



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería

**Proceso de Enfermería basado en el referente teórico de
Dorothea Elizabeth Orem, aplicado a una persona con
Evento Cerebro Vascular**

Que para obtener el grado de:
Licenciado en Enfermería

Presenta:
PLE. Melquisedeh Montoya Alavez

Asesoras:
**Licenciada Enfermería Quirúrgica
Cirila Dimas Palacios
Médico General. Ma. Martha Marín Laredo**

Morelia, Mich. Noviembre de 2013.



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería

**Proceso de Enfermería basado en el referente teórico de
Dorothea Elizabeth Orem, aplicado a una persona con
Evento cerebro vascular**

Que para obtener el grado de:
Licenciado en Enfermería

Presenta:
PLE. Melquisedeh Montoya Alavez

Asesoras:
**Licenciada Enfermería Quirúrgica
Cirila Dimas Palacios**

Médico General. Ma. Martha Marín Laredo

Morelia, Mich. Noviembre de 2013.

DIRECTIVOS

Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela

Directora

ME. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Secretaria académica

MCE. Roberto Martínez Arenas

Secretario administrativo

MESA SINODAL

Presidenta

L.E.Q. Cirila Dimas Palacios

Vocal

L.E. Avelina Ramírez Izquierdo

Vocal

Dr. José Amador Carbajal Cárdenas

DEDICATORIA

Gracias

A mis padres, porque creyeron en mí, porque me apoyaron para salir adelante, con ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta.

Siempre me impulsaron en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

A mis hermanos, tíos, primos, abuelos y amigos.

Gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.

Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles.

A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Por permitirme llegar hasta este momento de mi vida, por darme salud, bondad y amor, para el logro de mis objetivos.

A mis maestros

Por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales y para la elaboración de este proceso de enfermería; a la LEQ. Cirila Dimas Palacios, por su apoyo ofrecido en este trabajo; y por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional

RESUMEN

PROCESO DE ENFERMERÍA

El Proceso de Enfermería es un método sistemático, dinámico, flexible e interactivo que brinda cuidados humanistas e individualizados al individuo familia o comunidad, en personas sanas o enfermas.

El proceso de enfermería consta de 5 etapas

Valoración, Evaluación, Diagnóstico, Planificación, Ejecución

TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA

ELIZABETH OREM

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

Teoría del Autocuidado

El autocuidado es una acción propia de las personas maduras o en proceso de maduración, misma que han desarrollado a partir de las capacidades para cuidar de sí mismos en sus condiciones ambientales.

A partir de este supuesto se sustenta la Teoría de autocuidado, misma que incluye los siguientes **conceptos principales**:

- Agente de autocuidado.
- Agente de autocuidado dependiente.
- La demanda de autocuidado terapéutico

Teoría del Déficit de Autocuidado

La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativas a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completamente o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos. También tienen limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay que controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función o desarrollo o del de las personas dependientes de ellos.

Teoría de Sistemas de Enfermería

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

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

El accidente vasculocerebral corresponde a una alteración de la irrigación sanguínea del encéfalo, ya sea de índole isquémica (falta de aporte sanguíneo) o bien hemorrágica, que provoca una abolición temporal o definitiva de las funciones neurológica de la zona afectada y da lugar a un cuadro clínico denominado ictus o aplegia, con pérdida de la conciencia, parálisis, trastorno de lenguaje.

Signos y Síntomas: estupor, coma, confusión, agitación, convulsiones, Falta de sensación o debilidad repentina en la cara, el brazo, o la pierna, especialmente en un lado del cuerpo, adormecimiento, incoordinación facial o asimetría, debilidad, parálisis o pérdida sensorial

Complicaciones: Bronco aspiración de alimento, Disminución del período de vida, Dificultad en la comunicación, Pérdida permanente de las funciones del cerebro, Pérdida permanente del movimiento o la sensibilidad en una o más partes del cuerpo

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
I. JUSTIFICACIÓN.....	3
II. OBJETIVOS.....	5
2.1 General.....	5
2.2 Específicos.....	5
III. METODOLOGÍA.....	6
IV. MARCO TEÓRICO.....	7
4.1 PROCESO DE ENFERMERÍA.....	7
4.2 TEORÍA GENERAL DEL DÉFIIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA ELIZABETH OREM.....	15
4.3 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD, PROBLEMA O SIT UACIÓN DE SALUD QUE PRESENTA LA PERSONA.....	24
V. DESARROLLO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	26
5.1 Valoración basada en el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem.....	26
5.1.1 Factores condicionantes básicos.....	26
5.1.2 Requisitos de autocuidado universales.....	26
5.1.3 Requisitos de autocuidado de desarrollo.....	29
5.1.4 Requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud.....	30
5.2 Caso clínico.....	31
5.3 Diagnósticos de enfermería.....	34

5.4 Diagnósticos de enfermería 1.....	35
5.5 Diagnósticos de enfermería 2.....	40
5.6 Diagnósticos de enfermería 3.....	45
5.7 Diagnósticos de enfermería 4.....	50
5.8 Diagnósticos de enfermería 5.....	55
VI. CONCLUSIONES.....	60
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	62
IX. GLOSARIO DE TÉRMINOS	
9.1 Terminología de la Teoría General del Déficit de Autocuidado.....	63
9.2 Terminología Médica.....	64
X. ANEXOS.....	68
10.1 Guía de valoración de acuerdo al referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem.....	68
10.2 Clasificación de los datos sobre los requisitos universales en objetivos y subjetivos.....	86
10.3 Razonamiento diagnóstico.....	89
XI. APÉNDICES.....	92

INTRODUCCIÓN

Enfermería, es una profesión que requiere de múltiples y variadas habilidades para adaptarse a las necesidades de las personas en los diversos contextos de la práctica profesional. Así mismo de métodos que le faciliten organizar y proporcionar cuidados de enfermería.

El Proceso de Enfermería es un método sistemático, dinámico, flexible e interactivo que brinda cuidados humanistas e individualizados al individuo familia o comunidad, en personas sanas o enfermas. El objetivo de este trabajo es aplicar el Proceso de Enfermería en una usuaria con Evento Cerebro Vascular isquémico (EVC) basado en el referente Teórico de E. Dorothea Orem. Es importante la participación de Enfermería, para hacer frente a las respuestas humanas, ya que el EVC, corresponde a una alteración de la irrigación sanguínea del encéfalo, ya sea de índole isquémico (falta de aporte sanguíneo) o bien hemorrágico para asegurar cuidados que favorezca la calidad de vida de la persona.

Cabe mencionar que se hizo uso del libro de diagnósticos enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), la Clasificación de Resultados de Enfermería (Nursing Outcomes Classification, NOC) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (Nursing Interventions Classification, NIC).

La estructura de este trabajo es la siguiente; cuenta con una introducción, justificación, en la cual se fundamenta la importancia de la aplicación del Proceso de Enfermería, en la usuaria con EVC. Enseguida se establecen los objetivos que se desean lograr, asimismo, se especifica la metodología para la elaboración y aplicación del PE. Se describe el Caso clínico y posteriormente se presenta el marco teórico. Y finalmente se plantean las conclusiones, bibliografía, glosario de términos y anexos.

I. JUSTIFICACIÓN

La práctica de enfermería se basa en teorías que han sido desarrolladas científicamente y se aplican utilizando el Proceso de Enfermería (PE), como un método sistemático para favorecer el cuidado de Enfermería.

El Proceso de Enfermería, es un método sistemático que se encarga de brindar cuidados humanistas y eficientes por el profesional de enfermería, ya que permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Es importante la aplicación del Proceso de Enfermería en el área de la salud ya que es un método sistemático que sirve para brindar cuidados humanistas a un paciente ya sea sano o enfermo por medio de pasos que le permiten a la enfermera organizar y solucionar problemas de salud del usuario, es adaptable para cualquier tipo de pacientes sin importar edad o sexo y es aplicable en cualquier problema o situación que presente el usuario ya sea en pacientes hospitalizados o no hospitalizado ya que el objetivo de este es brindar cuidados específicos para mejorar la calidad de vida del paciente o de igual forma brindar una muerte tranquila.

Con la aplicación del Proceso se delimita el campo de acción específico de la enfermería y con ello se demuestra que la enfermera (o) profesional realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento al centrarse en las respuestas humanas. Con el Proceso de Enfermería, se podrán experimentar satisfacciones al ser valoradas; además de favorecer en ellas (os) el desarrollo

del pensamiento, critico, es decir un pensamiento analítico, deliberado, cuidadoso y dirigido al logro de un objetivo encaminadas a mejorar la salud del paciente y con ello lograr que el paciente lleve a cabo un control sobre su enfermedad para prevenir complicaciones a futuro.

En este caso se aplicará en una usuaria con Evento Cerebro Vascular basado en el modelo de atención de Dorothea E. Orem. Para ayudar a identificar los problemas de salud de la usuaria, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería y tratar las respuestas humanas de acuerdo a los problemas reales o potenciales de la salud para mejorar su estado de salud de vida.

II. OBJETIVOS

2.1 General

Aplicar el Proceso de Enfermería con el referente teórico de Dorothea E. Orem en el cuidado de una usuaria con Evento Cerebro Vascular, para contribuir en el mantenimiento, restablecimiento, y/o evitar complicaciones, en el estado de salud.

2.2 Específicos

- Valorar las respuestas humanas con base a los requisitos de autocuidado universales, de desarrollo y en caso de desviación de salud.
- Diseñar los diagnósticos de enfermería de acuerdo a las respuestas humanas identificadas y en la taxonomía II de La NANDA.

Planear cuidados de enfermería, para favorecer una mejor calidad de vida en la usuaria

- Ejecutar las acciones de enfermería con base al plan de cuidados establecido y con base a las respuestas humanas manifestadas por la usuaria.
- Evaluar el resultado de las acciones de Enfermería mediante las respuestas humanas manifestadas y en el mantenimiento del equilibrio de los requisitos universales, de desarrollo y en caso de desviación de la salud.

III. METODOLOGÍA

La metodología para la elaboración del presente trabajo fue la siguiente:

Se asistió a un curso de Proceso de Enfermería que inicio el 10 de Noviembre de 2012 al 19 de enero de 2013. El cual tuvo una duración de 8 sesiones presenciales de 5 horas por cada sesión, con la finalidad de integrar los elementos teórico-metodológicos sobre el Proceso de Enfermería. Asimismo para comprender la Teoría General del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem, la interrelación de la Taxonomía II de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC) y Nursing Interventions Classification (NIC).

Posteriormente, el 1° de diciembre se seleccionó a una usuaria con diagnóstico médico de Evento Cerebro Vascular, debido a que se observó la necesidad de proporcionar cuidados de Enfermería que contribuyeran a mejorar su estado de salud. Se le explicó el objetivo y la metodología a emplear y además se obtuvo el consentimiento informado.

Se realizó la valoración mediante los requisitos de autocuidado universales, de desarrollo y en caso de desviación de la salud, para identificar las respuestas humanas alteradas o en condiciones de mejorar, para beneficio del autocuidado de la usuaria.

IV.MARCO TEÓRICO

4.1 PROCESO DE ENFERMERÍA

4.1.1 Definición

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

4.1.2 Antecedentes

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

Para la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A) el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión: su importancia ha exigido

cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad.

Así en muchos países, la aplicación del proceso es un requisito para el ejercicio de enfermería profesional; en México, cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras (os) y en su aplicación durante la práctica; sin embargo todavía nos falta camino por recorrer en este terreno, el cual resulta desconocido para muchas compañeras(os) aun en la actualidad.

4.1.3 Características

El Proceso de Enfermería se considera que es:

- ✚ **Resuelto:** porque va dirigido a un objeto.
- ✚ **Sistemático:** por utilizar un enfoque organizado para lograr su propósito.
- ✚ **Dinámico:** porque implica un cambio continuo, centrado en las respuestas humanas.
- ✚ **Interactivo:** por centrarse en las respuestas cambiantes del paciente identificadas durante la relación enfermera-paciente.
- ✚ **Flexible:** ya que se puede mostrar dentro de dos contextos:
 - Adaptación a la práctica de enfermería en cualquier situación o área de especialización que se ocupe de individuos, grupos o comunidades.
 - Usos de sus fases en forma sucesiva o más de una etapa a la vez

- ✚ **Posee una base teórica:** sustentada en una amplia variedad de conocimientos, incluyendo las ciencias y las humanidades, que pueden aplicarse en cualquiera de los modelos teóricos de enfermería.
- ✚ **Es interpersonal:** exige que las enfermeras se comuniquen de forma directa y coherente con los clientes para satisfacer sus necesidades.
- ✚ **Es cíclico:** como todas las etapas están interrelacionadas, no hay un principio ni un fin absoluto.
- ✚ **Es universal:** el proceso de enfermería se emplea como marco para los cuidados de enfermería en todo tipo de contexto de atención sanitaria, con clientes de todos los grupos de edad. (Kozier, Erb, 1999, p.18)

4.1.4 Ventajas

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

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

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

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

4.1.5 Etapas del Proceso de Enfermería

4.1.5.1 Valoración

Esta primera fase del proceso de enfermería tal vez es la más importante, ya que todo el plan se sustenta en la información obtenida: una valoración precisa conduce a la identificación del estado integral del paciente y a los temas diagnósticos de enfermería proporciona cuidados de calidad con bases sólidas apoyadas en conocimientos científicos de diversas disciplinas, teorías y normas de acción. Generalmente, la obtención de datos se logra mediante la **observación, entrevista y exploración física**.

Para la obtención de datos, además de las herramientas previamente enunciadas, debe recurrirse a fuentes de información **directa** (paciente) o **indirecta** (familia, recursos humanos y registros documentales). El paciente es quien conoce su situación, vive sus problemas, por tanto, es quien directamente puede dar información.

4.1.5.2 Diagnóstico de enfermería

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

En este sentido, el diagnóstico de enfermería es una conclusión, enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud, los problemas y necesidades del paciente, que pueden modificarse por intervención del personal de enfermería para resolverlos o disminuirlos.

El diagnostico se deriva de la diferencia de datos confirmados por la valoración y de las percepciones, que una vez investigados, conduce a tomar decisiones básicamente, las partes del diagnóstico son dos:

Las respuestas humanas: en el contexto del diagnóstico que identifica como responde el paciente ante un estado de salud o enfermedad.

Los factores relacionados: con la etiología, con el fin de impedir, reducir o mitigar una respuesta en el paciente; estos factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales son las causas que contribuyen a la respuestas manifestada por el paciente.

4.1.5.3 Planificación

Las intervenciones de enfermería dependen de las características del diagnóstico, del resultado deseado por el paciente, viabilidad, aceptación y capacidad del personal de enfermería. Una vez elaborados los diagnósticos de enfermería, se dará inicio a la planificación; esta fase del Proceso de Enfermería es el acto de determinar que puede hacerse para apoyar al paciente en el restablecimiento, conservación o el fomento de la salud, previa determinación del enfoque que le ayudara a solucionar, disminuir o reducir el efecto de sus problemas.

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

1.- Establecimiento de prioridades: se inicia con una lista de los diagnósticos de enfermería entre el personal de enfermería y el paciente para determinar el orden que deben resolverse los problemas de este.

2.-Identificación de objetivos: una vez que se han determinado y jerarquizado las prioridades, el personal de enfermería establecerá los objetivos que habrán de dar la pauta a seguir para abordar los problemas o diagnósticos del paciente.

3.- Planificación de cuidados de enfermería: se considera como el núcleo o centro del proceso de enfermería, ya que en él se plantean problemas, objetivos, acciones y respuestas y, por tanto, es el que dirige el actuar de la enfermera para asistir al paciente en la solución de problema o para cubrir sus necesidades.

4.1.5.4 Ejecución

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

Esta fase del Proceso de Enfermería incluye cinco **elementos:**

- 1.- Validación del plan
- 2.- Fundamentación científica en cada una de las acciones
- 3.- Otorgamiento de cuidados
- 4.- continuidad
- 5.- Registros de estos.

4.1.5.5 Evaluación

Es el proceso de valorar o revalorar los progresos del paciente hacia los objetivos de salud, así como la calidad de atención que recibe por parte del personal de enfermería y otros profesionistas que intervienen en su cuidado. (Rosales, Reyes, 2004, p.255).

4.2 TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA ELIZABETH OREM

4.2.1 Concepto

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

4.2.2 Antecedentes

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

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

Ejercicio profesional

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

Formativo

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

Investigación

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

Supuestos paradigmáticos

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

Funciones

En esta plataforma, Orem distingue ocho **funciones**:

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

La Teoría General del Déficit del Autocuidado (TGDA) está constituida por tres subteorías: teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y teoría de sistemas de enfermería.

Teoría del Autocuidado

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

A partir de este supuesto se sustenta la Teoría de autocuidado, misma que incluye los siguientes **conceptos principales**:

1. **Agente de autocuidado.**
2. **Agente de autocuidado dependiente.**
3. **La demanda de autocuidado terapéutico.**

El valor práctico de los factores básicos condicionantes es su selección y uso enumerados se fundamentan en la premisa de quien busca y recibe cuidados de enfermería es un individuo que al mismo tiempo es miembro de una familia.

Factores condicionantes básicos

Los propios factores se agrupan en tres categorías:

- 1) aquellos que describen a los individuos que son pacientes de las enfermerías individualmente o en grupo.
- 2) que relaciona a estos individuos con su familia de origen o por matrimonio.

3) que localizan a individuos en sus mundos relacionándolos en condiciones y circunstancias de vida.

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

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

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

Cada requisito identifica dos **elementos**:

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

Requisitos de autocuidado universal

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

En total son ocho, siendo los **siguientes**:

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

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

Requisitos de desarrollo

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

Requisitos de la desviación de la salud

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

Teoría del Déficit de Autocuidado

La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la

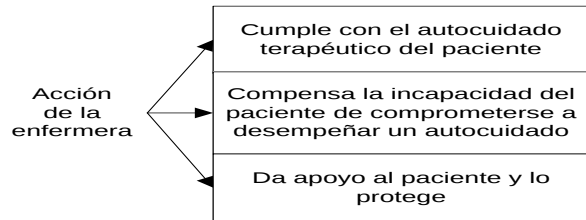
madurez y de las personas maduras relativas a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completamente o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos. También tienen limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay que controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función o desarrollo o del de las personas dependientes de ellos.

Teoría de Sistemas de Enfermería

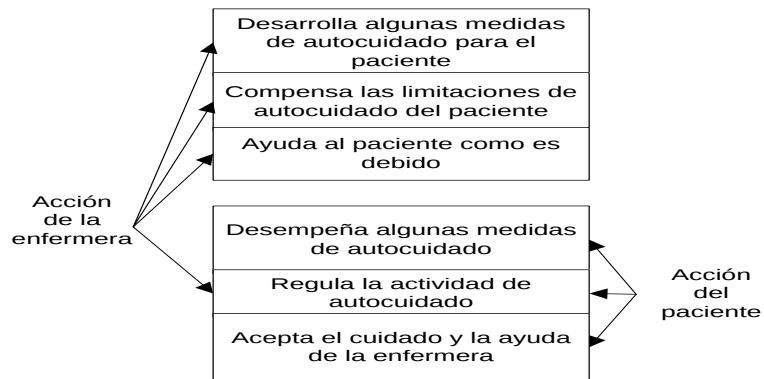
En la teoría de sistemas se marcan las pautas que implementan las formas de intervención, en tanto que “refiere una serie continua de acciones cuando las enfermeras vinculan su ayuda a las capacidades de la persona para regular sus acciones de autocuidado”. Esta teoría se subdivide en tres sistemas: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

Estos sistemas cuentan con intervenciones como las que se presentan a continuación. (Ostiguin y Velázquez, 2001, p.29)

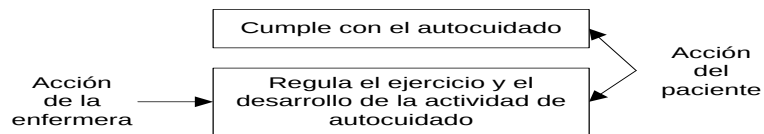
Sistemas enfermeros básicos



Sistema completamente compensador



Sistema parcialmente compensador



Sistema de apoyo educativo

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

CONCEPTO: El accidente vasculocerebral corresponde a una alteración de la irrigación sanguínea del encéfalo, ya sea de índole isquémica (falta de aporte sanguíneo) o bien hemorrágica, que provoca una abolición temporal o definitiva de las funciones neurológica de la zona afectada y da lugar a un cuadro clínico denominado ictus o apoplejía, con pérdida de la conciencia, parálisis, trastorno de lenguaje.

(Bennett, Fred, 1997, p. 2376)

Periodo prepatogénico	Periodo patogénico	
Agente: Las causas más frecuentes de isquemia e infarto cerebrales son la aterosclerosis con tromboembolia y la embolia cardiogénica. (Harrison, 1998, p.2644)		Muerte
		Invalidez o Estado Crónico
Huésped: Herencia: el riesgo de sufrir es mayor en personas que tienen historia familiar de AC Edad: El ACV es una patología neurológica que afecta principalmente a la población entre 45 y 65 años Sexo: la incidencia y prevalencia son iguales en hombres y mujeres Grupo étnico: Los afroamericanos tienen mayor incidencia de ACV que los blancos. Estos puede deberse a la mayor incidencia de Hipertensión, Obesidad y Diabetes Mellitus.	C L I N I C A	Complicaciones: Bronco aspiración de alimento, Disminución del período de vida, Dificultad en la comunicación, Pérdida permanente de las funciones del cerebro, Pérdida permanente del movimiento o la sensibilidad en una o más partes del cuerpo
		Signos y Síntomas: estupor, coma, confusión, agitación, convulsiones, Falta de sensación o debilidad repentina en la cara, el brazo, o la pierna, especialmente en un lado del cuerpo, adormecimiento, incoordinación facial o asimetría, debilidad, parálisis o pérdida sensorial
		Cambios sistémicos apoplejía (Harrison, 1998, p.2644)
		Cambios locales: déficit neurológico focal (Harrison, 1998, p.2644)
Ambiente: En los cuales pueda haber exposición a radiaciones. Población más vulnerable con poca asistencia médica y conocimiento a diferentes riesgos de la enfermedad. (Lewis,Heitkemper,Dirksen, p.1572)		Cambios tisulares: necrosis tisular, edema cerebral, (Harrison, 1998, p.2644)

PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA	PREVENCIÓN TERCIARIA	
PROMOCIÓN DE LA SALUD	PROTECCIÓN ESPECIFICA	DIAGNOSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO	LIMITACIÓN DEL DAÑO	REHABILITACIÓN
❖ Dieta sana ❖ Control de peso ❖ Realizar ejercicios ❖ No fumar ❖ Limitar la ingesta de alcohol ❖ Control de la hipertensión ❖ Control de la diabetes mellitus (Lewis,Heitkemper,Dirksen, p. 1580)	❖ controlar los signos vitales ❖ Tranquilizar al paciente y a su familia ❖ Vigilar la situación neurológica	❖ Tomografía computarizada ❖ Resonancia magnética ❖ Electroencefalograma ❖ Angiografía cerebral ❖ Análisis de líquido cerebral Tratamiento oportuno ❖ Mantener la glucemia entre 75 y 200 mg/dl ❖ Mantener la temperatura menos de 38 °C ❖ Ácido acetilsalicílico ❖ Ticlopidina ❖ Clopidogrel ❖ Dipyridamol (Lewis,Heitkemper,Dirksen, p.1580)	❖ Limitar las consecuencias neurológicas del mismo ❖ Prevenir y tratar las complicaciones ❖ Promover una efectiva rehabilitación	❖ Comienzo precoz de una terapia física ❖ Terapia ocupacional ❖ Terapia del habla ❖ Educar al familiar sobre el déficit neurológico que tiene el paciente, previniendo las complicaciones de la inmovilidad (Harrison, 1998, p.2661)
1 ^{er} nivel	2 ^{do} nivel	3 ^{er} nivel	4 ^{to} nivel	5 ^{to} nivel

V. DESARROLLO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

5.1 Valoración basada en el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem

5.1.1 Factores condicionantes básicos

Se trata de A.C. usuaria de 75 años de edad, viuda, de religión católica, escolaridad primaria, nacida en Guadalajara Jalisco, residente de Morelia Michoacán, dedicada al comercio, actualmente vive en una estancia geriátrica por presentar hace tres años un accidente por consecuencia presenta secuelas de Evento Cerebro Vascular. La vivienda cuenta con los servicios básicos, agua potable, luz eléctrica, alumbrado público, recolección de basura, drenaje y alcantarillado

El rol que desempeña es de mamá, y depende de sus hijos. En relación al patrón de vida en sus tiempos libres realiza actividades religiosas, culturales, sociales y deportivas. Trata de mantener su estado de salud estable, por tanto la dieta que consume es balanceada, consume tres comida al día, evita exponerse a cambios brusco de temperatura, acude al ISSSTE cuando se encuentra enferma, además tiene la capacidad de toma de decisiones en su tratamiento.

5.1.2 Requisitos de autocuidado universales

a) Mantenimiento de aporte suficiente de aire.

Actualmente se encuentra sin compromisos cardiorrespiratorios, sus campos pulmonares se encuentran ventilados, su llenado capilar es de 2 segundos, frecuencia respiratoria 18 por minuto, T/A 110/70, frecuencia cardiaca 78 por minuto y niega tabaquismo.

b) Mantenimiento de aporte de agua suficiente.

A la exploración se observa piel y mucosa hidratada, con buena coloración de tegumentos. Actualmente la ingesta de líquidos es de 500-1000 ml al día, el agua proviene de garrafón

c) Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos.

Su dieta habitual es sin restricciones, sin embargo utiliza dentadura extraíble. Acostumbra en el desayuno, frutas con cereal, leche y quesadilla. en la comida, consomé de verduras, pollo, tortas de camarón, papa, brócoli filete de pollo, pescado, carne de cerdo, y en la cena un vaso de leche con pan,. Su glicemia capilar es de 105 mg/dl. Su peso actual es de 70 kg talla 166 cm cintura 80 cm, en estos últimos meses ha notado que ha aumentado de peso de 1 a 3 kilogramos.

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

Presenta problemas en la eliminación de desechos, debido a que presenta estreñimiento, el cual se manifiesta por pujo y tenesmo, las heces son semipastosa y café oscuro, por consecuente se apoya de la ministración de laxante para defecar, su micción es espontanea con una frecuencias de 4 a 6 veces al día, su diuresis es color ámbar claro, la temperatura corporal es de 36.3 °C, su menarca fue a los 14 años con una duración de 4 días, color rojo brillante.

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

Hace más de 1 mes presenta dificultad para conciliar el sueño ya que duerme menos de 6 horas, por ruidos y entrada y salida de enfermería, por consecuencias acostumbra a tomar una siesta en el día, por consecuente se apoya de la ministración de 1 tableta de clonazepam para poder descansar. Refiere dolor en la articulación al realizar actividad rigurosa, presenta limitación física la mitad de su cuerpo y una disminución de la fuerza muscular, por consecuencia la duración de actividad es de una hora al día.

f) Mantenimiento del equilibrio entre soledad y la interacción.

Actualmente no presenta problemas para convivir con sus amigos, su relación es regular tiene facilidades de palabras conversar y convivir. Sin embargo no recurre a nadie para platicar de sus problemas, para que sus hijos no se

preocupen. Presenta problemas visuales y refiere vista cansada por la edad la cual utiliza lentes de contacto.

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

Su estado neurológico se encuentra consiente, presenta problemas en la concentración, utiliza bastón y andador para realizar la deambulaci3n no presenta antecedentes heredofamiliares, niega toxicomanía.

h) Funcionamiento humano y grupos sociales.

Al principio la usuaria no se aceptaba como persona sin embargo con el tiempo y terapias fue asimilando su enfermedad actualmente se acepta como persona y refiere que su vida ha sido productiva ya que todos sus hijos tienen una carrera, al realizar sus necesidades básicas utiliza método de ayuda para hacerlo, presenta problemas emocionales depresi3n y ante una situaci3n estresante lo toma de forma tranquila

5.1.3 Requisitos de autocuidado de desarrollo.

Durante su etapa de la niñez a los 5 años la usuaria presentó quemadura de 1er grado siendo internada en un hospital, en adulto joven presenta un accidente vehicular como consecuencia presento un evento cerebrovascular que dio como resultado la inmovilidad de la mitad de su cuerpo y además perdi3

su hijo que iba a su lado, estuvo internada 15 días en un hospital posteriormente la dieron de alta y empezó con su tratamiento de rehabilitación. Niega que haya sido informada sobre la educación sexual, pero sin embargo su vida sexual ha sido satisfactoria, con 5 hijos teniendo como pareja a una sola persona, sin presentar infecciones de transmisión sexual, y sin realizar ninguna cirugía en el aparato reproductor.

Su primera menstruación fue a los 14 años con una duración de 4 días su características de su flujo menstrual es de color rojo brillante en abundancia, no presenta problemas durante su menstruación, su embarazo fue de parto normal, su última fecha de su Papanicolaou fue a los 65 años de edad sin presentar hemorragia transvaginal.

5.1.4 Requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud

En caso de desviación de salud se realiza un chequeo médico cada mes para evitar complicaciones, la usuaria está consciente de su estado de salud, y que son procesos patológicos de los vasos cerebrales como consecuencia del accidente vehicular, acude en campañas nacionales de salud, ante una situación de actividad física al no poder realizar refiere tristeza al no realizarlo por su incapacidad, actualmente se encuentra en una rehabilitación para mantener una vida estable.

5.2 Caso clínico

Se trata de A.C. usuaria de 75 años de edad, viuda, de religión católica, escolaridad primaria, nacida en Guadalajara Jalisco, residente de Morelia Michoacán, dedicada al comercio, actualmente vive en una estancia geriátrica por presentar hace tres años un accidente vehicular por consecuencia presenta secuelas de Evento Cerebro Vascular. La vivienda cuenta con los servicios básicos, agua potable, luz eléctrica, alumbrado público, recolección de basura, drenaje y alcantarillado

El rol que desempeña es de mamá, tuvo 5 hijos un finado y depende de sus hijos. En relación al patrón de vida en sus tiempos libres realiza actividades religiosas, culturales, sociales y deportivas. Trata de mantener su estado de salud estable, por tanto la dieta que consume es balanceada, consume tres comidas al día, evita exponerse a cambios bruscos de temperatura, acude al ISSSTE cuando se encuentra enferma, además tiene la capacidad de toma de decisiones en su tratamiento.

En relación al requisito de mantenimiento de aporte suficiente de aire, actualmente se encuentra sin compromisos cardiorrespiratorios, sus campos pulmonares se encuentran ventilados, su llenado capilar es de 2 segundos, frecuencia respiratoria 18 por minuto, T/A 110/70, frecuencia cardíaca 78 por minuto y niega tabaquismo.

De acuerdo al mantenimiento de aporte de agua suficiente, a la exploración se observa piel y mucosa hidratada, con buena coloración de tegumentos. Actualmente la ingesta de líquidos es de 500-1000 ml al día, el agua proviene de garrafón.

En relación al aporte suficiente de alimentos, su dieta habitual es sin restricciones, sin embargo utiliza dentadura extraíble. Acostumbra en el desayuno, frutas con cereal, leche y quesadilla. en la comida, consomé de verduras, pollo, tortas de camarón, papa, brócoli filete de pollo, pescado, carne de cerdo, y en la cena un vaso de leche con pan, su glicemia capilar es de 105 mg/dl. Su peso actual es de 70 kg talla 166 cm cintura 80 cm, en estos últimos meses ha notado que ha aumentado de peso de 1 a 3 kilogramos.

Presenta problemas en la eliminación de desechos, debido a que presenta estreñimiento, el cual se manifiesta por pujo y tenesmo, las heces son semipastosa y café oscuro, por consecuente se apoya de la ministración de laxante para defecar, su micción es espontanea con una frecuencias de 4 a 6 veces al día, su diuresis es color ámbar claro, la temperatura corporal es de 36.3 °C, su primera menstruación fue a los 14 años con una duración de 4 días color rojo brillante.

Hace más de 1 mes presenta dificultad para conciliar el sueño ya que duerme menos de 6 horas por ruidos y entrada y salida de enfermería, por consecuencias acostumbra a tomar una siesta en el día, por consecuente se apoya de la ministración de 1 tableta de clonazepam para poder descansar.

Refiere dolor en la articulación al realizar actividad rigurosa, presenta limitación física la mitad de su cuerpo y una disminución de la fuerza muscular, por consecuencia hay un desequilibrio de su cuerpo, la duración de actividad es de una hora al día. Lo que le impide subir escaleras y caminar en superficie irregulares

Actualmente no presenta problemas para convivir con sus amigos, su relación es regular tiene facilidades de palabras conversar y convivir. Sin embargo no recurre a nadie para platicar de sus problemas, para que sus hijos no se preocupen. Presenta problemas visuales y refiere vista cansada por la edad la cual utiliza lentes de contacto.

Su estado neurológico se encuentra consiente, presenta problemas en la concentración, utiliza bastón y andador para realizar la deambulaci3n no presenta antecedentes heredofamiliares, niega toxicomanía.

Al principio la usuaria no se aceptaba como persona sin embargo con el tiempo y terapias fue asimilando su enfermedad actualmente se acepta como persona y refiere que su vida ha sido productiva ya que todos sus hijos tienen una carrera, al realizar sus necesidades básicas utiliza método de ayuda para hacerlo, presenta problemas emocionales depresi3n y ante una situaci3n estresante lo toma de forma tranquila

5.3 Diagnósticos de enfermería

1.- Insomnio relacionado con sueño interrumpido manifestado por dificultad para conciliar el sueño, insatisfacción con el sueño habitual

2.- Estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de líquidos manifestado por presencia de heces de consistencia pastosa en el recto, eliminación de heces duras, secas y formadas.

3.- Riesgo de caídas relacionado con uso de dispositivos de ayuda andador, bastón, historia de caídas.

4.- Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos manifestado por observaciones de evidencias de dolor, informe verbal de dolor

5.- Deterioro de la Movilidad física relacionado con disminución de la fuerza muscular, dolor manifestado por limitación de la amplitud de movimientos, movimientos descoordinados

5.4 Diagnósticos de enfermería 1

Dominio: 4 actividad / reposo

Clase: 1 sueño/reposo

Requisito de autocuidado universal: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano

Requisito de autocuidado en caso de desviación de la salud **Evento Cerebro Vascular**

Diagnóstico de enfermería

Insomnio relacionado con sueño interrumpido, manifestado por dificultad para conciliar el sueño, insatisfacción con el sueño habitual

5. 4.1 Plan de Intervención

Fecha: 20/01/2013

Criterios de resultados: sueño

Dominio: salud funcional (1)

Clase: mantenimiento de la energía (A)

Escala: Gravemente Comprometido hasta No comprometido (o) y Grave Hasta No comprometido

Puntuación Diana del resultado Mantener 10 Aumentar a 20

Indicadores	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
Dificultad para conciliar el sueño			3		
Sueño interrumpido		2			
Dependencia para dormir		2			
Siestas inapropiadas			3		

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

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

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

Intervenciones de Enfermería (Agencia de Enfermería): Mejorar el sueño

Acciones de enfermería

Fundamento científico

Observar, registrar el esquema y La evaluación del paciente en cuanto

número de horas de sueño del a la cantidad, calidad y
paciente manifestaciones entorno al sueño,
permitirá ayudar al paciente a
intervenir en la satisfacción de
necesidades o solución de problemas
respectivos. (Susana, Eva, 2004,
p.299)

Enseñar al paciente controlar las Si las pautas observadas a este
pautas de sueño respecto son las adecuadas, deberán
ser preservadas a fin de propiciar el
estado de bienestar. (Luverne, Bárbara,
1992, p.226)

Ayudar al paciente a limitar el La actividad, especialmente el
sueño durante el día disponiendo ejercicio, incrementa la sensación de
una actividad que favorezca la fatiga y la necesidad de dormir para
vigilia. restablecer el bienestar. (Luverne,
Bárbara, 1992, p.223)

Enseñar al paciente a realizar una Cualquier esfuerzo por preservar la
relajación muscular autogénica u tensión de los músculos inhibirá la

otras formas no farmacológicas de labor de relajación. (Luverne, Bárbara, inducción del sueño. 1992, p.221)

Método de ayuda

- + Brindar apoyo, ya sea físico o psicológico
- + Proporcionar un entorno adecuado para brindar los cuidados y para que se desarrollen las capacidades personales

5.4.2 Ejecución

Fecha: 22/01/2013

- + Se realizaron guardias durante la noche para verificar el número de horas de sueño y detectar el factor por la cual no podía conciliar el sueño, observándose que un factor era la paciente que se quedaba a lado de ella. Y por lo tanto Se solicitó al encargado del asilo que se cambiara de cuarto para mejorar el ciclo del sueño.
- + Se vigiló a la usuaria durante la noche y se le informa que evite situaciones estresantes con el fin de evitar las pautas del sueño
- + Se realizan actividades de manualidades durante el día como, pintar, repujado, y se apoya la deambulaci3n.

- ✚ Se realizan terapias de yoga para mantener una buena oxigenación y concentración durante el sueño.

5.4.3 Evaluación

Fecha: 03/04/2013

Indicadores	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
Dificultad para conciliar el sueño					5
Sueño interrumpido					5
Dependencia para dormir					5
Siestas inapropiadas					5

Con las actividades realizadas se logró que la usuaria conciliara el sueño, sin dificultades, asimismo que no fuera un sueño interrumpido y de esta manera evitar el insomnio.

5.5 Diagnósticos de enfermería 2

Dominio: 3 eliminación e intercambio

Clase: 2 función gastrointestinal

Requisito del autocuidado universal: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano

Requisito de autocuidado en caso de desviación de la salud

Evento Cerebro Vascular

Diagnóstico de Enfermería

Estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de líquidos manifestado por presencia de heces de consistencia pastosa en el recto, eliminación de heces duras, secas y formadas.

5.5.1 Plan de Intervención

Fecha: 25/01/2013

Criterios de resultados: Eliminación intestinal

Dominio: salud fisiológico (11)

Clase: eliminación (f)

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

Puntuación Diana del resultado Mantener 9 Aumentar a 20

Indicadores	Gravemente Comprometido	Sustancialmente Comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
Heces blandas y formadas		2			
Cantidad de las heces en relación con la dieta			3		
Tono muscular para la evacuación fecal.		2			
Eliminación fecal sin ayuda		2			

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

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

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

Intervenciones de enfermería (Agencia de Enfermería): Manejo del estreñimiento/impactación

Acciones de enfermería	Fundamento científico
Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos	Los líquidos contribuyen a preservar el contenido de agua de las heces. (Luverne, Bárbara, 1992, p.748)
Instruir al paciente acerca de la dieta rica en fibra	Una dieta rica en fibras y alimentos indigeribles propicia una producción mayor de materia fecal y favorece su paso por el conducto intestinal. (Luverne, Bárbara, 1992, p.744)
Instruir al paciente sobre el uso correcto de laxantes	Los laxantes tienen efectos más severos sobre el sistema gastrointestinal que los ablandadores. El uso indiscriminado de medicamentos puede agravar aún más los problemas relacionado con la eliminación. (Luverne, Bárbara, 1992, p.748).

Instruir al paciente sobre la relación entre dieta y ejercicios. El ejercicio y la actividad favorecen el tono muscular y estimulan el peristáltico. (Luverne, Bárbara, 1992, p.748)

Método de ayuda

- + Brindar apoyo, ya sea físico o psicológico
- + Proporcionar un entorno adecuado para brindar los cuidados y para que se desarrollen las capacidades personales

5.5.2 Ejecución

Fecha: 28/01/2013

- + Se aumenta la ingesta de líquidos de 1000 a 1500 ml durante el día antes y después de cada alimento
- + Se eliminan comidas de alto contenido energético y se insiste la cantidad de alimento ricas en fibras: pan tostado, arroz
- + Se le informa a la usuaria sobre el uso excesivo de laxante y las consecuencias que contribuyen al tomarlo
- + El personal de enfermería se enfocó en mantener una dieta balanceada y la realización de ejercicios durante el día como ayudar la deambulaci3n

5.5.3 Evaluación

Fecha: 26/03/2013

Indicadores	Gravemente comprometido	Sustancialmente Comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
Heces blandas y formadas					5
Cantidad de las heces en relación con la dieta					5
Tono muscular para la evacuación fecal.				4	
Eliminación fecal sin ayuda				4	

Los objetivos planteados no se lograron, pues aun con el aumento de líquidos, no se favoreció la eliminación intestinal adecuada, debido a la incapacidad, consecuencia de la enfermedad que representa la usuaria.

5.6 Diagnósticos de enfermería 3

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 2: Lesión física

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

Diagnóstico de enfermería

Riesgo de caídas relacionado con uso de dispositivos de ayuda de andador, bastón, historia de caídas.

5.6.1 Plan de Intervención

Fecha: 31/01/2013

Criterio de Resultado: control del riesgo

Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV)

Clase: Control del riesgo y seguridad (T)

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

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 7 Aumentar a: 20

INDICADORES	Nunca	Raramente	A veces	Frecuentemente	Siempre
-------------	-------	-----------	---------	----------------	---------

	demostrado	demostrado	demostrado	demostrado	demostrado
Utiliza los sistemas de apoyo personal para reducir el riesgo	1				
Evita exponerse a las amenazas para la salud		2			
Supervisa los factores de riesgo medioambientales		2			
Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo.		2			

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

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

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

Intervención de enfermería (Agencia de Enfermería): prevención de caídas.

Acciones de enfermería

Fundamento científico

Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo Disminuye el deslizamiento y las caídas de forma considerable. (Potter, Griffin, 2002 p. 274)

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

Sugerir calzado seguro. Reduce la posibilidad de resbalarse. (Potter, Griffin, 2002 p. 1057)

Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos. Pueden reducir las caídas durante el día y la noche. (Potter, Griffin, 2002 p. 274)

Método de ayuda

- + Brindar apoyo, ya sea físico o psicológico
- + Proporcionar un entorno adecuado para brindar los cuidados y para que se desarrollen las capacidades personales

5.6.2 Ejecución

Fecha: 03/02/2013

- ✚ Se vigila la presencia de objetos tirados en el suelo y se retiran del lugar para mantener el área limpio y seco
- ✚ Se le informa a la usuaria que solicite ayuda cada vez que se traslade de un lado para otro
- ✚ Se colocaron los objetos más utilizados al alcance de la usuaria con el fin de evitar traslados innecesarios y de esta manera disminuir el riesgo de caídas.
- ✚ Se solicitó a los familiares que compraran zapatos antiderrapante a la usuaria y de esta manera evitar el riesgo de caídas (quienes los llevaron una semana después).

5.6.3 Evaluación

Fecha: 08/05/2013

INDICADORES	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
Utiliza los sistemas de apoyo personal para reducir el riesgo					5
Evita exponerse a					5

las amenazas para la salud					
Supervisa los factores de riesgo medioambientales					5
Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo.					5

Los resultados esperados, se consiguieron satisfactoriamente, ya que el espacio donde se encontraba la usuaria, se modificó, a través de la participación del personal de enfermería, familia y usuaria. Asimismo la usuaria supervisaba la zona, a fin de dar aviso sobre los riesgos existentes. Afortunadamente con las acciones implementadas no se presentaron caídas, cabe mencionar que se convenció a la usuaria, sobre su participación en este riesgo.

5.7 Diagnósticos de enfermería 4

Dominio 12: Confort

Clase 1: Confort físico

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

Diagnóstico de enfermería

Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos manifestado por observaciones de evidencias de dolor, informe verbal de dolor

5.7.1 Plan de Intervención

Fecha: 05/03/2013

Criterio de Resultado: control del dolor

Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV)

Clase: Conducta de salud (Q)

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

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 9 Aumentar a: 20

Indicadores	Nunca	Raramente	A veces	Frecuentemente	Siempre
-------------	-------	-----------	---------	----------------	---------

	demostrado	demostrado	demostrado	demostrado	demostrado
Utiliza un diario para apuntar síntomas de dolor.			3		
Utiliza medidas de alivio no analgésicas			3		
Reconoce síntomas asociados del dolor			3		
Reconoce factores causales.			3		

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

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

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

Intervención de enfermería (Agencia de Enfermería): Manejo del dolor

Acciones de enfermería

Fundamento científico

Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/ duración frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.

La identificación oportuna de las fases en entorno al dolor permite establecer un plan terapéutico para evitar, disminuir o controlar el dolor. (Rosales, Reyes 2004 p.354)

Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (retroalimentación, estimulación nerviosa eléctrica, hipnosis, relajación, capacidad de imaginación guiada, musicoterapia, terapia de actividad, acupresión, aplicación de calor/ frio y masaje.

Los efectos del calor son analgésicos, antiespasmódico, descongestivos y sedante, en tanto que el frio alivia el espasmo muscular, reduce la inflamación y alivia el dolor. (Rosales, Reyes 2004 p. 355).

Enseñar los principios de control del dolor.

Ayuda a olvidar el dolor, reduce el espasmo/ tensión muscular y favorece la oxigenación histica/ cicatrización. (Doenges, Moorhouse, Murr 2008 p. 255).

Disminuir o eliminar los factores Reduce el riesgo de distensión que precipiten o aumenten las muscular al intentarlo alcanzar. experiencias del dolor (miedo, fatiga, (Doenges, Moorhouse, Murr 2008 p. monotonía y falta de conocimiento). 255).

Método de ayuda

- + Brindar apoyo, ya sea físico o psicológico
- + Proporcionar un entorno adecuado para brindar los cuidados y para que se desarrollen las capacidades personales

5.7.2 Ejecución

Fecha: 08/03/2013

- + Se realizaron exploraciones minuciosas a la usuaria y se detectó la presencia del dolor y la intensidad que lo ocasiona y se evitaron actividades rigurosas que lo ocasionan.
- + Se colocaron calentadores y terapias de tens en el sitio del dolor para disminuir el dolor
- + Se realizaron terapias recreativas y yoga
- + Se eliminaron los factores que desencadenaban el dolor como la realización actividades rigurosas, sostenerla en el brazo afectado.

✚ Se sugiere al médico encargado de los usuarios de la estancia geriátrica que le aumente la dosis para disminuir el dolor.

5.7.3 Evaluación

Fecha: 15/06/2013

Indicadores	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
Utiliza un diario para apuntar síntomas de dolor.					5
Utiliza medidas de alivio no analgésicas					5
Reconoce síntomas asociados del dolor					5
Reconoce factores causales.					5

Es importante mencionar, que las actividades realizadas por el personal de enfermería, fueron relevantes en la disminución del dolor en la usuaria. Identifica los factores que favorecen el dolor, como: movilización inapropiada y la presencia de frío, refiere que le ocasiona dolor en el brazo afectado.

5.8 Diagnósticos de enfermería 5

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase: Actividad/ejercicio

Requisito de autocuidado universal: Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y reposo

Diagnóstico de enfermería

Deterioro de la Movilidad física relacionado con disminución de la fuerza muscular, dolor, manifestado por limitación de la amplitud de movimientos, movimientos descoordinados

5.8.1 Plan de Intervención

Fecha: 10/03/2013

Criterio de Resultado: movimiento coordinado

Dominio: salud funcional (I)

Clase: Movilidad (C)

Escala (s): Gravemente comprometido hasta No comprometido (a)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 7 Aumentar a: 20

Indicadores	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
Resistencia de la contracción muscular		2			
Suavidad del movimiento		2			
Control de movimientos	1				
Movimiento equilibrado		2			

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

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

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

Intervención de enfermería (Agencia de Enfermería): Fomento de ejercicios

Acciones de enfermería

Fundamento científico

Ayudar al individuo a integrar el Las actividades programadas suelen

programa de ejercicios en su rutina gozar de prioridad. (Wolff, Kuhn
semanal. 1992 p. 204)

Realizar los ejercicios con la persona. Acompañarse de otra persona puede
representar tanto motivación como
apoyo, cuando la primera pierde
interés o se deja llevar por el
desaliento. (Wolff, Kuhn, 1992 p.
204)

Instruir al individuo en los ejercicios de precalentamiento y relajación El incremento gradual del esfuerzo
corporal para la ejecución, previene
toda la lesión. (Wolff, Kuhn 1992 p.
204)

Animar al individuo a empezar a continuar con el ejercicio. Para disminuir los factores de riesgo
de las enfermedades
cardiovasculares y para mejorar su
salud y aumentar su bienestar
(Kozier, Erb, Berman, Snyder 2005
p. 1165).

Método de ayuda

- ✚ Brindar apoyo, ya sea físico o psicológico
- ✚ Proporcionar un entorno adecuado para brindar los cuidados y para que se desarrollen las capacidades personales

5.8.2 Ejecución

Fecha: 12/03/2013

- ✚ Se le insistió a la usuaria a incorporarse al programa de ejercicios, y con el apoyo de sus compañeros acepto incorporarse.
- ✚ En las primeras semanas de ejercitación, se le apoya de manera física y emocional para motivarla.
- ✚ Previo al ejercicio se ayuda a la usuaria con el estiramientos de hombros, brazos y piernas para evitar calambres y dolores musculares
- ✚ En las primeras semanas la usuaria se desinteresó en el programa de ejercicio, sin embargo se le informa sobre los beneficios que conllevan.

5.8.3 Evaluación

Fecha: 20/06/2013

Indicadores	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
Resistencia de					5

la contracción muscular					
Suavidad del movimiento					5
Control de movimientos				4	
Movimiento equilibrado				4	

Los resultados deseados por el personal de enfermería, no se cumplieron como se esperaban, aun cuando el personal colaboró durante el ejercicio, debido a las secuelas cerebrales derivadas del EVC, pues fue imposible mantener la coordinación de movimientos y fuerza muscular.

VI. CONCLUSIONES

La aplicación del Proceso de Enfermería en una usuaria con EVC, permite brindar cuidados de una forma eficiente humanista y las cuales llevaron a mejorar una mejor calidad de vida.

Los resultados obtenidos en la usuaria en relación al insomnio que presentaba, se logró que la usuaria conciliara el sueño, sin dificultades, en cuanto al estreñimiento el objetivo planteado no se logró, pues aun con el aumento de líquidos, no se favoreció la eliminación intestinal adecuada.

En relación al diagnóstico de Enfermería: riesgo de caídas, éstas se evitaron satisfactoriamente, ya que el espacio físico donde se encontraba la usuaria, se modificó, a través de la participación de ésta misma, personal de enfermería y familia.

Además cabe mencionar que para disminuir el dolor agudo, fueron importantes las actividades realizadas por el personal de enfermería, sin embargo la usuaria continuó con el deterioro de la deambulaci3n, aun cuando el personal colabor3 durante el ejercicio, debido a que es una secuela derivada del EVC.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rosales, S., Reyes, E (2004). *Fundamentos de enfermería* (3ra ed)
México: Manual moderno.
2. Ostiguin, R. M. Velázquez, S.M.L. (2001). *Teoría general del déficit de autocuidado: Guía básica ilustrada* (1ª ed). México: Manual moderno.
3. Bennett, J. C., Plum, F. (1997). *Tratado de medicina interna*: (20 ed.)
México
4. Lewis, S. M., Heitkemper, M. M., Dirksen, S, R. (2004). *Enfermería Medicoquirúrgica*: (6ª ed.) Madrid. España
5. Harrison,T. (1998). *Principio de medicina interna*: (14ª ed.) España
6. Kozier, B., Erb, G. (1999). *Técnicas de enfermería clínica*: (4ª ed.) España
7. Wolff, L., Kuhn, B. (1992) *Fundamentos de enfermería*: (4ª ed.) México
8. Potter, P., Griffin, A. (2002) *Fundamentos de enfermería*: (5ª ed.) Madrid
España

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Bulechek, G., Butcher, H. y McCloskey, J. (2009). *Clasificación de intervenciones (NIC)*. (5^{ta} ed). Barcelona: Elsevier.
2. Cavanagh, S.J. (1993). *Modelo de Orem: aplicación práctica*. Barcelona: Masson-Salvat.
3. Heather, T. (2010). *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011*. Barcelona: Elsevier.
4. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. y Swanson, E. (2009). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. (4^{ta} ed). Barcelona: Elsevier.

IX. GLOSARIO DE TÉRMINOS

9.1 Terminología de la Teoría General del Déficit de Autocuidado

- **Persona:** como la unidad sustancial cuyas partes están formadas para la perfección y tiende a diferenciarse de otros durante todo su proceso de desarrollo.
- **Salud:** es el estado de integridad y bienestar de la persona durante su crecimiento y desarrollo.
- **Entorno:** implica las condiciones ambientales (psicológicas y físicas) que motivan a la persona a reorientar su conducta hacia las prácticas de salud.
- **Enfermería:** se establece como un servicio humano de cuidado, cuya acción se traduce en beneficios para la persona.
- **Agente de autocuidado:** Se refiere a cualquier persona que se provee de autocuidado.
- **Agente de autocuidado dependiente,** entendiendo agente como persona que se lleva a cabo la acción.
- La **demanda de autocuidado terapéutico** es una entidad construida objetivamente sobre la información que describe a un individuo en cuanto a sus aspectos funcionales, estructurales y de desarrollo, inicia al determinar el requisito de autocuidado comprometido para prescribir la acción del mismo a través de la agencia de autocuidado terapéutico; para el caso, la persona es un profesional de la enfermería.

9.2 Terminología Médica

- **Abolición:** Desaparición, interrupción.
- **Agitación:** Malestar con inquietud y actividad aumentada con cierto grado de ansiedad, temor y tensión. Puede ser ocasionada por algunos fármacos.
- **Angiografía cerebral:** Técnica de rayos X para la visualización del sistema vascular cerebral mediante la inyección de una sustancia de contraste radiopaco en las arterias carótida, subclavia, humeral o femoral, obteniéndose placas seriadas a intervalos específicos.
- **Apoplejía:** Síndrome que se caracteriza por la abolición, casi siempre brusca y completa, de las funciones cerebrales (pérdida de conciencia, de la motilidad y la sensibilidad).
- **Asimetría:** Disimilitud de partes u órganos correspondientes a partes opuestas del cuerpo que normalmente son iguales.
- **Aterosclerosis:** Proceso de formación de placas de tejido graso (ateroma) sobre la pared interna de las arterias.

- **Coma:** Alteración del estado normal de la conciencia caracterizado por la falta de apertura ocular y la disminución o ausencia de respuesta ante estímulos externos.
- **Convulsión:** Movimiento de contracción y estiramiento de uno o varios músculos del cuerpo.
- **Diabetes mellitus:** Esta enfermedad ocurre cuando el organismo no utiliza la glucosa (azúcar) de la manera que debería hacerlo.
- **Edema cerebral:** Incremento del volumen cerebral debido a acumulación del contenido acuoso. Puede deberse a: incremento en la permeabilidad capilar, hinchazón de las células cerebrales en estados de hipoxia o intoxicación acuosa y edema intersticial debido a hidrocefalia
- **Electroencefalograma:** Aparato que amplifica y recoge por medio de unos electrodos los impulsos eléctricos generados espontáneamente en el cerebro, registrándolos en una gráfica. Prueba para medir la actividad cerebral.

- **Estupor:** Estado de inconsciencia parcial con ausencia de movimientos y reacción a los estímulos.
- **Hipertensión:** Presión alta de la sangre. Trastorno común caracterizado por un aumento en la presión arterial que sobrepasa de forma persistente los 140 - 90 mm Hg.
- **Neurosis:** Conjunto de las enfermedades mentales de base estrictamente psicológica.
- **Obesidad:** Es una enfermedad que se caracteriza por un aumento de la masa grasa, que se traduce en un incremento del peso corporal.
- **Parálisis:** Disminución o cese de la motricidad y de la sensibilidad de una o varias partes del cuerpo.
- **Resonancia magnética:** Técnica de diagnóstico por imagen del cuerpo humano, aprovechando las especiales propiedades del Hidrógeno para generar campos magnéticos, que nos permite estudiar todo tipo de lesiones vasculares, tumorales, traumáticas, inflamatorias, degenerativas y autoinmunes, y en especial, es un gran apoyo para valorar alteraciones del sistema nervioso central y de la columna vertebral.

- **Tomografía computarizada:** Procedimiento de diagnóstico por imagen que utiliza una combinación de las tecnologías de los rayos X y las computadoras para obtener imágenes transversales (que se suelen llamar "rebanadas") tanto horizontales como verticales del cuerpo. Un escáner CT muestra imágenes detalladas de cualquier parte del cuerpo, incluyendo los huesos, los músculos, la grasa y los órganos.
- **Tromboembolia:** Enfermedad producida por la impactación de un fragmento de un trombo. Se produce cuando este se desprende de su lugar de origen, y es llevado por el torrente sanguíneo hasta producir la oclusión de una arteria distante del lugar de origen (embolo).

X. ANEXOS

10.1 Guía de valoración de acuerdo al referente teórico de Dorothea

Elizabeth Orem

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO

FACULTAD DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DE CELAYA

MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

GUIA DE VALORACION

(DOROTHEA ELIZABETH OREM)

Elaboró: MCE. Vanesa Jiménez Arroyo

FACTORES CONDICIONANTES BASICOS

a) Descriptivos de la persona

Fecha: _____ Nombre: A.C. Sexo: Fem Edad: 75 años Religión: católica Edo

civil: viuda Escolaridad: primaria

Lugar de residencia: Morelia Michoacán

Domicilio actual (calle número, colonia): Belisario Domínguez # col. centro

Características de la vivienda:

Renta: ____ Propia: Otros: Estancia Geriátrica _____

Material de construcción:

Adobe: ____ Ladrillo: Otros: cantera con madera

Cuenta con los servicios básicos de vivienda:

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

Pavimentación: x

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios básicos:

Alumbrado público: x Recolección de basura: x

Drenaje y alcantarillado: x

Rol que ocupa en la familia:

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

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

Como es su relación con la familia:

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

Nivel de educación:

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

Otros: ____

Ocupación: __ Horario: ____

Antecedentes laborales: se dedica al comercio

Ingreso económico familiar:

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

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

hijos

b) Patrón de vida.

¿Qué actividades recreativas realiza en sus tiempos libres?

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

Otras: _____

¿Qué hace usted para cuidar su salud?

Mantiene su estado de salud estable, alimentación saludable

c) Estado del sistema de salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno () Regular (x) Deficiente ()

¿A qué servicios de salud acude usted regularmente?

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

Diagnostico medico: Evento cerebro vascular

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

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

Hace 30 minutos De su casa al médico.

d) Estado del desarrollo

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

Si (x) No ()

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

¿Quién autoriza su tratamiento médico?

La usuaria

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO UNIVERSALES

a) Mantenimiento del aporte suficiente de aire.

Frecuencia respiratoria: 18 x minuto llenado capilar: 2 segundos

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

Tabaquismo: Si () No: (x) Especifique: _____

¿Cocina con leña? Si () No (x) Cuanto tiempo: _____

Alergias: Si () No (x) Especifique: _____

Tipo de respiración:

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

Otros: _____

Nariz:

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

Edema: () Otros: _____

Tórax:

Tonel: (x) En quilla () En embudo: () Otros: _____

Ruidos respiratorios: _____

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

Padece alguna enfermedad pulmonar:

Si () No: (x) Especifique: _____

Cardiovascular:

T/A: 110/70 FC: 78 x minuto Soplos: () Arritmias: ()

Otras alteraciones: _____

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta disnea:

Si: () No: (x) Apoyo ventilatorio:

b) Mantenimiento de aporte de agua suficiente:

Valorar datos de deshidratación.

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

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

Que cantidad de agua ingiere usted al día:

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

De donde proviene el agua que consume:

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

Otros: _____

Utiliza algún método para planificar el agua:

Si () No () Especifique: _____

Ingiere algún otro tipo de líquido durante el día:

Si () No (x) Especifique Cantidad: _____

Aporte de líquidos parenterales: Especifique _____

c) Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos

Peso: 70 kg Talla: 166 cm IMC: Cintura: 80 cm

Ha observado variaciones del peso:

Si (x) No ()

Perdida: () Ganancia: ()

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

Dentadura:

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

Especifique: inferior y superior

Estado de las mucosas:

Presenta algún problema en la mucosa oral:

Si () No (x) Especifique: _____

Lengua en tónica () Estomatitis () Xerostomía () Tumor oral () Leucoplaquia ()
Edema () Lesión oral () Drenaje purulento () Gingivorragia () Ulceraciones ()

Otros: _____

Alteraciones en cara y cuello: _____

Abdomen:

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

Distensión abdominal: () Otros: _____

Presenta algún problema en la alimentación:

Si () No (x)

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

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

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

Otros: _____

Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse:

Si () No (x) Especifique: _____

Tipo de nutrición:

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

Nutrición Parenteral ()

Que tan frecuente come usted:

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

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

Pastas y harinas	1			
------------------	---	--	--	--

¿Con que guisa sus alimentos?

Aceite (x) Manteca: ()

¿Cómo es su dieta habitual?

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

Otros: _____

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

Grupo de evacuación intestinal:

Presencia de:

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

Pólipo rectal () Rectorragia () Otros: _____

Alteraciones al evacuar.

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

Apoyo para la eliminación intestinal: si laxantes

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

Características de las heces fecales:

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

Consistencia de las heces fecales:

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

Grupo de eliminación vesical:

Presencia de: Incontinencia () Retención urinaria () Tenesmo () Disuria ()

Alteraciones uretero-vesicales: _____

Alteraciones en la micción:

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

Apoyo para la evacuación vesical:

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

Características de la micción:

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

Grupo transpiración:

Cambios en los patrones normales de sudoración

Disminuida: (x) Ausente () Aumentada ()

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal: 36.3 °C Dolor: () Alt. Emocionales ()

Temperatura ambiental: Otros: _____

Grupo menstruación:

Menarca: 14 años Días del ciclo menstrual: 4 días

Tipo, cantidad y características del flujo: color rojo brillante

Presenta algún problema durante su menstruación:

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

e) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

REPOSO

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

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

¿Cómo se encuentra al despertar?

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

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?

Si (x) No ()

¿Ha sufrido algún cambio en su patrón de sueño?

Si (x) No () Desde cuándo?

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

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

Alucinaciones: ()

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

Factores que interrumpen su descanso y sueño: ruidos y la entrada y salida de enfermería

¿Acostumbras a tomar siestas?

Si (x) No ()

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?

Si (x) No () Especifique: rivotril en gotas

ACTIVIDAD:

Sistema Musculo Esquelético

Presencia en articulaciones de:

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

Especifique: actividad rigurosa presenta limitación la mitad de su cuerpo

Tratamiento:

¿Alguna actividad física le produce dolor?

Si (x) No () Especifique: actividad rigurosa

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si (x) No () Cual: rehabilitación, subir escaleras

Frecuencia/duración: 1 hora

f) Mantenimiento del equilibrio entre soledad y la interacción

Sistema auditivo:

Presenta problemas de audición:

Si () No (x) Especifique: _____

Utiliza apoyo para escuchar:

Si () No (x)

Presencia de:

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

Sistema ocular:

Presenta problemas visuales:

Si (x) No () Especifique: vista cansada, la edad

Utiliza lentes: si Armazón: () Contacto: (x) Tiempo: 5 años

Presencia de alteraciones oculares:

Si () No (x) Especifique: _____.

¿Con quienes convive diariamente?

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

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

Buena () Regular (x) Mala ()

¿A quién recurre para platicar de sus problemas?

Familia () Amigos () Nadie (x) Otros: _____

Observar: Seguridad () Timidez () Introversión () Apatía () Extraversión ()

Otros: Preocupada, no lo manifiesta con sus hijos

Razones que le impiden socializar: Lejanía () Enfermedad () Rechazo () Miedo ()

Dificultad para la comunicación () Otros: _____

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

Sistema Neurológico:

Estado de conciencia:

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

Glasgow: _____

Problemas con: Concentración (x) Razonamiento () Especificar: _____

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

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

Antecedentes heredofamiliares patológicos:

Si () No (x) Especifique: _____

Toxicomanías:

Si () No (x) Especifique: _____

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?

Si (x) No () Especifique: acude al servicio médico cuando se enferma

h) Funcionamiento humano y grupos sociales

¿Se acepta en su estado físico?

Si (x) No () Especifique: _____

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad?

Si (x) No () Especifique: _____

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

Si (x) No () Especifique: laxantes

¿Considera que su vida es o ha sido productiva?

Si (x) No () Especifique: _____

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales?

Si (x) No ()

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

Desesperanza y negatividad ()

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

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

Cólera () Tranquila (x)

I. REQUISITOS DE AUTO CUIDADO DE DESARROLLO

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

1. Etapas del ciclo vital

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

Niñez Si () No () Especifique: quemadura

Edad escolar Si () No () Especifique: _____

Adolescente Si () No () Especifique: _____

Adulto joven Si () No () Especifique: _____

Edad fértil Si () No () Especifique: _____

Adulto maduro Si () No () Especifique: _____

2. Salud sexual

Sistema reproductor:

Has recibido educación sexual

Si () No (x) Especifique: _____

¿Cuál es su orientación sexual? heterosexual

¿Con que Frecuencia tiene actividad sexual?

¿Está satisfecho con su vida sexual?

Si (x) No () Porque: _____

Número de parejas sexuales: 1

Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales:

Si () No (X) Especifique/tratamiento: _____

Utiliza algún método de planificación familiar:

Si () No (x) Especifique/tiempo: _____

Número de hijos: 4 hijos

Tiene problemas de infertilidad:

Si () No (x) Especifique: _____

Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual:

Si () No (x) Especifique: _____

Tratamiento: _____

Cirugías realizadas en aparato reproductor:

Si () No () Especifique: _____

Hombre:

¿Acude a examen de Próstata/testicular?

Si () No (x) Especifique: _____

¿Presenta problemas de erección?

Si () No () Tratamiento: _____

¿Presenta problemas de eyaculación precoz?

Si () No () Tratamiento: _____

Mujer:

Menarca: 14 años Días del ciclo menstrual: 4 días

Tipo, cantidad y características del flujo: color rojo brillante

Presenta algún problema durante la menstruación:

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

Embarazos: 4 Partos: x Cesáreas: _____ Abortos: _____

Partos prematuros: _____ Fechas de último Papanicolaou: 60 años

Presencia de flujo/hemorragia trasvaginal: _____ Características: _____

¿Existen alteraciones de crecimiento físico?

Si () No (x) Especifique: _____

III.- REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

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

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

Especifique: _____

¿Sabe usted de que está enfermo?

Si (x) No ()

¿Qué conoce acerca de su enfermedad? Que es una secuela de mi accidente y que tengo que estar en rehabilitación para llevar una vida estable

¿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? Tristeza, sin no poder realizarlo

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación?

Si (x) No () Especifique: _____

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

Ambientales () Familiares () Personales (x) limitación física

Especifique: _____

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

Requisitos universales	
Datos objetivos	Datos subjetivos
1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	
FR 18 por minuto	Niega toxicomanía
Llenado capilar 2 segundo	Niega tabaquismo
T/A 110/70 mg/hg	Niega alergias
FC. 78 por minuto	No padece enfermedad pulmonar
2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua	
Piel y mucosa hidratada	Ingiere de 500 a 1000 ml al día
El agua que consume es de garrafón	
3.- Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.	
Peso 70 kg	No presenta alteración en la mucosa
Talla 166 cm	
Cintura 80 cm	
A aumentado de peso de 1 a 3 kg	
Utiliza dentadura extraíble inferior y superior	

4.- Provisión de los cuidados asociados a los procesos de eliminación y los excrementos	
Tenesmo, pujo, estreñimiento, heces semipastosa color café oscuro 36.3 °C Utiliza laxantes para defecar	Utiliza movilización para la evacuación Su micción es color ámbar claro, sudoración disminuida, su menarca a los 14 años con una duración de 4 días
5.-mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	
Bostezo, insomnio, utiliza rivotril en gotas para poder dormir, debilidad de la fuerza muscular, limitación la mitad de su cuerpo	Duerme menos de 6 horas Tiene dificultad para conciliar el sueño Acostumbra tomar siesta durante el día dolor en la articulación Acude a rehabilitación
6.-Mantenimiento del equilibrio entre soledad y la interacción.	
Vista cansada Se considera regular con sus relaciones con las personas no recurre a nadie de sus problemas Se acepta como persona	No presenta problemas de audición
7.- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar.	

Utiliza bastón silla de ruedas para deambular	presenta problemas para la concentración Niega toxicomanía Acude al servicio médico cuando se siente enferma
8.-promoción y funcionamiento del desarrollo humano, potencial humano, limitaciones conocidas y el deseo de ser normal.	
	Se acepta en su estado de salud Acepta los cambios a partir de su enfermedad Su vida ha sido productiva Presenta emocionales Depresión

10.3 Razonamiento diagnóstico

Datos significativos (evidencia)	Análisis deductivo (dominio, clase, requisito de autocuidado involucrados)	Problema (etiqueta diagnóstica NANDA II) P	Factor relacionado (etiología) E	Características definitorias (signos y síntomas) S
Duerme menos de 6 horas, presenta bostezo, insomnio, cansada, utiliza rivotril para dormir, acostumbra tomar siesta al día	Dominio:4 actividad/ reposo Clase: 1 sueño/reposo Requisito: Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y reposo.	Insomnio	Depresión, sueño interrumpido	El paciente informa De dificultad para conciliar el sueño, el paciente informa de dificultad para permanecer dormido
Actividad insuficiente, tenesmo, pujo, usa laxante Para defecar, consume de 500 a 1000 ml al día, sus heces café oscura semipastosa	Dominio:3 eliminación e intercambio Clase:2 función gastrointestinal Requisito: Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación urinaria y fecal.	Estreñimiento	Aporte insuficiente de líquidos, actividad física insuficiente	Presencia de heces de consistencia pastosa en el recto

Utiliza bastón, Andador, para deambular, presenta dolor en la articulación, limitación física la mitad de su cuerpo, disminución de la fuerza muscular	Dominio 11: Seguridad/protección. Clase: 2 Lesión física Requisito: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento, bienestar humano	Riesgo de caídas		Uso de dispositivo de ayuda de andador y bastón Historia de Caídas
--	---	---------------------	--	--

Datos significativos (evidencia)	Análisis deductivo (dominio, clase, requisito de autocuidado involucrados)	Problema (etiqueta diagnóstica NANDA II) P	Factor relacionado (etiología) E	Características definitorias (signos y síntomas) S
Presenta dolor en la Actividad física rigorosa, informe verbal del dolor	Dominio: 12 Confort Clase: 1 confort físico	Dolor agudo	Agentes lesivos: físico	Observaciones de evidencias de dolor, informe verbal de dolor

Refiere dolor al realizar actividad física, limitación la mitad de su cuerpo, disminución de la fuerza muscular	Dominio:4 actividad/ reposo Clase: 2 Actividad/ejercicio Requisito: Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y reposo	Deterioro de la Movilidad Física	Disminución de La fuerza muscular, dolor	Limitación de la amplitud de movimientos, movimientos descoordinados
---	---	----------------------------------	--	--

XI. APÉNDICES

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO FACULTAD DE ENFERMERIA

Consentimiento informado

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

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

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



Usuario


Melquisedech Montoya Alauca
Pasante de Licenciatura en Enfermería



Testigo

Morelia, Mich. a 10 de DICIEMBRE 2012.