento, distribución y comercialización de alimentos, y la educación (Organización Mundial de la Salud O. , 2021).

En su etiopatogenia se considera que es una enfermedad multifactorial, reconociéndose factores genéticos, ambientales, metabólicos y endocrinológicos. Solo 2 a 3% de los obesos tendría como causa alguna patología endocrinológica, entre las que destacan el hipotiroidismo, síndrome de Cushing, hipogonadismo y lesiones hipotalámicas asociadas a hiperfagia. Sin embargo, se ha descrito que la acumulación excesiva de grasa, puede producir secundariamente alteraciones de la regulación, metabolización y secreción de diferentes hormonas (Moreno, 2012).

4.5.4 Clasificación de la obesidad

Se recomienda utilizar el cálculo del Índice de Masa corporal como una estimación práctica para clasificar a los adultos con bajo peso, sobrepeso u obesidad.

IMC < 18.5	Por debajo del peso normal
IMC \geq 18.5 y < 25	Peso normal
IMC \geq 25 y < 30	Sobrepeso
IMC \geq 30 y < 35	Obesidad grado I
IMC \geq 35 y < 40	Obesidad grado II
IMC \geq 40	Obesidad grado III

(Guía Práctica Clínica, Diagnóstico y tratamiento del Sobrepeso y Obesidad, 2018)

4.5.5 Signos y síntomas de la obesidad

El índice de masa corporal y la circunferencia de cintura son dos mediciones que se pueden utilizar como herramientas de tamizaje para estimar el estado del peso en relación al riesgo potencial de enfermedad (Guía Práctica Clínica, Diagnóstico y tratamiento del Sobrepeso y Obesidad, 2018).

Los síntomas que produce la obesidad están provocados por el propio aumento del peso corporal y por las consecuencias y complicaciones que esto conlleva, responsables de la reducción en la expectativa de vida del obeso.

El cansancio y la dificultad para el desarrollo de tareas cotidianas son limitaciones frecuentes inducidas por la obesidad.

Además, puede dar lugar a complicaciones metabólicas como la diabetes mellitus, aumento de triglicéridos, colesterol y ácido úrico, lo que favorece las crisis de gota.

También disminuye la tolerancia al esfuerzo.

Favorece la aparición de hipertensión arterial y supone un factor de riesgo vascular para el desarrollo de insuficiencia coronaria y de accidentes vasculares cerebrales.

Las complicaciones articulares, especialmente en caderas y rodillas, limitan la actividad física.

Cuando el exceso de peso es muy importante, puede originar síndrome de apnea del sueño, que reduce el nivel de oxígeno de la sangre y provoca sufrimiento de los tejidos del organismo (Silva, 2020).

4.5.6 Tratamiento de la obesidad

La guía práctica clínica de Diagnóstico y Tratamiento del Sobrepeso y Obesidad nos orienta sobre tres métodos fundamentales para lograr el objetivo de esta:

- Tratamiento dietético; estudios metabólicos usando diferentes técnicas muestran que todos los adultos perderán peso si son alimentados con menos de 1000 kcal/día. Aún los sujetos que son metabólicamente resistentes a perder peso lo perderán si llevan una dieta de 800 a 1200 kcal/día. Si la pérdida de peso es de menos del 5 % en los primeros 6 meses de tratamiento se debe intentar con otras estrategias.
- Ejercicio; incrementar el gasto de energía por medio de la actividad física es un predictor fuerte del mantenimiento de la pérdida de peso, aunque sea menos efectivo que la restricción dietética.
- Tratamiento conductual; la terapia conductual o modificación conductual es uno de los pilares en el tratamiento de la obesidad. Su objetivo es el ayudar a los pacientes con cambios a largo plazo en la forma en la que comen modificando y monitoreando su ingesta alimentaria, su actividad física y controlando los estímulos en el entorno que detonan la ingesta de alimentos.

En una situación tan multifactorial como es la de la obesidad común, las estrategias terapéuticas al uso comparten un objetivo común y prioritario: corregir el balance energético

positivo, reducir los depósitos grasos excesivos y, por tanto, el peso corporal, pero con la simultánea preservación de la masa magra.

“El tratamiento de la obesidad se fundamenta en cinco modalidades terapéuticas, y será más eficaz si éstas son utilizadas adecuadamente:

- Dieta
- Actividad física
- Terapia conductual
- Fármacos
- Cirugía bariátrica”

(Silva, 2020)

4.6. La artritis reumatoide

4.6.1 Concepto artritis reumatoide

La artritis reumatoidea se define como una enfermedad inflamatoria crónica de las articulaciones diartrodiales, determinada por hipertrofia de la membrana sinovial, pérdida osteocartilaginosa y deformación articular. Aparte de las articulaciones puede comprometer cualquier otro órgano, y comportarse extraarticularmente en cerca del 30 % de los casos. Si bien se ha avanzado en el conocimiento de la fisiopatología de la enfermedad, su etiología resulta todavía desconocida. La artritis reumatoidea afecta a cerca del 1 % de la población caucásica, y en específico a enfermos del sexo femenino (en calidad de tres veces mayor en pacientes masculinos) entre la tercera y cuarta décadas del ciclo vital (Camacho P., 2019)

Las anormalidades inmunitarias más importantes incluyen inmunocomplejos producidos por células del revestimiento sinovial y en los vasos sanguíneos inflamados. Las células

plasmáticas producen anticuerpos que contribuyen a estos complejos, aunque puede presentarse una artritis destructiva en ausencia de estos. Los macrófagos también migran hacia la membrana sinovial afectada en las primeras etapas de la enfermedad; en los vasos inflamados, se observan células derivadas de macrófagos (Kontzias, 2020).

4.6.2 Epidemiología de la artritis reumatoide

“La artritis reumatoide afecta aproximadamente al 1 por ciento de la población general” (Guía práctica Clínica, 2010).

Según cálculos de la OMS, la artritis reumatoide afecta entre el 1 y 1.5 % de la población mundial; además en Latinoamérica, cifras de la Organización Panamericana de la Salud, indican que hay 34 millones de personas con discapacidad permanente y 140 millones con discapacidad temporal a causa de las enfermedades reumáticas (Gobierno de Mexico, 2017).

La artritis reumatoide tiene distribución universal y su incidencia varía entre el 0,68 y el 2,9%, con una prevalencia que oscila entre el 0,3 y el 3% de la población, según los distintos países. Las mujeres sufren la enfermedad tres veces más que los hombres; sin embargo, en las formas seropositivas y erosivas de la enfermedad esta desigualdad desaparece. La artritis reumatoide puede aparecer a cualquier edad, pero es más frecuente entre la cuarta y la sexta décadas de la vida (Lozano, 2001).

4.6.3 Etiología de la artritis reumatoide

Se considera que la artritis reumatoide es el resultado de la interacción de un antígeno desencadenante y una base genética predisponente.

La naturaleza del factor desencadenante es desconocida. A pesar de que se ha buscado con tenacidad la posible responsabilidad de un agente bacteriano o vírico,

hasta el momento no hay ninguna prueba definitiva que confirme esta posibilidad. Se ha logrado producir una artritis experimental semejante a la artritis reumatoide humana mediante la inoculación de diversos microorganismos, pero no hay razones firmes para identificar estas artritis experimentales con la artritis reumatoide humana (Lozano, 2001).

Su causa aun es desconocida, no obstante, se ha observado que en la mayoría de casos se relaciona con una predisposición genética del alelo HLA DR4, y/o los alelos relacionados del complejo de histocompatibilidad clase II. Sin embargo, los factores de riesgo genético no explican en su totalidad la aparición de esta patología, por lo que se han postulado teorías que sugieren que, además de la predisposición genética, puede haber influencia de factores ambientales como agentes infecciosos, entre estos: virus Epstein-Barr (EBV), retrovirus, parvovirus B19, virus de la hepatitis C, Mycobacterium tuberculosis y el micoplasma proteus; desencadenan la manifestación de la enfermedad (Morales, 2013).

Cabe mencionar que existen varios tipos de artritis entre ellos estos son los más conocidos: la artritis del pulgar, artritis idiopática juvenil, artritis psoriásica, artritis reactiva, artritis reumatoide, artritis séptica, espondiloartritis anquilosante, gota y la osteoartritis.

4.6.4 Signos y síntomas

Generalmente afecta la muñeca y otras articulaciones de la mano, pero no las que están más cerca de las uñas. Otras articulaciones afectadas por la artritis reumatoidea pueden ser codos, hombros, cuello, mandíbula, caderas, rodillas, tobillos y pies. Sin embargo, raramente daña la columna vertebral.

La afectación suele ser simétrica, por ejemplo, en ambas manos o en ambas rodillas. Empieza de forma lenta, con síntomas iniciales como dolor articular leve, rigidez y cansancio.

Es bastante frecuente la rigidez matutina, que dura por más de una hora: el paciente despierta y siente dolor en las articulaciones luego de dormir; las articulaciones pueden sentirse calientes, sensibles y rígidas. Con el paso del tiempo, las articulaciones pueden perder su rango de movilidad y deformarse en forma progresiva (Stories, 2017)

La mayor parte de los pacientes con AR despliegan un curso insidioso, inicialmente se manifiestan con síntomas generales como astenia, anorexia, debilidad generalizada, y síntomas músculo-esqueléticos inespecíficos, hasta que se evidencia la sinovitis. En estadíos tempranos de la enfermedad es difícil establecer un diagnóstico ya que su clínica es muy inespecífica, conforme avanza la enfermedad aparecen síntomas más característicos como la afección poliarticular, en especial de manos, muñecas, rodillas y pies; usualmente siguiendo una distribución simétrica (Morales, 2013).

4.6.5 Tratamiento de la artritis reumatoide

- Fármacos o sustancias
- Modificaciones del estilo de vida, tales como el reposo, la dieta, el ejercicio y dejar de fumar
- Fisioterapia y terapia ocupacional
- En ciertas ocasiones, intervención quirúrgica

El tratamiento incluye medidas básicas conservadoras junto con fármacos y tratamientos quirúrgicos. El objetivo de las medidas básicas es aliviar los síntomas de

la persona e incluyen reposo y nutrición adecuada y fisioterapia. Se deben adoptar medidas para reducir el riesgo de enfermedades cardíacas como dejar de fumar, y recibir tratamiento, en caso necesario, para la hipertensión arterial y la elevación de los niveles de lípidos o colesterol en sangre (Kontzias, 2020).

V. Metodología

La base teórica para la realización del presente proceso de enfermería se realizó con fines de titulación. Desde el punto de vista metodológico, primero se seleccionó al paciente adulto mayor con obesidad, artritis reumatoide e hipertensión arterial, se le invito a colaborar en este estudio de investigación, se le informo sobre la metodología a aplicar mencionando el objetivo es tener un mejor entendimiento de los factores de riesgo de dichos padecimientos, así se obtuvo un consentimiento verbal y por escrito.

El 14 de Junio del 2022 se realizó la primera valoración posteriormente con base en esta etapa se emitieron los diagnósticos de enfermería, para después diseñar un plan de acción enfermero. El periodo de la aplicación fue desde el 14 de Junio del 2022 durante este periodo se trabajó de forma cercana y periódica con la paciente, para responder a las necesidades basadas en las respuestas humanas.

La aplicación del proceso de enfermería con el referente teórico Dorothea E. Orem y con la importancia que tiene la profesión de enfermería, así aplicarlo a un paciente adulto mayor con un diagnóstico médico de obesidad grado III, artritis reumatoide e hipertensión arterial de Morelia Michoacán desarrollando las cinco etapas que conforman del proceso enfermero: Valoración, Planeación, Diagnostico, Ejecución y Evaluación.

También se realizó una observación de unas semanas al paciente y así guiarnos sobre los diagnósticos que se podrían emplear para trabajar con el proceso de enfermería.

Se llevó a cabo un acuerdo con el paciente y familiar elegido, si estaba de acuerdo en ayudarlo a mejorar su salud, se le dio un cuestionario de la teoría de Dorothea E. Orem de la cual consta de varias preguntas básicas y personales sobre su vida y de sus problemas de salud y así poder ayudarlo a mejorar sus patologías.

Cabe mencionar que llevando el orden de proceso de enfermería el resultado es favorable de mejorar o de resolver el problema de salud. También se trabajó con la teoría de déficit de auto cuidado de Dorothea Elizabeth Orem para llevar a cabo una mejor atención a la paciente, se trabajó con los diagnósticos de la NANDA y con las intervenciones del NIC para que haya mejor resultado y con el NOC lograr los objetivos establecidos.

VI. Caso clínico

A.L.F. de 83 años de edad, sexo masculino, originario y residente de Morelia Michoacán, de religión católica, estado civil casado, escolaridad licenciatura completa (posgrado), ocupación pensionada, tipo de interrogatorio: mixto (esposa).

Antecedentes personales no patológicos: grupo y Rh O-, esquema de vacunación para la edad completo más 3 dosis de vacuna covid-19 marca Pfizer.

Antecedentes heredofamiliares: diabetes mellitus; padre y hermanos, hipertensión arterial; abuela paterna y madre, tuberculosis; preguntados y negados, cáncer; preguntados y negados.

Antecedentes personales patológico: alergias; preguntadas y negadas, quirúrgicos apendicetomía a los 38 años, transfusiones sanguíneas negadas.

Vive en casa propia, estado socioeconómico alto-bajo, su casa cuenta con todos sus servicios; agua potable, luz, drenaje y alcantarillado, está bien iluminada y ventilada, y se realiza aseo diario.

El padecimiento de obesidad lo ha tenido desde hace 50 años mostrando tallas grandes y agitación al realizar actividades pesadas, la hipertensión arterial la contrajo hace 34 años mostrando síntomas de dolor de cabeza y zumbido de oídos y la artritis reumatoide comenzó con síntomas de hinchazón y dolor en las articulaciones desde hace 14 años.

Antecedentes patológicos con toxicomanías de tabaquismo durante su juventud con una duración de 10 años aproximadamente, alcohol ocasional, niega el consumo de drogas y sustancias nocivas.

Basados a su alimentación consume 4 veces a la semana carnes (rojas y blancas), verduras 3 veces a la semana (papa, calabaza, zanahoria, brócoli, col y chayote), fruta 3 veces a la semana (comiendo frutas de temporada, le gusta mucho el aguacate y el mango),

generalmente desayuna con 1 café cargado con pan, acompañado con huevo con jamón y frijoles y 3-4 tortillas hechas a mano, en la comida come caldo de pollo con verduras, 4-5 tortillas y de tomar puede ser agua de sabor o un refresco de peñafiel, para el refrigerio en ocasiones consume fruta ya sea fresas con crema, mango, cabe resaltar que le gusta comer chocolate y casi todos los días consume barra de chocolate, para la cena consume, leche con pan o galletas, arroz o avena con leche, o dos tacos de frijoles.

Pasando el tiempo y con vida sedentaria llego a aumentar 2 kg en un mes, sin realizar alguna dieta especial para sus padecimientos, menciona que siempre ha estado gordito y come lo que le gusta.

Consume alrededor de 700 mililitros de agua al día más 500 mililitros de refresco mineralizado (agua mineral peñafiel).

Evacua de 1 a 2 veces al día en poca cantidad textura semilíquida y en ocasiones con moco, la orina es de color amarillo concentrado, cambio de ropa diario, cepillado de prótesis dental después de cada comida, durante la noche duerme de 5-8 horas y por el día duerme por lapsos pequeños, con medicamento para poder conciliar el sueño.

Se mantiene en reposo en reposet por dificultad de la movilidad de miembros superiores e inferiores, con cambio de posición según lo requiera (cada 2-3 horas), duerme de 1-3 horas por lapsos pequeños, suele escuchar música ligera y el noticiero para mantenerse informado y cada tercer día recibe ejercicio de rehabilitación.

Signos vitales, los cuales se encuentran alterados

Tensión arterial 140/85 mm/Hg

Frecuencia cardiaca 60 pulsaciones por minuto

Frecuencia cardiaca central 61 latidos por minuto

Frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto

Temperatura 36.4 °C

Su perímetro abdominal es de 152 cm, peso de 133 kg, con una estatura de 1.82 y un IMC de 40.3

Desde que comenzó con la obesidad se le informaron acerca del riesgo que contraen al mantener este peso, fue sometido a tratamiento dietético que no logro continuar, debido a su trabajo y estilo de vida.

VII. Consideraciones éticas

El Código de Núremberg recoge una serie de principios que rigen la experimentación con seres humanos; el consentimiento es voluntario del sujeto humano, en beneficio de la sociedad, de tal forma que los resultados previos justificarán la realización del cuestionario. Se evite todo sufrimiento físico y mental innecesario y todo daño, para proteger al sujeto en participación, por personas científicamente cualificadas y con toda la libertad.

I. Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano.

II. El experimento debe ser útil para el bien de la sociedad, irremplazable por otros medios de estudio y de la naturaleza que excluya el azar.

III. Basados en los resultados de la experimentación animal y del conocimiento de la historia natural de la enfermedad o de otros problemas en estudio, el experimento debe ser diseñado de tal manera que los resultados esperados justifiquen su desarrollo.

IV. El experimento debe ser ejecutado de tal manera que evite todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario.

V. Ningún experimento debe ser ejecutado cuando existan razones a priori para creer que pueda ocurrir la muerte o un daño grave, excepto, quizás en aquellos experimentos en los cuales los médicos experimentadores sirven como sujetos de investigación.

VI. El grado de riesgo a tomar nunca debe exceder el nivel determinado por la importancia humanitaria del problema que pueda ser resuelto por el experimento.

VII. Deben hacerse preparaciones cuidadosas y establecer adecuadas condiciones para proteger al sujeto experimental contra cualquier remota posibilidad de daño, incapacidad y muerte.

VIII. El experimento debe ser conducido solamente por personas científicamente calificadas. Debe requerirse el más alto grado de destreza y cuidado a través de todas las etapas del experimento, a todos aquellos que ejecutan o colaboran en dicho experimento.

IX. Durante el curso del experimento, el sujeto humano debe tener libertad para poner fin al experimento si ha alcanzado el estado físico y mental en el cual parece a él imposible continuarlo.

La Declaración de Helsinki ha sido promulgada por la Asociación Médica Mundial (AMM) como un cuerpo de principios éticos que deben guiar a la comunidad médica y otras personas que se dedican a la experimentación con seres humanos con el derecho a tomar decisiones informadas. convirtiéndose en uno de los documentos de excelencia en materia de protección y regulación ética de la investigación en seres humanos. Por muchos es considerada como el documento más importante en la ética de la investigación con seres humanos, a pesar de que no es un instrumento legal que vincule internacionalmente. Su autoridad emana del grado de codificación interna y de la influencia que ha ganado a nivel nacional e internacional.

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;
- Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;

- Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;
- Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;
- El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, discapacidad, muerte del sujeto en quien se realice la investigación;
- Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

Factores condicionantes básicos

- Masculino de 83 años.
- Consciente y orientado en tiempo y lugar
- Casado con 4 hijos
- Pensionado
- Sedentario
- Obesidad grado III
- Hipertenso
- Artritis reumatoide
- Estado de salud delicado
- Dificultad para la movilidad de miembros superiores e inferiores
- Rigidez, limitación y delicadeza de miembros superiores e inferiores
- Dificultad para el traslado
- Sin alergias
- Tabaquismo de 10 años
- Alteración constante de la T/A
- Dentadura incompleta
- Dificultad para defecar con medicado para defecar
- Aporte de una ingesta elevada de alimentos
- Dificultad para conciliar el sueño con medicación para conciliar el sueño
- Cansancio al trasladarlo a la silla de ruedas
- Apoyo para higiene personal
- Apoyo para alimentación
- Apoyo para realizar ejercicios de rehabilitación

- Recostado en el mayor tiempo del día

La teoría que describe Orem es la teoría del autocuidado en la que explica el concepto de que es una contribución del individuo a su propia existencia en beneficio de su vida o bienestar es decir describe por qué y cómo las personas cuidan de sí misma.

A continuación, se describirá la valoración de enfermería realizada al paciente al estar en contacto con él.

Descriptivos de la persona: Paciente A.L.F. masculino de 83 años de edad, residente en Morelia Michoacán, nivel socioeconómico alto- bajo, vive en casa propia con su esposa y 1 de sus hijas, sedentario, y con dificultad de la movilidad, rigidez y delicadeza de los miembros superiores e inferiores, usa pañal, uso de silla de ruedas para el traslado apoyado por sus enfermeras, higiene personal, muestra depresión, dificultad para conciliar el sueño, en fin, dificultad para realizar cualquier actividad.

Patrón de vida: A.L.F. no tiene una rutina física ni religiosa, en cuanto a alimentación lleva una vida muy descontrolada, por el consumo excesivo de estos, tiene dificultad para conciliar el sueño durante las noches, ya que durante el día duerme alrededor de 2-3 horas por ratos pequeños, se mantiene recostado o sentado en el reposet, por las mañanas se le realiza ejercicios de rehabilitación en sus miembros superiores e inferiores después mira el noticiero, por las tardes escucha música y esta son sus actividades del diario.

Estado general de salud

Condiciones patológicas diagnosticadas: adulto mayor com obesidad grado III, hipertensión arterial y artritis reumatoide, se mantiene en tratamiento con la hipertensión y la artritis reumatoide.

Condiciones valoradas por la enfermera: se realiza una valoración de sus condiciones patológicas, su control nutricional, su actividad/reposo y sus constantes vitales alteradas manteniendo una T/A 140/85 mg , frecuencia cardiaca (pulso) 60 pulsaciones por minuto., frecuencia cardiaca central 61 latidos por minuto, frecuencia respiratorio 18 respiraciones por minuto, y temperatura de 36.4°C .

VIII. Aplicación del proceso de enfermería

Valoración de los requisitos de autocuidado

ORGANIZACIÓN Y JERARQUIZACIÓN DE DATOS UTILIZANDO LOS REQUISITOS DE LA TEORÍA DE OREM PRIORIZANDO Y ENFATIZANDO EL REQUISITO ALTERADO.

1 TEORÍA DE AUTOCUIDADO			
FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS			
PACIENTE: A.L.F.	RELIGIÓN: católica	CAMA: N/A	GPO. Y RH: O-
EDAD: 83	LUGAR DE RESIDENCIA: Morelia	NÚMERO DE EXPEDIENTE: N/A	ALERGIAS: Negadas
GÉNERO: Masculino	OCUPACIÓN: Pensionado	FECHA DE INGRESO: N/A	FECHA DE
ESTADO CIVIL: Casado	SERVICIO: N/A		VALORACIÓN: 14/Julio/2022

<p>REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL</p>	<p>a. Mantenimiento del aporte de aire suficiente. FC:60 x¹ T/A: 140/85 mmHg. FR: 18 x¹ SpO₂: 90 %</p> <p>b. Mantenimiento de un aporte de agua suficiente La paciente consume un aproximado de 700 ml de agua por día.</p> <p>c. Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente. Peso: 133kg Talla: 1.82 m IMC: 40.3 Niveles de Glucosa: 98 mg/dl</p> <p>d. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreción. Dificultad para defecar sin tratamiento</p> <p>e. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo. Dificultad para conciliar el sueño, por cansancio de estar postrado en cama, fisioterapia 5 veces a la semana</p> <p>f. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social Convive y tiene buena relación con su familia.</p> <p>g. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano. Aplicación de cremas hidratantes, masajes y cambio de posición casa 2-3 horas para evitar úlceras por presión</p> <p>h. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de Acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseo de ser normal. Buena relación con sus familiares, está</p>
--	--

	al pendiente de su padecimiento de hipertensión por alteración de cifras, tabaquismo en su juventud con una duración de 10 años, descontrol en su ingesta de alimentos, no realiza ningún tipo de ejercicio físico		
REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO	a. Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los de desarrollo Etapa de desarrollo: Rol (es): padre y esposo Salud Sexual: N/A por la edad		
REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN CASO DE DESVIACIÓN DE LA SALUD	MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA INTERACCIÓN SOCIAL Y LA SOLEDAD: menciona sentirse inútil por no poder realizar las acciones para su propio autocuidado. Pero al observarlo se ve deprimido, por no poder realizar ninguna actividad, por estar encerrado a lo rutinario, de no poder hacer lo que quisiera hacer.		
2 TEORÍA DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO		3 TEORIA DE SISTEMAS	
		T.C.	P.C.
		A.E.	

AGENCIA DE AUTOCUIDADO (CAPACIDADES) respirar sin apoyo de oxígeno, comunicarse (hablar), escuchar, avisar para que lo lleven al baño, defecar.			X
DÉFICIT DE AUTOCUIDADO (LIMITACIONES): Para aseo personal (bañarse, cambiarse, ponerse crema, aseo bucal, cortarse las uñas, peinarse, etcétera), apoyo para alimentación, hidratación, traslado, cambio de posición, ir al baño, limpiarse, cambiarse el pañal, tomar medicamentos, movilizarse.	X		

JUICIO DIAGNÓSTICO				
DATOS SIGNIFICATIVOS (Evidencia)	ANÁLISIS DEDUCTIVO Dominio, Clase, requisitos de autocuidado involucrados	P PROBLEMA Etiqueta diagnóstica NANDA II	E FACTORRELACIONADO Etiología	S MANIFESTACIONES Signos y Síntomas
Masculino de 83 años Rigidez, limitación y delicadeza de miembros superiores e inferiores Apoyo para higiene personal Apoyo para alimentación Sedentario Apoyo para ejercicios.	Dominio 1: Promoción a la salud Clase 2: Gestión a la salud Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo Pág. 150 Nanda 2015- 2017	00257 SÍNDROME DE FRAGILIDAD DEL ANCIANO	Antecedentes de caídas Enfermedades crónicas Sedentarismo Obesidad sarcopénica Malnutrición	Déficit de autocuidado: alimentación Déficit de autocuidado: baño Déficit de autocuidado: uso del inodoro Deterioro de la movilidad física

<p>Masculino de 83 años de edad</p> <p>Peso de 133 kg</p> <p>Cintura 152 cm</p> <p>IMC 40.3</p> <p>Hipertenso</p> <p>Sedentario</p> <p>Tabaquismo durante su juventud de 10 años</p> <p>Obesidad grado III</p> <p>Rigidez, limitación y delicadeza de miembros superiores e inferiores</p>	<p>Dominio 4: Actividad/reposo</p> <p>Clase 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares</p> <p>7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano</p> <p>pág.: 225 Nanda 2015-2017</p>	<p>00293 RIESGO DEL DETERIORO DE LA FUNCIÓN CARDIOVASCULAR</p>	<p>Antecedentes de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Antecedentes familiares de enfermedades vasculares</p> <p>Edad ≥65 años</p> <p>Hipertensión</p> <p>Obesidad</p> <p>Sedentarismo</p> <p>Tabaquismo</p>	
--	---	--	---	--

<p>Masculino de 83 años de edad</p> <p>Peso de 133 kg</p> <p>Hipertenso</p> <p>Sedentario</p> <p>Tabaquismo durante su juventud de 10 años</p> <p>Obesidad grado III</p> <p>Rigidez, limitación y delicadeza de miembros superiores e inferiores</p> <p>Apoyo</p>	<p>Dominio 11:</p> <p>Seguridad/protección</p> <p>Clase 2: Lesión física</p> <p>5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo</p> <p>Pág.:408 Nanda 2015-2017</p>	<p>00249 RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN</p>	<p>Alteración en la sensibilidad</p> <p>Aumento del tiempo inmóvil sobre superficies duras</p> <p>Déficit de autocuidado</p> <p>Disminución de la movilidad</p> <p>Enfermedad cardiovascular</p> <p>Inmovilización física</p> <p>Peso extremo</p> <p>Reducción del grosor del tejido que envuelve el tríceps</p> <p>Tabaquismo</p>	
---	--	--	--	--

<p>Masculino de 83 años. Sedentario Obesidad grado III Hipertenso Artritis reumatoide Estado de salud delicado Dificultad para la movilidad de miembros superiores e inferiores Rigidez, limitación y delicadeza de miembros superiores e inferiores Dificultad para el traslado</p>	<p>Dominio 1: Promoción de la salud Clase 2: Gestión de la salud 7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano Pág.:148 Nanda 2015-2017.</p>	<p>00043 PROTECCIÓN INEFICAZ</p>	<p>Edades extremas Nutrición inadecuada Agentes farmacológicos</p>	<p>Debilidad Inmovilidad</p>

Alteración constante de la T/A				
Dificultad para defecar con medicado para defecar				
Aporte de una ingesta elevada de alimentos				
Cansancio al trasladarlo a la silla de ruedas				
Apoyo para higiene personal				
Apoyo para alimentación				
Apoyo para realizar ejercicios de rehabilitación				
Recostado en el mayor tiempo del día				

--	--	--	--	--

Déficit de autocuidado	(00257) Síndrome de fragilidad del anciano relacionado con antecedentes de caídas enfermedades crónicas, sedentarismo, obesidad sarcopénica, malnutrición manifestado por déficit de autocuidado: alimentación, déficit de autocuidado: baño, déficit de autocuidado: uso del inodoro y deterioro de la movilidad física					
	DOMINIO	Promoción a la salud	CLASE	Gestión a la salud	PÁGINA	Pág. 150 Nanda 2015-2017
Requisito de Autocuidado Universal	Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	Sistema de enfermería				
Requisito de Desarrollo	Mayor flexibilidad en articulaciones	Intervención	0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular	Sistema de enfermería	Totalmente compensatorio	

<p>Requisito de autocuidado en la desviación de la salud</p>	<p>Mantener una flexión en su cuerpo para disminuir la fragilidad restando riesgos para la salud.</p>	<p>(NIC 2015-2017, Pág.: 415).</p>	
		<p>Fundamentación teórica</p>	
<p>Agencia de enfermería</p>		<p>De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud: La actividad física hace referencia a todo movimiento, incluso durante el tiempo de ocio, para desplazarse a determinados lugares y desde ellos, o como parte del trabajo de una persona. La actividad física, tanto moderada como intensa, mejora la salud. Los adultos mayores deberían realizar actividades físicas variadas y con diversos componentes, que hagan hincapié en el equilibrio funcional y en un entrenamiento de la fuerza muscular moderado o de mayor intensidad Los adultos deben de realizar actividades de fortalecimiento muscular moderadas o más intensas que ejerciten todos los grupos musculares principales durante dos o más días a la semana</p>	
<p>Atribuir apoyo para la realización de ejercicios de flexión que le permitan disminuir la limitación de sus extremidades.</p>			
<p>Resultado esperado</p>	<p>(0208) Movilidad</p>	<p>Acción o método de ayuda (Intervención)</p>	<p>Conclusiones</p>

Página: 409 (NOC)							Determinar las limitaciones del movimiento articular y su efecto sobre la función. Colaborar con fisioterapia en el desarrollo y la ejecución de un programa de ejercicios.	Es de vital importancia la implementación de actividad física en cualquier grupo de edad y dando mayor énfasis al adulto por los cambios fisiológicos que adquiere y para reducir riesgos que comprometen a la salud.						
Escala Diana	Gravemente comprometido (1)						Determinar la localización y la naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad. Ayudar al paciente a colocarse en una posición óptima para el movimiento pasivo/activo.	Escala Diana	Gravemente comprometido (1)					
	Sustancialmente comprometido (2)								Sustancialmente comprometido (2)					
	Moderadamente comprometido (3)								Moderadamente comprometido (3)					
	Levemente comprometido (4)								Levemente comprometido (4)					
	No comprometido (5)								No comprometido (5)					
Código	Indicadores	1	2	3	4	5	Código	Indicadores	1	2	3	4	5	
020809	Coordinación		X				020809	Coordinación			X			
020804	Movimiento articular		X				020804	Movimiento articular			X			
020802	Mantenimiento de la			X			020802	Mantenimiento de la				X		

	posición corporal						Fomentar la realización del ejercicio de rango de movimiento de acuerdo con el programa regular, planificado		posición corporal					
020805	Realización del traslado	X					Ayudar al paciente a desarrollar un programa de ejercicios activos de rango de movimiento.	020805	Realización del traslado	X				
020814	Se mueve con facilidad	X					Ayudar en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor, resistencia y movilidad articulares	020814	Se mueve con facilidad		X			
Total:9 puntos							Determinar el progreso hacia la meta fijada	Total: 13 puntos						
(+ Puntuación Diana PREVIA)								(+ Puntuación Diana POSTERIOR)						
Referências bibliográficas														
Diagnósticos enfermeros (NANDA) 2015-2017, clasificación de resultados de enfermería (NOC), clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).														
Elaboró: P.L.E. Alejandra González León														

Déficit de autocuidado		(00293) Riesgo del deterioro de la función cardiovascular manifestado por Antecedentes de enfermedades cardiovasculares, antecedentes familiares de enfermedades vasculares, edad ≥65 años, hipertensión, obesidad, sedentarismo, tabaquismo				
		DOMINIO:4	Actividad/ reposo	CLASE:4	Respuesta cardiovasculares/ pulmonares	PÁGINA
Requisito de Autocuidado Universal	Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano	Sistema de enfermería				
Requisito de Desarrollo	Control de la hipertensión arterial	Intervención	Monitorización se signos vitales	Sistema de enfermería	Parcialmente compensatorio	
Requisito de autocuidado en la	Llevar a cabo un control de sus patologías para reducir riesgo	(NIC 2015-2017, Pág.: 258).				
		Fundamentación teórica				

desviación de la salud	cardiovasculares que conllevan al deterioro personal		
Agencia de enfermería		De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud Los efectos de los factores de riesgo conductuales pueden manifestarse en las personas en forma de hipertensión, hiperglucemia e hiperlipidemia, además de sobrepeso y obesidad Se ha demostrado que el abandono del consumo de tabaco, la reducción de la sal en la alimentación, el aumento de la ingesta de frutas y verduras, la actividad física regular y la evitación del consumo nocivo del alcohol reducen el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares. Es decir los factores de riesgo.	
Implementar estrategias de control para su patología que compromete el riesgo de la función cardiovascular.			
Resultado esperado	Control del riesgo: enfermedad cardiovascular	Acción o método de ayuda (Intervención)	Conclusiones
			Al controlar las enfermedades crónicas contribuimos a la disminuir el riesgo de la función cardiovascular, y así mismo mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.
	Página: 258(NOC)	Monitorización de la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.	
Escala Diana	Nunca demostrado (1) Raramente demostrado (2)		Escala Diana Nunca demostrado (1) Raramente demostrado (2)

		A veces demostrado (3) Frecuentemente demostrado (4) Siempre demostrado (5)							A veces demostrado (3) Frecuentemente demostrado (4) Siempre demostrado (5)				
Código	Indicadores	1	2	3	4	5	Código	Indicadores	1	2	3	4	5
191419	Identificar los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular				X		191419	Identificar los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular					X
191404	Controla la presión arterial			X			191404	Controla la presión arterial				X	
191407	Utilizar estrategias efectivas de		X				191407	Utilizar estrategias efectivas de				X	

	control de peso													
191408	Sigue dieta cardiosaludable	X												
191414	Utiliza la medicación según prescripción					X								X
Total: 14 puntos														
<i>(+ Puntuación Diana PREVIA)</i>														
	control de peso													
191408	Sigue dieta cardiosaludable								X					
191414	Utiliza la medicación según prescripción													X
Total: 20 puntos														
<i>(+ Puntuación Diana POSTERIOR)</i>														
Referências bibliográficas														
Diagnósticos enfermeros (NANDA) 2015-2017, clasificación de resultados de enfermería (NOC), clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).														
Elaboró: P.L.E. Alejandra González León														

Déficit de autocuidado		(00249 Riesgo de úlceras por presión alteración en la sensibilidad, aumento del tiempo inmóvil sobre superficies duras, déficit de autocuidado, disminución de la movilidad, enfermedad cardiovascular, inmovilización física, peso extremo, reducción del grosor del tejido que envuelve el tríceps y tabaquismo				
		DOMINIO:11	Seguridad/pro tección	CLASE:2	Lesión física	PÁGINA
Requisito de Autocuidado Universal	Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano	Sistema de enfermería				
Requisito de Desarrollo	Prevención de úlceras por presión	Intervención	(3540) prevención de úlceras por presión	Sistema de enfermería	Totalmente compensatorio	
Requisito de autocuidado en la	Llevar a cabo estrategias destinadas a la	(NIC 2015-2017, Pag:382).				
		Fundamentación teórica				

desviación de la salud	prevención de úlceras por presión.	
Agencia de enfermería		De acuerdo a la guía práctica clínica Prevención, Diagnóstico y Manejo de las ÚLCERAS POR PRESIÓN en el Adulto del 2015
Implementar medidas eficaces destinadas a la prevención de úlceras por presión al adulto mayor.	<p>Evaluar el riesgo.</p> <p>Educación al paciente y personal de salud.</p> <p>Cuidados generales de la piel.</p> <p>Redistribución de la compresión (cambios de posición).</p> <p>Reducir la fricción y cizallamiento.</p> <p>Movilización o Control de la humedad.</p> <p>Inspeccionar la piel regularmente para detectar signos de enrojecimiento, calor, edema, induración, dolor o molestia en los individuos identificados con riesgo de padecer úlcera por presión.</p> <p>Secar cuidadosamente sin friccionar los pliegues cutáneos.</p> <p>Utilizar jabones no irritantes y con pH neutro.</p> <p>Evitar utilizar soluciones que contengan alcohol</p> <p>No se debe dar masaje en la zona lesionada o con sospecha de úlceras por presión.</p>	

	<p>Cambio frecuente de pañal y ropa de cama en caso de incontinencia urinaria y/o fecal.</p> <p>Aplicar productos locales de barrera para proteger la piel, por ejemplo, vaselina, ungüentos, óxido de zinc.</p> <p>Limpia la piel con delicadeza cuando se ensucie, evitando la fricción.</p> <p>Controlar la humedad utilizando compresas absorbentes, gasas o pañales.</p> <p>Cambiar compresas y ropa de cama cuando estén mojadas. La frecuencia de cambios de posición será determinada por la tolerancia individual, nivel de actividad, movilidad, condición médica, objetivos del tratamiento y evaluación de las condiciones de la piel.</p> <p>En adultos en riesgo de desarrollar úlceras por presión los cambios de posición cada dos horas, aun cuando esté presente alguna superficie que alivie la presión por ejemplo colchones de presión alterna o fluida.</p> <p>Los cambios de posición durante la noche serán cada tres horas con la cabecera a 30°</p>		
<p>Resultado esperado</p>	<p>Integridad tisular: piel y membranas mucosas</p>	<p>Acción o método de ayuda (Intervención)</p>	<p>Conclusiones</p>
<p>Página: 401 (NOC)</p>			<p>Modificando algunos cuidados específicos llevamos a cabo un mejor estado de salud, reduciendo riesgos.</p>

Escala Diana	Gravemente comprometido (1)						Enseñar a los miembros de la familia/cuidador a vigilar si hay signos de solución de continuidad en la piel. Vigilar estrechamente cualquier zona de enrojecida	Escala Diana	Gravemente comprometido (1)					
	Sustancialmente comprometido (2)								Sustancialmente comprometido (2)					
	Moderadamente comprometido (3)								Moderadamente comprometido (3)					
	Levemente comprometido (4)								Levemente comprometido (4)					
	No comprometido (5)								No comprometido (5)					
	Código	Indicadores	1	2	3	4			5	Código	Indicadores	1	2	3
110102	Sensibilidad			X			110102	Sensibilidad				X		
110209	Grosor			X			110209	Grosor				X		
110111	Perfusión tisular			X			110111	Perfusión tisular				X		
110115	Lesión cutánea			X			110115	Lesión cutánea				X		
110122	Palidez			X			110122	Palidez				X		
Total: 15 puntos							Total: 20 puntos							
(+ Puntuación Diana PREVIA)							(+ Puntuación Diana POSTERIOR)							

	<p>Mantener la cama limpia y seca, y sin arrugas.</p> <p>Aplicar protectores en los codos y los codos según corresponda.</p> <p>Proporcionar con frecuencia pequeños cambios de la carga corporal.</p> <p>Controlar la movilidad y la actividad del paciente.</p> <p>Documentar el peso y los cambios de peso</p>	
Referências bibliográficas		
Diagnósticos enfermeros (NANDA) 2015-2017, clasificación de resultados de enfermería (NOC), clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).		
Elaboró: P.L.E. Alejandra González León		

Déficit de autocuidado		(00043) Protección ineficaz relacionado con edades extremas y nutrición inadecuada manifestado por debilidad e inmovilidad.				
		DOMINIO:1	Promoción a la salud	CLASE:2	Gestión de la salud	PÁGINA
Requisito de Autocuidado Universal	Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano	Sistema de enfermería				
Requisito de Desarrollo	Cambio de estilo de vida	Intervención	(1802) ayuda en el autocuidado: vestirse/arreglo personal.	Sistema de enfermería	Apoyo educativo	
Requisito de autocuidado en la		(NIC 2015-2017, Pag:106).				

desviación de la salud	Realizar actividades personales con fin de mantener o mejorar el estado de salud	Fundamentación teórica	
Agencia de enfermería		<p>La guía práctica nos recomienda fomentar a todos los ancianos:</p> <p>Actividades físicas, como el ejercicio grupal aeróbico.</p> <p>Actividades cognoscitivas como el entrenamiento de la memoria de una manera lúdica y con objetos de uso cotidiano.</p> <p>Actividades sociales como involucrarse en un grupo de ayuda e incrementar las redes de apoyo.</p> <p>Modificar a estilos de vida saludable.</p>	
Proporcionar información, si es necesario, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud:			
Resultado esperado	(0121) Desarrollo: adulto mayor	Acción o método de ayuda (Intervención)	Conclusiones
		Al referirnos a adulto mayor conlleva a una serie de actividades destinadas al mejoramiento del estado de salud, ahora agregando que es dependiente	

Página: 291 (NOC)							Considerar la cultura del paciente al fomentar actividades de autocuidado.	aumenta la atención que se deben brindar para mejorar su condición de vida.						
Escala Diana	Nunca demostrado (1)						Considerar la edad del paciente al promover la actividad del autocuidado.	Escala Diana	Nunca demostrado (1)					
	Raramente demostrado (2)								Raramente demostrado (2)					
	A veces demostrado (3)								A veces demostrado (3)					
	Frecuentemente demostrado (4)								Frecuentemente demostrado (4)					
Siempre demostrado (5)						Siempre demostrado (5)								
Código	Indicadores	1	2	3	4	5	personal, el aseo y alimentarse.	Código	Indicadores	1	2	3	4	5
012101	Mantiene la función cognitiva			X			Proporcionar un ambiente terapéutico garantizando una experiencia cálida, relajante y privada.	012101	Mantiene la función cognitiva			X		
012102	Mantiene la habilidad del lenguaje			X			Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia. Establecer una rutina de actividades de autocuidado.	012102	Mantiene la habilidad del lenguaje				X	
012103	Mantiene la habilidad de		X					012103	Mantiene la habilidad de			X		

	resolver problemas													
012109	Mantiene interés por la vida			X										
012119	Desarrolla nuevos intereses		X											
Total: 13 puntos														
(+ Puntuación Diana PREVIA)														
	resolver problemas													
012109	Mantiene interés por la vida							X						
012119	Desarrolla nuevos intereses		X											
Total: 15 puntos														
(+ Puntuación Diana POSTERIOR)														
Referências bibliográficas														
Diagnósticos enfermeros (NANDA) 2015-2017, clasificación de resultados de enfermería (NOC), clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).														
Elaboró: P.L.E. Alejandra González León														

Ejecución

Se le informa al paciente sobre las medidas de prevención que se ejecutarán poco a poco para mejorar su calidad de vida de acuerdo con sus patologías entre las que se hace más hincapié son: establecer una correcta alimentación basada en el plato del bien comer, en la jarra del bien beber, actividad física (según lo tolere), reducción de alimentos que eviten llevar una dieta saludable, fisioterapia, control de signos vitales, apoyo emocional y emotivo, entre otras. Al realizar este tipo de actividades se reduce el riesgo de complicaciones para la salud y así mismo disminuir el riesgo de nuevas patologías que se pueden prevenir con estas actividades establecidas para mejorar la vida humana.

Evaluación

En los primeros días que se implementó el cambio en su vida, se sintió un poco débil y cansado, pero conforme fueron pasando los días empezó a sentir reconfortante, con ganas de seguir realizando este tipo de actividad para la reducción de riesgos que conllevan su estilo de vida sedentario, cabe mencionar que con las fisioterapias comenzó a tener más movilidad en las articulaciones, al comenzar este cambio de vida se recolectaron sus datos para hacer una comparativa mensual, en el primer mes redujo su peso de 500 gramos, con un grado más de flexionabilidad.

Conclusiones

El proceso de enfermería es un método sistemático en el que la enfermera brinda y proporciona cuidados humanizados, individualizados a los pacientes. La teoría de Dorotea E. Orem más que un planteamiento teórico es un recurso para la práctica de todas sus dimensiones, la enfermera representa al agente de autocuidado, porque entra en acción cuando el paciente demanda

cuidados terapéuticos, es decir sabe que requiere de tratamiento por parte de una persona con cuidados específicos que brindar una calidad y esencial para su beneficio.

Se lograron los objetivos establecidos mediante criterios de valoración de sus patologías estado fisiológico, esperando continuar mejorando su patrón de vida, y modificando las intervenciones de enfermería de acuerdo a las necesidades del paciente.

Sugerencias

Se sugiere que se informe a los familiares que están presentes en su vida diaria a darle apoyo emocional para que continúe echándole ganas.

Capacitar a los cuidadores para cualquier eventualidad posible, sobre qué acciones deben de realizar.

Continuar con el estilo de vida empleado para mejorar su estado de salud.

Referencias bibliográficas

Bibliografía

- Aristizábal D., P. M. (Agosto de 2012). HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA. Recuperado el 18 de Agosto de 2022, de <https://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/08/capitulo4.pdf>
- Calidad de vida del adulto mayor. (Julio-Diciembre de 2015). *Varona*. Recuperado el 17 de Agosto de 2022, de <https://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>
- Camacho P., M. T. (2019). Revista Cubana de Reumatología. 21. Recuperado el 18 de Agosto de 2022, de <file:///C:/Users/ASUS/Downloads/Dialnet-ArtritisReumatoideEnElAdultoMayor-7419753.pdf>
- Castro, Y. N. (Junio de 2010). Modelo de dorothea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería Global*. Recuperado el 18 de Agosto de 2022, de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004
- El Proceso de Atención de Enfermería. (Febrero de 2020). *Material complementario Enfermería comunitaria*. Recuperado el 17 de Agosto de 2022, de <https://www.hospitalneuquen.org.ar/wp-content/uploads/2020/02/Proceso-de-Atencion-de-Enfermeria-2.pdf>
- Gobierno de Mexico. (11 de Octubre de 2017). Día Mundial de la Artritis. Recuperado el 25 de Agosto de 2022, de <https://www.gob.mx/issste/articulos/dia-mundial-de-la-artritis-72879?idiom=es#:~:text=Seg%C3%BAn%20c%C3%A1lculos%20de%20la%20OMS,a%20causa%20de%20las%20enfermedades>
- Gue, D. W. (Abril de 2012). Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. *Enfermería Global*, 11. Recuperado el 19 de Agosto de 2022, de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000200022

Guia práctica Clínica. (30 de Junio de 2010). Diagnóstico y Tratamiento de Artritis Reumatoide del Adulto. Recuperado el 30 de Agosto de 2022, de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/195GER.pdf>

Guia Practica Clínica. (2017). DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL ADULTO MAYOR. Recuperado el 27 de Agosto de 2022, de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/238GER.pdf>

Guia Practica Clínica. (2018). Diagnóstico y tratamiento del Sobrepeso y Obesidad. Recuperado el 29 de Agosto de 2022, de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/046GER.pdf>

Hernández, S. (2004). Fisiopatología de la obesidad. 140. Recuperado el 23 de Agosto de 2022, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2004/gms042d.pdf>

I. Campos, L. H. (3 de Mayo de 2021). Prevalencia, diagnóstico y control de hipertensión arterial en adultos mexicanos en condición de vulnerabilidad. *Salud Pública en México*. Recuperado el 19 de Agosto de 2022, de [https://www.scielosp.org/article/spm/2019.v61n6/888-897/#:~:text=La%20prevalencia%20de%20hipertensi%C3%B3n%20arterial%20en%20adultos%20mexicanos%20en%20condici%C3%B3n,un%20m%C3%A9dico%20\(cuadro%20I\).](https://www.scielosp.org/article/spm/2019.v61n6/888-897/#:~:text=La%20prevalencia%20de%20hipertensi%C3%B3n%20arterial%20en%20adultos%20mexicanos%20en%20condici%C3%B3n,un%20m%C3%A9dico%20(cuadro%20I).)

INEGI. (11 de Noviembre de 2020). ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA MUNDIAL CONTRA LA OBESIDAD. Recuperado el 23 de Agosto de 2022, de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/EAP_Obesidad20.pdf

INEGI. (12 de Marzo de 2020). La artritis reumatoide afecta al 75% de mujeres mexicanas en edad productiva. Recuperado el 25 de Agosto de 2022, de <https://www.pmfarma.com.mx/noticias/16531-la-artritis-reumatoide-afecta-al-75-de->

mujeres-mexicanas-en-edad-

productiva.html#:~:text=En%202017%2C%20el%20Instituto%20Nacional,tanto%20que
%20en%20la%20poblaci%C3%B3n

Kontzias, A. (Mayo de 2020). Artritis reumatoide. Recuperado el 25 de Agosto de 2022, de
<https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-de-los-tejidos->

musculoel%C3%A9ctrico-y-conectivo/enfermedades-articulares/artritis-reumatoide-ar

Laguado E., C. K. (Septiembre de 2017). *Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos
mayores institucionalizados en centros de bienestar*. Recuperado el 29 de Agosto de

2022, de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-
928X2017000300135](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000300135)

Lozano, J. (Septiembre de 2001). Artritis reumatoide (I). Etiopatogenia, sintomatología,
diagnóstico y pronóstico. 20, 94-101. Recuperado el 25 de Agosto de 2022, de

[https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-artritis-reumatoide-i-etiotogenia-
sintomatologia-13018371](https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-artritis-reumatoide-i-etiotogenia-sintomatologia-13018371)

Montoya, S. Z. (Julio-Septiembre de 2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de
vida de los adultos mayores en el Estado de México*. 23. Recuperado el 29 de Agosto de

2022, de [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-
74252017000300059](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252017000300059)

Morales, A. (2013). ARTRITIS REUMATOIDE. Recuperado el 30 de Agosto de 2022, de
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133y.pdf>

Moreno, M. (Marzo de 2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica
Las Condes*, 23. Recuperado el 23 de Agosto de 2022, de [https://www.elsevier.es/es-](https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-definicion-clasificacion-obesidad-S0716864012702882)

revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-definicion-clasificacion-obesidad-
S0716864012702882

- Naranjo, Y. (2019). Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. *Rev. Arch Med*, 23. Recuperado el 18 de Agosto de 2022, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2019/amc196m.pdf>
- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, P. I. (s.f.). Recuperado el 18 de Agosto de 2022, de https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5144642
- OMS, O. M. (25 de Agosto de 2021). Hipertensión. Recuperado el 18 de Agosto de 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- OMS., O. d. (19 de Agosto de 2021). Más de 700 millones de personas con hipertensión sin tratar. Recuperado el 19 de Agosto de 2022, de <https://www.who.int/es/news/item/25-08-2021-more-than-700-million-people-with-untreated-hypertension>
- OPS, O. P. (s.f.). Hipertensión. Recuperado el 19 de Agosto de 2022, de <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>
- Organizacion Mundial de la Salud, O. (21 de Julio de 2020). Hipertensión arterial un problema de salud pública en México. Recuperado el 18 de Agosto de 2022, de <https://www.insp.mx/avisos/5398-hipertension-arterial-problema-salud-publica.html>
- Organización Mundial de la Salud. (4 de Octubre de 2021). Envejecimiento y Salud. Recuperado el <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> de 30 de Agosto
- Organización Mundial de la Salud, O. (25 de Agosto de 2021). Hipertensión. Recuperado el 23 de Agosto de 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Organización Mundial de la Salud, O. (9 de Julio de 2021). Obesidad y sobrepeso. Recuperado el 23 de Agosto de 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

- Payeras, S. B. (Diciembre de 2002). La hipertensión arterial en el anciano. *Medicina Integral*. Recuperado el 18 de Agosto de 2022, de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-la-hipertension-arterial-el-anciano-13041793>
- Pérez, M. J. (Mayo-Agosto de 2002). Operacionalización del proceso de enfermería. *Rvista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 10. Recuperado el 18 de Agosto de 2022, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2002/en022d.pdf>
- Piel, I. N. (16 de Diciembre de 2021). Artritis reumatoide. *MedlinePlus Información de salud para usted*. Recuperado el 23 de Agosto de 2022, de <https://medlineplus.gov/spanish/rheumatoidarthritis.html>
- Proceso de Atención de Enfermería (PAE). (Enero-Julio de 2013). *Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia (INEPEO)*, 3, 41-48. Recuperado el 18 de Agosto de 2022, de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964686/41-48.pdf>
- Ramírez, E. (Abril-Junio de 2016). Enfermería Universitaria. *ELSEVIER*, 13. Recuperado el Agosto de 2022, de <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-proceso-enfermeria-lo-que-si-S1665706316300185>
- Reina, N. C. (02 de Diciembre de 2010). EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. *Umbral Científico*. Recuperado el 17 de Agosto de 2022, de <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>
- Rodríguez, R. I. (Septiembre de 2014). Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente. *Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal*. Recuperado el 18 de Agosto de 2022, de https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/09/Manual_cuidados-generales.pdf
- Salech F., J. R. (Enero de 2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Recuperado el 18 de Agosto de 2022, de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las->

condes-202-articulo-cambios-fisiologicos-asociados-al-envejecimiento-
S0716864012702699

Silva, C. (2020). Obesidad. Recuperado el 23 de Agosto de 2022, de <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/obesidad>

Stories, R. (3 de Abril de 2017). Los signos y síntomas de la artritis. Recuperado el 25 de Agosto de 2022, de https://www.roche.com.ar/es/sala_de_prensa/Roche_stories/Los-signos-y-sintomas-de-la-artritis.html.html

Suárez W., S. A. (2017). Fisiopatología de la obesidad: Perspectiva actual. *Revista chilena de nutrición*. Recuperado el 18 de Agosto de 2022, de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182017000300226

Wong, M. A. (09 de Septiembre de 2019). Envejecimiento en México: Obesidad. *Boletín Informativo del ENASEM*. Recuperado el 17 de Agosto de 2022, de http://www.mhasweb.org/ENASEM_AgingInMexico.pdf

ANEXOS



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE
HIDALGO



FACULTAD DE ENFERMERIA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Consentimiento informado para participantes en el Proceso de Enfermería con el referente
Teórico de Dorothea E. Orem**

Yo A. L. F. Doy mi consentimiento para participar en la metodología de intervención de enfermería, que tiene como finalidad conocer e identificar las respuestas humanas, fundamentada en la teoría de Dorothea E. Orem y estructurar un trabajo académico, con fines de titulación, para obtener el grado de Licenciada en Enfermería a través del cual se me brindarán cuidados integrales que beneficiarán mi estado de salud y tener una vida saludable. He sido informada con claridad de los objetivos de la metodología de intervención, así como de la importancia de mi participación en la misma, la cual no implica ningún tipo de riesgo a mi persona. Estoy totalmente convencida que mis datos serán totalmente confidenciales y que contribuirá en un futuro al cuidado integral de otras personas que cursan con una situación similar a la mía, fortaleciendo la profesión de Enfermería a través del conocimiento de mis necesidades. Me ha informado que no existe riesgo alguno sobre mi salud y que mi participación será voluntaria en todo momento, sin obligación y consiente, sin recibir ninguna remuneración económica. Enterada que la responsable de dicho proceso de enfermería es la P.L.E Alejandra González León doy mi consentimiento para colaborar en el trabajo académico solicitado.

ALFREDO L. F.

Acepto participar

ALEJANDRA GONZALEZ LEON

P.L.E.

ANA MURILLO PEREZ

Testigo

Valoración de los requisitos de autocuidado

Capacidades cognitivas: la paciente tiene la capacidad de poder llevar a cabo sus acciones de auto cuidado, generalmente se encuentra orientada consiente y muestra interés por mejorar su salud.

Capacidades para realizar sus acciones: tiene capacidad de realizar su acción de autocuidado.

Requisitos de autocuidado:

Además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración.

Dorotea Orem propone tres tipos de requisitos:

Requisitos de autocuidado universales: son comunes en todos los individuos para mantener un estado óptimo de salud.

Clasificación de los datos requisitos universales

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES.	REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES EN LA PACIENTE.
1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.(Requisito de autocuidado universal)	
Requisitos de autocuidado universales en la paciente. Frecuencia respiratoria:18 x' Frecuencia cardiaca: 60 x', Llenado capilar de 2 segundos	No alergias No fuma. No cocina con leña
2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua	

Mucosa oral se observan hidratada Turgencia de la piel es normal Temperatura 36.4	Ingiere 700 ml de agua purificada al día. Desayuna café 250 ml al día Refresco una vez por día Por las noches toma atole 250ml
3.- Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.	
Peso: 133 kg Talla: 1.82 IMC: 40.3 Dentadura incompleta	Refiere que ha subido 2 kg de peso en 1 mese Come 3 veces al día Consume en exceso las carnes diarias su dieta es sin restricciones consume verduras, cereales y frutas 1 vez a la semana, consume pan a diario y come 9-12 tortillas diarias, huevos, pastas y harinas diariamente,
4.- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación urinaria y fecal.	
Temperatura 36.4 °C	Evacua 2 vez al día Las características de las heces son de color café semilíquida y en ocasiones con moco. No presenta dificultad para orinar
5.- Valoración del mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y reposo.	
	-Dificultad para conciliar el sueño -Despierta cansado -Duerme alrededor de 9-11 horas diarias
6.-Mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.	
No presenta problemas visuales ni auditivos La relación con sus familiares es buena	Dedica su tiempo a ver la T.V y escuchar música.
7.- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	
Se encuentra consciente Antecedentes familiares con diabetes e hipertensión arterial.	Dificultad para la movilidad el traslado y flexion-extencion
8.- Promoción y funcionamiento del desarrollo humano, potencial humano, limitaciones conocidas y el deseo de ser normal.	

<p>Ante situaciones estresantes se le altera su presión arterial Requiere consultas médicas vías telefónicas Conoce de sus patologías pero no sigue un tratamiento firme.</p>	<p>Se siente deprimido Se estresa fácilmente En ocasiones se pone muy irritante</p>
---	---

Cada uno de estos requisitos está íntimamente relacionado entre sí, pero son logrados en diferentes grados de acuerdo a los “factores condicionantes básicos” los cuales son los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado. También afectan al tipo y cantidad de autocuidado requerido

Requisitos de autocuidado y desarrollo: Estos requisitos se clasifican en: etapas específicas de desarrollo y condiciones que afectan el desarrollo humano. Algunos requisitos del desarrollo están relacionados con la producción y el mantenimiento de condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el desarrollo; el progreso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la maduración.

- **Crear y mantener las condiciones apoyen los procesos vitales y promueven los procesos de desarrollo:** La paciente, a lo largo de su vida, ha llevado acciones sedentarias y su peso aumento para mejorar su salud se está ajustándose a cada fase de su proceso de desarrollo. Por otro lado, ha sabido promover los cuidados requeridos en cada una de las etapas del desarrollo, y ha desempeñado en cada una de ellas el rol correspondiente, sin embargo, debido al peso que presenta, muestra dificultad para realizar sus roles correctamente.

- **Provisión de cuidados asociados a los afectos de las condiciones que pueden afectar adversamente al desarrollo humano:** este con lleva a su aprendizaje de sus tratamientos, estilos de vida y la ayuda de diferentes personas.

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: el objetivo de las acciones de autocuidado que realiza la paciente con obesidad es que no exceda las calorías que consuma diariamente y la realización de las actividades y ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y su nivel de salud.

La paciente presenta refiere que tiene dolor al momento de evacuar y cansancio debido a su aumento de peso. En dicho trastorno existe desequilibrio nutricional y trastornos del sueño que requieran atención médica y cuidados de enfermería.

La segunda teoría que Orem describe es la

Teoría del déficit de autocuidado, esta teoría describe y explica cómo pueden ayudar a las personas los profesionales de enfermería y establece que las personas están sujetas a las limitaciones derivadas de su salud que los incapacitan para su autocuidado o hacen que sea ineficaz o incompleto.

El tercer componente de la Teoría General del Autocuidado es la

Teoría de los sistemas enfermeros esta teoría describe y explica las relaciones que se mantiene y los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos o con personas con limitaciones asociadas con su salud. Esta teoría consta de tres sistemas enfermeros que son:

- Sistema parcialmente compensador.
- Sistema totalmente compensador y
- Sistema de apoyo educativo.

Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suple al individuo.

Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona aquellas actividades de autocuidado que el paciente no puede realizar, por limitaciones del estado de salud u otras causas y la persona realiza las actividades de autocuidado que están al alcance de sus capacidades.

Apoyo educativo porque se le está enseñando y orientando como sobrellevar la alimentación sobre el control de tamaño de porción recomendables en la preparación de alimentos e incluyendo en restaurantes y expendios de alimentos y tamaños de porciones reducidas también se le está orientando sobre de cómo realizar las actividades recreativas y físicas a realizar para disminuir su peso y masa corporal.

La paciente refiere sentirse mejor con el cambio de su alimentación y con este apoyo dado refiere sentirse con más ganas a la hora de realizar las actividades físicas y por consecuencia siente mayor satisfacción, además de incluir más frutas y verduras en su dieta refiere que para sentirse con más energía.



**IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA
CON EL REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA ELIZABETH OREM**

VALORACIÓN.

**GUÍA DE VALORACIÓN CON EL REFERENTE DE LA TEORÍA DEL DÉFICIT DE
AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM**

Instrucciones: Por favor, marque con una x en los paréntesis que corresponda y llene los espacios de acuerdo a las respuestas que la persona le otorgue y/o lo que usted perciba y observe según sea el caso.

I. FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

a. Descriptivos de la persona

Fecha: 29/Agosto/2022 Nombre: A.L.F. Sexo: Masculino. (X) Femenina: () Edad: 83 años

Religión: católica Edo. Civil: Casado Escolaridad: Licenciatura completa Lugar de Residencia: Morelia Michoacán

Domicilio actual: General Mariano Ariusta #522, Chapultepec Norte

Características de la vivienda: Renta () Propia (X) Otros ()

Material de Construcción: Adobe () Ladrillo (X) Otros ()

Cuenta con los servicios básicos de vivienda: Agua Potable (X) Luz eléctrica

(X) Drenaje (X) Pavimentación: (X)

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios básicos: (X)

Alumbramiento público (X)

Recolección de basura (X)

Drenaje y alcantarillado (X)

Rol que ocupa en la familia:

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

Número de hijos: 0 () 1 () 2 () 3 () Más de 3 (X)

Relación con la familia:

Buena (X) Regular () Mala ()

Nivel de educación:

Analfabeta () Primaria () Secundaria ()

Bachillerato () Licenciatura (X) Otros ()

Ocupación: Pensionado Horario

Antecedentes laborales: Médico Cardiólogo

Ingreso Económico Familiar:

Menos de 1 Salario mínimo () 1-2 S m () Más de 3 S m (X)

Dependencia económica: Si () No (X)

De quien: Padres () Esposo/ a () Otros ()

a. Patrón de vida

¿Qué actividades recreativas realiza en su tiempo libre?

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

Otras: Ver televisión, escuchar música y el noticiero

¿Qué hace usted para cuidar su salud?

Brindar cuidados específicos para sus patologías

b. Estado de sistema de salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno () Regular () Deficiente (X)

¿A qué servicio de salud acude usted regularmente?

IMSS () ISSSTE () Secretaría de Salud ()

Particular (X) Otros____

Diagnóstico médico: Paciente con obesidad grado III, hipertenso y artritis reumatoide

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

Valorar la existencia de recursos disponibles para la atención del cliente

c. Estado de desarrollo

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

Si (x) No ()

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

¿Quién autoriza su tratamiento médico? Entre el paciente y esposa

II. REQUISITOS DE AUTO CUIDADO UNIVERSALES

a. Mantenimiento del aporte suficiente de aire

Frecuencia respiratoria: 18 Llenado capilar: 2 segundos

Cianosis: Si(X) No () Especifique: uñas de las manos

Tabaquismo: Si (X) No () Especifique: En su juventud 10 años

Cocina con leña: Si () No (X) Especifique: _____

Alergias: Si () No (X) Especifique _____

Tipo de Respiración:

Normal (X) Disnea () Bradipnea () Polipnea() Otros_____

Nariz

Desviación de tabique () Pólipos () Secreciones ()

Dolor () Edema () Otros: Normal

Tórax:

En Tonel () En quilla () En embudo () Otros: Normal

Ruidos respiratorios:

Estertores () Sibilancias () Murmullo vesicular ()

Padece alguna enfermedad pulmonar: Si () No (X)

Especifique _____

Cardiovascular:

T/A: 140/85 FC: 60 x minuto Soplos () Arritmias ()

Otras alteraciones

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta disnea: Si (X) No () Apoyo Ventilatorio: Si ()

No (X) Especifique_____

Mantenimiento de aporte de agua suficiente

Valore datos de deshidratación

Mucosa oral: Seca () Hidratada (X)

Piel: Seca () Escamosa () Normal (X)

Turgencia: Normal (X) Escasa ()

¿Qué cantidad de agua ingiere usted al día?

300-500 ml (X) 500-1000ml () 1500- 2000 ml () Más de 2000ml ()

¿De dónde proviene el agua que consume?

Llave pública (X) Pila () Entubada () Garrafón ()

¿Utiliza algún método para purificar el agua? Si (X) No () Especifique: purificador dispensador de 3 etapas

Ingiere algún otro tipo de líquido durante el día

Si (X) No ()

Especifique cantidad: 400-500 ml

Aporte de líquidos parenterales:

Especifique

Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos.

Peso 133 Talla 1.82 m IMC 40.3 Cintura 152 cm

Ha observado variaciones en el peso.

Si (X) No ()

Pérdida () Ganancia (X)

1-3 kg (X) 4-6 kg () 7-9 kg () más de 10 kg ()

Dentadura:

Completa () Faltan piezas () Prótesis fija () Prótesis extraíble (X)

Especifique

Estado de las mucosas: Presenta algún problema en la mucosa oral.

Si () No (X) Especifique

Lengua en tónica () Estomatitis () Xerostomía ()

Tumor oral () Leucoplaquia () Edema () Lesión oral ()

Drenaje purulento () Gingivorragia () Ulceraciones ()

Otros: Ninguno

Alteraciones en cara y cuello

Abdomen:

Ausencia () Disminuido () Aumentado () Normal () Distensión abdominal (X)

Otros

Presenta algún problema en la alimentación:

Si () No (X)

Cuál: Acidez () Náuseas () Vómito () 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: oral (X)

Sonda Nasogástrica () Sonda Nasoyeyunal ()

Gastroclisis()

Nutrición parenteral ()

¿Qué tan frecuente usted come?

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

Alimento/frecuencia	1	2	3	4
Leche		X		
Derivado de leche			X	
Carnes	X			
Cereales		X		
Verduras		X		
Frutas	X			
Huevos		X		
Pescado			X	
Pastas y harinas	X			

¿Con qué guisa los alimentos?

Aceite (X)

Manteca ()

Otros _____

¿Cómo es su dieta?

Sin restricciones (X)

Para diabético ()

Hiposódica ()

Hipoprotéica()

Hiperprotéica ()

Otros _____

Provisión de los cuidados asociados al proceso de eliminación y los excrementos.

Grupo de evacuación intestinal

Presencia de:

Estoma intestinal () Colostomía () Ileostomía ()

Hemorroides () Pólipo rectal () Rectorragia ()

Otros: Ninguno

Apoyo para la eliminación intestinal: Si () No ()

Movilización () Medicación (X) Higiene ()

Otros _____

Evacuación intestinal.

Espontanea (X) Estreñimiento ()

Diarrea () otros _____

Características de las Heces fecales.

Café (X) Acolia () Melena () Otros _____

Consistencia de las Heces fecales.

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

Grupo de la eliminación vesical.

Presencia de:

Incontinencia () Retención urinaria () Tenesmo ()

Disuria () Alteraciones uretero-vesicales () Otro: _____

Alteración en la micción: Si () No (X)

Ámbar () Coluria () Hematuria () Turbia ()

Otros _____

Grupo Transpiración.

Cambio en los patrones normales de sudoración.

Disminuida (X) Ausente () Aumentada ()

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal 36.4 c Dolor ()

Alteraciones emocionales () Temperatura ambiental ()

Otros: _____

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

Reposo

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

Menor de 6 horas () 6- 8 horas (X) Más de 10 horas ()

¿Cómo se encuentra al despertarse?

Cansado () Descansado () Fatigado (X) Otros ()

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?

Si (X) No ()

¿Ha sufrido algún cambio su patrón de sueño?

Si () No (X) Desde cuándo:

1 semana (x) 15 días () 1 mes () Más de un mes ()

Presencia de:

Bostezo (X) Insomnio () Hipersomnias () Pesadillas ()

Alucinaciones () Ojeras () Ronquido (X) Enuresis ()

Sonambulismo () Terrores nocturnos ()

Factores que interrumpan su descanso y sueño: Cansancio por estar acostado y sentado toda la noche y todo el día

¿Acostumbra a tomar siestas?

Si (x) No ()

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?

Si (X) No () Especifique: Difenhidramina 25 mg 30 min antes de dormir

Actividad

Sistema músculo esquelético.

Presencia en articulaciones de:

Dolor () Rigidez (X) Inflamación () Limitaciones (X)

Contracturas () Especifique _____

Tratamiento _____

¿Alguna actividad física le produce dolor?

Si (X) No () Especifique: No puede realizar ningún tipo de ejercicio

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si () No (X) Especifique _____

Frecuencia/ duración _____

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

Sistema auditivo

¿Presenta problemas de audición?

Si () No (X) Especifique

Utiliza apoyo para escuchar.

Si () No (X) Especifique _____

Presencia de:

Mareo () Vértigo () Acúfenos () Malformaciones ()

Tumoraciones () Lesiones ()

Sistema ocular

¿Presenta problemas visuales?

Si () No (X) Especifique _____

¿Utiliza lentes? Si () No (X) Armazón () Contacto ()

Tiempo_____

Presencia de alteraciones oculares.

Si () No (X) Especifique _____

¿Con quienes convive diariamente?

Familia (X) Amigos () Compañeros de trabajo ()

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

Buena (X) Regular () Mala ()

¿A quién recurre para platicar de sus problemas?

Familia (X) Amigos () Nadie () Otros_____

Observar:

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

Extraversión () Otros _____

Razones que le impiden socializar:

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

Dificultad para la comunicación () Otros _____

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

Sistema neurológico.

Estado de conciencia:

Consciente (X) Inconsciente () Sopor () Estupor () Confusión ()

Coma () Glasgow: 14 Puntos

Problemas de:

Concentración () Razonamiento () Especificar: Ninguno

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

Bastón () Silla de ruedas (X) Andador () Otros: Apoyo de enfermería para movilizarlo
ninguno()

Antecedentes heredofamiliares/patológicos:

Si (X) No () Especifique: Diabetes mellitus; padre y hermanos. Hipertensión arteria; madre
y abuela paterna

Toxicomanías:

Si (X) No () Especifique: tabaquismo 10 años durante su juventud

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?

Si () No (X) Especifique _____

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

¿Se acepta en su aspecto físico?

Si (X) No () Especifique _____

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad?

Si (X) No () Especifique _____

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

Si (X) No () Especifique: Para su higiene personal (baño, cambio de ropa, lavado de dientes, cambio de pañal) para su alimentación, para su movilidad, entre otras.

¿Considera que su vida es o ha sido productiva?

Si (X) No () Especifique: porque tiene un hogar donde predomina la armonía

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales?

Si (X) No ()

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

Desesperanza (X) Negatividad (X) Tristeza ()

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

Negación (X) Inadaptación () Irritabilidad (X) Culpa () Agresión () Cólera ()

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

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

1. Etapa del ciclo vital.

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

Niñez	Si ()	No (X)	Especifique_____
Edad escolar	Si ()	No (X)	Especifique_____
Adolescente	Si ()	No (X)	Especifique_____
Adulto joven	Si ()	No (X)	Especifique_____
Edad fértil	Si ()	No (X)	Especifique-_____
Adulto maduro	Si ()	No (X)	Especifique_____

2. Salud sexual.

Sistema reproductor

¿Ha recibido educación sexual?

Si (X) No () Especifique: En su educación y leyendo.

¿Cuál es su orientación sexual? heterosexual

Inicio de Vida Sexual Activa: Si (X) No () Especifique_____

Número de parejas sexuales: 5

¿Está satisfecho con su vida sexual?

Si (X) No () Porque:

¿Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales?

Si () No (X) Especifique

¿Utiliza algún método de planificación familiar?

Si () No (X) Especifique / tiempo

Número de hijos: 4

¿Tiene problemas de infertilidad?

Si () No (X) Especifique

Causa / tratamiento

¿Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual

Si () No (X) Especifique

Tratamiento

Cirugías realizadas en Aparato reproductor

Si () No (X) Especifique

Hombre:

¿Acude a examen de próstata/testicular?

Si () No (X) Especifique: No aplica por edad, anteriormente si se realizaba sus exámenes correspondientes.

¿Presenta problemas de erección?

Si () No (X) Especifique: Por edad

¿Presenta problemas de eyaculación precoz?

Si () No (X) Especifique/Tratamiento

REQUISITOS DE DESVIACION DE LA SALUD

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

4- 6 meses () 6- 12 meses (X) más de 12 meses ()

No se realiza () Especifique

¿Sabe usted de que está enfermo? Sí

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

Si (X)No ()

En caso de déficit o incapacidad física, ¿Cuál es su sentimiento respecto a su

Situación? Me siento incapaz de no poder realizar las acciones para mi propio autocuidado.

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación?

Si (X) No () Especifique: Trabajamos sobre las manos y pies con movimientos de flexion extencion, movimientos giratorios, entre otros.

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

Ambientales () Familiares () Personales ()