



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería

**PROCESO DE ENFERMERÍA CON EL REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA
ELIZABETH OREM, APLICADO A UN CASO CLINICO DE HIPERTENSION
ARTERIAL.**

Que para obtener el grado de:

Licenciado en Enfermería

Presenta:

Andrés Díaz Arcos

Asesor: Maestra en Enfermería

María Aurelia Ramona Soto Fajardo

Coasesor: Maestra en Administración en Hospital

Alma Picazo Carranza

Morelia Mich. Abril de 2015

DIRECTIVOS

Directora de la facultad de Enfermería:

Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela

Secretaria Académica:

ME. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Secretaria Administrativo:

MCE. Roberto Martínez Arena

MESA SINODAL

Presidente de la Mesa Sinodal

Asesora: M.E. María Aurelia Ramona Soto Fajardo

Vocal 1

L.E. Cecilia Castro Calderón

Vocal 2

M.C. José Luis Cira Huape

AGRADECIMIENTO

A MIS PADRES

Con amor y agradecimiento por la herencia que me han dado en la vida, por confiar y brindarme la oportunidad de terminar mis estudios, por estar siempre apoyándome, poner la fe en mí ya que con sacrificios y esfuerzos he logrado llegar a este día tan importante, por tantas noches de desvelos y trabajo dedicado a mí, porque sin escatimar esfuerzo he logrado mi propósito, les viviré eternamente agradecido, que dios los bendiga.

A MIS HERMANOS

Hermanos y hermanas les doy gracias por haberme brindado su apoyo en los momentos que más lo necesite, por confiar en mí y por haberme motivado a seguir adelante para lograr terminar la carrera.

A DIOS

Por haberme permitido llegar a mi más anhelado sueño de obtener el título de Licenciado en Enfermería. Por darme una familia, vida y la salud, por la posibilidad de obtener el conocimiento y la oportunidad de elegir esta carrera.

INDICE

Abstract

INTRODUCCION	1
I. JUSTIFICACIÓN	4
II. OBJETIVOS	6
2.1 Objetivo General	6
2.2 Objetivo Específicos	6
III. METODOLOGÍA	7
IV. MARCO TEÓRICO	9
4.1 PROCESO DE ENFERMERÍA	9
4.2 TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA ELIZABETH OREM	24
4.3 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD, PROBLEMA O SITUACION DE SALUD QUE PRESENTA LA PERSONA	37
V. DESARROLLO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	46
5.1 Valoración Basada en el Referente Teórico de Dorothea Elizabeth Orem	46
5.1.1 Factores Condiciones Básicos.	46
5.1.2 Requisitos de Autocuidado Universal.	46
5.1.3 Requisitos de Autocuidado de desarrollo.	48
5.1.4 Requisitos de Autocuidado en Caso de Desviación de la Salud.	49
5.1.1 Caso Clínico.	50

5.2 Diagnósticos de Enfermería.	53
VI. CONCLUSIONES.	71
VII. SUGERENCIAS.	72
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	73
IX. GLOSARIOS Y TERMINOS.	75
X. ANEXOS.	76
XI. APENDICES	91

PROCESO DE ENFERMERÍA CON EL REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA ELIZABETH OREM, APLICADO A UN CASO CLINICO DE HIPERTENSION ARTERIAL.

Resumen

Proceso de enfermería: es de gran importancia ya que se logran los objetivos planeados hacia el usuario, tomando en cuenta las cinco etapas del proceso, así mismo se mejoró la calidad de vida, apoyándose en la Teoría General de Dorothea E. Orem. De acuerdo a la metodología establecida para el proceso, se identificaron los requisitos alterados y se aplicó el cuidado mediante el tratamiento de las respuestas humanas de la persona, realizando actividades de enfermería.

Aumentar la importancia de cursos para dominar los modelos teóricos y filosofía que guían el cuidado de enfermería, para realizar el proceso de enfermería y brindar un cuidado de calidad a las personas que acuden a los servicios de salud.

Palabras claves

Referente teórico del Autocuidado Dorothea E. Orem

Supuestos paradigmáticos

Teoría del sistema de enfermero

NURSING PROCESS WITH REGARD THEORY OF DOROTHEA ELIZABETH OREM, APPLIED TO A CASE REPORT OF HYPERTENSION.

Abstract

Nursing process: it is of great importance because the objectives planned to the user are achieved, taking into account the five stages of the process, also the quality of life, based on the General Theory of Dorothea E. Orem improved. According to the methodology established for the process, altered requirements are identified and care was applied by treating human responses of the person performing nursing activities.

Increase the importance of courses to master the theoretical models and philosophy that guide nursing care for the nursing process and provide quality care to people attending health services.

Keywords

Regarding theoretical Dorothea E. Orem's Self-Care

Paradigmatic assumptions

System theory nurse

INTRODUCCION

Enfermería es la ciencia y el arte de proporcionar cuidados mediante el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud real o potenciales, así como la ejecución de acciones en elaboración para el diagnóstico y tratamiento de las respuestas fisiopatológicas. Para el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas que presenta la persona, enfermería recurre a la metodología de enfermería o proceso de enfermería, el cual es un método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizados, centrados en la identificación y tratamientos de las respuestas únicas de las personas o grupos de las alteraciones de salud reales o de riesgo. Es el orden lógico de las actividades que realiza el personal de enfermería para proporcionar cuidados al individuo, la familia y la comunidad.

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

Actualmente la hipertensión arterial es una de las principales causas de muerte y de ahí la importancia de que enfermería participe en el equipo multidisciplinario en el cuidado de las personas con esta padecimiento. El trabajo que a continuación se presenta aborda la aplicación del proceso de enfermería en una persona con hipertensión arterial y utiliza como referente Teórico la Teoría del Autocuidado de

Dorothea E. Orem adoptado por la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

En el primer apartado se menciona la justificación donde se menciona los datos estadísticos a nivel mundial, nacional, estatal y local referentes a la hipertensión arterial. Enseguida se presenta los objetivos del trabajo, el objetivo general y específicos para continuar con la metodología, en la que se señala el método empleado para la realización del proceso de enfermería. Continúa con la presentación del caso clínico, que incluye los datos obtenidos con la guía de valoración con base en el referente de Dorothea Orem.

Posteriormente se desarrolla el marco teórico el cual está conformado por tres partes el proceso de enfermería que incluya las cinco etapas que lo conforman, la teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem. Y la historia natural de la enfermedad (hipertensión arterial).

Este trabajo lo constituye la aplicación del proceso de enfermería que incluya los datos fundamentales obtenidos en la primera etapa de valoración organizada en factores condicionales básicos y requisitos de desviación de salud, inmediatamente después se presentan los diagnósticos identificados con los que Se estructura el plan de intervención, que continúa las intervenciones y acciones de enfermería a realizar junto con su fundamento científico. Se detallan los elementos que permitieron la ejecución del plan de intervención, se finaliza con la evaluación de dicha ejecución. Las conclusiones y sugerencias derivadas del

Desarrollo del proceso de enfermería se abordan en el siguiente apartado. Se continúa con las referencias bibliográficas y el glosario de los términos científicos utilizados en el trabajo. Finalmente se incluye el apartado de anexos y apéndices constituido por la guía de valoración y los datos obtenidos por esta así como el consentimiento informático.

I. JUSTIFICACION

La hipertensión arterial es generalmente una afección sin síntomas en la que la elevación anormal de la presión dentro de las arterias aumenta el riesgo de trastornos como ictus, ruptura de aneurisma, insuficiencia, infarto de miocardio y lesiones del riñón (Merck, 1997: 114).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hipertensión arterial afecta aproximadamente a 1.000.000 millones de personas en el mundo y se ha convertido en la enfermedad crónica más frecuente (OMS, 2011).

En este sentido, los especialistas afirman que cuentan que cuanto más alta sea la presión arterial, mayor será la probabilidad de sufrir un infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca y enfermedad renal (OMS, 2011).

Por otro lado, la OMS alertó que para 2015 podrían morir 20 millones de personas por enfermedad cardiovascular, principalmente por infarto y ataque cerebrovascular (OMS, 2011)

Internacionalmente se dispone de datos de la enfermedad de acuerdo al origen étnico que muestra que afecta a más de 50 millones de personas, ya que el 38 % de los adultos negros sufren de la hipertensión, en comparación con el 29% blanco. Ante un nivel determinado de presión, las consecuencias de la hipertensión son más graves en las personas de etnia negra (Merck, 2001:118).

De acuerdo a cifras a nivel nacional se estima que solamente se diagnostica este trastorno en dos de cada tres individuos que lo padecen y solo alrededor del 75 % recibe tratamiento farmacológico, y este es adecuado únicamente en el 45 % de los casos (Merck, 2001: 118).

De ahí la trascendencia de que enfermería trabaje activamente con las personas con este padecimiento y a través del cuidado de enfermería brindando sistemáticamente mediante el empleo del proceso de enfermería contribuyente a mejorar la salud de la población afectada.

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Aplicar el Proceso de Enfermería con el referente de teórico del Autocuidado Dorothea E. Orem en una usuaria con hipertensión arterial.

2.2 Objetivo Específicos

2.2.1 Aplicar la guía de Valoración con base en referente teórico de Orem a una paciente con hipertensión arterial

2.2.2 Identificar los diagnósticos de enfermería de acuerdo los datos de valoración así como los problemas interdependientes

2.2.3 Realizar un plan de intervenciones de enfermería de acuerdo los diagnósticos identificados.

2.2.4 Ejecutar las intervenciones de enfermería planeadas

2.2.5 Evaluar los resultados de las intervenciones de enfermería planeadas.

III. METODOLOGIA.

El presente trabajo se realiza previa capacitación sobre el proceso de enfermería con el referente teórico de Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem realizado por la Facultad de Enfermería con la finalidad de revisar la metodología y se decide trabajar con el paciente con hipertensión arterial por ser una patología con alta nivel por lo que se determina trabajar con un paciente de la estancia geriátrica santa lucia "Eloy Maldonado Corona" de la ciudad de Morelia Michoacán.

Con el primer paso se solicita autorización de las autoridades administrativas la cual se obtuvo, se selecciona al paciente y, se le invita participar en lo cual acepta haciéndoles saber a los beneficios a favor de su salud y de que podría suspender su participación.

Para iniciar el proceso de enfermería se le solicitó a la persona que contestara a las preguntas de la guía de valoración de Dorothea Elizabeth Orem de acuerdo al marco conceptual de la teoría del Autocuidado con los siguientes elementos: factores condicionales básicos, requisitos de Autocuidado universal, requisitos de Autocuidado de desarrollo y requisitos de desviación de salud.

De acuerdo a la información obtenida en la valoración se definieron los diagnósticos de enfermería con base a la taxonomía de la asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA, por sus siglas en ingles),

Se elaboró un plan de intervenciones de enfermería con base a la taxonomía de la Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC) y se evalúan los resultados Con base a la taxonomía clasificación de resultados de enfermería (NOC) a fin de alcanzar el objetivo planeado, posteriormente se ejecutaron las acciones y se realizó evaluación por cada diagnóstico de enfermería establecido.

Finalmente se establecieron conclusiones y sugerencias de acuerdo a los resultados obtenidos.

IV. MARCO TEORICO

El marco teórico del presente trabajo está constituido por tres elementos, el primero aborda lo referente a los aspectos teóricos conceptuales más importantes de la metodología de enfermería o proceso de enfermería, enseguida se desarrolla el referente teórico que guía la aplicación de este proceso, se culmina con la historia natural de la enfermedad.

4.1 PROCESO DE ENFERMERÍA

4.1.1 Definición

Es un método sistemático de bienestar y cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente (Rodríguez, 2006, 29).

4.1.2 Antecedentes.

Como antecedentes de importancia de la metodología de la enfermería se señala que el proceso de enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatible con la naturaleza evolutiva de la profesión. Hall en 1956 lo describió por primera vez como un proceso distinto. Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso de cinco fases. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A medidas de los años 70, diversos autores como Bloch (1974), Roy (1975) Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase del diagnóstico, Dando lugar a un proceso de cinco fases como se conoce actualmente (Lyer, 1993: 9)

Desde entonces, el proceso de enfermería ha sido legitimizado como el marco de la práctica de enfermería, la ANA (American Nurse Association) utilizó el proceso de enfermería como directriz para el desarrollo de las normas para la práctica de enfermería, en Estados Unidos de igual manera, el proceso de enfermería se ha incorporado en el marco conceptual de la mayoría de los planes de estudio de enfermería del mundo, incluyendo México. (Lyer, 1993, 9).

El proceso de enfermería es definido como un método sistemático de bienestar y cuidados humanistas centrados en el logro de objetos de forma eficiente (Rodríguez, 2006, 29).

Otros autores han conceptualizado al proceso de enfermería como el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de la enfermería. Se trata de un enfoque deliberado para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonal y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar, cuenta de cinco fases sucesivas o interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Estas fases integran las funciones intelectuales de la resolución del problema en un intento por definir las acciones de enfermería (Lyer, 1993: p. 9).

Alfaro-Lefevre (2002) por su parte, refiere que el proceso de enfermería es un instrumento que tiene una utilización limitada al sujeto como un individuo. Es el instrumento básico del trabajo de enfermería, que permite actuar como unos métodos para adaptarlos a cada sujeto, generando una información básica para la

Investigación. La importancia del proceso de enfermería está dada al ser una metodología fundamental para el desarrollo de la práctica, la docencia y la investigación, ya que proporciona un marco dentro del cual se pueden satisfacer las necesidades individualizadas del cliente y de la comunidad. Es importante señalar que la aplicación de esta metodología reporta una serie de ventajas, tanto para la profesión como para el usuario.

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

El usuario de los servicios de salud obtiene ventajas con la aplicación del proceso de enfermería. La primera ventaja es en la calidad del cuidado, ya que este se planifica para encontrar y satisfacer las necesidades del usuario. Además al ser un proceso continuo se realiza evaluación para asegurar el nivel de la calidad de Cuidado esta metodología permite dar continuidad no solo en la evaluación si no en la propia planeación y ejecución, al disponer de un plan por escrito. También permite la participación de los clientes en el cuidado de su salud, ya que las personas pueden desarrollar sus capacidades y sus habilidades en su propio cuidado (Ruiz, 2005: p. 88)

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

Valoración.

Esta primera etapa del proceso de enfermería es realizada por la enfermera con la persona o familia. Tiene que ser total o integradora por lo que se debe de seguir un enfoque holístico, es decir, un modelo de enfermería para la identificación de respuestas humanas y la integración de elementos de un modelo médico para la identificación de respuestas fisiopatológicas (Rodríguez, 2006, pág. 35).

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

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

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

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

El marco de referencia puede ser un modelo de enfermería, se utiliza al modelo de Orem como marco de referencia para la valoración e implica recolectar datos relacionados con los seis requisitos universales de Autocuidado:

- Aire, agua y alimentos.
- Eliminación.
- Actividad y reposo.
- Privacidad e interacción social.
- Prevención de riesgo a la vida.
- Promoción del funcionamiento humano y del desarrollo en grupos sociales.

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

Esta etapa de valoración es aplicable a todos los grupos de personas, llámense a estos individuos, familia o comunidad y el personal de enfermería tiene que incidir

Para proporcionar atención de calidad con bases sólidas apoyadas en conocimiento científico extraído de varias disciplinas teóricas y normas de acción (Rosales y Reyes, 1999. 203).

Los pasos para realizar una valoración son tres: recolección de la información, validación de la información y registro de datos de la información. (Rodríguez, 2004:46).

1.- Recolección de la información: se da inicio el primer encuentro con el usuario y continúa en cada encuentro subsiguiente hasta que la persona sea dada de alta, por lo que es indispensable aprovechar cada momento en que se está con el usuario y su familia para recolectar datos que permiten conocerlos. La recolección de datos del usuario puede ser general y específica; así, primero se tendrá un conocimiento de todos los aspectos relacionados con el estado de salud y una vez detectado un problema real o de riesgo centrar la valoración en un área específica. Toda información se recolecta por medio de la entrevista que es una labor completa que requiere ante un todo de habilidades en la comunicación y de la interrelación estrecha al usuario. El examen físico permite obtener una serie de datos para valorar el estado de salud de un individuo y determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería y médica (Rodríguez, 2006: 46).

2.- Validación de la información: una vez reunida la información del usuario tiene que ser validado para tener la seguridad de que los datos obtenidos sean los correctos.

La validación de los datos es la suma importante porque si no se realiza es probable que en la etapa de diagnóstico se presentan dificultades para la agrupación interpretación de la información (Rodríguez, 2006: 46).

3.- Registre datos de la información: consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y examen físico (Rodríguez, 2006: 46).

Diagnóstico

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una “función intelectual compleja” (Lyer 1997: 3)

Al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad (Rodríguez, 2006: 51).

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

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

Los pasos de la etapa de diagnóstico incluyen el razonamiento diagnóstico, la formulación de diagnóstico y problemas interdependientes, la validación y el

Registro de los diagnósticos de enfermeros y problemas interdependientes (Rodríguez, 2006: 51).

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

Los pasos a seguir durante el razonamiento son:

- Realizar un estado de todos los datos significativos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales que aporta la valoración, incluyendo los recursos.
- Analizar y agrupar todos los datos significativos que se relacionan y realizan las deducciones correspondientes.
- Comparar los datos significativos (subjetivos, objetivos, históricos y actuales) con los factores relacionados / riesgo y con las características, definitorias de las categorías diagnósticas
- Determinar si las enfermeras tienen la autoridad para hacer el diagnóstico definitivo y ser el principal responsable de la prevención y tratamiento del problema. Cuando la respuesta es sí es un diagnóstico enfermero, si la respuesta es no es un problema interdependiente. (Alfaro, 1999, pág. 82).
- Proceder a dar el nombre correspondiente a las respuestas humanas (diagnóstico de enfermería) y las respuestas fisiopatológicas (problemas interdependientes).

- Determinar los factores relacionados o de riesgo (etiología del problema)
(Rodríguez, 2006, pág. 52).

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

Diagnósticos de enfermeros.

Es un juicio clínico sobre la respuesta humana de una persona, familia o comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales y de riesgo, en donde la enfermera (o) es responsable de su predicción prevención y tratamiento en forma independiente (Rodríguez, 2006: 55).

Clasificación de diagnósticos

Los diagnósticos de enfermeros se clasifican: diagnostico enfermero real, diagnostico enfermero de promoción de la salud, diagnostico enfermero de riesgo, síndrome y diagnostico enfermero de salud.

Definición de diagnostico enfermero.

Es un juicio o enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud, se identifican los problemas y necesidades del paciente, que pueden modificarse por intervención del personal de enfermería.

Diagnóstico de enfermero real.

Describe respuestas humanas a procesos vitales y estados de salud que existen en una persona, familia o comunidad, sus componentes son etiquetas, diagnóstico, definición, características definitorias y factores relacionados.

Diagnóstico de enfermero promoción de la salud.

Describe respuestas humanas a nivel de salud de una persona, familia o comunidad, que están en disposición de mejorar (Moran y Mendoza, 2010: 153).

Diagnóstico enfermero riesgo.

Describe respuestas humanas a estados de salud y procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerables, tiene únicamente factores de riesgo y etiqueta diagnóstica.

Síndrome.

Grupos de signos y síntomas que aparecen casi siempre. Juntos estos grupos representan un cuadro clínico específico.

Diagnostico enfermero de salud.

Describe respuestas humanas a niveles de bienestar en un individuo, familia o comunidad. Se sustenta en características definitorias, signos y síntomas que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionados.

La validación consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes, para lo cual se recomienda planearse las

siguientes preguntas: ¿la información recolectada del usuario/familia fue suficiente?, ¿el análisis y la agrupación de datos se hicieron en forma concreta?, ¿las deducciones realizadas fueron acertadas?, ¿la identificación del diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes fue concreta?, ¿para asignar el nombre a la respuesta humana se compararon los datos obtenidos en las características definitorias y factores relacionados de las categorías de la NANDA?, ¿para asignar el nombre a las respuestas fisiopatológicas se consultaron fuentes bibliográficas y otros profesionales del área de la salud? ¿Los factores relacionados o de riesgo correspondan al problema que se identificó? y, finalmente ¿la estructura de los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes se apegó a lo establecido? (Lyer, 1993: 158)

Planificación

Es la tercera etapa del proceso de enfermería que inicia de haber formulado los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes. Consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona, identificadas en el diagnóstico de enfermería, se elaboran los objetivos y las intervenciones de enfermería (Lyer, 1993: 158)

Además, implica la identificación del resultado, el indicador, la escala de medición y los criterios de resultado, así como la intervención y las actividades que se van a realizar, para potenciar las respuestas humanas funcionales y reducir o eliminar

Las respuestas disfuncionales ante problemas reales o potenciales de salud (Moran y Mendoza, 2010: 162).

Los procedimientos para planificar el cuidado son:

- a) Identificar el resultado para un diagnóstico determinado.
- b) Identificar la intervención de la taxonomía, clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) relacionadas con los diagnósticos NANDA, tomando en cuenta los criterios siguientes: consentimiento del paciente, factor(es) relacionado(s) del diagnóstico de enfermería, resultado deseado del paciente, el sustento científico asociado con la intervención, capacidad científica y técnica del enfermero(a), viabilidad relacionado con el marco de referencia normativo, factibilidad, relacionada con la disponibilidad de recursos y seleccionar la actividad en la taxonomía de la NIC. (Moran y Mendoza, 2010: 163)

La planificación es una fase sistemática y deliberativa del proceso de enfermería donde se toman decisiones y se resuelven problemas. Existen varios tipos de planificación, entre ellos, el inicial, la planificación continua y la de alta.

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

- Establecer prioridades, para ello se emplea el pensamiento crítico, que permite analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenecen, lo

Que faculta el brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humana.

- Elaborar los objetivos, son una parte indispensable dentro de la etapa de planificación, ya que con ellos se mide el éxito de un plan de terminación.
- Intervenciones de enfermería, son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos.
- Documentar el plan de cuidado, es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidado de un formato especial que permita guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados (Rodríguez, 2001: 75-86)

Ejecución

Es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidado y está enfocado al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayuda al cliente a conseguirlos objetos deseados (Lyer, 1997: 224)

Consiste en la puesta en marcha del plan de cuidados de enfermería hablando globalmente, las actividades de enfermería en esta fase incluyen realización, delegación y registro. Comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados y se enfoca al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayuda al cliente a conseguir los objetos deseados (Rodríguez, 2001: 89).

Los siguientes Pasos de la ejecución son los siguientes: preparación, intervención y documentación.

- La preparación consiste en una serie de actividades, cada una de las cuales exigen el uso del razonamiento crítico, revisión de las intervenciones de enfermería para asegurarse de que son compatibles con el plan cuidado establecido, análisis del conocimiento de enfermería y de las habilidades necesarias, reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a actividades de enfermería concretas, proporcionar los recursos y preparación de un entorno seguro que conduzca a los tipos de actividades necesarias (Lyer, 1997: 224-225)
- La interpretación es diseñada para cubrir las necesidades físicas y emocionales del cliente son numerosas y variadas, dependiendo de los problemas individuales específicos (Lyer, 1997, pág. 231).
- La documentación es un registro que realiza la enfermera (o) en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del usuario y como requisitos indispensables en todas las instituciones de salud. (Rodríguez, 2001: 90)

Evaluación

Es la última etapa del proceso de enfermería y exigencia en toda práctica de enfermería, la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución (Rodríguez, 2006: 93).

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

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

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

Tipos de evaluación:

- Continua
- Intermitente
- Final

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

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

4.2 TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA ELIZABETH OREM.

Dorothea E. Orem una de las enfermeras americanas más destacadas, nació Baltimore, Maryland, en 1914. Orem empezó su carrera en la escuela de enfermería del Providence en Washington D.C. (Marriner y Raile, 2003: 191)

Propósito

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

Fuentes teóricas

Buena conocedora de la literatura y del pensamiento enfermero contemporáneos, Orem no recibió la influencia directa de ningún líder en enfermería, su asociación con muchas enfermeras a lo largo de los años ha aportado numerosas experiencias formativas, y considera que su trabajo con estudiantes, licenciados y su trabajo con otros colaboradores han resultado muy valiosos. Citan muchos de los trabajos de otras enfermeras, según sus contribuciones a la enfermera. Entre Ella Abdellah, Henderson, Johnson, King, Levine, Nightingale, Orlando, Peplau, Ríen, Rogera, Roy, Travelbee, y Wendenbach. También citas numerosos autores de otras disciplinas entre ellos, Gordon Allport, Chester, Barmard, René Dubos, Erich Fromm, Gatti Jase, Robert Karts, Kurt Lewin, Ernest Nagel, Talcott Parsons, Hans Selye, Magda Arnold, Williams Wallace, Bernard Lonergan y Ludwig von

Bertalanitty se requiere un cierta familiarización con estas Fuentes para poder comprender debidamente la obra de Orem. (Marriner y Raile, 2003: 190)

Orem identificó su visión filosófica como una visión del realismo moderado, como la describe Wallace (1979, 1996), Banfield (1997) presentó un análisis de los fundamentos metafísicos y epistemológicos de la labor de Orem, Banfield concluyó que “la visión de los seres humanos como seres dinámicas. De conversión y que poseer libre voluntad, así como otras cualidades humana, esenciales” es el fundamento de la TEDA (Taylor, Geden, Isaramala y Womgvatunyu, 2000), también exploraron los fundamentos filosóficos de la teoría Orem (1997) explicó con detalle sus intervenciones sobre la persona en un estudio reciente. La teoría de la acción, en la perspectiva de la persona como actor o agente deliberado, forma la base para la teoría. Esta perspectiva se aplica a todas las personas, incluyendo a la enfermera, al paciente y a la familia. Los conceptos de la ciencia especulativa y practica son otros de los fundamentos Orem (1997), Gullifer (1197) sugiere los “consejos de OREM en el nexo enfermera paciente pueden interpretar cómo parcialmente basados en la filosofía Kantiana”, Incluidos el imperio categórico y la fusión de la mente y el cuerpo (Marriner y Raile, 2003: 190)

Utilización de pruebas empíricas

Orem formuló su concepto de enfermería en relación al Autocuidado como parte de un estudio sobre la organización y la administración de los hospitales, estudios que ella llevó a cabo en el Indiana State Departamento of Health (Orem, 1956), este trabajo le permitió formular y expresar su concepto de la enfermería.

Adquirió su conocimiento de las características de la práctica enfermera. Desde la primera vez que la TEGA fue publicada se ha realizado una ampliación de la evidencia empírica que ha contribuido al desarrollo del conocimiento teórico.

Gran parte de éste se incorpora al desarrollo continuo de la teoría, aunque los puntos básicos de la teoría permanecen intactos (Marriner, y Raile, 2003: 1909)

Supuestos paradigmáticos

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

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

Conceptos principales y definiciones.

Orem etiquetó su teoría de **Autocuidado** como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas:

La teoría de Autocuidado, que describe el por qué y el cómo las personas cuidan de si mismas; **la teoría de déficit de Autocuidado**, que describe y explica como la enfermería puede ayudar a la gente y **la teoría de sistema enfermeros**, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca la enfermería (Marriner y Raile, 2003: 1919)

Autocuidado

El Autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y bienestar (Marriner y Raile, 2003: 1911)

El Autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado. En este sentido, el Autocuidado es la práctica, después de haberla considerado, de las actividades que mantendrán la vida y la salud, y también promoverán el bienestar. Las actividades necesarias para mantener la salud y el desarrollo se aprenden y están condicionadas por muchos factores incluyendo la edad, maduración, y cultura (Cavanagh, 1993: 99)

Requisitos de Autocuidado

Un requisito de Autocuidado es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se consideran necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de Manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. Un requisito de Autocuidado formulado comprende:

- 1) El factor que se debe controlar se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humano en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personales.

2) Naturaleza de las acciones requerida. Los requisitos de Autocuidado formulados y expresados representan los objetivos formalizados del Autocuidado.

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

Requisito de Autocuidado universal

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

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

En total son ocho, siendo los siguientes:

- Mantenimiento de un aporte de aire suficiente
- Mantenimiento de un aporte de agua suficiente
- Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente
- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreción.
- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción.
- Prevención de peligros para la vida el funcionamiento y bienestar humano.

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

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

Abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida, cada una de ellas es importante para el funcionamiento humano. (Cavanagh, 1993: 7).

Requisitos de Autocuidado de desarrollo

Promueven los procesos de la vida y la madurez, y previenen las condiciones que eliminan la madurez o las que mitigan esos efectos. Los requisitos de desarrollo son expresiones especializados de los universales, que han sido particularizados para los procesos de desarrollo o son nuevos, derivados de una condición (por ejemplo, el embarazo) o asociados a un acontecimiento (por ejemplo, la pérdida del cónyuge o de un pariente).

Los requisitos de Autocuidado de desarrollo se clasifican en dos:

Etapas específicas de desarrollo: este tipo requisito de Autocuidado se asocia en etapas específicas del desarrollo, como el ser un neonato.

Las etapas de desarrollo específico incluyen:

- Vida intrauterina y nacimiento

- Vida neonatal, ya sea un parto a término o prematuro, o un niño con peso normal o con bajo peso
- Lactancia
- Etapas del desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven.
- Etapas de desarrollo de la edad adulta
- Embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.

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

Dos subtítulos de los requisitos de Autocuidado del desarrollo:

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

2.- Se refiere a la provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes de una condición o acontecimientos vital participación (Cavanagh, 1993: 11)

Las condiciones relevantes incluyen: (Cavanagh, 1993: 11)

- Depravación educacional.
- Problemas de adaptación social.
- Pérdida de familiares, amigos o colaboradores.

- Pérdida de posesiones o del trabajo.
- Cambio súbito en las condiciones de vida.
- Cambio de posición ya sea social o económica.
- Mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad.
- Enfermedad terminal o muerte esperada.
- Peligros ambientales.

Requisitos de Autocuidado en caso de desviación de salud

Estos requisitos de Autocuidado existe para aquellas personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico médico. La enfermedad o lesión no solo afecta una estructura específica y a los mecanismos psicológicos o fisiológicos, sino también al funcionamiento humano no integrado. La principal premisa de los requisitos de Autocuidado en la desviación de la salud es que los cambios en el estado de salud requieren que el individuo busca consejo y ayuda de otras personas competentes para ofrecerlos cuando es él incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado de la salud.

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

1.- Buscar y asegurar la ayuda médica apropiada en caso de exposición a condiciones ambientales o agentes físicos o biológicos específicos asociados con acontecimientos y estados patológicos humanos.

2.- Ser consciente de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos, incluyendo sus efectos sobre el desarrollo, y atender a ello.

3.- Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas, y de rehabilitación, medicamento prescritas, dirigidas a la prevención de tipos específicos de patología.

4.- Ser consciente de los efectos molestos o negativos de las medidas terapéuticas realizadas o prescritas por el médico.

5.-Modificación de autoconceptos (y autoimagen) aceptándose uno mismo como un ser con un estado particular de salud.

6.- Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estado patológicos y los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas.

7.- Las principales premisas de los requisitos de Autocuidado es la desviación de la Salud es que los cambios en el estado de salud requieren que el individuo busca Consejo y ayude de otras personas competentes para ofrecerse cuando es incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado de la salud. (Cavanagh, 1993; 11)

Principales supuestos

Los supuestos básicos de la teoría general se formalizaron a principios de la década de los 70, y fueron presentados por primera vez en la Escuela de

Enfermería de la Marquette University en 1973, Orem identifica cinco premisas subyacentes en la teoría general de la enfermería:

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

Orem elaboró una lista de supuestos y propuestas para la teoría del Autocuidado, la teoría del déficit de Autocuidado y la teoría de los sistemas enfermeros.

Estos elementos constituyen la expresión de las teorías que se resumen a continuación (Marriner y Raile, 2003:195)

Afirmaciones teóricas

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

- 1.- Teorías de sistemas enfermeros.
- 2.- Teorías del 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, desarrolla la razón por la cual una persona se puede beneficiar de la enfermería. La teoría del Autocuidado sirve de fundamento para las demás, y expresa el objetivo, los métodos y los resultados de cuidarse a uno mismo (Marriner y Raile, 2003; 195)

1.-Teoría de los sistemas enfermeros

La teoría de los sistemas enfermeros señala que la enfermería es una acción humana, los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para Personas con limitaciones derivadas o asociadas a la salud en el Autocuidado o

En el cuidado dependiente, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y regulación.

Los sistemas enfermeros pueden ser elaborados para personas, para aquellos que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen necesidades terapéuticas del Autocuidado con componentes similares o limitaciones similares que les impiden comprometerse a desempeñar un Autocuidado o el cuidado dependiente, o para familias u otros grupos multipersonales.

2.- Teoría del déficit de Autocuidado

La idea central de la teoría del déficit de Autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las persona madurez 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 regular de las personas que dependen de ellos. También tiene limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay controlar o en la dirección de los factores reguladores de su fusión o desarrollo de las personas dependientes de ellos.

3.- Teoría del Autocuidado

El Autocuidado es un sistema de acción la elaboración de los conceptos de Autocuidado, la demanda de Autocuidado y la actividad de Autocuidado ofrecen la base para entender los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería. El Autocuidado es una fusión 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 desarrollan de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus periodos crecimiento y desarrollo, estado de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales. La teoría del Autocuidado también se amplía con la teoría del cuidado dependiente, en la que se expresan el objeto, los métodos y los resultados del cuidado de los otros (Marriner y Raile, 2003, 195).

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

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

Definición:

La hipertensión arterial (HTA) es la elevación persistente de la presión arterial sanguínea por encima de los valores considerados normales según la edad del individuo, a la diastólica o a ambas, se acepta que los adultos las cifras de presión arterial normales en reposo corresponden a cifras inferiores a 130 mm Hg para la Tensión sistólica e inferior a 85 mm Hg para la tensión diastólica. Según los criterios establecidos por la OMS (Organización Mundial de la Salud), la hipertensión arterial en las personas adultas entre 140-150 mm Hg y/o una tensión diastólica entre 90-99 mm/Hg.

La fuerza arterial se define como la fuerza ejercida por la sangre contra cualquier área de la pared arterial y se expresa a través de las diferentes técnicas de medición como presión arterial sistólica, presión arterial diastólica y presión arterial media programa de acción: enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial.

La hipertensión arterial es generalmente una afectación sin síntomas en la que la elevación anormal de la presión dentro de las arterias aumenta el riesgo de trastornos como ictus, la ruptura de aneurisma, cardiaca, infarto de miocardio y lesiones del riñón (Merck, 2006; 118).

La hipertensión se refiere a un cuadro de presión arterial elevada, independientemente de la causa. Se llama “el asesino silencioso” porque,

Generalmente, no causan síntomas durante muchos años hasta un órgano vital (Merck, 2006; 118)

Epidemiología de la hipertensión arterial

Las enfermedades del corazón constituyen la primera causa de muerte y anualmente ocurren cerca de 70,000 defunciones por este motivo y 26,000 por enfermedades cerebros vasculares. Se presentan 44,070 muertes por enfermedades isquémicas del corazón siendo 24,102 hombres y 19,965 mujeres en México. (Programa de acción de enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial. La prevalencia de la hipertensión aumenta en cada grupo de edad, porque aparece desde la juventud, llega a afectar a más de la mitad de la población después de los 55 años.

Factores fisiológicos

La hipertensión arterial resulta de dos factores principales: el gasto cardiaco y las resistencias arteriales periféricas. Se puede inferir que la hipertensión puede ser consecuencia de la elevación de uno de los factores, el gasto, las resistencias arteriales o ambas.

- Gasto cardiaco (GC): está determinado por la frecuencia cardiaca y la fuerza de contracción, estos a su vez están en función del entorno venoso que dependen de otros factores como son: la actividad constrictora o dilatadora de las venas, la actividad del sistema renal.

- Resistencia vascular periférica total (RVPT): dependerá de la actividad constrictora o dilatadora de las arterias, del eje renina angiotensina y de la propia magnitud del gasto cardíaco (Espino, 1997; 352)

Anatomía patológica

La patología orgánica de la hipertensión arterial es consecuencia de la vasoconstricción sostenida y sus efectos. Varios órganos se lesionan y esto depende primordial o exclusivamente del corazón, el cerebro y el riñón.

Corazón: El es el primer órgano que se enfrenta al problema de las resistencias arteriolas elevadas, inicialmente se hipertrofia y tardíamente se dilata; también aumenta de tamaño y de peso. A partir de cierto punto ocurre un desequilibrio entre la demanda del ventrículo izquierdo crecido, hipertrófico y la oferta de sangre por las arterias coronarias.

Riñón: Este órgano se lesiona a través de los daños de su red vascular, siendo un órgano eminentemente vascularizado, la principal alteración tiene lugar en los glomérulos, el riñón se endurece y se reduce de tamaño, sufre frecuentemente.

Cerebro: Los vasos cerebrales se dañan por la HA y también sufren esclerosis a lo cual se agregan los efectos de la edad. Pueden llegar a observarse en casos extremos. Exudados “cotonosos”, hemorragia y borramiento y edema de la papila y otras lesiones (Espino, 1997; 352)

Clasificación clínica de acuerdo a la norma oficial mexicana 030.

Presión arterial óptima: <120/80 mm de Hg

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

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

Hipertensión arterial:

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

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

Etapa 3: $\geq 180 / \geq 110$ mm de Hg

(NOM-030)

De acuerdo a su etiología clasifica a la HA en:

Segundaria

Se encuentra aproximadamente entre el 5 y al 10 % del total de los hipertensos, es importante diagnosticarla porque en algún caso pueden curarse con cirugía o tratamiento médico específico.

- Estos pueden ser por carga de volumen con aumento del líquido extracelular (ILEC).
- Por vasoconstricción que da un aumento de la RVPT.
- Por cambio de sobrecarga de volumen y vasoconstricción.

Primaria

- La padecen aproximadamente del 90 al 95 % de los hipertensos, esto significa simplemente que no se conoce causa orgánica evidente.
- Pueden ser dañinas por efectos primarios
- Aumento del trabajo del corazón

- Lesiones de las propias arterias por la presión excesiva. Programa de acción: enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial.

Causas de la hipertensión arterial

- Esencial o generalmente multifactorial.
- Renal: nefritis crónica, pielonefritis, riñón de hiperuricemia (gotas), riñón del diabético (síndrome de Kimmelstiel Wilson).
- Esclerosis vascular del anciano: hipertenso sistólica.
- Coartación de la aorta: hipertensión de la mita superior del cuerpo.
- Trombosis en las venas.
- Tumor suprarrenal cortical: feocromocitoma.
- Tumor suprarrenal medular: aldosteronismo primario.
- Tumor hipofisario síndrome de Cushing, acromegalia.
- Tumor del cuerpo carotideo.
- Eclampsia y preclampsia.
- HA por uso de anticonceptivos orales.
- HA en padecimiento del tejido conjuntivo: lupus eritematoso diseminado, poliartritis nudosa.
- Encefalopatía: traumatismo craneoencefálico con hipertensión intracraneal, síndrome diencefálico, afección del hipotálamo por poliomiелitis.
- Menopausia y andropausia.
- Obesidad fragante

Factores etiológico

Entre otros, la herencia, el sexo, la edad, la dieta, el clima, el ambiente, el alcoholismo, el tabaquismo, etc. (Espino, 1997; 363)

Síntomas

- Cefalea occipital
- Calambres
- Sensación de adormecimiento de uno o dos dedos
- Fosfenos
- Acufenos
- Mareo transitorio
- Sensación de palidez cefálica

Tratamiento farmacológico

El tratamiento el paciente hipertenso se aborda desde dos grandes frentes:

- Medidas higienicas-dieteticas o cuidados básicos.
- Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico deberá ser individualizado y de acuerdo con el cuadro clínico, tomando en cuenta el modelo de acción, las indicaciones y las contraindicaciones, los efectos adversos, las interacciones farmacológicas, las Enfermedades concomitantes y el costo económico. Cualquier persona puede Llegar a controlarse dado que se dispone de una amplia variedad de fármaco, pero el tratamiento tiene que ser individualizado (Guyton, 2001; 242)

Terapia farmacológica

Diuréticos:

Constituyen el principal tipo de fármacos que se emplean en el tratamiento de la hipertensión arterial, actúa a nivel renal aumentando la excreción de sodio, la normalización de la función excretora renal del ion sodio hace Inoperante el mecanismo de natriuresis de presión y el nivel de presión arterial desciende. Las dosis mas usados son: clortalidona 50 a 100mg, clorotiacida 500 a 1000mg, diclorotiacida 50 a 100mg, xipamida 5 a 10mg, furosemida 40 a 80 mg e indapamida 2.5 mg.

Inhibidores neuronales

Fármacos que interfieren con el almacenamiento, la liberación o la recaptacion de la noradrenalina a nivel de la terminación Neuroadrenergetico periférica. Los fármacos usados son: reserpina 25 a 75mg/día y la guanetidina 10 a 100mg//día.

Inhibidores simpáticos de acción central

La clonatina y la alfametildopa, su acción inhibidora del simpático se realiza al estimular los receptores alfaeuroadrenergicos responsables del efecto inhibidor central de este sistema. La clonidina estimula la formación de beta endorfinas en

Los centros cardiovasculares centrales. La alfa metildopa se administra en dosis de 500 a 2000mg/día y la clonidina de 100 a 666mg/día.

Bloqueadores adrenergéticos beta

Son antagonistas competitivos de los receptores beta, sus efectos cardiovasculares son los siguientes: disminuyen el inotropismo cardiaco y producen una ligera vasoconstricción en algunos lechos arteriales periféricos. Los fármacos mas empleados son propanolol 30 a 600mg/día, metoprolol 100 a 300mg/, labetalol 300 a 900mg/día, nadolol 50 a 300mg/día.

Inhibidores del sistema renina-angiotensina

La saralazina es un agonista débil de los receptores de angitensiona II y que atenúa el efecto hipertenso gena de esta ultima y el inhibidor de la convertina evita el paso de angiotensina I y angiotensina II.

En México la Secretaria de Salud ha establecido directrices para tratar este padecimiento, las cuales se encuentran en la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.

Historia Natural de la Enfermedad

Prevención Primaria

Prevención Secundaria

Prevención Terciaria

Promoción de salud	Protección específica	DX precoz y TX oportuno	Limitación del daño	Rehabilitación
Control de presión arterial. Control de la alimentación Comidas baja en sal. Realizar actividad física. Mejorar estilos y hábitos de vida	Dieta en baja en sodio. Programa de detección de enfermedades. Actividad física Visita regularmente al medico	Historia clínica, determinación de la presión arterial. Examen de laboratorio: Ego, uro cultivó, B.H. examen de gabinete: telegrafía de tórax, determinación de Na, K.	Se debe realizar control periódico de la tensión arterial. Suministrar los medicamentos en las horas correctas.	Proporcionar información sobre las asociaciones de hipertensos. Realizar terapia física y ejercicios. Vinculación a un grupo comunitario para evitar que se aislé.
1er Nivel	2do Nivel		3er Nivel	

Fuente de consulta: Lewis, Heit kemper, Dirksem, 2004, p. 800

V. DESARROLLO DEL PROCESO DE ENFERMERIA.

5.1 Valoración Basada en el Referente Teórico de Dorothea Elizabeth OREM

5.1.1 Factores Condicionales Básicos.

E.M.C sexo: masculino edad: 85 años, estado civil casado, escolaridad con una carrera de Maestría de Salud Pública, no presenta ninguna religión, de residencia Morelia Michoacán, domicilio actual en la Estancia Geriátrica santa lucia Colonia Centro número 248, cuenta con los servicios básicos de vivienda agua potable, luz eléctrica, drenaje, pavimento, cuenta con alumbramiento público, recolección de basura, drenaje y alcantarillado. Rol que ocupa su familia esposa y sus 5 hijos con una relación buena cuenta con nivel de profesión, las actividades que realiza en su tiempo libre es yoga, acude con su médico cada 4 a 6 meses, el estado de salud se encuentra bueno y los servicios que acude en una consulta IMSS y con un diagnóstico médico hipertensión arterial, se encuentra estable está bajo tratamiento, estado del desarrollo cuenta con tratamiento médico.

5.1.2 Requisitos de Autocuidado Universales

1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Actualmente se encuentra sin compromiso cardiorrespiratorio frecuencia respiratoria 19 por minuto, llenado capilar bueno 2 segundo, no fue fumador no cocina con leña, niega de alguna alergia, con una respiración normal, ruidos Respiratorio normal, no padece algún enfermedad pulmonar, la T/A es variable de 160/70 mmHg, presenta taquicardia de 120 por minutos.

2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

Ingiere 300 a 500 ml de agua al día, a la exploración se observa buena coloración de tegumento piel y mucosa oral hidratada, el agua que utiliza es de garrafón.

3.- Mantenimiento de aporte suficiente de alimento.

No utiliza prótesis, la dentadura faltan piezas, no presenta ningún problema en la mucosa oral, su dieta es normal sin restricciones, los alimentos que consumen todos los días, leche, atole, cereales, verduras, frutas picadas, pastas de harinas, sus alimentos guisan con aceite su peso actual es 71 kg, talla 160 cm no presenta ningún problema en la mucosa oral, la glucosa capilar es de 105 mg/dl.

4.- Provisión de los cuidados asociados a los procesos de eliminación y los excrementos.

Al defecar presenta tenesmo, pujo, la cual utiliza laxante para la eliminación intestinal, las características de las heces son café oscuro, pastosas, micción frecuencia de 3 veces de color ámbar a, temperatura corporal es de 36.5°C.

5.- Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el reposo.

Duerme habitualmente entre 6 a 8 horas se encuentre descansado y presenta dificultad para conciliar el sueño, ha sufrido algún cambio en su patrón de sueño Desde más de 5 meses presenta bostezos, ronquidos y los factores que interrumpen su descanso y sueño la luz, y cuando entran el personal de Enfermería y ruidos, acostumbra a tomar siestas, utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño como clonazepam en gotas.

6.- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

No presenta problemas de audición, presenta mareo al momento de levantarse y se le pasa en 2 minutos, presenta problemas visuales utiliza lentes para vista cansada con armazón, convive diariamente con sus compañeros de la estancia y el personal de enfermería, se llevan buena relación con sus compañeros y sienta inquietud cuando no se presenta a su hija a visitarlo en la estancia geriátrica santa lucia.

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

El paciente se encuentra consciente, no presenta ninguna dificultad para concentrarse y presenta dificultad para deambular, solo puede acompañado con el personal de enfermería.

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

Si acepta su estado físico, acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad, si considera que su vida fue productiva 30 años de profesor de Sociología Jurídica en la Facultad de Derecho.

5.1.3 Requisito de Autocuidado de desarrollo

En la adolescencia fue operado de hernia inguinal y actualmente presenta hipertensión arterial se encuentra en bajo tratamiento medico, se encuentra estable, tranquilo y consiente en la estancia geriátrica santa lucia.

Salud sexual

En pláticas recibe información de sexualidad, es casado y su esposa es la única pareja sexual, el menciona que ya no tiene deseos de la vida sexual.

5.1.4 Requisitos de Autocuidado en Caso de Desviación de la Salud

Por lo ultimo, los requisitos de Autocuidado en la 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.

5.1.1 Caso Clínico

Se trata del paciente E.M.C. persona de sexo masculino de 85 años de edad, originario en Morelia Michoacán casado, con escolaridad en Maestría en Salud Pública que se encuentra en la estancia geriátrica santa lucia, refiere tener buena relación con su hija.

En relación al mantenimiento del aporte suficiente del aire, actualmente se encuentra sin compromiso cardiorrespiratorio, sus campos pulmonares se encuentra bien ventilados, la frecuencia respiratoria 19/ min., llenado capilar 2 segundos y saturación de oxígenos 96%. Refiere no ser fumador, no presenta ningún alergia de medicamentos, la T/A es variable 160/70 mmHg y frecuencia cardiaca 120 latidos por minuto.

Ingiere 300 a 500 ml de agua al día, a la exploración se observa buena coloración de tegumentos en la piel y la mucosa oral se observa hidratada.

La dieta es hiposódica, faltan cinco piezas dentales para ingerir sus alimentos los alimentos que consume son: leche con cereal, verduras, frutas, pastas y carne de res dos raciones por semana, su peso actual es de 71 KG. Talla 160 cm. Glucosa 105 mg/dl.

Provisión de los cuidados asociados a los procesos de eliminación:

Al defecar presenta tenesmo, pujo, el cual utiliza laxante para eliminar las heces fecales, son café oscuro, de consistencia dura, su micción es espontánea con una frecuencia de 4 veces al día de color ámbar, temperatura corporal 36.5 c.

En la valoración del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Presenta alteración del sueño, y al despertar se encuentra cansado, se observan bostezos, sueño durante el día y ojeras, refiere que presenta dificultad para conciliar el sueño debido a ruidos y a la entrada del personal de enfermería en la habitación por lo cual se le administra medicamentos de clonazepam gotas de 2mg, vía oral, cada 24hs. para poder conciliar el sueño.

Realiza ejercicios de activación, al caminar refiere dolor de articulación y rodillas.

En relación al mantenimiento del equilibrio entre soledad y la interacción:

No presenta ningún problema de audición, presenta problemas visuales, tiene lentes de armazón, sólo los utiliza cuando lee, el usuario convive diariamente con sus compañeros y presenta inquietud cuando no se presenta su hija en la estancia geriátrica santa lucia.

Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar:

Tiene la capacidad de tomar decisiones, estado de alerta y conciencia, sin compromiso, utiliza silla de ruedas y el apoyo de enfermería para acudir a la regadera.

Para el funcionamiento humano y grupos sociales:

El usuario acepta su estado físico corporal a partir de que conoce su enfermedad, se le brinda ayuda para satisfacer las necesidades básicas, considera que su vida es o ha sido productiva, no presenta ninguna alteración emocional.

Requisitos de auto cuidado de desarrollo:

En la adolescencia fue operado de hernia inguinal y actualmente presenta hipertensión arterial se encuentra en bajo tratamiento medico.

El usuario acude a cita médica cada 4 meses por lo cual él está consciente de su enfermedad, realiza poca actividad física la cual no es suficiente para mantener un estilo de vida saludable de acuerdo a sus necesidades de adulto mayor.

El diagnóstico médico es de hipertensión arterial la cual la controla con tratamiento farmacológico:

Tratamiento medico

Micardis de 80 mg cada 24 horas, V.O.

Clonazepam 4 gotas por la noche. V.O.

Omeprazol de 20 mg, V.O

Diclofenaco de 100 mg V.O PRN

Lactulax de 10 ml V.O cada 24 horas.

5.2 Diagnósticos de Enfermería 1

Dominio 4: actividad/reposo

Clase 4: respuestas cardiovasculares/ pulmonares

Respuestas de Autocuidado universales: mantenimiento del aporte suficiente de aire.

Requisitos de Autocuidado de desviación de salud.

Diagnóstico de enfermería 00029 Disminución del gasto cardiaco relacionado con alteración del ritmo cardiaco manifestado por taquicardia y variaciones de las cifras de presión arterial. Nanda 2011. pág. 134

Plan de intervención

Objetivo

El paciente mantendrá cifras tensiionales dentro de los parámetros normales para su edad a fin de garantizar un gasto cardiaco normal para lo cual se implementara un plan integral de cuidados personales.

Criterio de Resultado: Perfusión Tisular: Cardiaca (0405) Noc p. 559

Dominio: Salud Fisiológico (II)

Clase: Cardiopulmonar (E)

Escala: (s): desviación grave del rango normal hasta sin desviación del rango normal (b) y grave hasta Ninguno (n)

Puntuación Diana del resultado mantener a: 12 Aumentar a: 25

INDICADORES	Desviación grave del rango normal 1	Desviación sustancial del rango normal 2	Desviación moderada del rango normal 3	Desviación leve del rango normal 4	Sin desviación del rango normal 5
Frecuencia del pulso radial		x			
Presión sanguínea sistólica			x		
Presión sanguínea diastólica		x			
Índice cardíaco		x			
Taquicardia	x				

Agente de Autocuidado (x) agente de cuidado dependiente () agente de Autocuidado terapéutico () demanda de Autocuidado: parcial (x) total () de apoyo educativo (x) sistema de enfermería: parcial (x) totalmente compensatorio (x) de apoyo educativo (x)

Intervenciones de enfermería

4040 cuidados cardíacos. NIC: 221

Acciones de enfermería

- Reconocer la presencia alteraciones de la presión sanguínea.
- Observar los signos vitales con frecuencia
- Anotar los signos vitales y síntomas significativos de disminución del gasto cardíaco.
- Explicar al paciente sobre la limitación y la presión sanguínea.

- Establecer ejercicios y periodos de descanso para evitar la fatiga.

Fundamentación científica

- Un gasto cardiaco reducido se refleja en los pulsos radiales, dorsal y tibia.
- La toma de presión arterial es una intervención de enfermería necesaria para lograr la respuesta al tratamiento.

Agente de Autocuidado terapéutico/agente de Autocuidado.

Demanda de Autocuidado: completa.

Sistema de enfermería: totalmente compensatorio.

Intervenciones de enfermería.

6680 monitorización de los signos vitales. NIC: 624

Acciones de enfermería.

- Monitorización de la presión sanguínea después de la toma de medicamentos.
- Controlar periódicamente presión sanguínea pulso y estado respiratorio.
- Auscultar las presiones sanguíneas en ambos brazos.
- La presencia y calidad de los pulsos.
- Checar la presión sanguínea en ambos brazos.
- Monitorización de la vigilancia constante de signos vitales es un factor clave en el seguimiento estricto del estado clínico del paciente.

Fundamentación científica

La monitorización de la vigilancia constante de signos vitales es un factor clave en el seguimiento estricto del estado clínico del paciente.

Ejecución

Se le brinda información mediante folletos sobre la gravedad de la hipertensión arterial y sus complicaciones, así como las consecuencias de no tener los cuidados que se necesitan para mejorar la salud, toma de sus medicamentos para el control. Se estructura un menú dietético de acuerdo a sus necesidades económicas con base para que él pueda consumir con una dieta hiposódica.

Evaluación

Indicadores	Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido	No comprometido 5
Frecuencia de pulso radial					x
Presión sanguínea sistólica					x
Presión sanguínea diastólica					x
Índice cardíaco					x
Taquicardia					x

A los 6 meses el paciente logra disminuir su presión en 30 mmHg pasando de 160/70 a 130/80 con las recomendaciones brindadas, así como el cambio de estilo de vida y el ejercicio. El objetivo se logró con la disponibilidad del paciente para mejorar su vida ya que acudió a consultas para control de su padecimiento y para seguimiento del plan intervención.

5.4 Diagnostico de Enfermería 2

Dominio 3: Eliminación e Intercambio

Clase 2: Función Gastrointestinal

Requisito de Autocuidado universal: provisión de los cuidados asociados a los procesos de eliminación y los excrementos.

Diagnóstico de enfermería.

00011 estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de líquidos manifestado por eliminación de heces duras, secas y formadas. Nanda 2011:102

5.4.1 plan de intervención

Objetivo

El paciente fomentará sus hábitos intestinales mediante la realización de ejercicio físico y aumento de la ingesta de fibra y líquidos para estar en posibilidades de desarrollar un hábito intestinal a largo plazo.

Criterio de resultado: Eliminación Intestinal (0501) Noc p. 415

Dominio: Salud Fisiológico (II)

Clase: Eliminación (F)

Escala (s): gravemente comprometido hasta No comprometido (a) y grave hasta ninguno (n)

Puntuación Diana del resultado: mantener a: 12 aumentar a: 25

Indicadores	Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	No comprometido 5
Color de las heces				x	
Facilidad de la eliminación de las heces		x			
Tono muscular para la evacuación fecal			x		
estreñimiento	x				
Dolor con el paso de las heces		x			

Agente de Autocuidado () Agente de cuidado dependiente () Agente de Autocuidado terapéutico (x): demanda de Autocuidado: Parcial (x) Total () de apoyo educativo () de apoyo educativo (x) sistema de enfermería: parcialmente compensatorio (x)

Intervención de enfermería

450 manejo del estreñimiento, pág. 570

Acciones de enfermería

Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos.

Evaluar la medición para ver si hay efectos gastrointestinales secundarios.

Enseñar al paciente/familia que registre el color, volumen, frecuencia y consistencia de las heces fecales.

Instruir al paciente/familia sobre la relación entre la dieta, el ejercicio y la ingesta de líquidos para mejorar el estreñimiento.

Enseñar al paciente o la familia los procesos digestivos normales.

Fundamentación científica

La ingesta suficiente de fibras, verduras y líquidos proporciona volumen al bolo alimenticio y es un factor importante para determinar la consistencia de las heces.

Una dieta equilibrada y rica en fibras estimula el peristaltismo.

Agente de Autocuidado

Demanda de Autocuidado: parcial

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio/ apoyo educativo

Intervenciones de enfermería

0440 entrenamiento intestinal. Pág. 373

Acciones de enfermería

- El ejercicio y la actividad física facilitan la eliminación intestinal.
- Ingesta suficiente de líquidos porque son los principales componentes de todos los fluidos del cuerpo.
- Alimentos ricos en fibras ayudan a mejorar el proceso de eliminación de heces fecales.

Fundamentación científico

- El ejercicio y la actividad física facilita la eliminación intestinal.
- Posponer el deseo de evacuar favorece el estreñimiento.
- Los líquidos son los principales componentes de todos los fluidos del cuerpo.

- Los alimentos ricos en fibra ayuda a mejorar la eliminación de las heces fecales y prevenir el estreñimiento.

Ejecución

Se animan al paciente a que aumentan la ingesta de líquidos con la meta de tomar 6 vasos de agua diariamente. Al usuario se le indica consumir alimentos ricos en Fibra como verduras: lechuga, brócoli, calabacita, chayotes, acelgas, habas, garbanzos, lentejas y frutas: manzanas, plátanos y peras, así mismo se platica con el paciente para disminuir el uso de laxantes innecesarios.

Evaluación

Puntuación Diana de resultado: Mantener a: 12 Aumentar a: 25

Indicadores	Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	No comprometido 5
Color de las heces					X
Facilidad de eliminación de las heces					X
Tono muscular para la evacuación					X
Estreñimiento					X
Dolor con el paso de las heces					X

El paciente logra la fusión intestinal normal con las recomendaciones que se le brindaron, se alcanza el objetivo totalmente, parcialmente compensatoria con la participación del paciente y la participación del personal de enfermería de todos los turnos.

Diagnóstico de Enfermería 3

Dominio 4: actividad y reposo

Clase 1: sueño/ reposo

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

Diagnóstico de enfermería

00095 Insomnio relacionado con factores de ruido ambiental y sueño interrumpido, manifestado por la dificultad para conciliar el sueño. Nanda 2011: 11

Plan de intervención

Objetivo

Se identificarán los factores ambientales y personales que afectan su calidad de sueño a fin de proponer alternativas para mejorar el sueño.

Criterio de Resultado: sueño (0004)

Dominio: salud funcional (I)

Clase: mantenimiento de la energía (A)

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

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 12 Aumentar a: 25

Indicadores	Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	No comprometido 5
Horas de sueño		X			
Horas de sueño cumplido		X			
Calidad de sueño			X		
Dificultad para conciliar el sueño			X X		
Sueño interrumpido		X			

Agente de Autocuidado (x) Agente de cuidado dependiente () Agente de Autocuidado terapéutico (x): demanda de Autocuidado: Parcial (x) Total () de apoyo educativo () de apoyo educativo (x)

Intervenciones de enfermería.

1850 mejorar el sueño. Pág. 605

Acciones de enfermería

- Crear un ambiente seguro para el paciente.
- Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible.
- Controlar la iluminación para conseguir beneficios terapéuticos. Sensibilizar al personal de enfermería para que no haga ruido al entrar en su habitación.

Fundamentación científica

- Cerrar puertas y ventanas ayuda a disminuir ruidos exteriores y favorecer el descanso.
- Apagar luces y colocar cortinas para evitar la luz y favorecer el sueño.

Ejecución

El usuario realiza terapia ocupacional, platica con amigos, realiza plan de ejercicios durante el día para evitar el sueño, así mismo realiza actividades recreativas, como pinturas y manualidades. Se le explica que duerma de 6 a 8 horas diarias para poder descansar y al día siguiente no presenta bostezos y cansancio. El personal de enfermería colabora en no encender la luz, no hacer ruidos innecesarios para que el usuario pueda descansar mejor.

Evaluación

Puntuación Diana del resultado a: 12 Aumentar a: 25

Indicadores	Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	No comprometido 5
Horas de sueño					X
Horas de sueño cumplidas					X
Calidad de sueño					X
Dificultad para conciliar el sueño					X
Sueño interrumpido					X

Las acciones realizadas fueron satisfactorias para el paciente, ya que se cumplió con el objetivo de conciliar el sueño y no presentar insomnio, ni tener la necesidad de dormir una siesta durante el día.

Diagnóstico de enfermería 4

Dominio II: seguridad/protección

Clase 2: lesión física

Requisito de Autocuidado universal: prevención de peligro para la vida, el funcionamiento y el bienestar.

Diagnóstico de enfermería

00155 riesgos de caídas relacionadas con la edad superior a 65 años y uso de silla de ruedas, Nanda, 2011 pág. 306

Plan de intervención

Objetivo

Controlar los riesgos de caídas existentes para ayudar en la motivación del paciente la movilización y prevenir las caídas y lesiones.

Fecha: 26/ 01/2013

Criterio de resultado: control de riesgo (1902)

Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV)

Clase: (s) Nunca demostrado hasta siempre demostrado (m)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 20 Aumentar a: 30

Indicadores	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente Demostrado 4	Siempre demostrado 5
Reconoce factores de riesgo				X	
Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas			X		
Se compromete con estrategias con estrategias de control del riesgo			X		
Utiliza los servicios sanitarios de forma congruente cuando los necesite				X	
Utiliza los sistemas de apoyo de apoyo personal para reducir el riesgo.			X		

Agente de Autocuidado (x) agente de cuidado dependiente () agente de Autocuidado terapéutico (x) demanda de Autocuidado: parcial (x) total () de apoyo educativo () sistema de enfermería: parcial (x) totalmente compensatorio () de apoyo educativo ().

Intervención de enfermería.

6490 prevención de caídas Nic. Pág. 684

- Ayudar al paciente adaptarse a las modificaciones sugeridas de la manera de caminar.
- Colocar objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzo.
- Instruir al paciente para que pida ayuda si la necesita.
- Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo.
- Evitar cambios bruscos de temperatura en el ambiente físico.
- Sugerir calzado seguro.

Fundamentación científica.

- Los antihipertensivos pueden causar hipotensión, que produce mareo, debilidad, y tal vez caídas.
- En virtud de sus reducidos reflejos cardiovasculares para prevenir la hipotensión subsecuente a causa de la postura, el paciente deberá cambiar La posición con lentitud y dispositivos de apoyo para evitar caídas por posibles mareos.
- Para evitar la posibilidad de que la persona se accidente.
- Reduce la posibilidad de resbalar

5.6.2 Ejecución

Se le informa al usuario que evite caminar distancias largas con la finalidad de evitar la elevación de la presión arterial.

Se le informa que pida ayuda al personal de enfermería para moverse de un lado a otro, así mismo se dejan los objetos más necesarios a su alcance para evitar esfuerzos al moverse. Al personal de enfermería se le explica que evite dejar

Objetos en el suelo, mantener el área limpia y ordenada, se platica con su hija sobre el calzado que el usuario debe usar para evitar riesgos de caídas y proporcionarle comodidad.

Evaluación

INDICADORES	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 4	Siempre demostrado 5
Reconoce factores de riesgo					x
Desarrollo estrategias de control del riesgo efectivas					x
Utiliza los servicios sanitarios de forma congruente cuando los necesita					x
Utiliza los sistemas de apoyo personal para reducir el riesgo					x
Utiliza los recursos sociales para reducir el riesgo					x

Se logra prevenir caídas en el usuario, además refiere estar satisfecho con el cuidado que se brindan y se le proporcionó el calzado adecuado.

Diagnóstico de Enfermería 5

Dominio 9: afrontamiento/ tolerancia al estrés

Clase 2: respuestas de afrontamiento.

Requisito de Autocuidado universal: mantenimiento del equilibrio entre soledad y la interacción social.

Diagnóstico de enfermería. 00148 temor relacionado con falta de familiaridad con la experiencia o experiencias ambientales, manifestado por inquietud.

Plan de intervención

Objetivo:

Disminución del temor para que el usuario no este triste.

Criterio de resultado: nivel de miedo (1210) p. 546

Dominio: salud psicológico (III)

Clase: bienestar psicológico

Escala (s) grave hasta Ninguno (n)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 12 Aumentar a. 30

INDICADORES	Grave 1	Sustancial 2	Moderado 3	Leve 4	Ninguno 5
Inquietud		x			
Dificultades de concentración			x		
Preocupaciones por sucesos vitales		x			
Aumento de la presión sanguínea		x			
Temor			x		

Agente de Autocuidado (x) agente de cuidado dependiente () agente de Autocuidado terapéutico (x) demanda de Autocuidado: parcial (x) total () de apoyo educativo (x) sistema de enfermería: parcial () totalmente compensatorio () de apoyo educativo ().

Intervenciones de enfermería

5270 apoyo emocional Nic pág. 136

- animar al paciente a que exprese los sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

Fundamentación científico

El tener conocimiento sobre la enfermedad reduce la angustia y fomenta la tranquilidad, además de favorecer el Autocuidado y la identificación de riesgos. El paciente puede afrontar mejor la tensión asociada a la hipertensión arterial, dichas fuentes pueden proporcionar información específica para mejorar su estilo de vida y erradicar el temor.

Ejecución

Se establece un ambiente tranquilo para que no se siente triste y se insiste en leer el periódico cuando se siente solo y participe en manualidades.

Evaluación

INDICADORES	Grave 1	Sustancial 2	Moderado 3	Leve 4	Ninguno 5
Inquietud					
Dificultades de concentraciones					
Preocupaciones por sucesos vitales					
Aumento de la presión sanguínea					
Temor					

El objetivo se logra, manifiesta sentirse tranquilo, leer el periódico y hacer manualidades le favorece para no pensar en sus hijas y hablar con el personal de enfermería le hace sentirse acompañado y disminuye el temo.

VI. CONCLUSIONES

La aplicación del Proceso de Enfermería es de gran importancia ya que se logran los objetivos planeados hacia el usuario, tomando en cuenta las cinco etapas del proceso, así mismo se mejoró la calidad de vida, apoyándose en la Teoría General de Dorothea E. Orem.

La teoría de Dorothea Elizabeth Orem permite valorar ampliamente los requisitos de Autocuidado y aplicar acciones de enfermería que favorecen la independencia y el bienestar del individuo.

El proceso de enfermería que se ha presentado en las páginas anteriores, se realizó con la finalidad de brindar cuidado a una persona de manera individual, buscando mejoría para su salud.

De acuerdo a la metodología establecida para el proceso, se identificaron los requisitos alterados y se aplicó el cuidado mediante el tratamiento de las respuestas humanas de la persona, realizando actividades de enfermería, contando con la participación del paciente para prevenir complicaciones y riesgos cardiovasculares.

VII. SUGERENCIAS

Aumentar la importancia de cursos para dominar los modelos teóricos y filosofía que guían el cuidado de enfermería, para realizar el proceso de enfermería y brindar un cuidado de calidad a las personas que acuden a los servicios de salud.

Durante la formación académica, es importante fortalecer en los alumnos las actividades con base en el proceso de enfermería y utilizar de manera habitual el referente teórico de Orem para incorporarlo, en el ejercicio profesional.

Debido a la experiencia obtenida durante el servicio, se surge que la Facultad de Enfermería, mediante convenios con el Sector Salud y el Privado, realicen: talleres, foros y congresos en el área de gerontología y geriatría en primero y segundo nivel de atención para la especialización del personal de enfermería que labora en unidades salud ya que esto contribuirá a la capacitación de los profesionales, así mismo extender los convenios en los hospitales públicos y privados, que forman parte de sistema de salud.

Promover áreas especializadas en la atención del adulto mayor en centro de salud y hospitales del sector salud para atención médica y enfermería con personal calificado

De esta manera se aplicará el proceso de enfermería basado en la teoría del Autocuidado de Dorothea Orem y se mejorará el cuidado del paciente adulto mayor.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alfaro-LeFever, R. (2002). Aplicación del Proceso Enfermero. Fomentar el Cuidado en Colaboración (5ta ed.). España: Elsevier.

Berkow, R., Beers, M. y Fletcher, A. (1997). Manual Merck de Información Médica. Ediciones: Océano Grupo Editorial.

Cavanagh, S.J. (1993). Modelos Orem. Aplicación Práctica. Barcelona, España: Ediciones Científicas y Técnicas.

Diccionario de Medicina Océano Mosby. (2006). España: Océano Grupo Editorial.

Hipertensión Arterial (2011). Recuperado de <http://www.tension-arterial.com/tag/oms>.

Espino, J, (1997). Introducción de la cardiología. (13ª ed.). México: el manual moderno.

Gas. D. (2000). Tratado de Enfermería. (4ª ed.). México: McGraw-Hill-Interamericana.

Griffith, J, y Christensen P. (1986). Proceso de Introducción de Enfermería. Aplicación de Teorías, Guías y Modelos. (1ª ed.). México: Manual Moderno.

Guyton, A.E., John E. (2001) tratado de Fisiología Medica. (10ª ed.). México: McGraw-Hill-interamericana.

Johnson, M., Maas, M., Moorhead, S., Clasificación de Resultados de Enfermería NOC. (2ª ed.) España: Eesvier.

Kozier, B., Erb G., Berman, A, y Snyder S, (2005). Fundamentos de Enfermería. Conceptos, Proceso y Práctica. Vol. I, (7ª ed.). España: McGraw-Hill. Interamericana.

Mazarrasa, L., Bes, C., Sánchez, A., Merrelles, A, y Aparicio, V. (2003).

Salud Pública y Enfermería Comunitaria. Vol. III (2ª Ed.). Madrid: McGraw-Hill interamericana.

Moran, V. y Mendoza, A.L. (2011) Proceso de Enfermería. Uso de los Lenguajes, NANDA, NIC Y NOC. Modelos Referentes. (3ª ed.). México, D.F. Trillas.

Marriner-Tomey, A. y Raile-Alligood, M. (2003) Modelos y Teorías de Enfermería. (2ª ed.). Madrid: Elsevier.

McCloskey, J. y Bulechek, G. (2005) Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC. (4ª Ed.). Madrid: Elsevier.

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial (2001).
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/030ssa29.html>.

Rosales, E. (1999). Fundamentos de Enfermería. (2ª ed.). México, D.F. el Manual Moderno.

Orizaga, J. (2000). Tratado de Enfermería Practica. México: Graw-Hill Interamericana.

Rivero, O. (1993). Tratado de Medicina Interna (2ª ed.). México D.F. Manual Moderno.

Rodríguez, B.A. (2001) Proceso Enfermero. Aplicación actual. México, D.F. Ediciones Cuellar.

Ruiz, X. (2005). Manual de la Enfermería. México: Océano.

Lyer P. Taptich, B. y Bernocchi L, (1993) Proceso de Enfermería y Diagnostico de Enfermería. Editorial McGraw Hill.

IX. GLOSARIO DE TERMINOS

Acufeno: los acufenos, o “zumbidos de oídos” o “ruidos de cabeza”, son sensaciones de oír sonidos o ruidos, cuando no hay ninguna fuente real sonora o física, que los produzca. En la literatura inglesa se les conoce como: “tintineo de una campana”

Cardiovascular: relativo al corazón y a los vasos sanguíneos. Cefalea: molestias dolorosas localizadas en la cabeza. No es en si una enfermedad, sino un síntoma que puede ser debido a múltiples causas.

Ictus: accidente cerebro vascular súbito. También se denomina ataque de apoplejía.

Presión arterial: fuerza ejercida por la sangre circulante sobre las paredes de las arterias.

TEDA: teoría de enfermería del déficit del Autocuidado de Dorothea E. Orem.

Ectopia: sufijo que significa fuente de su lugar normal, corectopia, ostecectopia, tarsectopia.

Diagnóstico de enfermería: Juicio clínico sobre las respuestas de una persona, familia o comunidad, frente a problemas de salud/ procesos reales o potenciales.

NANDA: asociación norteamericana de diagnóstico de enfermería.

NIC: clasificación de intervenciones de enfermería

NOC: clasificación de resultados de enfermería

X. ANEXOS

VALORACIÓN CON EL REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM

GUIA DE VALORACION

(DOROTHEA ELIZABETH OREM)

1. FACTORES CONDICIONANTES BASICOS

a) Descriptivos de la persona

Fecha: 2014 Nombre: E.M.C Sexo: M () Fem () Edad: 85

Religión: NINGUNA Edo civil: CASADO Escolaridad: MAESTRIA EN SALUD PUBLICA

Lugar de residencia: MORELIA MICH.

Domicilio actual (calle número, colonia): Serapio Rendón núm. 248 colonia centro

Características de la vivienda:

Renta: _____ Propia: _____ Otros: ESTANCIA GERIATRICA SANTA LUCIA

Material de construcción:

Adobe: _____ Ladrillo: _____ Otros: CANTERA

Cuenta con los servicios básicos de vivienda:

Agua: _____ Potable: x Luz: _____ Eléctrica: X Drenaje: X

Pavimentación: X

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios básicos:

Alumbrado público: X Recolección de basura: X

Bueno (x)

Regular ()

Deficiente ()

¿A qué servicios de salud acude usted regularmente?

IMSS (x)

ISSSTE ()

SALUBRIDAD ()

PARTICULAR ()

Diagnostico medico: hipertensión arterial

Estado de salud: Grave: ()

Delicado ()

Estable: (x)

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

Hace _____ 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?

hijas

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO UNIVERSALES

a) Mantenimiento del aporte suficiente de aire.

Frecuencia respiratoria: 19 llenado capilar: 1seg

Cianosis: Si () No () Especifique: _____

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

¿Cocina con leña?

Si () No (x) Cuanto tiempo: _____

Alergias: Si () No () Especifique: _____

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: normal

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

Padece alguna enfermedad pulmonar:

Si () No: (x) Especifique: _____

Cardiovascular:

T/A: 160/80 FC: 71 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: () Escamosa: ()

Que cantidad de agua ingiere usted al día:

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

De donde proviene el agua que consume:

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

Otros: _____

Utiliza algún método para planificar el agua:

Si () No (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: 78 Talla: 1.57 IMC: _____ Cintura: 80

Ha observado variaciones del peso:

Si () No ()

Perdida: () Ganancia: ()

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

Dentadura:

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

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: _____

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 () Hiposodica (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: _____

Alteraciones al evacuar.

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

Apoyo para la eliminación intestinal: No

Espontanea: () Estreñimiento: (x) 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: ()

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: Dolor: () Alt. Emocionales ()

Temperatura ambiental: Otros: _____

Grupo menstruación:

Monarca: _____ Días del ciclo menstrual: _____

Tipo, cantidad y características del flujo: _____

Presenta algún problema durante su menstruación:

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

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

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?

Si (x) No ()

¿Ha sufrido algún cambio en su patrón de sueño?

Si (x) No ()

¿Desde cuándo?

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

Presencia de:

Bostezo: (x) Insomnio: () Hipersomnia: () Pesadillas: () Alucinaciones: ()

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

Factores que interrumpen su descanso y sueño: _____

¿Acostumbras a tomar siestas?

Si () No (x)

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?

Si (x) No () Especifique: clonazepam gotas V.O

ACTIVIDAD:

Sistema Musculo Esquelético

Presencia en articulaciones de:

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

Especifique:

Tratamiento:

¿Alguna actividad física le produce dolor?

Si (x) No () Especifique:

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si (x) No () Cual: ejercicio

Frecuencia/duración: _____

f) Mantenimiento del equilibrio entre soledad y la interacción

Sistema auditivo:

Presenta problemas de audición:

Si () No (x) Especifique: _____

Utiliza apoyo para escuchar:

Si () No (x)

Presencia de:

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

Lesiones ()

Sistema ocular:

Presenta problemas visuales:

Si () No (x) Especifique:

Utiliza lentes: si

Armazón: (X) Contacto: () Tiempo: _____

Presencia de alteraciones oculares:

Si () No (x) Especifique: _____.

¿Con quienes convive diariamente?

Familia () Amigos (X) Compañeros de Trabajo ()

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

Buena (x) Regular () Mala ()

¿A quién recurre para platicar de sus problemas?

Familia () Amigos () Nadie () Otros: HIJAS

Observar:

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

Razones que le impiden socializar:

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

Dificultad para la comunicación () Otros: _____

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

Sistema Neurológico:

Estado de conciencia:

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

Coma () Glasgow: _____

Problemas con:

Concentración () Razonamiento () Especificar: _____

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

Bastón () Silla de ruedas () Andador () Otros: acompaña el personal de enfermería

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: _____

¿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 () Culpa () Agresión ()

Cólera ()

II. REQUISITOS DE AUTO CUIDADO DE DESARROLLO

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

1. Etapas del ciclo vital

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

Niñez Si () No () Especifique: _____

Edad escolar Si () No () Especifique: _____

Adolescente Si () No () Especifique: _____

Adulto joven Si () No () Especifique: _____

Edad fértil Si () No () Especifique: _____

Adulto maduro Si (X) No () Especifique: HIPERTENSION ARTERIAL

2. Salud sexual

Sistema reproductor:

Has recibido educación sexual

Si () No (X) Especifique: _____

¿Cuál es su orientación sexual? ninguna

¿Con qué frecuencia tiene actividad sexual?

¿Está satisfecho con su vida sexual?

Si () No (X) Porque: _____

Número de parejas sexuales: _____

Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales:

Si () No () Especifique/tratamiento: _____

Utiliza algún método de planificación familiar:

Si () No () Especifique/tiempo: _____

Número de hijos: 5 _____

Tiene problemas de infertilidad:

Si () No () Especifique: _____

Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual:

Si () No () Especifique: _____

Tratamiento: _____

Cirugías realizadas en aparato reproductor:

Si () No () Especifique: _____

Hombre:

¿Acude a examen de Próstata/testicular?

Si () No () Especifique: _____

¿Presenta problemas de erección?

Si () No () Tratamiento: _____

¿Presenta problemas de eyaculación precoz?

Si () No () Tratamiento: _____

Mujer:

Menarca: _____ Días del ciclo menstrual: _____

Tipo, cantidad y características del flujo: _____

Presenta algún problema durante la menstruación:

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

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

Partos prematuros: ____ Fechas de último Papanicolaou: ____

Presencia de flujo/hemorragia trasvaginal: ____ Características: ____

¿Existen alteraciones de crecimiento físico?

Si () No () Especifique: ____

III.REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

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

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

Especifique: ____

¿Sabe usted de que está enfermo?

Si (x) No () ¿Qué conoce acerca de su enfermedad?

Hipertensión arterial

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

Si (x) No ()

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

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación?

Si (x) No () Especifique: ____

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

Ambientales () Familiares () Personales ()

Especifique: ____

XI APENDICES
UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERIA
CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

Yo E.M C doy mi consentimiento para participar en la metodología de intervención de enfermería, que tiene como finalidad conocer e identificar las respuestas humanas, fundamentada en la teoría de Dorotea Orem y estructurar un trabajo académico, con fines de titulación, para obtener el grado de licenciado en Enfermería a través del cual se me brindarán cuidados integrales que beneficiarán mi estado de salud.

He sido informado(a) con claridad de los objetivos de la metodología de intervención, así como de la importancia de mi participación en la misma, la cual no implica ningún tipo de riesgo a mi persona. Estoy convencido que mis datos serán totalmente confidenciales y que contribuirán en un futuro al cuidado integral de otras personas que cursan con una situación similar a la mía, fortaleciendo la profesión de Enfermería a través del conocimiento de mis necesidades. Se me ha informado que no existe riesgo alguno sobre mi salud y que mi participación será voluntaria en todo momento, sin obligación y consiente, sin recibir ninguna remuneración económica. Enterado (a) que el responsable de dicho proceso de enfermería es el (la) Andrés Díaz Arcos, doy mi consentimiento para colaborar en el trabajo académico solicitado.

Acepto participar

Andrés Díaz Arcos

PLE

Testigo

Morelia, Mich. 15 Enero de 2014