



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 Hipertensión arterial y secuelas de un evento cerebro vascular isquémico.

Que para obtener el grado de:
Licenciada en Enfermería

Presenta:
PLE. Delia Aremi Castillo Ponce

Asesor (a):
**Candidato a maestro en enfermería:
Renato Hernández Campos**

Coasesor (a):
Doctora en docencia: Elva Rosa Valtierra Oba

Morelia, Mich. Marzo de 2014.



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
hipertensión arterial y secuelas de un evento cerebro vascular
isquémico***

Que para obtener el grado de:
Licenciada en Enfermería

Presenta:
PLE. Delia Aremi Castillo Ponce

Asesor (a):
**Candidato a maestro en enfermería:
Renato Hernández Campos**

Coasesor (a):
Doctora en docencia: Elva Rosa Valtierra Oba

Morelia, Mich. Marzo de 2014.

DIRECTIVOS

María Leticia Rubí García Valenzuela

Directora

ME. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Secretaria académica

MCE. Roberto Martínez Arenas

Secretario administrativo

MESA SINODAL

CME. Renato Hernández Campos

Presidente.

DRA. Elva Rosa Valtierra Oba

Primer vocal.

MEM. Rosalina Sauza Escutia

Segundo vocal.

DEDICATORIA

Primeramente **a dios** por darme la fortaleza, salud y capacidad necesaria para ver terminado mi carrera.

A mis padres con todo mi cariño, por el hecho de verme dado la vida, por la educación que me han dado y por todo su apoyo a lo largo de mi vida que ha sido fundamental para el término de mis estudios y que a pesar de las carencias económicas que muchas veces pasamos siempre hicieron lo posible por darme lo necesario.

A mis hermanos; porque el sacrificio económico que se hizo para que yo estudiara también fue de ellos.

A otra de las personas que hoy dedico este trabajo es al **Dr. Iván Espitia Barrera**, agradeciendo el apoyo a lo largo de mi carrera, pues en varias ocasiones me brindo la seguridad que necesitaba y me ayudo a seguir adelante las veces que estuve a punto de rendirme a mitad del camino por su cariño y por sus consejos, gracias.

A estas personas hoy les agradezco con todo mi corazón su apoyo, su confianza y su compañía a lo largo de mi formación como Lic. En enfermería y no me resta más que decirles: **MIL GRACIAS.**

AGRADECIMIENTOS

A dios principalmente por prestarme vida para cumplir uno de mis más grandes sueños.

A toda mi familia, en especial a mis padres porque a ellos debo todo lo que soy.

Al Dr. Iván Espitia Barrera por el apoyo que siempre me ha brindado.

A mi facultad y a todos los maestros que participaron en mi formación como licenciada en enfermería.

A mis amigas y demás personas que siempre me apoyaron y confiaron en mí y en mi capacidad para lograr este sueño.

RESUMEN

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizados. Centrados en la identificación de las respuestas únicas de la persona, o grupos a las alteraciones de salud reales, o de riesgo.

El objetivo general de este trabajo es aplicar el proceso de enfermería basado en el marco referencial de Dorothea E. Orem, a una paciente con hipertensión arterial, que presenta secuelas de un evento cerebro vascular isquémico, para mejorar su calidad de vida.

Las enfermedades cardiovasculares son una de 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 representa un reto para la salud pública del país, debido a que constituyen un conjunto de enfermedades, que resultan de estilos de vida no saludables.

Por esta razón se emitieron tres diagnósticos, los cuales son:

- 1.- Deterioro de la ambulación relacionada con deterioro cognitivo, deterioro del estado físico y deterioro del equilibrio, manifestado por deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas y deterioro de la habilidad para caminar sobre superficies irregulares.
- 2.- Insomnio relacionado con malestar físico, manifestado por informe verbal del paciente de dificultad para permanecer dormido.
- 3.- Riesgo de estreñimiento relacionado con actividad física insuficiente y un aporte insuficiente de líquidos.

Palabras clave: 1- Proceso de enfermería. 2- Hipertensión arterial. 3- Evento cerebro vascular isquémico.

ABSTRACT

Nursing is a systematic and organized process to provide an individualized care method. Focus on identifying the unique responses of the individual or groups to changes in actual health.

The overall objective of this research is to apply the nursing process based on the reference frame from Dorothea E. Orem, to a patient with hypertension, presenting sequela of cerebrovascular ischemic event, to improve their quality of life.

Cardiovascular disease is a leading cause of death in America, besides being a common cause of disability, premature mortality, and high costs for its prevention and control. These diseases affect different population groups, regardless of their cultural or socioeconomic status. So its prevention and control is a challenge for public health in the country, because they constitute a group of diseases that result from unhealthy life styles.

For this reason three diagnoses were issued, which are:

- 1- Impaired ambulation-related cognitive decline, impaired physical and impaired balance, manifested by impairment of the ability to walk the distances required and impaired ability to walk on uneven surfaces.
- 2- Insomnia related to physical discomfort, manifested by verbal patient report difficulty staying asleep.
- 3- Risk of constipation associated with insufficient physical activity and inadequate fluid intake.

Keywords: 1 - Nursing process. 2 - Hypertension. 3 - Ischemic cerebrovascular event.

INDICE

INTRODUCCION	11
I. JUSTIFICACION	13
II. OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo general.....	18
2.2 Objetivos específicos	18
III. METODOLOGIA.....	19
IV. MARCO TEORICO	21
4.1 Proceso de enfermería	21
4.2 Teoría general del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem.....	37
V. DESARROLLO DEL PROCESO DE ENFERMERIA	64
5.1 Valoración basada en el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem	64
5.1.1 Factores condicionantes básicos.....	64
5.1.2 requisitos de autocuidado universales.....	64
5.1.3 requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud	65
5.1.4 Caso clínico.....	65
5.2 Diagnósticos de Enfermería	68
5.2.1 Diagnóstico de Enfermería 1.....	68
5.2.2 Plan de Intervención	69
5.2.3 Ejecución	72
5.2.4 Evaluación	73
5.2.5 Diagnóstico de Enfermería 2.....	74
5.2.6 Plan de Intervención	74
5.2.7 Ejecución	78
5.2.8 Evaluación.....	79
5.2.9 Diagnóstico de Enfermería 3.....	79
5.2.10 Plan de Intervención.....	80
5.2.11 Ejecución.....	83
5.2.12 Evaluación.....	84

VI.	CONCLUSIONES.....	85
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	86
VIII.	BIBLIOGRAFIA.....	88
IX.	GLOSARIO DE TERMINOS.....	90
	9.1 Terminología de teoría general del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem.	90
	9.2 Terminología medica.....	92
X.	ANEXOS.....	95
	10.1 Guía de valoración con el referente teórico de Dorothea e. Orem.....	95
	10.2 Clasificación de los datos sobre los requisitos universales en objetivos y subjetivos.....	111
	10.3 Razonamiento diagnóstico.....	115
XI.	APENDICES	117

INTRODUCCION

Es importante la aplicación del proceso de enfermería ya que es un método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizados, centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o de riesgos. Consta de cinco etapas que son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. 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 porque el objetivo de este, es brindar cuidados específicos para mejorar la calidad de vida del paciente o de igual forma favorecer una muerte tranquila. (Rosales B. 2004 p. 227).

En este caso se aplicara el proceso de enfermería con el referente teórico de Dorothea E. Orem a una usuaria que presenta hipertensión arterial y secuelas de un evento cerebro vascular isquémico ya que la hipertensión arterial es una afección de alta prevalencia y se considera uno de los más importantes factores de riesgo cardiovascular, junto con la diabetes, las dislipidemias, el tabaquismo, la obesidad y el sedentarismo. (Mautner B. 2003 p. 222).

Según la academia mexicana de neurología, la enfermedad vascular cerebral es un problema de salud pública mundial de máxima importancia, representa una de las principales causas de muerte y la principal causa de discapacidad en sujetos mayores de 50 años.

En este trabajo se busca solucionar o mejorar algunos de los problemas de la paciente ya que después de evaluar su estado de salud, se pusieron en práctica las cinco etapas del proceso ya mencionadas anteriormente; se hizo una valoración donde se hizo una recolección de datos significativos por parte

de la usuaria y sus familiares, con base a estos datos se emitieron cuatro diagnósticos de acuerdo a los problemas de salud que presenta, se plantearon cuidados y acciones de enfermería y todo esto con el propósito de mejorar su estado de salud, se pusieron en marcha con el paciente y al final se realizó una evaluación para ver la evolución de la usuaria.

La idea central de la teoría general del déficit del autocuidado de Dorothea E. Orem es el autocuidado que es la capacidad de cada individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir, Orem completa el concepto “auto” como la totalidad de un individuo, incluyendo no solo sus necesidades físicas, sino que también las psicológicas, sociales y espirituales y el concepto “cuidado” como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. (Cavanagh J. p. 5).

I. JUSTIFICACION

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. El tabaquismo, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas y de sodio, además de otros determinantes como la susceptibilidad genética, el estrés psicosocial, los hábitos de alimentación inadecuados y la falta de actividad física, inciden en conjunto en la distribución, frecuencia y magnitud de estas enfermedades. (Diario oficial de la federación. NOM. 030 SSA2-2009).

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. (Diario oficial de la federación. NOM. 030 SSA2-2009).

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

En México, durante el periodo comprendido entre 1993-2005, se han observado incrementos en la prevalencia de obesidad, hipercolesterolemia,

hipertensión arterial y síndrome metabólico, de acuerdo con las encuestas nacionales. Según datos de la Encuesta de Enfermedades Crónicas de 1993, la prevalencia nacional en población mayor de 20 años fue de 21.3% para obesidad, 26.6% para hipertensión arterial, 30% para Síndrome Metabólico y 35.3% para hipercolesterolemia. (Diario oficial de la federación. NOM. 030 SSA2-2009).

Obesidad. De 1993 a 2000, la prevalencia de obesidad aumentó en tres puntos porcentuales y se acentuó respecto a 2005, al pasar de 24% en 2000 a 30%, lo que refleja un incremento en el ritmo sobre el cual crece la obesidad en el país. (Diario oficial de la federación. NOM. 030 SSA2-2009).

Hipertensión Arterial. Su prevalencia en la población de 20 años y más es de un tercio de esa población (30.8%), cuatro puntos porcentuales más que en 1993 y sin cambios significativos de 2000 a 2005. El cambio porcentual fue ligeramente mayor en mujeres (25.1 a 30.6%) respecto a hombres (28.5 a 31.5%) en todo el periodo. (Diario oficial de la federación. NOM. 030 SSA2-2009).

Hipercolesterolemia. En el año 2000 las concentraciones promedio de colesterol total, c-HDL y triglicéridos fueron: 197.5 mg/dl, 38.4 mg/dl y 181.7 mg/dl, respectivamente. A pesar de que 40.5% de las mujeres y 44.6% de los hombres tuvieron el colesterol >200 mg/dl, únicamente 6.1% de los encuestados tenía un diagnóstico previo de hipercolesterolemia. (Diario oficial de la federación. NOM. 030 SSA2-2009).

La hipertensión arterial es una afección de alta prevalencia y se considera uno de los más altos factores de riesgo cardiovascular, junto con la diabetes, la dislipidemia, el tabaquismo, la obesidad y el sedentarismo. El último trabajo publicado tanto por la OMS- sociedad internacional de hipertensión

arterial (OMS-SIHA) como por el comité conjunto nacional VI del instituto nacional de salud de los Estados Unidos de Norteamérica (JNC VI) define hipertensión arterial a valores iguales o superiores a 140/90 mm Hg, pero consideran presión arterial normal a los valores inferiores a 130/35 mm Hg. Los valores intermedios entre estas dos cifras se consideran “presión arterial normal alta”. La OMS-SIHA introduce los conceptos de “hipertensión arterial limítrofe” – lo cual implica, desde el punto de vista clínico, que estos individuos sean controlados con mayor frecuencia y corrijan los factores de riesgo presentes a fin de evitar o demorar la evolución hacia una hipertensión arterial establecida y la “hipertensión sistólica aislada”, de amplia prevalencia en la ancianidad. (Mautner, 2003. P. 222).

La clasificación del JNC VI establece que cuando los valores de presión arterial sistólica y diastólica se encuentran en diferentes categorías, la que está en la categoría mayor del nivel de clasificación. Además establece que el diagnóstico de hipertensión arterial debe basarse en el promedio de por lo menos dos mediciones efectuadas en dos o más visitas posteriores a la inicial.

La prevalencia de la hipertensión arterial se estimó en 20.4% en los Estados Unidos para el grupo etario entre 18 y 74 años en una evaluación entre los años 1988 y 1991. En otros países la prevalencia es variable y oscila del 8% en China hasta el 30% en los hombres alemanes, pero es probable que las tasas más bajas reflejen un diagnóstico deficiente. En nuestro país no existen datos generales, aunque los relevamientos regionales muestran prevalencias altas.

La mayoría de los hipertensos pertenecen al estadio I (leve). Cuando el consumo de sodio es alto, características de los países desarrollados o en vías de desarrollo, la presión arterial aumenta con la edad, lo que no ocurre en aquellas poblaciones cuya alimentación es muy rica en vegetales, con bajo aporte de sodio y alto potasio. En este hecho influye fuertemente la aparición de

la hipertensión arterial sistólica aislada (HSA) a partir de los 60 a 65 años. Múltiples estudios han comprobado que la prevalencia de la hipertensión arterial a partir de esa edad llega hasta el 70% a 75%. El sexo influye en una prevalencia mayor de la enfermedad de los hombres hasta la edad en que las mujeres entran en menopausia. En dicho momento las curvas se igualan e incluso hay una leve predominancia en el sexo femenino.

La presión arterial sistólica se relaciona más estrechamente con la incidencia de accidentes coronarios o cerebrovasculares (ACV) que la presión diastólica. Además, en aumento de la presión de pulso más allá de 60 mm Hg se asocia positivamente con la aparición de enfermedad coronaria y la mortalidad cardiovascular. El estudio SHEP en ancianos con HSA demostró que la presión de pulso fue un predictor independiente de ACV.

El objetivo fundamental del tratamiento antihipertensivo es llevar al paciente a la situación de normotensión para disminuir significativamente la situación de morbimortalidad. Sin embargo, las estadísticas mundiales, demuestran que, si bien se ha progresado en diagnóstico de la enfermedad, el tratamiento de la mayoría de los hipertensos, no logra normalizar los valores de presión arterial (Mautner, 2003. P. 222).

La enfermedad vascular cerebral es un problema de salud pública mundial de máxima importancia, representa una de las principales causas de muerte y la principal causa de discapacidad en sujetos mayores de 50 años. El 10% (5.8 de 56 millones) de las defunciones ocurridas en 2005 se atribuyó a EVC, colocándola como segunda causa de mortalidad a nivel mundial. El 86% de estas defunciones se presentó en países en vías de desarrollo como México. La incidencia y prevalencia de la EVC son altas, y de no existir intervenciones de prevención adecuadas, ambos marcadores epidemiológicos se incrementarían en un 44 y 15% para el año 2030, respectivamente.

En los últimos 40 años, la incidencia de EVC ha disminuido 40% en los países en desarrollo. Estudios realizados en los Estados Unidos sugieren que la incidencia de la EVC es mayor en poblaciones mexicano-estadounidenses, sobre todo en el caso del subtipo hemorrágico. Estas diferencias pueden explicarse, entre otras causas por diferencias genéticas, al inadecuado control sobre los factores de riesgo cardiovascular, en especial de la hipertensión arterial que se tiene en los países en desarrollo, así como por el poco acceso a los sistemas de salud en estos países y en sus poblaciones migrantes. En el mundo existen múltiples estudios de incidencia de la EVC. Cuando se comparan grupos de población se observa que la incidencia se incrementa progresivamente con la edad, y que es mayor en varones que en mujeres. Estas tendencias han sido corroboradas en múltiples regiones del mundo, incluyendo América Latina. (Academia Mexicana de Neurología .A.C. 2012. P.28)

Los infartos cerebrales trombóticos y embólicos son causas importantes de morbilidad y mortalidad en el ser humano. El 85% de los accidentes cerebrovasculares son de origen isquémico, y los accidentes cerebrovasculares hemorrágicos se producen en el 15% en los ACV de origen isquémico, 50% en el caso de hemorragia subaracnoidea y 80% o más en aquellos con hemorragia intracerebral. La recuperación del paciente puede verse complicada por la existencia de enfermedad cardiovascular asociada, complicaciones pulmonares y ACV recurrentes. Como mínimo un 25-40% de los pacientes sufrirán la repetición de un ACV en los 5 años tras el primero. (Jenkins, G. Braen, 2003 p. 325)

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Aplicar el Proceso de Enfermería basado en el marco referencial de Dorothea E. Orem a una usuaria con hipertensión arterial que presenta secuelas de un evento cerebro vascular, para mejorar su calidad de vida.

2.2 Objetivos específicos

- Valorar la usuaria con base a los requisitos universales, requisitos de desarrollo y requisitos de desviación a la salud.
- Emitir diagnósticos de Enfermería con base a las respuestas humanas de la teoría general del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem.
- Planear cuidados de Enfermería para contribuir en el autocuidado de la paciente, satisfacer sus necesidades y evitar peligros que comprometan su salud.
- Ejecutar y evaluar las acciones de Enfermería.

III. METODOLOGIA

La metodología que se siguió para el proceso de enfermería aplicado al paciente, fue la siguiente; se eligió una usuaria que presenta hipertensión arterial y secuelas de un evento cerebro vascular, residente en la comunidad de Petémbo Michoacán, a quién se le realizó la valoración el 15 de diciembre del 2012 con base a la Teoría General del Déficit de Autocuidado, previa explicación del objetivo y proceso de la aplicación del Proceso de Enfermería. Se obtuvo el consentimiento informado y la autorización respectiva de la usuaria.

Posteriormente se emitieron los diagnósticos de Enfermería, con el resultado esperado y las acciones de enfermería correspondientes apoyándonos en la NANDA (north american nursing diagnosis association), el NOC (clasificación de resultados de enfermería) y NIC (clasificación de intervenciones de enfermería). Para llevar a cabo con las acciones de enfermería se hicieron visitas en su domicilio donde se contó con la presencia de los familiares y de la usuaria, la primera visita; fue el 4 de febrero del 2013 a las 11 am. Después de concluir la valoración y recolección de datos, se emitieron los diagnósticos y se hizo la planeación de cuidados y se pusieron en marcha los cuidados de enfermería anteriormente ya planteados, estas actividades se realizaron por prioridad dependiendo de cada diagnóstico.

Después se siguió con la evaluación de cada uno de los cuatro diagnósticos, se estuvo en contacto constante con la usuaria y con su esposo principalmente y en cada visita se resolvieron dudas y se brindó orientación sobre cuidados prioritarios en beneficio personal de la usuaria.

Se fundamentó científicamente cada una de las actividades a realizar para el cuidado del paciente descritas en cada diagnóstico, ahí se explica el por qué la importancia de aplicar estos cuidados de enfermería, se utilizaron libros de

diversos autores para fundamentar elementos estructurales del proceso, los cuales se tomaron de la biblioteca de la facultad de enfermería y algunas páginas de internet para sacar la historia natural de la enfermedad de las patología que presenta la usuaria.

IV. MARCO TEORICO

4.1 Proceso de enfermería

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizados, centrados en la identificación de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o de riesgo.

El proceso de enfermería tiene las siguientes propiedades:

- Es resuelto porque va dirigido a un objetivo.
- Es sistemático por utilizar un enfoque organizado para lograr su propósito.
- Es dinámico porque implica un cambio continuo, centrado en las respuestas humanas.
- Es interactivo por centrarse en las respuestas cambiantes del paciente identificadas durante la relación enfermera –paciente.
- Es flexible, ya que se puede demostrar 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.
 - ↪ Uso 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 a cualquiera de los modelos teóricos de enfermería. (Rosales B. 2004 p. 227-255).

ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA

Es el ordenamiento lógico de las actividades que realiza el personal de enfermería para proporcionar cuidados al individuo, familia y la comunidad, sus etapas son:

1. **VALORACION:** 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 y diagnóstico de enfermería. Esta etapa es aplicable a todos los individuos, familias y comunidades en los que el profesional de enfermería proporciona cuidados de calidad con bases sólidas apoyadas en conocimientos científicos de diversas disciplinas, teorías y normas de acción. Se inicia con la obtención de datos del paciente, los cuales, una vez organizados y analizados, ayudan a la identificación del diagnóstico de enfermería. Generalmente, la obtención de datos se logra mediante la observación, entrevista y exploración física.
2. **DIAGNOSTICO:** segunda etapa del proceso, el cual no debe confundirse con el diagnóstico médico o de otros profesionistas, ya que la diferencia en los diagnósticos surge en la perspectiva de cada profesional respecto a sus responsabilidades y formas de proceder y del conocimiento necesario para la práctica de cada uno en su campo de competencia. En este sentido el diagnóstico de enfermería es una conclusión o enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud, los problemas y necesidades del paciente, que pueden modificarse por la intervención del personal de enfermería para resolverlos o disminuirlos. El diagnóstico se deriva de la inferencia de datos confirmados por la valoración y de las percepciones, que una vez investigados, conduce a tomar decisiones. Generalmente , el diagnóstico de enfermería se confunde con el diagnóstico médico; sin embargo este último solo identifica y califica el

proceso patológico del paciente basado en manifestaciones clínicas, generaliza a varios pacientes, es constante hasta la recuperación o muerte del paciente, y se hace con el propósito de curar una enfermedad o reducir el daño. Si el padecimiento no puede identificarse, con frecuencia el tratamiento se dirige a eliminar o reducir manifestaciones clínicas. Este diagnóstico crea confusión en algunos integrantes del equipo de salud, en cuanto a la atención que debe darse.

El diagnóstico de enfermería no solo considera el diagnóstico médico, sino que se basa en las necesidades y problemas del paciente, es individualizado y específico, está sujeto a modificaciones según el estado de salud o enfermedad, describe los estados de los síntomas y estados patológicos en relación con las actividades y formas de vida del paciente. Su redacción puede ser descriptiva, predictiva o explicativa.

- **Diagnósticos** de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Los elementos que los integran son etiqueta o nombre, definición, características definitorias, manifestaciones clínicas (fisiológicas, conductuales, afectivas y cognitivas) y factores relacionados o de riesgo con la etiología, ya sean causales o asociados (fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales).
- **Intervenciones** de la nursing interventions classification (NIC). Las intervenciones o tratamientos se agrupan en el campo fisiológico, conductual, de seguridad, familiar, sistema sanitario y comunidad. Constan de etiqueta o nombre, definición y actividades.
- **Resultados** que se correlacionan con los cuidados enfermeros, de la nursing outcomes classification (NOC). Describen el estado, conductas, respuestas y sentimientos de un paciente derivados de los cuidados proporcionados. Estos tienen una etiqueta, definición y una lista de

indicadores para evaluar los resultados (NANDA, NOC y NIC) (Rosales B. 2004 p. 227-255).

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

Intercambio: patrón de respuesta humana que implica dar y recibir (intercambio hidroelectrolítico).

Comunicación: patrón de respuesta humana que implica el envío de mensajes (comunicación).

Relación: patrón de respuesta humana que implica establecimientos de lazos (vínculo familiar).

Valores: patrón de respuesta humana que implica la asignación de un valor relativo (espiritualidad).

Elección: patrón de respuesta humana que implica la selección de alternativas (decisión para escoger).

Movimiento: patrón de respuesta humana que implica actividad.

Percepción: patrón de respuesta humana que implica la recepción de información.

Conocimiento: patrón de respuesta humana que implica el significado asociado con la información.

Sentimiento: patrón de respuesta humana que implica el conocimiento subjetivo de información.

Cada uno de los diagnósticos de la NANDA lleva implícito una de estas nueve categorías, en tanto que las subcategorías se utilizan cuando los diagnósticos requieren más especificidad.

Básicamente, las partes del diagnóstico son dos:

La **respuesta humana** 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 la causa que contribuya a la respuesta manifestada por el paciente. Siempre se unirán por la frase “**relacionado con**” lo que sugiere intervenciones de enfermería que pueden utilizarse para controlar la atención del paciente.

La **formulación diagnóstica** de enfermería es indispensable en el quehacer profesional, y requiere de una práctica continua en el cuidado del paciente para que se traduzca en una habilidad y en una competencia del personal de enfermería. Estas formulaciones son:

- Formulaciones diagnósticas reales (signos y síntomas definitorios).
- Formulaciones diagnósticas de riesgo (factores de riesgo sin características definitorias).
- Formulaciones diagnósticas posibles o probables (ausencia de características definitorias y factores relacionados).

- Formulaciones diagnosticas interdependientes.

Cada categoría diagnostica consta de tres componentes:

- **Título o etiqueta:** que ofrece una descripción concisa del problema de salud.
- **Características definitorias:** grupo de signos y síntomas que con frecuencia se ven en un diagnostico en particular.
- **Factores relacionados, etiológicos y contribuyentes:** que identifican factores situacionales, patológicos y de maduración que pueden causar o contribuir al problema. (Rosales B. 2004 p. 227-255).

Formulaciones diagnosticas de enfermería real

Para escribir las formulaciones de los diagnósticos de enfermería reales se usa el formato **PES**, que incluye: **PROBLEMA, ETIOLOGIA, SIGNOS Y SINTOMAS** evidentes en el paciente. El formato PES aplica al principio básico de identificación del problema y su etiología y agrega el concepto de validación.

Para escribir una formulación diagnostica de enfermería real, se debe unir el problema real con su etiología usando las palabras “**relacionado con**”, añadiendo “**manifestado por**” y escribir los signos y síntomas mayores que validen la existencia de ese diagnóstico.

Formulaciones diagnosticas de enfermería de riesgo

La formulación de los diagnósticos de enfermería de riesgo se escriben en dos partes:

P: identificación o expresión del problema potencial.

E: agregado de “**relacionado con**” para unir el problema y los factores contribuyentes. (Rosales B. 2004 p. 227-255).

PLANIFICACION

Las intervenciones de enfermería dependen de las características del diagnóstico, del resultado deseado por el paciente, viabilidad, aceptación y capacidad del personal de enfermería.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA



RESULTADOS



Características del diagnostico	deseado por el paciente	viabilidad	aceptación	Capacidad del personal de enfermería
---------------------------------	-------------------------	------------	------------	--------------------------------------



INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

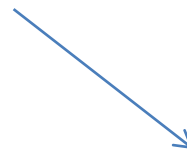
(Según la medición a través de indicadores de resultados respecto a características definitorias, factores relacionados, características del paciente y preferencias personales).



PRINCIPALES



SUGERIDAS



OPCIONALES

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 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.

Establecimiento de prioridades o jerarquía de necesidades

El proceso de establecer las prioridades inicia con la lista de los diagnósticos de enfermería entre el personal de enfermería y el paciente para determinar el orden en que debe resolverse los problemas de este.

La clasificación de prioridades es el proceso para establecer un orden de preferencias a los problemas más importantes en la distribución de los problemas de enfermería. Este establecimiento no significa que un problema debe resolverse completamente antes de poder considerar otro, ya que los problemas suelen tratarse de manera simultánea.

Sin embargo el hecho de elegir un diagnóstico como el más importante se basa en varios factores; los problemas que ponen en peligro la vida, como son el deterioro grave o la pérdida de la función cardíaca, circulatoria, respiratoria o neurológica; es por ello que una situación amenazante presente o inminente es prioritaria sobre una situación potencial de peligro para la vida.

El establecimiento de prioridades se facilita por la puesta en marcha de teorías, modelos, conceptos, y principios. Un modelo que con mayor frecuencia se utiliza para evaluar la prioridad de las necesidades es el de Maslow, el cual sostiene que las necesidades fisiológicas, de protección, amor, estima y autorrealización, son las cinco metas de las necesidades humanas básicas. Estas metas están relacionadas y dispuestas en una jerarquía que comienza con las necesidades fisiológicas, y asciende hasta llegar a la autorrealización. Cuando una necesidad se satisface, aparece una urgencia gradual de la siguiente necesidad de la jerarquía; es decir, la satisfacción de las necesidades **básicas** de supervivencia adquieren relevancia, ya que de ellas depende la vida

del paciente y, por tanto, el personal de enfermería debe centrarse en estos (oxígeno, agua, alimento, etc.). Sin embargo, en un paciente con necesidades de crecimiento (amor, estima y autorrealización), también se podrá desarrollar e implementar planes para estas necesidades no cubiertas, en forma simultánea.

Cabe aclarar que el personal de enfermería, no solo debe resolver problemas del paciente en estado de enfermedad, sonó también atender sus necesidades de salud.

Ahora bien, para el establecimiento de prioridades o de problemas, la participación del paciente y su familia es fundamental, ya que la cooperación que puedan proporcionar en la identificación y jerarquización de sus necesidades será de inestimable valor para el personal de enfermería, pues de esta manera tendrá oportunidad de educar al paciente sobre su estado y poder obtener mayor cooperación para aliviar a su enfermedad.

Es importante señalar que el personal de enfermería debe asumir ante el equipo de salud, paciente y familia, **su rol coordinador en la planeación** de atención a las necesidades y problemas del paciente, lo cual traerá consigo un aumento en la necesidad de amor y autoestima de este y la necesidad de participar en su cuidado. (Rosales B. 2004 p. 227-255).

Identificación de objetivos

Una vez que se ha 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.

Trazar objetivos es necesario, en primer lugar, para permitir conocer específicamente lo que desea lograrse; es decir, un objetivo describe un **resultado futuro de una acción particular**, que permita identificar el que, como, cuando y quien del actuar de la enfermera y el paciente.

Para la elaboración de objetivos puede incluirse una o las tres áreas de acción: cognitiva, afectiva y psicomotriz, que permita tanto a la enfermera como al paciente comprender hacia a que dirección va enfocada la atención para resolver su problema; es decir, los objetivos necesitan exponerse en términos del paciente y no de enfermería.

Existen requisitos o lineamientos para la elaboración de objetivos:

- Deben estar centrados en el paciente y reflejar reciprocidad o empatía con las personas que apoyan su cuidado.
- Deben ser realistas, reflejando las capacidades y limitaciones del paciente.
- Deben ser realistas de acuerdo con el grado de acuerdo con el grado de habilidad y experiencia del personal de enfermería.
- Deben ser congruentes y dar apoyo a otras terapias que el paciente este recibiendo.
- Debe iniciarse con los lineamientos a corto plazo.
- Deben ser observables y medibles.
- Deben describirse en forma de resultados o logros a alcanzar y no como acciones de enfermería.

Por último, los objetivos pueden ser a corto o largo plazo. Los objetivos a corto plazo son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Son adecuados para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia.

Los objetivos a largo plazo requieren de un tiempo largo y existen dos tipos: el primero abarca un periodo prolongado y requiere acciones continuas de enfermería que median directamente entre el objetivo y su logro; el segundo

tipo es aquel que se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. (Rosales B. 2004 p. 227-255).

Planificación de cuidados de enfermería

El plan de atención de enfermería se considera como el **núcleo o centro** del proceso de enfermería, ya que en él se plantean problemas, objetivos, acciones finalmente, en cuanto a las acciones o cuidados a realizar por el personal de enfermería para ayudar al paciente a lograr sus objetivos, deben incluir los siguientes lineamientos:

- Ser seguro para el paciente
- Ser realista y congruente para otros tratamientos
- Desarrollar una serie de acciones para para el logro de cada objetivo
- Elegir acciones específicas de enfermería para lograr la conducta descrita en el objetivo.
- Ser importantes para el paciente y compatibles con los objetivos y valores personales del mismo.
- Elegir acciones de enfermería, basadas en conocimientos y experiencias previas.
- Listar en secuencia lógica las acciones de enfermería y con base en la jerarquización de necesidades. (Rosales B. 2004 p. 227-255).

EJECUCION O IMPLEMENTACION DEL PLAN

La 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.

En esta etapa debe continuar la comunicación terapéutica para identificar otras necesidades y problemas, resultados de las acciones planeadas y determinar modificaciones o posibles soluciones para su resolución.

Esta fase del proceso de enfermería incluye cinco elementos: validación del plan, fundamentación científica en cada una de las acciones, otorgamiento de cuidados, continuidad y registro de estos. (Rosales B.2004 p.227-255).

Validación del plan de cuidados

En la validación de todo plan de cuidados de enfermería, independientemente de la preparación y experiencia del personal que lo haya realizado, deberá intervenir personal de la misma disciplina y otros profesionistas del equipo de salud, según las necesidades o problemas del paciente para asegurar mayor éxito en su realización.

Cuando el personal de enfermería sin experiencia redacta un plan de atención, es recomendable que consulte a un colega de mayor experiencia para pedirle su opinión y, en su caso, la aprobación al respecto, ya que de esto dependerá en muchas ocasiones, el éxito de la atención del paciente.

Fundamentación o razonamiento científico

El conocimiento es la base para implementar las acciones de enfermería. La fundamentación científica describe y explica la base de esos cuidados. Además, el fundamento se basa en teorías, modelos, esquemas y principios científicos de las ciencias naturales, de la conducta y de las humanidades.

Para fundamentar científicamente las acciones de enfermería, sugerimos los siguientes elementos:

- El razonamiento o fundamento científico se dirige al tópico, estrategia identificada y a la individualidad del paciente y la familia.

- El tópico se refiere al contenido del plan u orden de enfermería, como nutrición, higiene personal, ejercicio, comunicación etc.
- La estrategia es aquella que especifica los métodos a través de los cuales se realiza la implementación.
- La individualidad refleja la forma de vida y los aspectos del desarrollo sociocultural, biofísico, espiritual y psicológico del paciente.
- El fundamento o razonamiento científico se basa en los hallazgos experimentados y la literatura actual.

Estos hallazgos experimentados se refieren a aquellas investigaciones que han realizado y que sirven como guía para fundamentar los cuidados de enfermería. Otras fuentes a las cuales se puede acudir son las entrevistas con expertos, libros de texto, artículos de revistas científicas, libros de referencia, etc.

(Rosales B.2004 p.227-255).

Brindar cuidado de enfermería

Una vez validado el plan de cuidados de enfermería y fundamentado científicamente, se procederá a su ejecución, pero debe considerarse que el paciente puede presentarse que durante su atención en la comunidad o estancia hospitalaria, necesidades, problemas o situaciones inesperadas que altere dicho plan para que realice las modificaciones pertinentes sin que esto altere la atención del paciente.

Continuidad del cuidado

La ejecución de un plan de enfermería contribuye a la continuidad del cuidado del paciente por el personal de enfermería de diferentes niveles académicos y turnos de trabajo, ayuda en la habilidad consistente de la atención de enfermería, facilita la identificación de las metas y los objetivos a corto y largo

plazo logrados y apoya la elaboración de una lista de las preferencias o expectativas del paciente para proponer enfoques de atención.

Registro de los cuidados

El registro de los cuidados de enfermería es un requisito legal que se convierte en un aporte permanente del paciente donde quedan plasmadas las evidencias de los diagnósticos, evaluación, tratamiento y cambios, centrados en los problemas reales, de riesgo, posibles o probables e interdependientes de acuerdo con los estándares o normas de cada institución de salud. (Rosales B.2004 p.227-255).

EVALUACION

La 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, la evaluación tiene como propósitos:

- Determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas u objetivos establecidos.
- Juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería.

La evaluación debe ser un proceso continuo, formal y parte integral de cada uno de los componentes del proceso de enfermería, comenzando con la implementación, en donde el personal de enfermería observa las respuestas del paciente a los cuidados de enfermería y decide si los planes están ayudando o no al progreso de este.

Las actividades de la fase de evaluación son la evaluación del logro de los objetivos y la revaloración y modificación del plan.

La evaluación del logro de los objetivos se inicia con la valoración del paciente; esto significa que nuevamente se tendrá que examinar y entrevistar para reunir datos de su **estado actual de salud o enfermedad**.

Existen variables que afectan el logro de los objetivos por eso es necesario revisar que sucedió durante las diferentes etapas del proceso de enfermería para determinar que pudo afectar el logro de los objetivos.

Algunas de estas variables que facilitan o dificultan el progreso del plan de cuidados y, por ende, el logro de los objetivos, son el estado de conciencia del paciente, la opinión del paciente, la familia o amistades.

La revaloración o modificación del plan se realiza cuando se identifican algunas variables que impidieron la ejecución del plan y que afectaron el logro de los objetivos. Así se fijan objetivos nuevos y realistas que permitan identificar nuevas intervenciones o cambiar el entorno o momento de estos.

Ser realista a incorporar los factores que refuerzan el logro de objetivos, o bien reducirlos o eliminarlos, será la clave para lograr un plan de cuidados eficaz, eficiente e individualizado.

El proceso de evaluación es un factor clave para determinar estándares, protocolos, normas y procedimientos que ayudaran al personal de enfermería a proporcionar cuidados de calidad, ya que estos han sido valorados, planificados y sistematizados, así como a promover y realizar continuamente la investigación en enfermería.

Así pues, la evaluación sirve para identificar aquellas estrategias eficaces y puede promover la investigación en enfermería. (Rosales B. 2004 p.p.227-255).

4.2 Teoría general del déficit de autocuidado de Dorothea E.

Orem

Dorothea Elizabeth Orem, una de las enfermeras americanas más destacadas, nació en Baltimore, Maryland, en 1914. Inició su carrera enfermera en la providence hospital School of nursing en Washington, DC, donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década de 1930. Orem recibió un Bachelor of Sciences en Nursing education de la Catholic University of América en 1939 y en 1946, obtuvo un Master of Sciences in nurse education de la misma universidad.

Las primeras experiencias enfermeras de Orem incluyeron actividades de enfermería quirúrgica, enfermería de servicio privado (tanto de servicio domiciliario como hospitalario), en unidades médicas pediátricas y de adultos, supervisora de noche en urgencias y profesora de ciencias biológicas. Orem ostentó el cargo de directora en la escuela de enfermería y del departamento de enfermería en el providence hospital, Detroit de 1940 a 1949. Tras marcharse de Detroit pasó 8 años en Indiana trabajando en la división of hospital and institutional services del Indiana state board of health. Su meta era mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales de todo el estado. Durante este tiempo, Orem desarrolló su definición de la práctica de enfermería. (Mariner T.A. 2011p.265-269, 274).

Conceptos principales y definiciones

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

1. La teoría de autocuidado, que describe el por qué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.
2. La teoría del déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente.

3. La teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.

AUTOCAUIDADO

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades de las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.

(Mariner T.A. 2011p.265-269, 274).

CAUIDADO DEPENDIENTE

Cuidado dependiente se refiere al cuidado que se ofrece a una persona que, debido a la edad o a factores relacionados, no puede realizar el autocuidado necesario para mantener la vida, un funcionamiento saludable, un desarrollo personal continuado y el bienestar. (Mariner T.A. 2011p.265-269, 274).

REQUISITOS DE AUTOCAUIDADO

Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los actos de funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. Un requisito de autocuidado formulado comprende dos elementos:

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

Los requisitos de autocuidado formulados y expresado representan los objetivos formalizados del autocuidado. Son las razones por las que se emplea el autocuidado; expresan los resultados deseados, el objetivo del autocuidado.

(Mariner T.A. 2011p.265-269, 274).

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

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

1. El mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
3. El mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
4. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
8. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo entre los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal. La normalidad se define como aquello que es esencialmente humano y es acorde con las

características genéticas y constitucionales, y con el talento de las personas.

(Mariner T.A. 2011p.265-269, 274).

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

Los requisitos de autocuidado de desarrollo estaban separados de los requisitos de autocuidado universales en la segunda edición de *nursing: concepts of practice* se han identificado tres conjuntos de requisitos de autocuidado de desarrollo:

1. Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo.
2. Implicación en el autodesarrollo.
3. Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN CASO DE DESVIACION DE LA SALUD

Estos requisitos de autocuidado existen para las personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. Las características de la desviación de salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras ellos duran.

La enfermedad o la lesión no solo afectan a una estructura específica y a los mecanismos psicológicos, sino también al funcionamiento humano integral. Cuando el funcionamiento integrado se ve profundamente afectado (retraso

mental grave y estados de coma), los poderes desarrollados o en desarrollo de la persona se ven gravemente deteriorados de manera temporal o permanente.

En estados anormales de salud, los requisitos de autocuidados surgen del estado de enfermedad y de las medidas usadas en su diagnóstico y en su tratamiento.

Las medidas adoptadas para cubrir las necesidades de cuidado cuando falla la salud tienen que ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes de la persona. La complejidad del autocuidado o del cuidado dependiente aumenta según el número de necesidades que deben ser cubiertas en plazos de tiempo determinados.

(Mariner T.A. 2011p.265-269, 274).

NECESIDADES DE AUTOCUIDADO TERAPEUTICO

Las necesidades de autocuidado terapéutico están constituidas por el conjunto de medidas de cuidados necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona. Según las condiciones existentes y las circunstancias, se utilizarán métodos adecuados para:

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

La necesidad terapéutica de autocuidado: a) describe los factores del paciente o el entorno que hay que mantener estables dentro de una gama

de valores o hacer que lleguen a esa gama para el bien de la vida, salud o bienestar del paciente, b) tiene un alto grado de eficacia instrumental, derivada de la opinión de las tecnologías y las técnicas específicas para utilizar, cambiar o de alguna manera controlar al paciente o los factores de su entorno.

(Mariner T.A. 2011p.265-269, 274).

ACTIVIDAD DE AUTOCUIDADO

Se define como la compleja habilidad adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano. (Mariner T.A. 2011p.265-269, 274).

ACTIVIDAD DE CUIDADO DEPENDIENTE

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

DEFICIT DE AUTOCUIDADO

Déficit de autocuidado es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la necesidad de autocuidado, en la que las necesidades de autocuidado sustituyentes y desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente o proyectada. (Mariner T.A. 2011p.265-269, 274).

ACTIVIDAD ENFERMERA

Es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que le dan poder para ser representadas como enfermeras y, dentro del marco de una relación interpersonal legítima, para actuar, saber y ayudar a las personas implicadas en esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado.

DISEÑO ENFERMERO

Se trata de una actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción enfermera, a partir de los juicios prácticos de reflexión sobre las condiciones existentes, para sintetizar los elementos de una situación concreta de relaciones ordenada a unidades operativas de estructura. El objetivo del diseño enfermero es ofrecer guías para alcanzar los resultados necesarios y previstos en la producción de enfermería hacia el logro de las metas enfermeras; estas unidades conjuntas constituyen la pauta que guía la producción de la enfermería. (Mariner T.A. 2011p.265-269, 274).

SISTEMAS ENFERMEROS

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

METODOS DE AYUDA

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

- Actuar o hacer por cuenta de otro.
- Guiar y dirigir.
- Ofrecer apoyo físico y psicológico.
- Ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal.
- Enseñar.

FACTORES CONDICIONANTES BASICOS

Factores condicionantes básicos hace referencia a los factores que condicionan o alteran el valor de la demanda de autocuidado terapéutico y/o la actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas. Se han identificado diez factores:

- Edad.
- Sexo.
- Estado de desarrollo.
- Estado de salud.
- Modelo de vida.
- Factores del sistema sanitario.
- Factores del sistema familiar.

- Factores socioculturales.
- Disponibilidad de recursos.
- Factores externos del entorno.

Utilización de pruebas empíricas

Como ciencia práctica, el conocimiento enfermero se desarrolla para informar la práctica enfermera. Orem (2001) afirmó: “la enfermería es una misión práctica, pero una misión práctica realizada por personas con un conocimiento especializado de enfermería teórica, con capacidades desarrolladas para aplicar este conocimiento a situaciones concretas de la práctica de enfermería. La provisión de la atención enfermera se produce en situaciones concretas. A medida que las enfermeras intervienen en situaciones de la práctica enfermera, utiliza sus conocimientos de la ciencia enfermera para dar significado a las características de la situación, hacer juicios sobre que puede y debe hacerse y diseñar e implementar sistemas de cuidados enfermeros. Desde la perspectiva de la TEDA, los resultados enfermeros deseados incluyen satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico del paciente y/o regular y desarrollar la actividad del autocuidado de paciente.

Los elementos conceptuales y las tres teorías específicas de la TEDA son abstracciones sobre las características comunes a todas las situaciones de la práctica enfermera. La TEDA se desarrolló y se mejoró a través del uso de procesos intelectuales que se centraron en situaciones de la práctica enfermera. Por ejemplo, Orem reflexionó sobre las experiencias de la práctica enfermera para identificar el objetivo real de la enfermería. En su trabajo relacionado con la TEDA, el Nursing Development Conference Group (1979) inició un análisis de casos de enfermería y procesos de razonamiento

analógico. En homenaje a Orem, Allison (2008) habla de Nursing Development Conference Group y dice que “estas enfermeras se juntaron porque tenían interés y deseos de comprometerse a examinar situaciones de la enfermería para formalizar vías de pensamientos sobre enfermería que creían eran descriptivas de la enfermería y contribuían el conocimiento enfermero”. Desde la primera publicación de la TEDA, numerosas pruebas empíricas han contribuido al desarrollo del conocimiento teórico, gran parte del cual se ha incorporado a la mejora continua de las teorías; sin embargo, los puntos básicos de la teoría permanecen intactos. (Mariner T.A. 2011p.265-269, 274).

Principales supuestos

Los supuestos básicos de la teoría general se formalizaron a principios de la década de 1970 y se presentaron por primera vez en la escuela de enfermería de la Marquette University en 1973. Orem identifica las cinco premisas subyacentes en la teoría general de la enfermería:

1. Los seres humanos requieren de estímulos continuos, deliberados, de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza.
2. La actividad humana, el poder de actuar de manera deliberada, se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios.
3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y los demás, haciendo de la sostenibilidad de vida los estímulos reguladores de las funciones.
4. La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos para uno mismo y para otros.

5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan las responsabilidades para ofrecer cuidado a los miembros del grupo que experimentan las privaciones, con el fin de ofrecer estímulos requeridos, deliberados, a uno mismo y a los demás.

Orem planteo presuposiciones y propuestas para la teoría del autocuidado, la teoría del déficit del autocuidado, y la teoría de los sistemas enfermeros. Estos elementos constituyen la expresión de las teorías que se resumen a continuación. (Mariner T.A. 2011p.265-269, 274).

Afirmaciones teóricas

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

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

Las tres teorías constituyentes, tomadas conjuntamente y en relación, constituyen la TEDA. La teoría de los sistemas enfermeros es la teoría unificadora, e incluye todos los elementos esenciales. Comprende la teoría del déficit de autocuidado y la teoría del autocuidado. La teoría del déficit de autocuidado desarrolla la razón por la cual una persona se puede beneficiar de la enfermería. La teoría del autocuidado sirve de fundamento para las demás, y expresa el objetivo, el método y los resultados de cuidarse a uno mismo. (Mariner T.A. 2011p.265-269, 274).

Teoría de los sistemas enfermeros

La teoría de los sistemas enfermeros señala que la enfermería es una acción humana; los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente. Las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación. Los sistemas enfermeros pueden ser elaborados para personas, para aquellos que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen necesidades terapéuticas de autocuidado con componentes similares o limitaciones similares que les impiden comprometerse a desempeñar un autocuidado o el cuidado dependiente, y para familias u otros grupos interpersonales. (Mariner T.A. 2011p.265-269, 274).

Teoría del déficit de autocuidado

La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos.

También tiene limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay que controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función o de la persona dependiente de ellos.

El *déficit de autocuidado* es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado. Es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudaran a comprender el papel del paciente en el autocuidado. (Mariner T.A. 2011p.265-269, 274).

Teoría del autocuidado

El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por si solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrece la base para atender los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería. El autocuidado, como función reguladora del hombre, se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano, como la regulación neuroendocrina. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus periodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medio ambientales. La teoría del autocuidado también se amplía con la teoría del cuidado dependiente, en la que se expresan el objetivo, los métodos y los resultados del cuidado de los otros. (Mariner T.A. 2011p.265-269, 274).

Forma lógica

El concejo de Orem llevo la formalización inicial y a la expresión subsiguiente de un concepto general de enfermería. Más tarde, esta generalización permitió el pensamiento inductivo y deductivo en la enfermería. La forma de la teoría se

muestra en los muchos modelos que Orem y otros han desarrollado, Orem describió los modelos y su importancia en el desarrollo y la comprensión de la realidad en las entidades. Estos modelos “se dirigen al conocimiento de la estructura de los procesos que son operativos o que se vuelven operativos en la producción de los sistemas de enfermería, sistemas de cuidado para las personas o para las unidades de cuidado dependiente a los grupos de personas atendidos por las enfermeras”. La teoría global es, por tanto coherente. (Mariner T.A. 2011p.p.265-269, 274).

En este caso se trabajara aplicando esta teoría a un paciente que presenta hipertensión arterial sistémica y secuelas de un evento cerebro vascular isquémico.

HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA.

La elevación persistente de la presión arterial sistémica por arriba de las cifras normales recibe el nombre de hipertensión arterial. Existen dificultades importantes para definir el nivel normal de las cifras de presión arterial, ya que se trata de un parámetro de origen multifactorial dotado de una gran variabilidad. En condiciones normales la presión arterial media tiene fluctuaciones amplias que oscilan desde 50mm Hg por ejemplo, durante el sueño hasta 200mm Hg por ejemplo durante el acto del buceo. Las emociones, el dolor, el ejercicio físico, la posición, el coito y el reposo alteran la medición. El ciclo circadiano de esta variable, además de mostrar el efecto de las situaciones funcionales acabadas de mencionar, muestra cifras menores en las últimas horas de la madrugada y un incremento considerable en las primeras horas de la mañana y en las últimas de la tarde. Los sujetos que padecen hipertensión arterial tienen una mayor variabilidad de las cifras de presión arterial y un promedio más alto que la población normal.

(Academia nacional de medicina 1993 p.858).

El aparato cardiovascular tolera mal las elevaciones persistentes de la presión arterial y desarrolla daño específico en el corazón y en las arteriolas, lo que constituye la enfermedad cardiovascular hipertensiva; además la hipertensión arterial es un factor de riesgo en la instalación de la aterogénesis. (Academia nacional de medicina 1993 p.858).

Estudios epidemiológicos han demostrado una fuerte correlación entre la presencia de cifras habituales de presión arterial mayores de 160/100mm Hg y la aparición subsecuente de enfermedad cardiovascular. Esta correlación sigue siendo positiva, aunque menos intensa, a niveles que fluctúan entre 140 y 160mm Hg, para la presión sistólica y entre 90 y 100mm Hg, para la presión diastólica. Con base a estas observaciones realizadas en adultos se define la presión arterial sistémica como una situación en que el promedio habitual de presión arterial es superior de 140/90mm Hg. Para la organización mundial de la salud este límite es de 155/100mm Hg. (academia nacional de medicina 1993 p.858).

Cuando se sospecha una hipertensión debe medirse la presión arterial como mínimo 2 veces en exámenes separados. En los adultos se considera normal una presión diastólica inferior a 85mm Hg; entre 85 y 89 se encuentra el límite alto de la normalidad; entre 90 y 104 es una hipertensión leve; entre 105 y 114 hipertensión moderada; entre 115 o superior es una hipertensión grave. (Harrison 1991 p.1160).

Cuando la elevación de la presión arterial es debida a una causa conocida se denomina hipertensión arterial secundaria. Las nefropatías crónicas en fase avanzada, la estenosis de la arteria renal, el aumento inapropiado en la secreción de algunas hormonas, la coartación aortica, etc. Son algunos ejemplos de procedimientos que pueden causar hipertensión arterial. La importancia en el reconocimiento del proceso etiológico, estriba en que algunas

de las formas secundarias de hipertensión arterial son curables al erradicar la causa (síndrome de Cushing, feocromocitoma, aldosteronismo primario, coartación aortica, etc.).

Por otro lado, cuando el estudio exhaustivo del paciente no demuestra ninguna de las causas conocidas de hipertensión arterial, se le denomina esencial.

(Guadalajara J.F. 1991 p.p. 733, 734).

FISIOPATOLOGIA

La presión arterial es mantenida por tres factores fundamentales: el volumen sanguíneo, las resistencias periféricas y el gasto cardiaco. Cuando por mecanismos anormales aumenta en forma inapropiada cualquiera de ellos, el resultado será la elevación de las cifras de la presión arterial. (Guadalajara J.F. 1991 p.p. 733, 734).

En condiciones normales, los factores hemodinámicos que mantienen la presión arterial, son regulados por hormonas provenientes del sistema nervioso autónomo (aminas simpaticomimeticas) que tienen efectos directos sobre los receptores alfa y beta adrenérgicos, tanto de los vasos sanguíneos como del corazón. Así mismo, hay factores humorales como las hormonas con efecto mineralcorticoide, las prostaglandinas y el sistema renina-angiotensina-aldosterona, que influyen en forma por demás importante y compleja en el mantenimiento de la presión arterial. (Guadalajara J.F. 1991 p.p. 733, 734).

Crisis hipertensiva

La emergencia hipertensiva fue descrita por primera vez por Volhard y Fahr en 1914, quienes observaron pacientes con una hipertensión acelerada severa, con signos de daño cardiaco, retiniano y renal; el cuadro evolucionaba

rápidamente y con un desenlace fatal atribuible a un ataque cardiaco, insuficiencia renal o accidente cerebrovascular. La primera serie publicada por Keith en 1939 mostro que la hipertensión maligna no tratada tenía una mortalidad al año del 79%. Estas formas malignas de hipertensión hoy en día son excepcionales por la disponibilidad de tratamientos poderosos y efectivos. (Reussi R. 2005 p.102).

Factores desencadenantes

Los desencadenantes más frecuentes actuales son la falta de adherencia a los tratamientos antihipertensivos, el consumo de dietas ricas en sal y las crisis emocionales. Asimismo, otro factor importante es la falta de indicación de medicación antihipertensiva en el nivel primario y, por último, el uso de drogas ilícitas. En lo referente a los aspectos emocionales, se ha informado la relación entre crisis hipertensiva y situaciones de ira y, en un aporte psicoanalítico, con situaciones de enojo-indignación. (Reussi R. 2005 p.102).

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR.

Las enfermedades cerebrovasculares se pueden dividir en tres tipos: isquemia cerebral e infarto, hemorragia intracerebral y hemorragia subaracnoidea.

La isquemia y el infarto cerebrales se deben a procesos que disminuyen la irrigación cerebral. La hipoperfusión generalizada secundaria a hipotensión sistémica o elevación de la presión intracraneal puede ocasionar un infarto en regiones distantes o zonas que limitan con las principales arterias cerebrales, lo cual induce síntomas característicos en las extremidades superiores y debilidad en las piernas, amnesia o ceguera cortical. La hipoperfusión generalizada de mayor duración causa daño hemisférico difuso sin datos de localización o, cuando es más grave, muerte cerebral. La estenosis localizada

de las arterias junto con hipotensión sistémica rara vez provoca infarto cerebral localizado. La arteriosclerosis es la causa más común de anomalías situadas en las grandes arterias que irrigan al cerebro y produce aproximadamente 65 a 70% de todos los accidentes vasculares isquémicos. Así mismo, causa isquemia cerebral e infarto, sobre todo porque es un factor para la formación de trombos que luego se embolizan a distancia. La lesión de arterias penetrantes más pequeñas puede producir pequeños infartos profundos (lacunares); se desconoce si dichos infartos lacunares se atribuyen a la arteriosclerosis, a algún otro proceso arteriosclerótico de pequeños vasos o a pequeños émbolos que provienen de sitios más proximales. Aunque los émbolos originados en el corazón constituyen alrededor de 30% de todos los infartos cerebrales en la población general, son de notoria importancia en los pacientes hospitalizados en la UCI. La fibrilación auricular, endocarditis infecciosa, endocarditis trombotica, no bacteriana y los trombos de la pared del ventrículo consecutivo a infarto agudo del miocardio o miocardiopatía son todas causas de infarto cerebral en los sujetos admitidos en la UCI. Otros factores más raros de infarto cerebral también deben tomarse en cuenta en estos individuos, por ejemplo disección de la arteria carótida o vertebral después de traumatismo craneoencefálico o del cuello, trombosis de venas o arterias intracraneales por meningitis o para meningitis y émbolos paradójicos.

(Schmid W.H. 2001. P. 171-173).

Las hemorragias de los ganglios basales y el cerebelo en personas de edad adulta con hipertensión de larga evolución son el tipo más común de sangrado intracerebral. No hay que soslayar las malformaciones arteriovenosas, en especial en individuos jóvenes. La angiopatía amiloidea es una causa cada vez más relevante en pacientes durante la séptima, octava y novena décadas de la vida; estas hemorragias son más frecuentes en la materia blanca hemisférica subcortical y pueden ser múltiples. Algunos factores

raros de hemorragia intracerebral en sujetos con otras afecciones sistémicas incluyen trombocitopenia, hemofilia, coagulación intravascular diseminada y tratamiento trombolítico. Los aneurismas intracraneales pueden romperse dentro del cerebro, así como en el espacio subaracnoideo, y provocar un hematoma de predominio intracerebral.

(Schmid W.H. 2001. P. 171-173).

La hemorragia subaracnoidea (HSA) espontánea casi siempre se debe a ruptura de aneurismas intracraneales, aunque en ocasiones las malformaciones arteriovenosas se pueden presentar de esta manera. En algunos casos, la causa de hemorragia subaracnoidea no puede identificarse. La incidencia por año del aneurisma por HSA se aproxima a 10 a 15 habitantes por cada 100 000. El riesgo aumenta con la edad y alcanza su máximo en la sexta década de la vida. En términos generales, la HSA es más frecuente en mujeres, sin embargo, por debajo de los 40 años de edad, la HSA es más común en hombres. Los factores de riesgo para HSA incluyen hipertensión, tabaquismo, y alcoholismo intenso. Al parecer, existen factores congénitos y adquiridos que participan en el desarrollo del aneurisma. Los intracraneales se relacionan con displasia fibromuscular, síndrome de Marfan, pseudoxantoma elástico, síndrome de Ehlers-Danlos, riñones poliquisticos, coartación de aorta y vasos que irrigan malformaciones arteriovenosas. Los factores adquiridos que contribuyen son arterosclerosis, hipertensión y esfuerzo hemodinámico. (Schmid W.H. 2001. P. 171-173).

DIAGNOSTICO CLINICO Y DE LABORATORIO

La evaluación diagnóstica inicial del paciente incluye: a) determinar si hay síntomas neurológicos debido a enfermedad cerebrovascular o alguna otra anomalía como encefalitis, meningitis o masa (p. ej. Un tumor), esclerosis múltiple, epilepsia o hipoglucemia; y b) identificar algunos de los diferentes

tipos de anomalía cerebrovascular que requiere un tratamiento distinto. Los antecedentes y la exploración física son la base para esta tarea. La afección cerebrovascular produce de manera característica disfunción cerebral localizada de inicio súbito. La principal excepción es la hemorragia subaracnoidea aneurismica con síntomas limitados al inicio súbito de cefalea intensa, con o sin pérdida de la conciencia. La disfunción cerebral localizada no siempre incluye hemiparesia evidente. El déficit neurológico como diferencia al medio, agnosia, afasia, ceguera cortical y amnesia pueden ser solo manifestaciones de infarto o hemorragia cerebrales. Los múltiples infartos cerebrales de pequeña magnitud pueden producir alteración de la conciencia sin déficit neurológico localizado o mínimo, lo que simula una encefalopatía metabólica o toxica. La exploración neurológica inicial proporciona información acerca de la localización de la disfunción cerebral y constituye una base para vigilar la evolución posterior de paciente. Es necesaria una valoración médica exhaustiva para identificar los padecimientos sistémicos que ocasionaron el accidente vascular cerebral. La cuidadosa exploración del corazón es fundamental para detectar padecimientos que pueden predisponer a la producción de émbolos. (Schmid W.H. 2001. P. 171-173).

La principal característica de una HSA aneurismica aguda es el inicio súbito. Los pacientes suelen referir un inicio prácticamente instantáneo de cefalea que empeora. La náusea, vómito y sincope acompañan a menudo a la cefalea. Si hay pérdida de la conciencia, esto es por lo general transitoria o puede persistir. También se ha informado de crisis convulsivas al inicio, aunque no está claro si constituyen una verdadera actividad epiléptica o reflejos posturales de las extremidades como resultado de la elevación repentina de la presión intracraneal, que muchas veces se presenta en algunos casos de hemorragia. Los déficit localizados son raros como presentación inicial, pero es posible el déficit isquémico por vasospasmo en etapa tardía, con frecuencia

desarrollado días después. En algunos individuos puede aparecer una hemorragia menos grave en la forma de cefalea de moderada intensidad, dolor cervical y síntomas inespecíficos. Se requiere mucha suspicacia para evitar el diagnóstico equivoco de una HSA. (Schmid W.H. 2001. P. 171-173).

La tomografía por computadora es el estudio imagino lógico de elección del sistema nervioso para personas con enfermedad cerebrovascular aguda. Es rápida y puede realizarse con facilidad en pacientes graves. La hemorragia intracerebral aguda puede identificarse con facilidad mediante TC sin medio de contraste. La administración de medio de contraste por vía intravenosa aumenta la sensibilidad para detectar padecimientos que simulan accidente vascular cerebral, como tumores, hematoma subdural y absceso. Es posible no identificar infartos cerebrales en la TC durante varios días. Si el infarto es suficientemente pequeño, puede pasar inadvertido. La imagen por resonancia magnética es más sensible que la TC para detectar lesiones, en especial en ancianos después de infarto isquémico o lesiones en el cerebelo o tallo encefálico. Sin embargo, es más difícil de realizar en individuos graves debido a que es mayor la duración del estudio, se requiere equipo de apoyo que no sea magnético o metálico y es necesario colocar todo el cuerpo del paciente dentro del aparato. La identificación de infarto cerebral mediante estudios de imagen del sistema nervioso rara vez es necesaria, ya que se puede establecer el diagnóstico de manera precisa a partir de las manifestaciones clínicas, junto con un resultado negativo de la TC para descartar hemorragia u otras alteraciones. Aunque la IRM no tiene ventaja sobre la TC para la identificación de hemorragia intracerebral aguda, es más sensible para localizar hemorragia subaguda o crónica. La TC sin medio de contraste tiene una sensibilidad > 90% para identificar SHA cuando se realiza dentro de las 24 horas siguientes al sangrado. Debido a su baja sensibilidad para la hemorragia aguda, no se

recomienda la IRM de rutina como medida inicial para el diagnóstico de HSA. (Schmid W.H. 2001. P. 171-173).

En general, la evaluación hematológica de rutina de los pacientes con accidente vascular rara vez arrojan información sobre causas no sospechadas ya con anterioridad. No obstante, en las UCI siempre debe considerarse la diátesis hemorrágica y trombotica adquirida y por tanto hay que solicitar estudios de laboratorio apropiados cuando exista sospecha basada en datos clínicos.

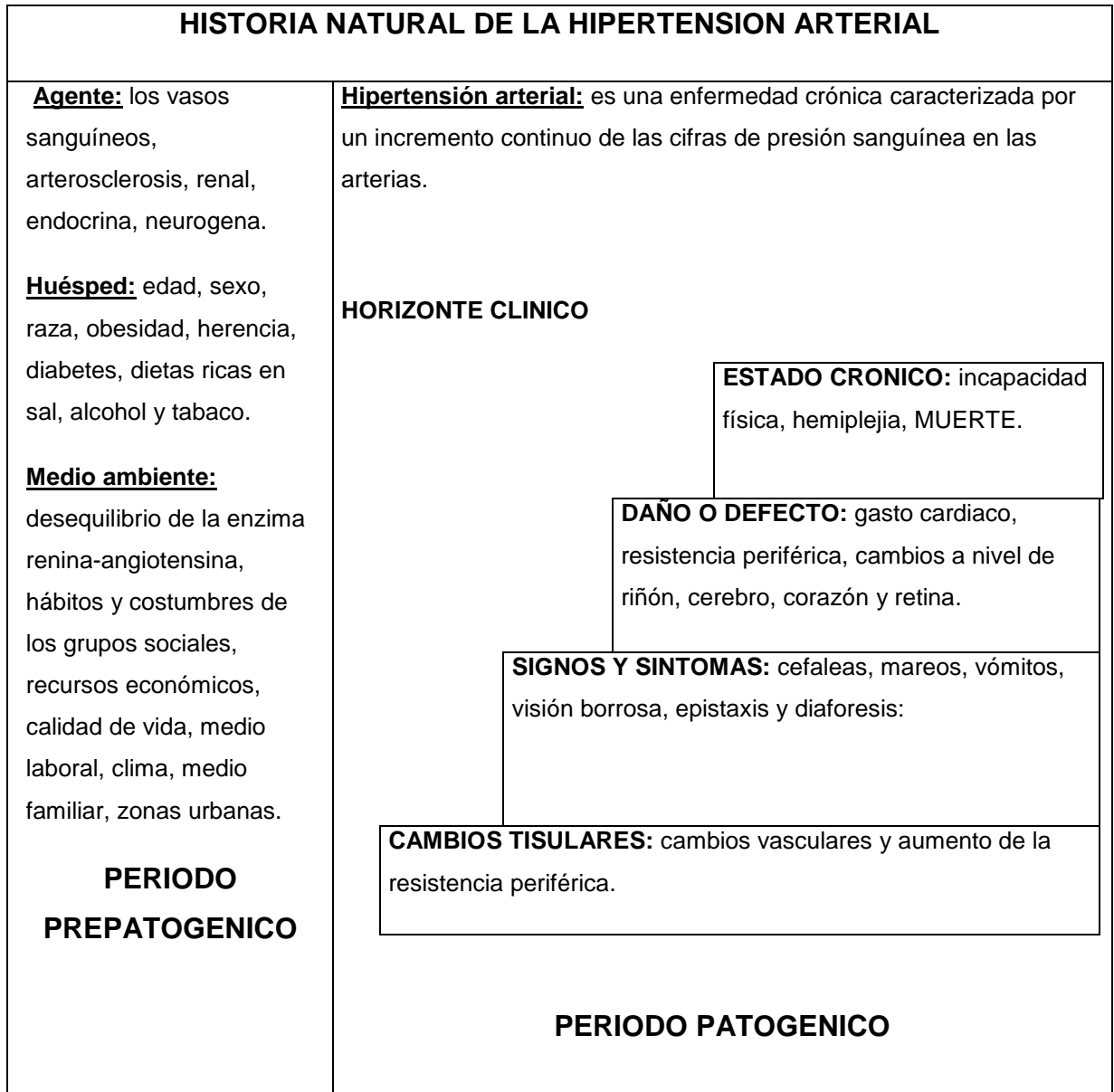
(Schmid W.H. 2001. P. 171-173).

La punción lumbar con estudio de líquido cefalorraquídeo es muy importante para evaluar a los pacientes con accidente vascular cerebral. Es fundamental para descartar la presencia simultánea de meningitis por un accidente vascular secundario ocasionado por trombosis de las arterias o venas corticales. La pleocitosis de líquido cefalorraquídeo es común después de embolismo séptico por endocarditis infecciosa y puede ser de mucha utilidad para el diagnóstico. La punción lumbar es una prueba muy sensible para detectar hemorragia subaracnoidea y debe reservarse para aquellos casos en los que haya gran sospecha clínica y TC negativa o bien cuando no se disponga de este último estudio. La xantocromía de líquido cefalorraquídeo también ayuda a diferenciar la HSA de la punción lumbar traumática. En casi todos los pacientes los trastornos que elevan la presión intracraneal pueden descartarse mediante un adecuado interrogatorio y exploración neurológica; la punción lumbar puede efectuarse con tranquilidad a la cama del paciente sin necesidad de un estudio de imagen del sistema nervioso previo. (Schmid W.H. 2001. P. 171-173).

Para establecer el tratamiento del infarto cerebral resulta de utilidad diferenciar la enfermedad cerebrovascular de origen arterioesclerótico de

aquella consecutiva a émbolos cardiacos. Para los pacientes de más de 50 años que se presentan en el hospital con infarto cerebral, o para quienes no tienen evidencia electrocardiográfica de cardiopatía, la vigilancia cardiaca o electrocardiografía de cardiopatía, la vigilancia cardiaca o ecocardiografía transtoracica son de escasa utilidad diagnostica. Sin embargo, en sujetos jóvenes o personas hospitalizadas en UCI por algunas enfermedades sistémicas o cardiopatía dichas pruebas pueden adquirir enorme utilidad para identificar una lesión cardiaca o arritmia que pueden predisponer a embolia cerebral. (Schmid W.H. 2001. P. 171-173).

4.3 Historia natural de la enfermedad, problema o situación de salud que presenta la persona.



(Mayanis, 2011).

PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA	PREVENCIÓN TERCIARIA	
PROMOCIÓN DE LA SALUD	PROTECCIÓN ESPECÍFICA	DIAGNÓSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO	LIMITACIÓN DEL DAÑO	REHABILITACIÓN
Control de la presión arterial, control de la alimentación (comidas bajas en sal y bajas en grasa) principalmente a los adolescentes. Realizar actividad física. Mejorar hábitos y estilos de vida (no fumar, no ingerir demasiada sal en la dieta, etc.).	Dieta baja en sodio. Programa de detección de enfermedades. Actividad física. Visita regular al médico.	Historia clínica, determinación de la presión arterial, examen de laboratorio GO, urocultivo, ácido úrico, BH, lípidos, examen de gabinete: telegrafía del tórax, determinación de Na, K, Tratamiento: diuréticos disminuyen la PA, antihipertensivos, psicoterapia, ejercicios entre otros.	Se debe realizar control periódico de la presión arterial. Suministrar los medicamentos en las horas correctas para no perder la acción del principio activo del fármaco.	Proporcionar información sobre las asociaciones de hipertensos. Realizar terapia física y ejercicio. Vinculación a un grupo social para evitar que se aislé.
1 ^{er} nivel	2 ^{do} nivel	3 ^{er} nivel	4 ^{to} nivel	5 ^{to} nivel

(Mayanis. 2011).

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD DEL ACCIDENTE	
CEREBROVASCULAR	
PERIODO PREPATOGENICO	PERIODO PATOGENICO

<p>Definición: es el resultado de una interrupción en el aporte de sangre que causa pérdida temporal o permanente de movimiento, pensamiento, lenguaje y memoria.</p> <p>Agente: trombotico, embolico, hemorrágico e isquémico.</p> <p>Huésped: mayor incidencia en población afroamericana que anglosajones y en población masculina.</p> <p>Ambiente: 10 a 12% en países industrializados.</p> <p>Desarrollo y multiplicación del agente: los escasos depósitos de oxígeno y glucosa de las neuronas son consumidos rápidamente durante la isquemia, esto altera la respiración mitocondrias y las neuronas metabolizan la glucosa residual en ácido láctico en vez de bióxido de carbono y agua.</p>	<p>Cambios anatomofisiológicos: Sobreviene una isquemia, esta produce hipoxia o anoxia, hipoglucemia</p> <p>Estos procesos causan infarto a través de un fenómeno llamado diasquisis.</p>	<p>Signos y síntomas:</p> <p>Hemiparesia Paraplejia Afasia Vomito Convulsión Rigidez apraxia Disertria Parestesia Trastorno de la percepción Disfunción vesical Alteraciones visuales Cefalea Pérdida del equilibrio.</p>	<p>Enfermedad:</p> <p>Se clasifican en isquémicos: Resultado en una interrupción en el aporte de sangre.</p> <p>Hemorrágico: Sangrado dentro del parénquima cerebral que provoca irritación y ejerce presión sobre el tejido y los nervios.</p> <p>Embolico: los émbolos se alojan en la bifurcación de arterias y el flujo de sangre es turbulento.</p> <p>Trombotico: lugares donde ocurre infarto y necrosis en arterias de pequeño calibre.</p>	<p>Complicaciones:</p> <p>Hipertensión intracraneal Parálisis Hipoxia cerebral Muerte cerebral Coma MUERTE</p>
--	--	--	--	--

(Facultad de enfermería de la universidad de Veracruz. 11 de enero, 2009)

PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA	PREVENCIÓN Terciaria	
PROMOCIÓN DE LA SALUD	PROTECCIÓN ESPECIFICA	DIAGNOSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO	LIMITACIÓN DEL DAÑO	REHABILITACIÓN
Evitar el tabaquismo. Educación dietética baja en grasa. Realizar ejercicio.	Control estricto como: Hipertensión arterial. Diabetes. Obesidad.	DIAGNOSTICO: Biometría hemática completa. Angiografía cerebral. TAC. Tiempos de protrombina total. TRATAMIENTO: Apoyo mecánico, instalación de sonda Foley, cambios posturales, valoración neurológica con escala de Glasgow, suministro de anticoagulantes y anticonvulsivos.	Intervención quirúrgica. Endarterectomia Carótida. Es la extracción de una placa o trombo ateroesclerótico de la arteria carótida. Angioplastia: introducción de una sonda en la arteria.	Terapia física en las extremidades afectadas. Terapia de lenguaje.
1 ^{er} nivel	2 ^{do} nivel	3 ^{er} nivel	4 ^{to} nivel	5 ^{to} nivel

(Facultad de enfermería de la universidad de Veracruz. 11 de enero, 2009).

V. DESARROLLO DEL PROCESO DE ENFERMERIA

5.1 Valoración basada en el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem

5.1.1 Factores condicionantes básicos

Sexo: femenino

Edad: 78 años

Edo. Civil: casada

Religión: católica.

Escolaridad: 3ro primaria

Ocupación: ama de casa.

Proviene de una familia nuclear.

La paciente depende económicamente de su esposo.

5.1.2 requisitos de autocuidado universales

Mantenimiento de un aporte suficiente de agua: la usuaria refiere tomar diariamente de 300 a 500 ml de agua.

Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos:

Peso: 56 kg, talla: 1.44 cm, IMC: 27.05 y glucosa: 91 mg/dl en ayuno.

Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreciones: evacua una vez al día.

Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo: refiere dormir menos de 6 horas diarias.

Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social: no se encuentra alterado dicho requisito.

Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano: utiliza el apoyo de un bastón cuando amanece sintiéndose mal.

Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y el deseo de ser normal: no se encuentra alterado dicho requisito.

5.1.3 requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud

Realizar las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas.

5.1.4 Caso clínico

La Sra. M.G.B.G. de 78 años de edad, madre de 12 hijos, residente en la comunidad de Petémbo municipio de Tacámbaro Michoacán, casada, de religión católica estudio hasta tercer grado de primaria, se dedica al hogar; depende económicamente de su esposo campesino, su vivienda es de adobe y teja con algunas partes de tabique y colado, cuenta con los servicios básicos.

Acude cada mes a sus citas médicas al Instituto Mexicano del Seguro Social en la comunidad de Pedernales Mich. Encontrándose actualmente bien controlada ya que padece hipertensión arterial desde que tenía la edad de 43 años y presenta secuelas de un evento cerebro vascular isquémico desde hace 6 años. Refiere seguir las indicaciones del médico y tomar sus medicamentos como se los prescribe el médico.

En aporte suficiente de agua se observa una buena hidratación de tegumentos y mucosas a pesar de que ingiere solamente de 300 a 500 ml de agua diariamente, refiere no darle sed.

En aporte suficiente de aire se encuentra actualmente sin compromiso cardiorrespiratorio y sus campos pulmonares se encuentran bien ventilados, su llenado capilar es de 2 segundos y niega toxicomanías; frecuencia respiratoria

de 18 por minuto, presión arterial de 140/90 mm Hg y su frecuencia cardiaca es de 77 por minuto.

En relación a un aporte suficiente de alimentos; su dieta habitual es hiposódica, realiza habitualmente tres comidas al día; en el desayuno ingiere cereal en la comida consume carnes, verduras y 3 tortillas y en la cena solo avena con un pan y entre comidas consume frutas, utiliza prótesis dental extraíble.

Su glicemia es de 91 mg/dl en ayuno; pesa 56 kg y su talla es de 1.44 mts.

Con respecto a la eliminación; sus evacuaciones son espontaneas de una vez al día y en algunas ocasiones cada tercer día, heces duras de color café claro sin distensión abdominal aunque refiere no tener molestias para la evacuación como dolor, sangrado o dificultad. Y una micción espontanea color ámbar con una frecuencia de 5 a 6 veces al día sin presencia de globo vesical; su temperatura corporal es de 36.3 grados centígrados.

En la actividad y reposo, refiere dormir menos de 6 horas diarias ya que presenta nicturia, acostumbra el baño diario o cada tercer día. La paciente realiza sus actividades básicas del hogar con dificultad pero sin apoyo de otras personas. Refiere la paciente no realizar ningún tipo de actividad específica como aeróbica o caminata.

Con respecto a la prevención de peligros para la vida la paciente requiere de apoyo de un bastón ocasionalmente por la parestesia que presenta en la parte izquierda de su cuerpo. Se viste por si sola dependiendo la temporada en que se encuentre, refiere ser alérgica a la penicilina.

Tubo 17 embarazos de los cuales solo 11 partos, 1 cesárea, 4 abortos y un parto prematuro.

En el equilibrio entre la interacción social y la soledad; refiere en sus ratos libres tejer o ponerse a leer aunque en algunas ocasiones dice salirse a sentar a la calle para platicar con la gente que pasa.

Tratamiento

- Ranitidina 150 mg c/12 horas v.o.
- Paracetamol 500 mg c/12 horas v.o.
- Diclofenaco 100 mg c/12 horas v.o.
- Losartan 50 mg c/12 horas v.o.
- Nifedipino 10 mg c/12 horas v.o.
- Hidroclorotiazida 25 mg c/24 horas v.o.
- Complejo B c/24 c/24 horas v.o.
- Ácido acetilsalicílico 300 mg c/24 horas v.o.

5.2 Diagnósticos de Enfermería

- 1.- Deterioro de la ambulación relacionada con deterioro cognitivo, deterioro del estado físico y deterioro del equilibrio manifestado por deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas y deterioro de la habilidad para caminar sobre superficies irregulares.
- 2.- Insomnio relacionado con malestar físico manifestado por informe verbal del paciente de dificultad para permanecer dormir.
- 3.- Riesgo de estreñimiento relacionado con actividad física insuficiente y un aporte insuficiente de líquidos.

5.2.1 Diagnóstico de Enfermería 1 (00088) P. 121

Deterioro de la ambulación relacionado con deterioro del estado físico y deterioro del equilibrio manifestado por deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas y deterioro de la habilidad para caminar sobre superficies irregulares.

Dominio 4: actividad/reposo

Clase 2: actividad/ejercicio

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

Requisito de autocuidado en desviación de la salud: hipertensión arterial y secuelas de un EVC

5.2.2 Plan de Intervención

Fecha: 8 de enero del 2013.

Criterio de Resultado: movilidad (0208)

Dominio: salud funcional

Clase: movilidad

Escala (s): Nunca demostrado hasta siempre demostrado

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 22 Aumentar a: 28

	GRAVEMENTE COMPROMETIDO	SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO	MODERADAMENTE COMPROMETIDO	LEVEMENTE COMPROMETIDO	NO COMPROMETIDO
Indicadores	1	2	3	4	5
Mantenimiento del equilibrio			X	#	
Coordinación				X	#
Mantenimiento de la posición corporal				X	#
Realización del traslado				X	#
Ambulación				X	#
Se mueve con facilidad			X	#	

X: es el indicador en el cual se encuentra el paciente de acuerdo a su estado de salud.

#: Nos indica hacia donde queremos que el paciente avance de acuerdo a los cuidados que le brindemos.

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

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

Sistema de enfermería: Parcial (x) Totalmente compensatorio ()

De apoyo educativo ()

Intervención de enfermería: Prevención de caídas.

Definición: establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.

Actividades de enfermería

Fundamento científico

- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar el riesgo de caídas.
- Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulación.

- Esto para crear condiciones de seguridad que le permitan al paciente deambular con cualquier medio de apoyo si es necesario. (Kozier B. y cols. 2005 P. 1202).
- Los profesionales deben alentar a los pacientes a realizar sus actividades de la vida diaria, a mantener una buena alineación corporal, y a practicar ejercicios activos con la mayor intensidad posible, aunque siempre dentro de las limitaciones impuestas

- Proporcionar dispositivos de ayuda para conseguir una deambulación estable.
 - Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa. (pag. 684)
- por sus enfermedades y sus programas de recuperación. (Kozier B. y cols. 2005 P. 1202).
- Los pacientes que han estado inmovilizados incluso durante pocos días pueden necesitar ayudas para caminar. La intensidad de esa ayuda va a depender del estado del paciente, incluidas la edad, el estado de salud y la duración de la inactividad. La ayuda puede consistir en caminar junto a un estado del paciente para servirle de apoyo o en darle instrucciones para que utilice un dispositivo de ayuda. (Kozier B. y cols. 2005 P. 1202)
 - Avanzar simultáneamente con el paciente, realizando una marcha suave y uniforme, a la misma velocidad y con pasos de la misma distancia que el paciente. Esto supone para el paciente una gran seguridad. (Kozier B. y cols. 2005 P. 1204).

Método (s) de ayuda:

Brindar apoyo y proporcionar un entorno adecuado.

5.2.3 Ejecución

Fecha: 4 de febrero del 2013.

Se realizó una visita al domicilio de la usuaria a las 11 am. Donde se valoró su estado físico de la paciente encontrándola un poco más decaída que de costumbre y costándole más trabajo para la deambulaci3n, se habló con sus familiares en ese momento, involucrándolos en la conversaci3n con la usuaria y solicitándoles de su apoyo para que estén al pendiente de las posibilidades que en ese momento tenga la paciente para trasladarse de un lugar a otro dentro de su mismo domicilio con la menor dificultad y riesgo posible que puedan ocasionarle alguna caída o accidente, que traten de brindarle un ambiente lo más seguro y así que en los días que se presentan con mayor relevancia la parestesia se le brinde mayor apoyo para la realizaci3n de sus quehaceres domésticos y que es de mucho apoyo y muy necesario el facilitarle un dispositivo de apoyo como bast3n o andadera lo que la usuaria crea más útil, se le da orientaci3n para que en los días que se sienta más mal, ella misma solicite ayuda y no detenerse por pena.

5.2.4 Evaluación

✓ : Nos marca de donde a donde avanzo el paciente.

	GRAVEMENTE COMPROMETIDO	SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO	MODERADAMENTE COMPROMETIDO	LEVEMENTE COMPROMETIDO	NO COMPROMETIDO
Indicadores	1	2	3	4	5
Mantenimiento del equilibrio			X	✓ #	
Coordinación				✓ X	#
Mantenimiento de la posición corporal				X	✓ #
Realización del traslado				✓ X	#
Ambulación				X	✓ #
Se mueve con facilidad			X	✓ #	

No se lograron los resultados esperados en el plan de intervención ya que la usuaria no cuenta con la economía necesaria para colocar barandillas, rampas etc. En su casa y tampoco le gusta solicitar ayuda para trasladarse de un lugar a otro cuando lo precisa.

5.2.5 Diagnóstico de Enfermería 2 (00095) P. 116

Insomnio relacionado con malestar físico manifestado por informe verbal del paciente de dificultad para permanecer dormido

Dominio 4: actividad/reposo

Clase 1: sueño/reposo

Requisito de autocuidado universal: Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y el reposo.

Requisito de autocuidado en desviación de la salud: hipertensión arterial y secuelas de un EVC

5.2.6 Plan de Intervención

Fecha: 13 de enero del 2013.

Criterio de Resultado: descanso (0003)

Dominio: Salud funcional

Clase: Mantenimiento de la energía

Escala (s): Nunca demostrado hasta siempre demostrado

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 10 Aumentar a: 13

	GRAVENEN TE COMPROME TIDO	SUSTANCIALME NTE COMPROMETID O	MODERADAME NTE COMPROMETI DO	LEVEMENTE COMPROMET IDO	NO COMPROM ETIDO
indicadores	1	2	3	4	5
tiempo del descanso			X	#	
calidad del descanso			X	#	
descansado físicamente (pag. 404)				X	#

X: es el indicador en el cual se encuentra el paciente de acuerdo a su estado de salud.

#: Nos indica hacia donde queremos que el paciente avance de acuerdo a los cuidados que le brindemos.

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

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

Sistema de enfermería: Parcial () Totalmente compensatorio ()

De apoyo educativo (x)

Intervención de enfermería: Mejorar el sueño.

Definición: facilitar ciclos regulares del sueño.

Actividades de enfermería

Fundamento científico

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente.
 • Incluir el ciclo regular del sueño Vigilia del paciente en la planificación de cuidados.
 • Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama. | <ul style="list-style-type: none"> • Mantener un ritmo de sueño-vigilia regular es más importante que el número de horas de sueño, un aspecto importante de enfermería es restablecer el ritmo sueño-vigilia del paciente.(Kozier B y cols. 2005 p.1221)
 • Esto permitirá a la enfermera incorporar las necesidades y preferencias del usuario en el plan de cuidados, especificando las horas de sueño no perturbado o satisfacción del sueño, hora y duración de las siestas. (Kozier B y cols. 2005 p.1226)
 • Una persona preocupada por problemas personales puede ser incapaz de relajarse lo suficiente como para quedarse dormida. La ansiedad afecta los niveles sanguíneos de noradrenalina mediante la |
|--|---|

estimulación del sistema nervioso simpático. Este cambio químico implica menos fase IV de sueño NREM y REM, y más cambios de fases y despertares. (Kozier B y cols. 2005 p.1223)

- Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (frecuencia urinaria) y/o psicológicas que interrumpen el sueño.
- Controlar la ingesta de alimentación y bebidas a la hora de irse a la cama para determinar los productos que faciliten o entorpezcan el sueño.
- La nicturia, u orinar durante las noches, altera el sueño y sus ciclos. Es más común en personas mayores con el tono fe la vejiga reducido o en personas con enfermedad cardíaca, diabetes, uretritis o enfermedad prostática. Cuando una persona se despierta repetidamente para orinar, volver a conciliar el sueño puede ser difícil.(Potter, Perry. 2002 p.1278)
- Las bebidas con cafeína actúan como estimulantes del sistema nervioso central, interfiriendo por tanto en el sueño. La necesidad de orinar durante la noche también interrumpe el sueño y pueden tener dificultad

para volver a quedarse dormidos. (Kozier B y cols. 2005 p.1223)

Método (s) de ayuda: Guiar y dirigir, proporcionar un entorno adecuado.

5.2.7 Ejecución

Fecha: 31 de marzo del 2013.

10 am. En su domicilio se habla con sus familiares y usuaria sobre sus periodos de descanso y la importancia de que se respeten brindándole un ambiente de tranquilidad y comodidad para su conciliación del sueño, que si es necesario le tapen ventanas para evitar la entrada de la claridad y que le retiren de su recamara cualquier cosa que pueda distraerla al momento de descansar y que le eviten situaciones de estrés o preocupaciones antes de irse a la cama.

5.2.8 Evaluación.

✓ : Nos marca de donde a donde avanzo el paciente.

	GRAVENEN TE COMPROME TIDO	SUSTANCIALME NTE COMPROMETID O	MODERADAME NTE COMPROMETI DO	LEVEMENTE COMPROMET IDO	NO COMPROM ETIDO
indicadores	1	2	3	4	5
tiempo del descanso			X	✓ #	
calidad del descanso			X	✓ #	
descansado físicamente (pag. 404)				X	✓ #

Se obtuvieron los resultados esperados en el plan de intervención.

**5.2.9 Diagnóstico de Enfermería 3
(00015) P. 105**

Riesgo de estreñimiento relacionado con actividad física insuficiente, un aporte insuficiente de líquidos y deterioro neurológico.

Dominio 3: eliminación e intercambio

Clase 2: función gastrointestinal

Requisito de autocuidado universal: provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación urinaria y fecal.

Requisito de autocuidado en desviación de la salud: hipertensión arterial y secuelas de un EVC.

5.2.10 Plan de Intervención

Fecha: 21 de enero del 2013.

Criterio de Resultado: control del riesgo (1902)

Dominio: conocimiento y conducta de salud.

Clase: control del riesgo y seguridad

Escala (s): Nunca demostrado hasta siempre demostrado

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 3 Aumentar a: 5

	GRAVEMENTE COMPROMETIDO	SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO	MODERADAMENTE COMPROMETIDO	LEVEMENTE COMPROMETIDO	NO COMPROMETIDO
indicadores	1	2	3	4	5
Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo			X		#

X: es el indicador en el cual se encuentra el paciente de acuerdo a su estado de salud.

#: Nos indica hacia donde queremos que el paciente avance de acuerdo a los cuidados que le brindemos.

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

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

Sistema de enfermería: Parcial () Totalmente compensatorio ()

De apoyo educativo (x)

Intervención de enfermería: Entrenamiento intestinal.

Definición: Ayudar al paciente para que evacue a intervalos determinados.

Actividades de enfermería

Fundamento científico

- Enseñar al paciente/familia los principios de la educación intestinal.
- Proporcionar alimentos ricos en fibra y/o que hayan sido identificados por el paciente como medio de ayuda.

- la toma de alimentos adecuados en la dieta, el ejercicio, y de 6 a 8 vasos diarios de líquido son medidas preventivas esenciales para el estreñimiento. (Kozier B y cols. 2005 p.1343)
- Es necesario incluir suficiente fibra en la dieta para proporcionar volumen fecal. Las dietas blandas y las dietas pobres en fibra contienen pocos residuos y, por tanto, crean insuficientes residuos de productos de desecho para estimular el reflejo de la

- Asegurar una ingesta adecuada de líquidos.
 - Dedicar para la defecación un tiempo coherente y sin interrupciones.
 - Evaluar el estado intestinal a intervalos regulares. (pag. 369)
- defecación. (Kozier B y cols. 2005 p.1344)
- Cuando la ingestión de líquidos es inadecuada o la eliminación es excesiva por algún motivo, el organismo sigue reabsorbiendo líquido del quimo a medida que avanza por el colon. El quimo se seca más de lo normal, y las heces son más duras. (Kozier B y cols.2005 p.1344)
 - Si una persona ignora la necesidad de defecar, sigue reabsorbiéndose agua, con lo que las heces son más duras y difíciles de expulsar. Cuando se inhiben o ignoran los reflejos normales de la defecación, estos reflejos condicionados tienden a debilitarse progresivamente. Cuando se ignoran de forma habitual, la necesidad de defecar finalmente se pierde. (Kozier B y cols. 2005 p.1344)
 - En la población anciana, el estreñimiento es un problema frecuente. En parte se debe a la

disminución del nivel de actividad, a la ingestión de cantidades no adecuadas de líquidos y fibra, y a la debilidad muscular. (Kozier B y cols. 2005 p.1343)

Método (s) de ayuda:

Enseñar.

5.2.11 Ejecución

Fecha: 23 de abril del 2013.

A las 5 pm. Se tuvo una plática con la usuaria sobre el riesgo elevado de presentar estreñimiento por el bajo consumo de líquidos y se le informa que es necesario que aunque no sienta ganas de defecar intente dándose un momento sin interrupciones y con tranquilidad para tratar de defecar, se le pidió que trate de modificar un poquito su alimentación sobre todo en que consuma un poco más de fibra y granos enteros como avena, linaza, trigo entre algunos otros, que identifique los alimentos que le faciliten las evacuaciones pero haciéndole hincapié en que midiera 1.5 lts de agua para que la esté tomando durante el día y que vaya aumentando poco a poco hasta que logre tomarse los 2 lts, deberá poner atención a cualquier síntoma como inflamación, dolor sangrado al evacuar u otro problema para informar a su médico.

5.2.12 Evaluación.

✓ : Nos marca de donde a donde avanzo el paciente.

	GRAVEMENTE COMPROMETIDO	SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO	MODERADAMENTE COMPROMETIDO	LEVEMENTE COMPROMETIDO	NO COMPROMETIDO
indicadores	1	2	3	4	5
Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo			X		✓ #

Se obtuvieron satisfactoriamente los resultados esperados en el plan de intervención.

VI. CONCLUSIONES

Este trabajo me ha servido para adquirir más conocimientos acerca de lo que es la elaboración del proceso de enfermería y la aplicación de sus cinco etapas que sin duda alguna son de gran importancia para la aplicación de este ya que se necesita seguir el orden estricto de estas cinco etapas para poder llevar a cabo la elaboración del proceso de enfermería en el paciente.

También pude conocer más a fondo lo que es la teoría general del déficit del autocuidado de Dorothea Orem y al poner en práctica este trabajo con mi paciente pude desarrollar un plan de cuidados más completo para ayudar a mejorar su estado de salud ya que me fue de gran utilidad y la paciente evolucionó favorablemente cumpliéndose así con el objetivo general y los específicos.

En la elaboración de mi proceso de enfermería me pude dar cuenta que no todos los profesionistas de enfermería saben desarrollar el proceso de enfermería a sus pacientes, pues en algunos todavía es desconocido, pienso que es importante difundir este conocimiento tanto a los estudiantes como a todo el personal de enfermería que ya se encuentran en alguna institución trabajando, esto principalmente para beneficio del paciente que requiere de nuestros cuidados, ya que por medio del proceso brindamos una mejor calidad de servicio que nos permite cubrir todas las necesidades alteradas del paciente y prevenir peligros y riesgos de salud hacia nuestro paciente ya que este se puede adaptar a cualquier circunstancia, a pacientes de cualquier edad y además se puede modificar en cualquier momento.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Academia mexicana de neurología.A.C.(oct.2012). Neuro Epidemiologia. Mexico: PyDESA
- 2- Academia nacional de medicina. (1993). Tratado de medicina interna. (2ª edición). Mexico D.F: el manual moderno S.A. de C.V.
- 3- Bulechek,G.Butcher,H.y McCloskey,J. (2009). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). (5ª edición). Barcelona: elsevier
- 4- Cavanagh, Stephen J. (1993). Modelo de Orem (1ra edición). Barcelona: masson/Salvat
- 5- Guadalajara J.F.(1991). Cardiologia (4ª edición). Mexico: Mendez Cervantez.
- 6- Harrison (1991). Principios de medicina interna. (12ª edición). Mexico: Mc Graw Hill
- 7- Herdman, T.H. (2009-2011) Diagnosticos Enfermeros definición y clasificacion. Barcelona:elsevier
- 8- Jenkis.J.L,. Braen, G.R. Y cols (2003). Manual de medicina de urgencia (3ra edición). Barcelona: Masson
- 9- Kozier, B. Y cols (2005). Fundamentos de enfermería (7ª edición). España: McGrawHill
- 10-Manuales cto de medicina y cirugía (6ª edición)
- 11-Mariner.T.A. (2011). Modelos y teorías en enfermería (7ª edición). España: Elsevier Mosby
- 12-Mautner, B. (2003). Cardiologia (1ª edición). Buenos Aires: Grupo Guía.
- 13-Moorhead,S. y cols (2009). Clasificación de resultados de enfermería (NOC). (4ª edición). Barcelona: Elsevier Mosby

- 14- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.
- 15- Potter. P, Perry. G, (2002). Fundamentos de enfermería vol. III (5ta edición). Madrid España: Harcourt.
- 16- Rosales B.S, Reyes G.E. (2004). Fundamentos de enfermería (3ª edición). Colombia: manual moderno.
- 17- Hall W.H, (2001). Cuidados intensivos, vol. II (2ª edición). México: Mc Graw Hill
- 18- Ostiguín, R.M, Velázquez, S.M.L. (2001). Teoría general del déficit de autocuidado (1ª edición). México: el manual moderno
- 19- Enfermería de la universidad de Veracruz. (11 de enero, 2009). *eenfermeriauv.blogspot.mx*. Recuperado el 16 de noviembre del 2013, de: <http://eenfermeriauv.blogspot.mx/2009/01/historia-natural-evento-vascular.html>
- 20- Mayanis 19. (3 de julio, 2011). slideshare.net. Recuperado el 15 de noviembre del 2013, de : <http://www.slideshare.net/Mayanis19/historia-natural-hipertensin-arterial-8492489>

VIII. BIBLIOGRAFIA

- 1- Academia mexicana de neurología.A.C.(oct.2012). Neuro Epidemiologia. Mexico: PyDESA
- 2- Academia nacional de medicina. (1993). Tratado de medicina interna. (2ª edición). Mexico D.F: el manual moderno S.A. de C.V.
- 3- Bulechek,G.Butcher,H.y McCloskey,J. (2009). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). (5ª edición). Barcelona: elsevier
- 4- Carpenito J.L.(2003). Diagnósticos de enfermería, aplicaciones a la práctica clínica. (9ª edición). España: Mc Graw Hill
- 5- Cavanagh, Stephen J. (1993). Modelo de Orem (1ra edición). Barcelona: masson/Salvat.
- 6- Dr. Dorosz. (2001). Tabla de calorías, colección Erakles. (4ta edición). Paris Francia: Hispano Europea S.A
- 7- Feldeman, A. B. (1990). Principios de nutrición clínica (1ra edición). Mexico D.F: Manual Moderno.
- 8- Guadalajara J.F.(1991). Cardiologia (4ª edición). Mexico: Mendez Cervantez.
- 9- Hall W.H, (2001). Cuidados intensivos, vol. II (2ª edición). México: Mc Graw Hill.
- 10-Harrison (1991). Principios de medicina interna. (12ª edición). Mexico: Mc Graw Hill
- 11-Harrison (2010). Manual de medicina. (17ª edición). México: Mc Graw Hill.
- 12-Henry, J. (1993) Diagnósticos y tratamiento clínicos por el laboratorio (9ª edición). Barcelona: Masson S. P.A.
- 13-Herdman, T.H. (2009-2011) Diagnosticos Enfermeros definición y clasificacion. Barcelona:elsevier

- 14-Jenkis.J.L., Braen, G.R. Y cols (2003). Manual de medicina de urgencia (3ra edición). Barcelona: Masson
- 15-Kozier, B. Y cols (2005). Fundamentos de enfermería (7ª edición). España: McGrawHill
- 16-Manuales cto de medicina y cirugía (6ª edición)
- 17-Mariner.T.A. (2011). Modelos y teorías en enfermería (7ª edición). España: Elsevier Mosby
- 18-Mautner, B. (2003). Cardiología (1ª edición). Buenos Aires: Grupo Guía.
- 19-Moorhead,S. y cols (2009). Clasificación de resultados de enfermería (NOC). (4ª edición). Barcelona: Elsevier Mosby
- 20- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.
- 21-Ostiguín, R.M, Velázquez, S.M.L. (2001). Teoría general del déficit de autocuidado (1ª edición). México: el manual moderno
- 22-Potter, P. (2002). Fundamentos de enfermería, vol. I y II (5ª edición). Madrid España: Harcourt.
- 23-Reuss, R. (2005). Urgencias en medicina interna (1ª edición). Argentina
- 24- Rosales B.S, Reyes G.E. (2004). Fundamentos de enfermería (3ª edición). Colombia: manual moderno.
- 25-Enfermería de la universidad de Veracruz. (11 de enero, 2009). eenfermeriauv.blogspot.mx. Recuperado el 16 de noviembre del 2013, de: <http://eenfermeriauv.blogspot.mx/2009/01/historia-natural-evento-vascular.html>
- 26-Mayanis 19. (3 de julio, 2011). [slideshare.net](http://www.slideshare.net). Recuperado el 15 de noviembre del 2013, de : <http://www.slideshare.net/Mayanis19/historia-natural-hipertensin-arterial-84>

IX. GLOSARIO DE TERMINOS

9.1 Terminología de teoría general del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem.

Déficit: Carencia o escasez de algo que se juzga necesario.

Teoría: Conjunto de reglas, principios y conocimientos que forman la base de una ciencia, una técnica o un arte.

Requisito: se usa para indicar que una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo.

Autocuidado: consiste en la práctica de las actividades de las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.

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

Requisito de autocuidado: es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los actos de funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas.

Factor condicionante básico: se refiere a las características de todo individuo que incluyen propiedades específicas, las cuales son afectadas por factores ambientales y humanos.

Requisito de autocuidado universal: representan las acciones humanas que se producen a partir de las condiciones internas y externas del individuo, que mantienen la estructura y el funcionamiento humano.

Requisito de desarrollo: son las expresiones más específicas y particulares de la persona que se derivan de una condición (p. ej. El embarazo) o están asociados a un acontecimiento de la vida (p. ej. La muerte).

Requisito de autocuidado en desviación de la salud: son los que existen para personas que están enfermas o lesionadas, que tienen enfermedades específicas incluyendo malformaciones e incapacidades pero, además, están bajo diagnóstico y tratamiento médico.

Agente: Persona o cosa que obra y tiene facultad o poder para producir o causar algún efecto.

Agente de autocuidado: es uno mismo.

Agente de cuidado dependiente: es una persona madura que reconoce requisitos de autocuidado a los que no puede responder por sí mismo.

Diagnóstico: Examen de una cosa, un hecho o una situación para buscar solución a sus males.

Necesidad: Cosa que es necesaria o hace falta de manera obligatoria para un fin: respirar oxígeno es una necesidad para el organismo.

TEDA: teoría general del déficit de autocuidado.

PES: problema, etiología, signos y síntomas.

NANDA: asociación norteamericana de diagnósticos de enfermería.

NIC: clasificación de intervenciones de enfermería.

NOC: clasificación de resultados de enfermería.

9.2 Terminología médica

Hipertensión arterial sistémica: La elevación persistente de la presión arterial sistémica por arriba de las cifras normales.

Mm hg: milímetros de mercurio.

Aterogénesis: Formación de placas por debajo de la íntima en la pared arterial.

Estudio epidemiológico: son los procedimientos de análisis en los que se basa la investigación médica. La epidemiología los aplica para encontrar las causas que determinan la enfermedad o los factores de riesgo que hacen más probable que una persona se enferme, o bien para determinar los factores protectores o terapéuticos como los fármacos que permiten sanar a la persona o prevenir la enfermedad.

Estenosis: es un término utilizado para denotar la constricción o estrechamiento de un orificio o conducto corporal.

Coartación aortica: Es un estrechamiento de parte de la aorta (la mayor arteria que sale del corazón) y es un tipo de defecto congénito. Coartación significa estrechamiento.

Síndrome de Cushing: Es un trastorno que ocurre cuando el cuerpo se expone a niveles altos de la hormona cortisol. También puede ocurrir si usted toma demasiado cortisol u otras hormonas esteroides.

Gasto cardíaco: es la cantidad de sangre que los ventrículos impulsan cada minuto.

Feocromocitoma: Es un raro tumor del tejido de la glándula suprarrenal que provoca la secreción de demasiada epinefrina y norepinefrina, hormonas que controlan la frecuencia cardíaca, el metabolismo y la presión arterial.

Aldosteronismo: es una forma común de HTA endocrina caracterizada por la producción parcialmente autónoma de aldosterona.

HTA: hipertensión arterial.

ACV: accidente cerebrovascular.

Isquemia: es cualquier condición que impide que la sangre alcance los órganos y tejidos del cuerpo. La sangre contiene muchos nutrientes y oxígeno y que son vitales para el funcionamiento apropiado de los tejidos y órganos. Sin estos componentes, estos tejidos se comienzan a morir.

Hipoperfusion: Disminución del flujo de sangre que pasa por un órgano.

Arteriosclerosis: es una afección en la cual la placa se deposita a lo largo de las paredes de las arterias.

Embolo: es una masa sólida, líquida o gaseosa que se libera dentro de los vasos y es transportada por la sangre a un lugar del organismo distinto del punto de origen, pudiendo provocar una embolia (oclusión o bloqueo parcial o total de un vaso sanguíneo por un émbolo).

UCI: unidad de cuidados intensivos.

Aneurisma: Es un ensanchamiento o abombamiento anormal de una porción de una arteria debido a una debilidad en la pared del vaso sanguíneo.

Trombocitopenia: Es cualquier trastorno en el cual hay una cantidad anormalmente baja de plaquetas, que son partes de la sangre que ayudan a coagularla. Esta afección algunas veces se asocia con sangrado anormal.

HSA: hemorragia subaracnoidea.

Síndrome de Marfan: Es un trastorno del tejido conectivo, el cual fortalece las estructuras corporales.

Síndrome de Ehlers-Danlos: Es un grupo de trastornos hereditarios caracterizado por articulaciones extremadamente sueltas o laxas, piel hiperelástica que presenta equimosis con gran facilidad y vasos sanguíneos que se dañan fácilmente.

Afasia: es un trastorno causado por lesiones en las partes del cerebro que controlan el lenguaje. Puede dificultar la lectura, la escritura y expresar lo que se desea decir. Es más común en los adultos que sufrieron un derrame.

Agnosia: es la interrupción en la capacidad para reconocer estímulos previamente aprendidos o de aprender nuevos estímulos sin haber deficiencia en la alteración de la percepción, lenguaje o intelecto.

TC: tomografía computarizada.

NOM: norma oficial mexicana.

OMS: organización mundial de la salud.

OPS: organización panamericana de la salud.

Mg/dl: miligramos por decilitro.

Déficit neurológico: es una anomalía funcional de un área del cuerpo, debido a una disminución del funcionamiento del cerebro, la médula espinal, los músculos o los nervios.

SIHA: sociedad internacional de hipertensión arterial.

X. ANEXOS

10.1 Guía de valoración con el referente teórico de Dorothea e. Orem

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
 FACULTAD DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DE CELAYA
 MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
 GUIA DE VALORACION
 (DOROTHEA ELIZABETH OREM)

Elaboró: MCE. Vanesa Jiménez Arroyo

I. FACTORES CONDICIONANTES BASICOS

a) Descriptivos de la persona

Fecha: 20 de diciembre de 2012 Nombre: MGBG Sexo: () Fem (x)

Edad: 78

Religión: católica Edo civil: casad Escolaridad: 3ro primaria

Lugar de residencia: Petembo Mich.

Domicilio actual (calle número, colonia): conocido Petembo

Características de la vivienda:

Renta: _____ Propia: si otros: _____

Material de construcción:

Adobe: x Ladrillo: x Otros: _____

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) 17 hijos

Como es su relación con la familia:

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

Nivel de educación:

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

Otros: _____

Ocupación: hogar Horario: _____

Antecedentes laborales: _____

Ingreso económico familiar:

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

Dependencia económica: Si (x) No ()

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

b) Patrón de vida.

¿Qué actividades recreativas realiza en sus tiempos libres?

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

Otras: _____

¿Qué hace usted para cuidar su salud?

La paciente refiere que primeramente se encomienda a dios y que sigue las indicaciones médicas de su doctor

c) Estado del sistema de salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno () Regular () Deficiente () la

paciente refiere que su estado de salud es muy variable que conforme amanece bien a otro día se siente muy mal y así sucesivamente.

¿A qué servicios de salud acude usted regularmente?

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

Diagnostico medico: hipertensión arterial y evento cerebral vascular isquémico

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

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

Hace: 10 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 paciente misma.

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: 50 años aproximadamente

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

Tipo de respiración:

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

Otros: _____

Nariz:

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

Edema: () Otros: _____

Tórax:

Tonel: () En quilla () En embudo: ()

Otros: _____

Ruidos respiratorios: no

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

Padece alguna enfermedad pulmonar:

Si () No: (x) Especifique: _____

Cardiovascular:

T/A: 140/90 FC: 77 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 (x) 500-1000 ml () 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 (x) 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: 56 kg____Talla: 1.44 cm____ IMC: _____Cintura: 101 cm_____

Ha observado variaciones del peso:

Si () No (x)

Perdida: () Ganancia: ()

1-3 kg () 4-6 kg () 7-9 kg () > 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: _____

Alteraciones en cara y cuello: ninguna

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				x
Deriv. De leche	x			
Carnes		x		
Cereales	x			
Verduras		x		
Frutas		x		
Huevos			x	
Pescado			x	
Pastas y harinas				x

¿Con que guisa sus alimentos?

Aceite (x) Manteca: ()

¿Cómo es su dieta habitual?

Sin restricciones () Diabética () Hiposódica (x) 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: ninguno

Alteraciones al evacuar:

Tenesmo: () Pujo () Cólico () Otros: ninguno

Apoyo para la eliminación intestinal:

Espontánea: () Estreñimiento: () Diarrea: () Otros: _____

Características de las heces fecales:

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

Consistencia de las heces fecales:

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

Grupo de eliminación vesical:

Presencia de:

Incontinencia () Retención urinaria () Tenesmo () Disuria ()

Alteraciones uretero-vesicales:

Alteraciones en la micción:

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

Apoyo para la evacuación vesical:

Movilización: () 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 grados Dolor: (x) Alt. Emocionales (ninguna)

Temperatura ambiental: Otros: _____

Grupo menstruación:

Menarca: 17 años Días del ciclo menstrual: 3
días

Tipo, cantidad y características del flujo:
abundante

Presenta algún problema durante su menstruación:

Si () No () 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: () Insomnio: () Hipersomnio: () Pesadillas: () Alucinaciones:
()

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

Factores que interrumpen su descanso y sueño: el salir frecuentemente a orinar
durante las noches ya que refiere salir de 5 a 6 veces en la noche

¿Acostumbras a tomar siestas?

Si () No (x)

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?

Si () No (x) Especifique: _____

ACTIVIDAD:

Sistema Musculo Esquelético

Presencia en articulaciones de:

Dolor: (x) Rigidez: (x) Inflamación: () Limitaciones: () Contracturas: ()
) solo su lado derecho que tiene adormido por su EVC.

Especifique:

Tratamiento:

¿Alguna actividad física le produce dolor?

Si (x) No () Especifique: barrer, recoger objetos pesados del suelo

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si () No (x) Cual: _____

Frecuencia/duración: _____

f) Mantenimiento del equilibrio entre soledad y la interacción

Sistema auditivo:

Presenta problemas de audición:

Si (x) No () Especifique: _____

Utiliza apoyo para escuchar:

Si () No (x)

Presencia de:

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

Sistema ocular:

Presenta problemas visuales:

Si (x) No () Especifique: con el ojo derecho refiere ver muy borroso esto a consecuencia de su problema de salud EVC.

Utiliza lentes: si _____

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

Observar:

Seguridad (x) Timidez () Introversión () Apatía () Extraversión ()

Otros:

Razones que le impiden socializar:

Lejanía () Enfermedad (x) Rechazo () Miedo ()

Dificultad para la comunicación (x) 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 () Razonamiento () Especificar: _____

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

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

Antecedentes heredofamiliares patológicos:

Si () No (x) Especifique: _____

Toxicomanías:

Si () No (x) Especifique: _____

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?

Si () No (x) Especifique: _____

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 () No (x) Especifique: solo en los días que amanece sintiéndose muy mal

¿Considera que su vida es o ha sido productiva?

Si (x) No () Especifique: _____

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales?

Si () No (x)

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

Desesperanza y negatividad ()

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

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

Cólera ()

II. REQUISITOS DE AUTO CUIDADO DE DESARROLLO

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

1. Etapas del ciclo vital

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

Niñez Si () No (x) Especifique: _____

Edad escolar Si (x) No () Especifique: _____

Adolescente Si () No (x) Especifique: _____

Adulto joven Si () No (x) Especifique: _____

Edad fértil Si () No (x) Especifique: _____

Adulto maduro Si (x) No () Especifique: evento cerebral vascular

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 () No (x) Porque: refiere ya estar grande para eso

Número de parejas sexuales: solo una

Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales:

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

Utiliza algún método de planificación familiar:

Si () No (x) Especifique/tiempo: menopausia y esta operada

Número de hijos: 12 vivos

Tiene problemas de infertilidad:

Si () No () Especifique: _____

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 () Especifique: _____

¿Presenta problemas de erección?

Si () No () Tratamiento: _____

¿Presenta problemas de eyaculación precoz?

Si () No () Tratamiento: _____

Mujer:

Menarca: 17 Días del ciclo menstrual: 3

Tipo, cantidad y características del flujo: abundante

Presenta algún problema durante la menstruación:

Si () No () Ocasional () Especifique:

Embarazos: 17 Partos: 11 Cesáreas: 1 Abortos: 4

Partos prematuros: 1 Fechas de último Papanicolaou: hace 5 años

Presencia de flujo/hemorragia tras vaginal: _____ Características:

¿Existen alteraciones de crecimiento físico?

Si () No (x) Especifique: _____

REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

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

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

Especifique: cada mes

¿Sabe usted de que está enfermo?

Si (x) No ()

¿Qué conoce acerca de su enfermedad? que es una enfermedad que no se cura que solo se controla con medicamento dieta y que puede llegar a tener grandes mejoras con ejercicios de terapia física.

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

Si () No (x)

¿En caso de déficit o incapacidad física, cuál es su sentimiento respecto a su situación? Refiere sentirse inútil.

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación?

Si () No (x) Especifique: _____

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

Ambientales () Familiares () Personales ()

Especifique: ninguno

Cuántas veces a la semana realiza el baño: cada tercer día o diario pero por lo general diario.

5.1 Valoración basada en el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem

5.1.1 Factores condicionantes básicos

Sexo: femenino

Edad: 78 años

Edo. Civil: casada

Religión: católica.

Escolaridad: 3ro primaria

Ocupación: ama de casa.

Familia Nuclear: si

Persona que constituye el principal apoyo para el paciente: su esposo.

Dependencia Económica: si, depende económicamente de su esposo.

Condiciones del hogar:

5.1.2 Requisitos de autocuidado universales

a. Mantenimiento del aporte de aire suficiente.

FC: 77 x min. T/A: 140/90 mmHg, FR: 18 x' SPO2 %

b. Mantenimiento de un aporte de agua suficiente. La paciente refiere que toma diariamente de 300 a 500 ml de agua

c. Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.

Peso 56kg Talla 1.44 cm IMC: 27.05 Niveles de Glucosa: 91 mg/dl en ayuno.

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

Evacuación fecal una vez al día.

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

Refiere dormir menos < de 6 hrs.

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

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

Utiliza el bastón cuando amanece sintiéndose mal.

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.*

5.1.3 *Requisitos de autocuidado de desarrollo*

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

Etapas de desarrollo:

Rol (es):

Salud Sexual:

Historia Gineco-obstétrica: menarca a los 17 años, 17 embarazos, 11 partos, 1 cesárea, 1 parto prematuro y 4 abortos.

5.1.4 *Requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud*

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.

18 respiraciones por minuto.

Llenado capilar de 2 segundos.
Sin compromiso cardiorrespiratorio y sus campos pulmonares se encuentran bien ventilados.

2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

Piel y mucosas bien hidratadas

La paciente refiere tomar diariamente de 300 a 500 ml de agua

3.- Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.

<p>Su glicemia es de 91 mg/dl en ayuno; pesa 56 kg Su talla es de 1.44 mts.</p>	<p>La paciente refiere que hace tres comidas al día habitualmente siguiendo una dieta hipo sódica. Dice ingerir en el desayuno cereal, en la comida; carne, verduras y 3 tortillas y en la cena solo avena con un pan.</p>
<p>4.- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación urinaria y fecal.</p>	

	<p>Su micción es espontanea de 5 a 6 veces al día, su coloración es ámbar sin presencia de globo vesical. Refiere que se levanta de 5 a 6 veces por las noches a orinar. (nicturia) Eliminación fecal una vez al día, eses de consistencia dura color café claro sin dolor al evacuar.</p>
<p>5.- Valoración del mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y reposo.</p>	

<p>Realiza sus actividades del hogar con dificultad pero sin apoyo de otras personas. En algunas ocasiones requiere apoyo de un bastón por su parestesia en la parte izquierda de su cuerpo</p>	<p>Duerme diariamente menos de 6 hrs por las noches. Refiere realizar el baño diario o cada tercer día.</p>
<p>6.-Mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.</p>	

<p>En sus ratos libres lee o se pone a tejer aunque en algunas ocasiones refiere salirse a sentar a la calle para platicar con la gente que pasa</p>	
<p>7.- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.</p>	

Alérgica a la penicilina.

8.- Promoción y funcionamiento del desarrollo humano, potencial humano, limitaciones conocidas y el deseo de ser normal.

Se toma el medicamento como se lo indica el médico y sigue indicaciones generales del doctor.

10.3 Razonamiento diagnóstico

Datos significativos (evidencias)	Análisis deductivo (dominio, clase, requisito de autocuidado universal involucrado)	Problema (etiqueta diagnostica NANDA) P	Factor relacionado (etiología) E	Características definitorias (signos y síntomas) S
Dificultad para caminar ciertas distancias.	Dominio:4 Clase: 2 Requisito: mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	Deterioro de la ambulación.	Deterioro cognitivo, deterioro del estado físico y deterioro del equilibrio.	Deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas.
Dificultad para permanecer dormido.	Dominio:4 Clase: 1 Requisito: mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	Insomnio	Malestar físico	Informe verbal del paciente de dificultad para dormir.

<p>Evacuación una vez al día.</p>	<p>Dominio: 3 Clase:2 Requisito: provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación urinaria y fecal</p>	<p>Riesgo de estreñimiento.</p>	<p>Actividad física insuficiente, un aporte insuficiente de líquidos y deterioro neurológico.</p>	
-----------------------------------	---	---------------------------------	---	--

XI. APENDICES

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERIA

Consentimiento informado

Yo, **M. G.B.G.** Doy mi consentimiento para participar en la realización del proceso de enfermería basada en el referente teórico de Dorothea E. Orem con la finalidad de obtener el título como licenciada en enfermería y que a través del cual se me brindan cuidados integrales que beneficiaran mi estado de salud.

He sido informado con claridad de los objetivos de la metodología de la intervención, así como de la importancia de mi participación en la misma, la cual no implica ningún tipo de riesgo a mi persona.

Se me ha explicado que mis datos serán totalmente confidenciales y que en un futuro contribuirán en el cuidado integral de otras personas que cursen con enfermedades similares a la mía fortaleciendo la profesión de enfermería a través del conocimiento de mis necesidades. Se me ha informado que no existe riesgo sobre mi salud y que mi participación será voluntaria en todo momento y sin recibir ninguna remuneración económica. Responsable del proceso de enfermería: **PLE. Delia Aremi Castillo Ponce**, doy mi consentimiento para colaborar con el trabajo académico solicitado.

Acepto participar:

PLE:

M.G.B.G.

Delia Aremi Castillo Ponce

Morelia, Mich. A 10 de diciembre del 2012.