



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería

***Proceso de Enfermería basado en el referente teórico de Dorothea
Elizabeth Orem, aplicado a una persona con
Hipertensión arterial***

Que para obtener el grado de Licenciada en Enfermería

Presenta:

PLE. María Isabel Jiménez Cruz

Asesor (a): Doctora. Elva Rosa Valtierra Oba

Coasesor (a):

Licenciado En Enfermería. Renato Hernández Campos

Morelia, Mich.

Enero 2016.



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería

***Proceso de Enfermería basado en el referente teórico de
Dorothea Elizabeth Orem, aplicado a una persona con
Hipertensión Arterial***

Que para obtener el grado de Licenciada en Enfermería

Presenta:

PLE. María Isabel Jiménez Cruz

Asesor (a): Doctora. Elva Rosa Valtierra Oba

Coasesor (a):

Licenciado En Enfermería. Renato Hernández Campos

Morelia, Mich.

Enero 2016.

DIRECTIVOS

ANA CELIA ANGUIANO MORAN

DIRECTORA

JULIO CESAR GONZALEZ CABRERA

SECRETARIO ACADÉMICO

BARBARA MONICA LEMUS LOEZA

SECRETARIA ADMINISTRATIVA

MESA SINODAL

DRA. ELVA ROSA VALTIERRA OBA

PRESIDENTE

LE. RENATO HERNANDEZ CAMPOS

1ER VOCAL

DRA. GEORGINA HERNANDEZ MATA

2º VOCAL

LE. BRENDA MARTINEZ AVILA

SUPLENTE

DEDICATORIA

A mis padres y hermanos pues de todos he recibido el apoyo más grande del mundo en todos los sentidos.

A mi esposo e hijos porque son parte de mi vida y de mis logros obtenidos.

De manera muy especial a la **Facultad de Enfermería**; por integrar los conocimientos necesarios para concluir con nuestra carrera y así servir a la comunidad.

Resumen

El proceso Enfermero es una metodología que permite realizar de manera integral el cuidado a una persona enferma o sana, familia o comunidad. El caso clínico que se presenta es de una persona con Hipertensión Arterial, la cual constituye un problema de salud pública que afecta a un porcentaje elevado de la población mundial, por esta razón la prevención y la atención oportuna son primordiales para mejorar la calidad de vida de quienes la padecen; esto se logra a través del autocuidado. El proceso enfermero se aplica en sus cinco etapas, tomando el modelo de Dorothea Elizabeth Orem y su Teoría General del Déficit de Autocuidado. Se valora a la paciente de acuerdo los requisitos de autocuidado y se identifican alteraciones que llevan a establecer diagnósticos y a ejecutar intervenciones, cabe destacar que se lograron los objetivos planteados en conjunto con la paciente, por lo que se puede concluir que el proceso de enfermería más que solo técnicas y procedimientos es también un método de enseñanza más completo, dinámico y fundamental para garantizar el cuidado integral.

Palabras clave: Proceso Enfermero, Hipertensión arterial, Autocuidado, intervenciones, salud pública.

Abstract

The nursing process is a methodology that allows performing holistic care to sick or healthy person, family or community. The clinical case presented is a person with hypertension, which is a public health problem that affects a high percentage of the world population, therefore the prevention and timely care are essential to improve the quality of life of sufferers; this is accomplished through self-care. The five stages of the nursing process were applied, taking the Dorothea Elizabeth Orem model and her Self-care Deficit Theory as referent. The patient's assessment is measured through self-care requisites that leads to establish diagnostics and execute interventions, the goals set in conjunction with the patient were reached, so it can be concluded that the nursing process is more than just techniques and procedures it is also a complete teaching method dynamic and fundamental to ensure comprehensive care.

AGRADECIMIENTOS

- ❖ Agradezco **especialmente a Dios** por haberme dado la oportunidad de mi vida, por haberme puesto en el camino y llevarme de la mano y no dejarme sola nunca. Gracias señor.

- ❖ Agradezco **a mis padres** por haberme dado la vida, pues si no hubiera sido así yo no estaría aquí.
- ❖ Agradezco de una manera muy especial, **a la Facultad de enfermería** por darnos los conocimientos necesarios para concluir con nuestras carreras y así servir a la comunidad.

- ❖ Agradezco a la maestra **Cirila Dimas Palacios, y al maestro Mario Salgado Chávez** por brindarme la oportunidad de adquirir los conocimientos suficientes para el desarrollo de mi proceso

INDICE

INTRODUCCIÓN

I. JUSTIFICACIÓN.....	1
II. OBJETIVOS.....	2
2.1 General.....	2
2.2 Específicos.....	2
III. METODOLOGÍA.....	3
IV. MARCO TEÓRICO.....	4
4.1 PROCESO DE ENFERMERÍA.....	6
4.2 TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA ELIZABETH OREM.....	13
4.3 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD, PROBLEMA O SITUACIÓN DE SALUD QUE PRESENTA LA PERSONA.....	22
V. DESARROLLO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	24
5.1 Caso clínico.....	24
5.2 Valoración basada en el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem:.....	26
5.2.1 <i>Factores condicionantes básicos.....</i>	26
5.2.2 <i>Requisitos de autocuidado universales.....</i>	26
5.2.3 <i>Requisitos de autocuidado de desarrollo.....</i>	27
5.2.4 <i>Requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud.....</i>	28

5.3 Diagnósticos de enfermería.....	29
5.4 Plan de intervención.....	29
5.5 Ejecución.....	31
5.6 Evaluación.....	32
VI. CONCLUSIONES.....	51
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52
VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	53
IX. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	54
9.1 Terminología de la Teoría General del Déficit de Autocuidado...	54
9.2 Terminología Médica.....	55
X. ANEXOS.....	56
10.1 Guía de valoración de acuerdo al referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem.....	56
10.2 Clasificación de los datos sobre los requisitos universales en objetivos y subjetivos.....	72
10.3 Razonamiento diagnóstico.....	75

INTRODUCCION

El Proceso de Enfermería es un método sistemático, humanista, intencionado, dinámico, flexible e interactivo que brinda cuidados ante problemas reales o potenciales centrados en las respuestas humanas del individuo familia y comunidad. El cual se enfoca en el cuidado, de todo individuo, que presente alguna demanda de cuidado, entendiendo éste, como todas aquellas actividades que realiza un individuo para conservar su vida y desarrollarse de manera normal.

Para brindar el cuidado la Enfermera (o) se debe guiar en un marco referencial, en este caso se trata de un Proceso de Enfermería basado en la Teoría General del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem, en una persona con hipertensión arterial, con el propósito de atender los requisitos de autocuidado alterados, que se encuentran presentes, a partir de las condiciones internas y externas del individuo que mantienen la estructura y funcionamiento humano, en este sentido, el modelo de Dorothea E. Orem facilita el proceso de manera efectiva abordando el déficit de autocuidado de la persona a través de una amplia valoración, este modelo no solo abarca las necesidades de autocuidado universales si no también aquellas necesidades específicas del desarrollo físico, como son el comer, dormir, eliminar, bañarse, social, psicológico del individuo, de su situación de enfermedad o lesión y de su relación con los profesionales del cuidado de la salud (Orem,1993:6

I. JUSTIFICACION

La Hipertensión arterial es un problema de salud pública, afecta a un porcentaje elevado de la población mundial, alrededor del 26.6 % de la población de 20-69 años la padecen según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) más de 600 millones de personas padecen esta patología y de estos, 420 millones corresponden a habitantes de países en vías de desarrollo. (Tapia, 2005.)

En la actualidad, alrededor de 17 millones de mexicanos tienen algún grado de hipertensión arterial y más del 60% de ellos lo desconoce. Existe un gran porcentaje de personas con diagnósticos confirmados y que se encuentran bajo tratamiento médico, lo cual supondría que el problema debería estar bajo control, sin embargo esto no es así, a esta evidencia se suma la que señala que el desapego al tratamiento constituye uno de los retos más importantes de la actualidad. Por ejemplo, según Niels H., (Wacher, 2002), la mayoría de los casos de hipertensión arterial con atención médica que están aún fuera de control se relacionan con desapego al tratamiento.

El costo de la atención médica aumenta en casi 900 dólares americanos por paciente como consecuencia del aumento en las complicaciones relacionadas con el desapego. Por tal razón es primordial que enfermería incluya en sus procesos de atención un plan de intervenciones integral que se apegue al programa de prevención.

II. OBJETIVOS

1.1. Objetivo general

Aplicar el proceso de enfermería con el referencial teórico de Dorothea E. Orem, en el cuidado de una usuaria con hipertensión arterial para contribuir en la mejora de los requisitos de autocuidado

1.2. Objetivo específico

- Valorar las respuestas humanas con base a los requisitos de autocuidado universales, de desarrollo y en caso de desviación de la salud.
- Emitir los diagnósticos de enfermería de acuerdo a las respuestas humanas y taxonomía de la NANDA. Los cuales son reales, potenciales o de riesgo
- Realizar el plan de intervenciones de enfermería con el fin de ayudar a la usuaria y mejorar su calidad de vida.
- Implementar la ejecución de las intervenciones de enfermería.

III. METODOLOGIA

El presente trabajo se realiza con la metodología del proceso enfermero, con el referente teórico de Dorothea E. Orem, que describe el autocuidado como una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Durante la aplicación del proceso de enfermería se llevaron a cabo todas las etapas que lo conforman, para ello se trabajó con una persona diagnosticada con hipertensión arterial desde hace un año, originaria de Tingambato Michoacán. En el primer contacto con la persona se le explicó el objetivo del estudio y los fines de la visita domiciliaria, así mismo se revisó la dinámica de trabajo y se obtuvo el consentimiento verbal y escrito de la persona, la aplicación del proceso se inició a través de la valoración mediante una guía basada en los requisitos de autocuidado, con lo cual se obtienen datos objetivos y subjetivos para posteriormente emitir el juicio clínico correspondiente y fijar los diagnósticos de enfermería, considerando para ello la clasificación de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association); además se diseñaron los planes de acción con base en las clasificaciones NIC y NOC (Nursing Interventions Classification and Nursing Outcomes Classification) y por último se estructuró el presente trabajo, con fines de titulación, pero también de forma primordial para generar un impacto en el estado de salud, la calidad de vida y satisfacer los requisitos de autocuidado de la persona, sujeto de esta investigación.

IV MARCO TEORICO

4.1. Historia del Proceso de Enfermería

El Proceso de Enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. “Hall en 1955 lo describió como un proceso distinto. Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso de tres fases diferentes, que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Walsh fueron autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los 70, Blach (1974), Roy (1975), Mundiger y Jauron (1975) y Aspillan (1976) añadieron las fases diagnosticas dando lugar al proceso de cinco fases” (Iyer 1997:9).

Para la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A) el proceso es considerado como estándar para práctica de esta profesión; su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de las enfermeras como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad.

El proceso de enfermería es un método sistemático, humanista, intencionado, dinámico, flexible e interactivo que brinda cuidados ante problemas reales o potenciales centrados en las respuestas humanas del individuo familia y comunidad.(Marriner-Tomey, Modelos y teorías de enfermería, 1999)

El proceso de enfermería es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solucionar problemas y del método científico (Alarcon, 2007)(Sanchez, 1996). Así en muchos países, la aplicación del proceso es un requisito para el ejercicio de la enfermería profesional; en el nuestro, cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras (os) y en su aplicación durante la práctica; sin embargo todavía falta camino por recorrer en este terreno, el cual resulta desconocido para muchas compañeras (os) aun en estos días.

4.1.2. Proceso de Enfermería

El Proceso de Enfermería es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. El Proceso de Enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El Proceso de Enfermería le da a la profesión la categoría de ciencia.

4.1.3 Etapas del Proceso de Enfermería

El proceso de enfermería consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente.

4.1.3.1. Valoración

Es la primera etapa del Proceso de Enfermería incluye la obtención, confirmación, clasificación y organización de datos de manera sistémica, además de la debida documentación (Potter, P; 1996).

La valoración obtiene y examina la información sobre el estado de salud, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que puedan contribuir a la aparición de problemas de salud. (Alfaro-Lefeure, aplicación del Proceso enfermero Guia paso a paso , 1999 4a edición).Existen dos tipos de valoración, la básica que se desarrolla durante la entrevista, y la focalizada que se realiza para explorar un aspecto de particular interés (Alfaro, 1995).

La valoración como proceso continuo proporciona información valiosa del usuario, permitiéndonos emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo, y de recursos (capacidades) existentes para conservar y recuperar la salud. (Alfaro, 2005).

Los pasos para realizar la etapa de valoración son tres:

1. Recolección de la información.

Durante la valoración el profesional de enfermería recoge 4 tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales. (P.W. Iyer, 1997). Los datos subjetivos son los que nos refiere el paciente y que manifiestan una percepción de carácter individual (ej. Dolor, temor etc.). Los datos objetivos aquellos que podemos observar y medir a través de órganos de los sentidos (ej. Frecuencia cardiaca, temperatura, peso, talla). Los datos históricos se refieren a datos del pasado y que se relacionan con la salud del usuario (ej. Antecedentes familiares y personales de enfermedad, conductas etc.) Y los datos actuales son hechos que suceden en el momento y que son el motivo de consulta u hospitalización (ej. Deshidratación, sangrado, alcoholismo etc.).

Toda la información se recolecta por medio de la entrevista y del examen físico se complementan y clarifican mutuamente, en consecuencia se pueden realizar en forma simultánea. (Alfaro-Lefeure, Aplicación del Proceso Enfermero, 2005)

La entrevista, es una labor compleja que requiere de una habilidad en la comunicación y de la interrelación estrecha con el usuario, tiene como finalidad la obtención de la información necesaria para el diagnóstico y planeación de actividades, la iniciación de un ambiente terapéutico caracterizado por el dialogo, respeto, confianza y el establecimiento de objetivos comunes entre la enfermera (o) y el usuario.

4.1.3.2. Diagnostico

La segunda etapa del Proceso de Enfermería es el diagnóstico (identificación de los problemas),(Carpenito, 1995) la enfermera analiza los datos (información) e identifica los problemas reales y potenciales que constituyen la base del plan de cuidados, también identifica los recursos que resultan esenciales, para desarrollar un plan de cuidados eficiente. (Alfaro, 2005).

La estructura del diagnóstico de enfermería la componen tres partes:

P = Problema

E = Etiología

S = Signos y síntomas que lo caracterizan.

El **problema** se identifica durante la valoración y en la fase del procesamiento y análisis de los datos.

La **etiología** son los factores ambientales, socioeconómicos, fisiológicos, emocionales o Espirituales, que se creen que están contribuyendo al problema ya sea como factores de riesgo o por que han contribuido ya a producir el problema y si se mantiene sin modificación el problema no se modifica.

Los **signos y síntomas**, se les llama también características que definen al problema esto significa que siempre que se presentan dichos signos y síntomas asociados entre sí en una situación dada, la conclusión diagnóstica ha de ser la misma. (Alfaro-Lefeure, Aplicación del Proceso Enfermero, 2005)

Diagnósticos de enfermería real:

Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principalmente identificables, este tipo de diagnósticos de enfermería tiene cuatro componentes: enunciado, definición, características que lo definen y factores relacionados.

Enunciado: debe ser descriptivo de la definición de diagnósticos y de las características que lo definen. Siempre que sea posible debe de contener un

calificador preciso como “alteración”, “deterioro”, “déficit”, “inefectivo”, o “disfuncional”, en lugar de un modificador más vago y subjetivo como “inadaptado”, “escaso”, o “inadecuado”.(Alfaro-Lefeure, Aplicación del Proceso Enfermero, 2005)

Definición: Al expresar un significado claro y preciso del diagnóstico, la definición puede ayudar a diferenciar un diagnóstico particular de otros similares la definición debe ser conceptual y coherente con el enunciado y las características que lo definen. (P.W. Iyer, 1997)

Características que lo definen: En un diagnóstico de enfermería real, las características que lo definen hacen referencia a los datos clínicos (signos subjetivos y objetivos, o síntomas) que, en conjunto apuntan ese diagnóstico.

Las características que lo definen están separadas hoy en día en designaciones principales y secundarias. En la revisión de la guía para la admisión por la NANDA.

Factores reales: En los diagnósticos de enfermería reales, los factores relacionados son factores etiológicos y otros factores ocurrientes que han influido en el cambio en el estado de salud. Dichos factores pueden agruparse en cuatro categorías: fisiopatológicos (biológicos o psicosociales), relacionados con el tratamiento, de situación (ambientales, personales) y de maduración.

Diagnósticos de enfermería de riesgos o potencial:

Según definió la NANDA un diagnóstico de enfermería de riesgo es un “juicio clínico en donde un individuo, una familia o una comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar”, los diagnósticos de enfermería potenciales proporcionan a las enfermeras (os)

un medio valioso de identificar a las personas más vulnerables a los problemas. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo.

Enunciado:

En un diagnóstico de enfermería de riesgo, la descripción concisa de estado de salud alterado del cliente va precedido por el término “riesgo de”.

Definición: como en un diagnóstico de enfermería real, en un diagnóstico de enfermería de riesgo la definición expresa un significado claro y conciso del diagnóstico. Esta debe ser conceptual y coherente con la denominación y los factores de riesgo, para permitir diferenciar entre diagnósticos similares.

Factores de riesgo (relacionados):

Los factores de riesgo representan situaciones que aumentan la vulnerabilidad de un cliente o grupo.

Diagnósticos de enfermería de bienestar:

Según la NANDA, un diagnóstico de enfermería de bienestar es un “juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia el nivel más elevado. Para una persona o grupo tenga un diagnóstico de bienestar, deben estar presentes dos hechos:

- Deseo de un mayor nivel de bienestar.
- Estado o función actuales eficaces.

4.1.3.3. Planeación

En la fase de planeación, se desarrollan estrategias para evitar, reducir al mínimo o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería. La fase de la planificación consta de varias etapas:

1. Establecimiento de prioridades para los problemas diagnosticados.

2. Fijar resultados con el cliente para corregir, reducir al mínimo o evitar los problemas.
3. Escribir las actuaciones de enfermería que conducirán a la consecución de los resultados propuestos.
4. Registro de los diagnósticos de enfermería, de los resultados y de las actuaciones de enfermería de forma organizada en el plan de cuidados.

4.1.3.4 Ejecución

La ejecución es el inicio y terminación de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de planificación. Consiste en la comunicación del plan a todos los que participan en la atención del cliente. Las actuaciones pueden ser llevadas a cabo por miembros del equipo de atención sanitaria, por el cliente, o por su familia. El plan de cuidados se utiliza como guía. El profesional de enfermería continuara recogiendo datos relacionados con la situación del cliente y su interacción con el entorno. La ejecución incluye también el registro de la atención al cliente en los documentos adecuados dentro de la historia de enfermería. Esta documentación verificara que el plan de cuidados se ha llevado a cabo y que se puede utilizar como instrumento para evaluar la eficacia del plan.

4.1.3.5. Evaluación

La última etapa del Proceso de Enfermería es la evaluación. Se trata de un proceso continuo que termina la medida en que se ha conseguido los objetivos de la atención. El profesional de enfermería evalúa el progreso del cliente, establece medidas correctas si fuese necesario, y revisa el plan de cuidados de enfermería.

En este comenario, se ha separado el proceso de enfermería en cinco fases diferentes. Sin embargo las fases del proceso están interrelacionadas y son interdependientes. Los datos de la evaluación ofrecen información para las

fases de diagnóstico y de planificación. De forma similar, el plan de cuidados nos sirve de guía para a fase de ejecución y determina los criterios para la evaluación.

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

4.2.1 Biografía de Dorothea E. Orem

Dorothea E. Orem, una de las primeras teóricas de la enfermería, nació en Baltimore, Maryland. Su padre trabajador de la construcción era aficionado de la pesca y su madre ama de casa. Inicio su carrera de enfermería en la escuela de enfermería del Providence hospital de Washington D.C donde finalizo su diplomatura a principios de la década de los 30.

Orem ostentó el cargo de directora de la escuela de enfermería en el Providence Hospital, Detroit, de 1940 a 1949; tras marcharse de Detroit, Orem pasó siete años en Indiana, de 1949 a 1957 trabajando en la División of Hospital and Institucional del Indiana State Board of Health; su meta era mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales de todo el estado. Durante este tiempo Orem desarrolló su definición de la práctica de enfermería.(Marriner-Tomey, Modelos y Teorias de Enfemeria , 2007)

En 1957 se trasladó a Washington D.C trabajando como consultora para planes de estudio de la oficina de educación y bienestar (HEW) desde 1950 a 1960. Durante esta etapa comienza a detectar déficit en la formación de las enfermeras sin titulación

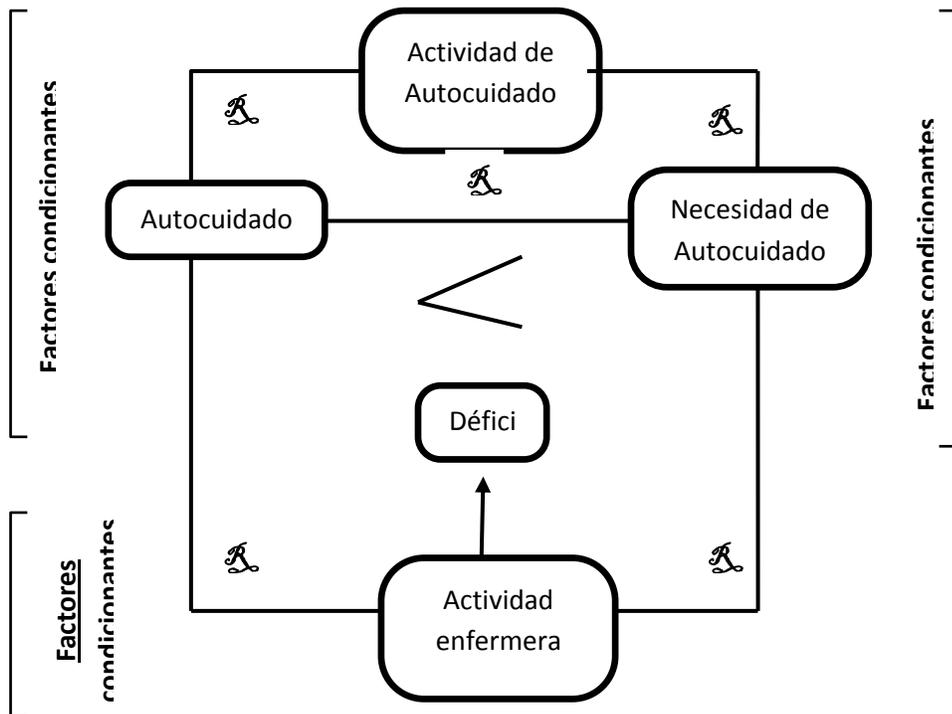
En 1959 inició su actividad docente como profesora agregada de formación de enfermería en la universidad católica de América. Posteriormente fue decana en funciones en la escuela de enfermería y profesora adjunta de formación de enfermería.

En 1969 Orem publica sus primeras reflexiones formales sobre la enfermería

En 1971 edita el libro sobre la teoría general del déficit de autocuidado, con el cual obtiene el título de honorífico de doctora en ciencias. (Osteguin Meléndez, teoría general del déficit de autocuidado, 2001)

4.2.2. CONCEPTOS PRINCIPALES Y DEFINICIONES

Orem etiqueta su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas; la teoría de autocuidado que describe por qué y el cómo las personas cuidan de sí misma; la teoría de déficit de autocuidado que describe y explica como la enfermería puede ayudar a la gente y la teoría de sistemas enfermeros que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca la enfermería.



4.2.3. Conceptos principales

Figura 13.1

Un marco conceptual para la enfermería.

\mathcal{R} : relación. \triangleleft : Déficit de relación actual o prevista.

4.2.3.1 el autocuidado

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras o que están proceso de maduración misma que han desarrollado a partir de las capacidades para cuidar de sí mismos en sus condiciones ambientales. (Orem, 1993)

4.2.3.2. Requisitos de autocuidado

Un requisito de autocuidado es un requisito formulado y expreso 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 para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humano en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personal. Y (2) la naturaleza de su acción requerida. Los requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los resultados (los objetivos del autocuidado).

4.2.3.3. Requisitos de autocuidado universal

Los ocho requisitos de autocuidado universal son comunes a la de los seres humanos incluyen:

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente a alimento.
4. Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social

7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano, dentro de los grupos sociales.

Estos requisitos de autocuidado universal abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida. Cada uno de ellos es importante para el funcionamiento humano. Estos requisitos de autocuidado universal son tareas esenciales que un individuo debe de ser capaz de realizar para cuidar de sí mismo, sin embargo, estos ocho requisitos no deberían considerarse aisladamente ya que interactúan entre si, por lo que Orem contempla los requisitos de autocuidado como demandas de autocuidado que se hacen al individuo: debe cubrir activamente estas demandas mediante el empleo de habilidades que ha aprendido y que tienen un contexto cultural apropiado.

4.2.3.4 Requisitos de autocuidado del desarrollo

Son las expresiones más específicas y particulares de la persona que se derivan de una condición, o están asociados a un acontecimiento de la vida y de estos hay dos grupos

1. Los que apoyan procesos vitales, promueven el desarrollo y la maduración y previenen efectos negativos estas etapas son
 - ❖ Vida intrauterina
 - ❖ Vida neonatal, ya sea un parto a término o prematuro o un niño con peso normal o con bajo peso
 - ❖ Lactancia
 - ❖ Infancia, adolescencia y adulto joven
 - ❖ Adulto
 - ❖ Embarazo
2. Los que mitigan o superan efectos negativos reales o potenciales como son:

- ❖ Privación educacional
- ❖ Problemas de adaptación social
- ❖ Pérdida de familiares, amigos o colaboradores
- ❖ Pérdida de trabajo
- ❖ Cambio súbito en las condiciones de vida
- ❖ Cambio de posición social o económica
- ❖ Mala salud, condiciones de vida o incapacidad, enfermedad terminal
- ❖ Muerte
- ❖ Peligros ambientales

Estos constituyen una amplia gama de eventos identificados por Orem como importantes para los procesos naturales de desarrollo de un individuo.

4.2.3.5. 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.

4.2.4. Necesidades de autocuidado terapéutico

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

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

La necesidad terapéutica de autocuidado en cualquier momento:

1. Describe los factores del paciente o el entorno que hay que mantener estables dentro de una gama de valores o hacer que lleguen a esa gama para el bien de la vida, salud o bienestar del paciente.
2. Tiene un alto grado de eficacia instrumental derivada de la opción de las tecnologías y las técnicas específicas para utilizar, cambiar o de alguna manera controlar al paciente o los factores de su entorno.

4.2.5. Actividades de autocuidado

Se define como la compleja habilidad adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano.

4.2.6. Agente

Es la persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tiene el poder de comprometerse en un curso de acción.

4.2.6.1. Agente de cuidado dependiente

Es el adolescente o el adulto que acepta asumir la responsabilidad de conocer y cubrir las demandas terapéuticas de autocuidado de otras personas importantes para él, que dependen socialmente de él, o que regula el desarrollo o el ejercicio de la actividad de autocuidado de estas personas.

El déficit de autocuidado es una relación entre la propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existentes.

4.2.6.2. Actividad enfermera

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

4.2.7. Diseño enfermero

Se trata de una actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción enfermera, a partir de juicios prácticos de reflexión sobre las condiciones existentes, para sintetizar los elementos de una situación concreta de relaciones ordenadas a unidades operativas de estructura.

El objetivo del diseño enfermero es ofrecer guías para alcanzar los resultados necesarios y previstos en la producción de la enfermería hacia el logro de las metas enfermeras; las unidades conjuntas constituyen la pauta que guía la producción de la enfermería.

4.2.8. TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben, deliberadamente llevar a cabo, por sí solas o haber llevado para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar; el autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrecen la base para entender los requisitos de la acción y la limitación de la acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería.

El autocuidado, como función reguladora del hombre, se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano, como la regulación endocrina; el autocuidado se debe aprender y desarrollar de manera

deliberada y continua y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus períodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de salud o estados de desarrollo, niveles de energía y factores medioambientales.

4.2.9. TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

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

El déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado; es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudaran a comprender el papel del paciente en el autocuidado.

4.2.10. SISTEMAS ENFERMEROS

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

Métodos de ayuda

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

Las enfermeras utilizan todos los elementos, los seleccionan y los combinan en relación con las necesidades de acción de las personas que reciben tratamiento enfermero y en relación con las limitaciones de acción asociadas con su estado de salud:

1. Actuar o hacer por cuenta de otro. Tarea relacionada más directamente con el cuidado a la salud , asociado con el cuidado físico
2. Guiar y dirigir. Proporcionar información o consejo relevante para satisfacer sus necesidades de autocuidado
3. Ofrecer apoyo fisiológico o psicológico. Cooperación enfermera-paciente y apoyo psicológico provisión de una presencia comprensiva capacidad de escucha.
4. Ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal. Entorno que favorezca la satisfacción de necesidades de autocuidado de salud del paciente
5. Enseñar. Describir y explicar al paciente sus propias demandas del autocuidado.

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

<p>La hipertensión es una enfermedad crónica degenerativa que consiste en un aumento sostenido de la tensión arterial sistémica.</p>	
Periodo prepatogénico	Periodo patogénico
Agente:	Muerte
<p>Los vasos sanguíneos</p> <p>Arterioesclerosis, renal endocrinas, neurogena.</p>	Invalidez o Estado Crónico
	<p>C</p> <p>L</p> <p>I</p> <p>N</p> <p>I</p> <p>C</p> <p>A</p>
	<p>Complicaciones: insuficiencia del ventrículo izquierdo, arterioesclerosis</p> <p>Infarto agudo al miocardio</p> <p>Insuficiencia cardiaca</p> <p>Enfermedad cerebro-vascular</p>
Huésped:	<p>Signos y Síntomas: son inespecíficos y derivan de complicaciones en órganos blancos, cefaleas, mareos, zumbido de oídos, visión borrosa, diaforesis, epistaxis</p>
<p>Edad entre los 50-60 años, sexo, raza, obesidad, herencia, diabetes, dietas ricas en sodio, alcohol, tabaquismo.</p>	<p>Cambios sistémicos: principalmente se encuentran cambios sistémicos en la presión arterial en las bases del corazón, junto con el comienzo de la falta de oxigenación cerebrovascular</p>
Ambiente:	<p>Cambios locales: engrosamiento del corazón de las paredes de los ventrículos</p>
<p>Desequilibrio en la enzima renina-angiotensina. Hábitos y costumbres de los grupos sociales, recursos económicos y la calidad de vida, clima, medio laboral</p>	<p>Cambios tisulares: puede ocasionarse una sobre carga del volumen sanguíneo</p>

PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA	PREVENCIÓN TERCIARIA	
PROMOCIÓN DE LA SALUD	PROTECCIÓN ESPECIFICA	DIAGNOSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO	LIMITACIÓN DEL DAÑO	REHABILITACIÓN
<p>Proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y la conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectiva mediante actividades de Participación Social, Comunicación Educativa y Educación para la salud.</p>	<p>Disminuir la mortalidad cardiovascular en la población Control de los factores de riesgo Restricción de sodio. Evitar el consumo de alimentos salados adquirir aptitudes para la realización de ejercicio e insistir cada vez mas</p>	<p>Determinar factores heredo familiares Medir la presión arterial Disminuir el alto consumo de cloruro de sodio evitar el sedentarismo, sobrepeso. Examen general de orina. Química sanguínea Realizar un electrocardiograma El tratamiento oportuno de hipertensión Es un proceso que nos permite fomentar al individuo en adoptar un estilo de vida saludable familiar Evitando el uso excesivo de sodio en los alimentos, y si no se logra establecer el la presión sanguínea utilizar algún atihipertensivo.</p>	<p>Implementar medidas encaminadas a evitar la progresión del deterioro y velocidad del proceso patogénico a través de la dieta, ejercicio reducción del peso, control de la hipertensión arterial se llega hasta esta etapa cuando la enfermedad cardiovascular ha sido avanzada ocasionando complicaciones a nivel circulatorio ocurriendo la hospitalización</p>	<p>El logro de restablecer la salud, adoptando nuevos conocimientos para participar en el cuidado de su salud mediante la participación en algún grupo de ayuda mutua para su cuidado.</p>
1 ^{er} nivel	2 ^{do} nivel	3 ^{er} nivel	4 ^{to} nivel	5 ^{to} nivel

V. Desarrollo del Proceso de Enfermería

5.1. Caso clínico

Se trata de V.C.D, de 50 años de edad, casada, madre de 12 hijos, residente de Tingambato Michoacán, profesa la religión católica, se dedica al hogar, estudio hasta la primaria. Actualmente presenta hipertensión arterial. La persona que constituye el principal apoyo para la usuaria, es su esposo, de quien dependen económicamente ella y seis de sus hijos.

Las condiciones del hogar, se encuentran en buen estado, su vivienda es propia, es de ladrillo, tiene todos los servicios básicos convive con 7 personas, no tiene animales cuenta con 3 cuartos y cocina 1 baño y 1 patio.

En relación al requisito de un mantenimiento de un aporte suficiente de aire se puede mencionar que sus campos pulmonares se encuentran bien ventilados, con una frecuencia respiratoria de 18 por minuto, su llenado capilar es de 2 segundos, refiere no ser fumadora, sin embargo cocina con leña desde hace 20 años. A la exploración se observa piel y mucosas hidratadas, con buena coloración y sin escoriaciones. La T/A es de 130/80mmHg y la FC es de 70 latidos por minuto. Para cumplir con el requisito de un aporte suficiente de alimentos, acostumbra 3 comidas al día, en el desayuno habitualmente consume avena y pan; en la comida acostumbra comer frijoles, tortillas, lentejas, pollo, carnes rojas y frutas de temporada, en la cena consume verduras cocidas, té y pan. Actualmente consume dieta Hiposodica. Es alérgica al huevo e intolerante a la lactosa. Presenta problemas en la masticación, de los alimentos debido a la falta de piezas dentales inferiores y superiores y se observa una lesión en mucosa oral. Su glicemia capilar es de 105mg/dl, su peso corporal es de 72kg talla 154 cm, índice de masa corporal es de 31%.

Para el cumplimiento del requisito provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación; la micción es de 5 veces al día de coloración normal. El patrón de eliminación intestinal habitualmente es de 2 veces al día, las heces son formadas, color café claro, presenta flatulencias y peristaltismo normal, sin distensión abdominal. Su temperatura corporal es, de 36°C, con piel limpia y

seca. Acostumbra bañarse diario, pues refiere que de esta forma se siente relajada, realiza cepillado dental 1 vez al día. Menarca a los 18 años con ciclo dé cada 28 días con una duración de 3-5 días ocasionalmente presenta cólico inflamación de mamas. Para el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, camina sin ayuda, practica zumba 2 veces a la semana, se viste por sí misma, de acuerdo a la temporada, presenta problemas para conciliar el sueño debido a entrada y salida de sus hijos al cuarto pues manifiesta que solo duerme en las noches un total de 4-6 horas diarias y al despertarse temprano se observan bostezos, fatiga, cansada y ojeras.

En relación del requisito mantenimiento de equilibrio entre la soledad y la integración social ella forma parte, de una familia nuclear, unida, conformada por su esposo y 12 hijos, al comunicarse expresa sus ideas y sentimientos sin dificultad. Refiere tener en ocasiones cambios del estado de ánimo. En la prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano, acude a control médico cada 2 meses, toma medidas preventivas dentro y fuera del hogar, se automedica cuando padece de un cuadro diarreico o gripal. La promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales, no presenta alguna característica que la haga sentir menos que los demás. Niega toxicomanías.

El diagnostico medico referido es hipertensión arterial, tratamiento médico farmacológico es:

Captopril 25 mg ½ tableta cada 12 horas (mañana y noche)

Paracetamol 500 mg en caso de dolor

Ampicilina 250 mg 1 tableta cada 8 horas

Complejo B tabletas 1 diaria

5.2. Valoración basada en el referente teórico de Dorothea E. Orem

5.2.1. Factores condicionantes básicos

V.C.D femenina, de 50 años de edad, casada, profesora de la religión católica, se dedica al hogar, es madre de 12 hijos, estudio hasta la primaria, reside en Tingambato Michoacán.

La persona que constituye el principal apoyo para la usuaria, es su esposo, de quien depende económicamente junto con sus 6 hijos

Las condiciones del hogar, se consideran en buen estado, su vivienda es propia, es de ladrillo, tiene todos los servicios básicos, convive con 7 personas, no tiene animales, cuenta con 3 cuartos y 1 cocina, 1 baño y 1 patio.

5.2.2. Requisitos de autocuidado universales

a. Mantenimiento del aporte de aire suficiente.

Sus campos pulmonares se encuentran bien ventilados

FC 70 latidos x' T/A 130/80 mmHg FR 18 x', su llenado capilar es de 2 segundos

Niega tabaquismo, más sin embargo cocina con leña desde hace 20 años

b. Mantenimiento de un aporte de agua suficiente.

A la exploración se observan piel y mucosas hidratadas sin escoriaciones, consume

1500 ml de agua al día, acostumbra a purificar el agua mediante la ebullición y cloración,

c. Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.

Peso 72 Talla 154 IMC 31 Niveles de Glucosa 105mg/dl

Su estilo de vida: en la alimentación manifiesta llevar una dieta baja en sodio, últimamente se ha observado variaciones en cuanto a su peso pues se han notado pérdidas de 1-3 kg. Además en total le hacen falta 14 piezas dentarias.

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

Micciones 5 veces al día. Evacuaciones 2 veces al día con heces formadas duras.

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

Refiere dormir menos de 6 horas durante la noche debido a la entrada y salida de sus hijos, Presenta ojeras y bostezo con frecuencia, al despertarse se siente cansada y con fatiga, no acostumbra tomar siestas durante el día.

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

No manifiesta ninguna característica que la haga sentirse menos, Se comunica sin dificultad y expresa libremente sus sentimientos e ideas con su familia

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

Toma medidas preventivas, dentro y fuera del hogar. En la medida de lo posible promueve un estilo de vida saludable dentro de su casa y realiza ejercicio durante 30 minutos. Comenta que desde hace 1 año se adaptó a una dieta Hiposodica.

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

Al interrogatorio responde que no considera que presente características que la hagan sentir diferente a los demás. Acude a un grupo de ayuda mutua para su control de la hipertensión. Acude a revisión médica

Refiere tener cambios de ánimo

5.2.3. Requisitos de autocuidado de desarrollo

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

Etapa de desarrollo:

Rol (es): esposa, madre de 12 hijos, ama de casa

Salud Sexual: Historia Gineco- obstétrica: Menarca a los 18 años con duración de 3-5 días con una frecuencia de cada 28 días presento 12 embarazos 12 partos su método de planificación familiar es el uso del preservativo desde hace 10 años

5.2.4. Requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud

Diagnóstico médico de hipertensión arterial

Requisitos con desviación de la salud:

Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo

Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

Prevencciones de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano

Mantenimiento de un equilibrio entre la relación social y la soledad

5.3. Diagnósticos de Enfermería

Diagnóstico de enfermería 1 trastorno del patrón del sueño relacionado con la falta de intimidad y ruido, manifestado por informes y quejas verbales de no sentirse bien descansado y haberse despertado continuamente.

Dominio: 4 actividad/reposo

Clase: 1 sueño/reposo

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

5. 4. Plan de Intervención

Criterio de Resultado: 0004 SUEÑO (NOC)

Dominio: salud funcional (I)

Clase: mantenimiento de la energía

Destinatario de cuidados

Escala (s): gravemente comprometido hasta no comprometido

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: _7_ Aumentar a: 20

código	indicadores	gravemente comprometido 1	Sustancialmente 2	Moderadamente 3	Levemente 4	No comprometido 5
000401	Horas de sueño	x				
000402	Horas de sueño cumplidas	x				
000421	Dificultad para conciliar el sueño			x		
000406	Sueño interrumpido		x			

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

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

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

De apoyo educativo

Intervención de enfermería (NIC): Manejo ambiental: confort

Acciones de enfermería	Fundamento científico
<ul style="list-style-type: none">• Evitar interrupciones y permitir periodos de reposo• Crear un ambiente tranquilo y de apoyo• Ajustar la iluminación de manera que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa a los ojos• Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frio.	<p>Los seres humanos necesitan cierta cantidad de sueño durante un periodo prolongado para mantener el funcionamiento óptimo de su organismo tanto físico como mental.</p> <p>Las horas que necesitan de sueño varían de acuerdo con la edad de cada individuo.</p> <p>Los individuos que no tienen sueño tienden a desarrollar una personalidad sumamente irritable y pueden tener un comportamiento neurótico.</p> <p>Los métodos que favorecen el descanso y sueño deben tener como bases de satisfacer las necesidades de descanso y sueño durante la vida, se debe de ser carente sobre los estimulantes que impiden conciliar el sueño como son la comodidad física, la luz y el ruido que son los principales factores.</p>

Método (s) de ayuda: actuar o hacer por otro o hacer algo por otro

Guiar o dirigir. (x)

Brindar apoyo físico y psicológico. (x)

Proporcionar un entorno adecuado. (x)

Enseñar. (x)

5.4. Ejecución

Se implementaron las siguientes acciones durante 5 días para lograr que la paciente cubra los periodos de reposo y sueño recomendados.

Se promovió la realización de una serie de rutinas con la participación de la familia; inicialmente se invitó a la paciente a que tomara una siesta de 20 a 30 minutos por la tarde, se le recomienda que no lo haga inmediatamente después de comer pero si temprano para que no se interponga con la hora en que acostumbra ir a dormir por la noche. Además se le propone una serie de técnicas de ayuda para conciliar el sueño, se le sugiere la práctica de la lectura de un libro, se considera en especial la biblia, por elección de la paciente; por otro lado se habla con sus hijos menores y se les explica la necesidad de que durante la siesta de la paciente salgan a jugar en el patio, en la medida de que esto sea posible y a los mayores se les invitó a que realicen su trabajo escolar en otra habitación de la casa.

Entre otras intervenciones, se revisa y acondiciona la habitación de la paciente para evitar las corrientes de aire, se colocaron cortinas en las ventanas y el quicio de la puerta del cuarto; se le proporcionó un cobertor para así favorecer el control de la temperatura corporal, se instaló una lámpara ahorradora de luz, en conjunto con la paciente se escogió un horario para que la paciente tome su siesta o descanse, aunado a ello se le ofrece un té o avena caliente para favorecer su comodidad; durante el desarrollo de estas intervenciones se observó a la paciente con el fin de determinar la cantidad y la calidad de su sueño y descanso.

5.5. Evaluación

Criterio de Resultado: 0004 sueño (NOC)

Dominio: salud funcional

Clase: mantenimiento de la energía

Destinatario de los cuidados

Escala (s): gravemente comprometido hasta no comprometido y grave hasta ninguna

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: _15_Aumentar a: 20

código	indicadores	gravemente comprometido 1	Sustancialmente 2	Moderadamente 3	Levemente 4	No comprometido 5
000401	Horas de sueño				x	
000402	Horas de sueño cumplidas			x		
000421	Dificultad para conciliar el sueño				x	
000406	Sueño interrumpido				x	

Al término de la intervención de enfermería, mediante el apoyo físico y el manejo del entorno la puntuación diana se elevó a 15, la persona manifiesta mejoría y se muestra satisfecha con la intervención.

Diagnóstico de enfermería 2

Deterioro de la mucosa oral relacionado con conocimientos deficientes sobre la higiene oral adecuada e higiene oral inefectiva, manifestado por dificultad para comer, falta de piezas dentarias y lesiones orales.

Dominio: 11 seguridad y protección

Clase: 2 lesión física

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

6. 3. Plan de Intervención

Criterio de Resultado: 1100Higiene Bucal

Dominio: salud fisiológica (II)

Clase: integridad tisular (I)

Destinatario de los cuidados

Escala (s): gravemente comprometido hasta no comprometido y grave hasta ninguno

código	indicadores	gravemente comprometido 1	Sustancialmente 2	Moderadamente 3	Levemente 4	No comprometido 5
11000 1	Limpieza de la boca		X			
11000 6	Limpieza de prótesis dentaria		X			
11001	Integridad de la mucosa oral			x		
11001 4	Integridad de las encías		X			

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 8 Aumentar a: 20

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

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

Sistema de enfermería: Parcial () Totalmente compensatorio ()

De apoyo educativo (x)

Intervención de enfermería (Agencia de Enfermería):pp594

Mantenimiento de la salud bucal

Acciones de enfermería	Fundamento científico
<p>Establecer una rutina de cuidados bucales</p> <p>Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral</p> <p>Observar el color, el brillo y la presencia de restos alimenticios en los dientes</p> <p>Animar y ayudar al paciente a lavarse la boca</p> <p>Enseñar a la persona a cepillarse los dientes, las encías y la lengua</p> <p>Recomendar el uso de un cepillo de dientes de cerdas suaves</p> <p>Recomendar una dieta saludable y la ingesta adecuada de agua</p> <p>Consultar con el médico o dentista si persisten las molestias</p>	<p>Al parecer la higiene bucal en sus recomendaciones esenciales es realizar el cepillado dental después de cada alimento, para evitar el acumulación de restos alimenticios en la cavidad.</p> <p>La higiene bucal es realizar limpieza desde adentro hacia afuera utilizando un accesorio de cerdas suaves para evitar ocasionar una lesión física.</p>

Método (s) de ayuda: Guiar o dirigir Enseñar

5.4. Ejecución

Se explica la necesidad de autocuidado como un hábito personal, se fomentan las revisiones dentales regulares, se le explica y enseña la técnica de cepillado, se le recomienda el uso de un cepillo dental de cerdas suaves e hilo dental, en conjunto con la paciente se establece un horario para realizar los cuidados dentales, se le proporciona a la paciente un enjuague de bicarbonato de sodio para después de la comida, se revisa y observa el brillo y color de las

piezas dentarias que todavía tiene y se busca la presencia de restos alimenticios, además se le orienta y explica acerca del uso de la placa dental.

5.5. Evaluación

Criterio de Resultado: higiene bucal 1100 pg494

Dominio: salud fisiológica

Clase: integridad tisular

Destinatario de los cuidados

Escala (s): gravemente comprometido hasta no comprometido

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 15 Aumentar a: 20

código	indicadores	gravemente comprometido 1	Sustancialmente 2	Moderadamente 3	Levemente 4	No comprometido 5
11000 1	Limpieza de la boca				x	
11000 6	Limpieza de prótesis dentaria				x	
11001 2	Integridad en la mucosa oral			x		
11001 4	Integridad de las encías				x	

Al término de las intervenciones se hace evidente que la usuaria realiza la limpieza de su boca mediante la técnica correcta del cepillado dental, por lo que en la evaluación la puntuación diana de los indicadores aumenta 15 a 20

Diagnóstico de enfermería: 3

00200 Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardiaca, relacionado con falta de conocimientos sobre los factores de riesgo modificables, sobrepeso, obesidad, e Hipertensión

Dominio: 4 actividad/ reposo

Clase: 4 respuesta cardiovascular/pulmonar

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

5. 3. Plan de Intervención

Criterio de Resultado: 0400 efectividad de la bomba cardiaca pg. 409

Dominio: salud fisiológica (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: 15 Aumentar a: 20

código	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
04000 1	Presión sanguínea sistólica			X		
04001 9	Presión sanguínea diastólica			x		
04000 2	Frecuencia cardiaca				x	
04000 6	Pulsos periféricos					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 (x)

Intervención de enfermería (Agencia de Enfermería): cuidados cardiacos

pg221

Acciones de enfermería	Fundamento científico
<ul style="list-style-type: none">• Reconocer la presencia de alteraciones de la presión sanguínea• Observar signos vitales con frecuencia• Controlar el equilibrio de líquidos (ingestión eliminación y peso diario• Establecer ejercicios y periodos de descanso para evitar la fatiga• Vigilar la respuesta del paciente a los medicamentos anti arrítmicos.• Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica	<p>La presión arterial que ejerce el musculo cardiaco en las paredes de los vasos puede originar una arritmia dentro de las paredes esto ocurre principalmente en las formas secundarias.</p> <p>El término de enfermedad hipertensiva se utiliza cuando existen datos clínicos de hipertrofia cardiaca o de una complicación secundaria a la hipertensión en algún órgano distinto. La mejor forma de controlar la enfermedad es en que el paciente adopte de carácter fundamental también el tratamiento no farmacológico durante los primeros 12 y 6 meses respectivamente este manejo incluye: una alimentación saludable, reducción de la ingesta de sal, control de peso, control de los niveles de colesterol, disminución de la ingesta de alcohol, evitar fumar, y realizar una actividad física constante.</p>

Método (s) de ayuda: guiar o dirigir

Brindar apoyo fisiológico y psicológico

Enseñar

5.4. Ejecución

Se explica a la usuaria sobre las acciones a realizar durante 5 días, se establece un horario fijo para la toma de la presión arterial y se le explica cuál es la técnica y el objetivo de realizar la toma.

Se le comenta que de acuerdo con la NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial, es necesario disponer de un estetoscopio y un esfigmomanómetro de columna de mercurio calibrado, un lápiz o lapicero una hoja de control de HTA, La medición se efectuará después de por lo menos 5 minutos en reposo, el paciente se abstendrá de fumar, tomar café, productos cafeinados y refrescos de cola por lo menos 30 minutos antes de la medición, no deberá tener necesidad de orinar o defecar, deberá estar en un ambiente tranquilo y apropiado, el paciente debe estar relajado, con el brazo apoyado y descubierto. Así pues, la medición de la HTA se realizó por las mañanas, en el cuarto de la paciente antes de que realizara algún esfuerzo físico.

Se realiza la toma de signos vitales cada 12 horas y se obtiene durante 3 días las cifras de 140/90 mmHg y los otros restantes de 130/80mmHg. Además se revisa el llenado capilar diariamente con una duración de 2 segundos.

Durante el día se llevó un control de la ingesta de líquidos con el apoyo de una jarra de agua de 2000 mililitros, se observó un consumo promedio de 1500 mililitros durante 24 horas.

Administración de medicamentos indicados por vía oral a la hora correspondiente.

Se realiza somatometría: Peso: 70KG Talla: 154 Cm IMC: 30

Se orienta a la familia y la paciente acerca de los beneficios que tiene el adoptar un estilo de vida saludable para mejorar la nutrición y evitar el sedentarismo, sobrepeso y obesidad.

Por otro lado, se diseña un menú diario con el apoyo de la paciente asegurando que se observó una dieta Hiposodica y baja en grasas saturadas, para ello se utiliza el plato del bien comer.

Se pide a la paciente que se mantenga activa realizando ejercicio al menos 30 minutos diarios teniendo en cuenta periodos de descanso.

5.5. Evaluación

Criterio de Resultado: 0400 efectividad de la bomba cardiaca pg. 409

Dominio: salud fisiológica (II)

Clase: cardiopulmonar (E)

Escala (s): desviación graves del rango normal hasta sin desviación del rango normal/ grave hasta ninguno

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 18Aumentar a: 20

código	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
04000 1	Presión sanguínea sistólica				x	
04001 9	Presión sanguínea diastólica				x	
04000 2	Frecuencia cardiaca					x
04000 6	Pulsos periféricos					x

Al término de cada intervención la usuaria se mostró atenta a las acciones realizadas y logra aumentar la puntuación diana obteniendo una puntuación de 18 y reconoce como prevenir las complicaciones propias de esta patología.

Diagnostico 4

00182 Disposición para mejorar el autocuidado en relación con manifestación verbal de deseos de aumentar el conocimiento de estrategias para el autocuidado.

Dominio: 4 actividad/ reposo

Clase: 5 autocuidado

Requisito de autocuidado: 7 prevenciones de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano

5. 3. Plan de Intervención

Criterio de Resultado: Nivel de autocuidado 0313 pg534

Dominio: salud funcional (I)

Clase: Autocuidado (D)

Destinatario de los cuidados:

Escala (s): gravemente comprometido hasta no comprometido

Capacidad para realizar actividades de autocuidado personales y actividades instrumentales de la vida diaria

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: _14_ Aumentar a: 20_

código	indicadores	Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	moderada mente comprometido 3	levemente comprometido 4	No comprometido 5
031305	Mantiene higiene personal			x		
031307	Se asea de manera independiente			x		
031314	Reconoce necesidades de seguridad en el hogar				x	
031315	Controla su propia medicación no parenteral				x	

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

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

Sistema de enfermería: Parcial () Totalmente compensatorio ()

De apoyo educativo (x)

Acciones de enfermería	Fundamento científico
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Considerar la cultura del paciente al fomentar actividades de autocuidados. ❖ Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidados. ❖ Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos de adaptación para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse. ❖ Proporcionar los objetos personales deseados, desodorantes, cepillo de dientes y jabón de baño. ❖ Animar al paciente a realizar actividades de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad. ❖ Establecer una rutina de actividades de autocuidados. 	<p>Según las influencias socioculturales sobre el comportamiento, el individuo tiende a buscar la satisfacción de sus necesidades dentro de su cultura, a través de los canales que esa cultura ha establecido para la satisfacción de las necesidades individuales. (Nordmak, 2001.)</p>

Método (s) de ayuda: guiar o dirigir

Brindar apoyo fisiológico y psicológico Enseñar

5.4. Ejecución

Se observa como realizan los cuidados del hogar la paciente y su familia, así como los aspectos propios de su autocuidado personal, se fomentan y ratifican

los beneficios tiene el mantener su hogar y su persona en condiciones adecuadas, además de favorecer la autoestima de la paciente.

Para favorecer los procesos del autocuidado se apoya a la paciente facilitándole los objetos de cuidado personal como es el jabón de baño, cepillo de dientes, desodorante, crema corporal, peine para cabello, desinfectante y una escoba.

Se le orienta acerca de cómo debe realizar el baño e higiene personal, fomentando el uso del baño de regadera con el agua a una temperatura que no altere su temperatura corporal, el uso de jabón neutro para uso personal y preferentemente respetar un horario para llevar a cabo estas actividades. De acuerdo a la ocasión, clima y lugar, se proponen o escogen las prendas de vestir facilitándole a ella cual ropa usar.

Se muestra y observa a la paciente el empleo de la técnica del lavado de manos y uso de desinfectantes, se le recomienda que no se agote, que no exceda su capacidad y que realice las actividades con calma, cuidando su seguridad.

5.5. Evaluación

Criterio de Resultado: Nivel de autocuidado 0313

Dominio: salud funcional (I)

Clase: Autocuidado (D)

Destinatario de los cuidados:

Escala (s): gravemente comprometido hasta no comprometido

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

Se mantiene buena disposición para realizar las acciones de su cuidado personal y de su hogar.

código	indicadores	Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	moderadamente comprometido 3	levemente comprometido 4	No comprometido 5
031305	Mantiene higiene personal					x
031307	Se asea de manera independiente					x
031314	Reconoce necesidades de seguridad en el hogar					x
031315	Controla su propia medicación no parenteral					x

Se logra implementar los cuidados de enfermería de acuerdo con los requerimientos socioculturales y el comportamiento obteniendo una puntuación diaria de 20 en un rango no comprometido

Diagnostico 5

Riesgo de la perfusión tisular cerebral ineficaz relacionado con hipertensión

Dominio 4 actividad reposo

Clase.4 respuesta cardiovascular/ pulmonar

Requisito: mantenimiento de un aporte suficiente de aire

5. 3. Plan de Intervención

Criterio de Resultado: perfusión tisular: cerebral (0406) pg. 561

Dominio: salud fisiológica (II)

Clase: Cardiopulmonar (E)

Destinatario de los cuidados:

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

Adecuación del flujo sanguíneo a través de los vasos cerebrales para mantener la función cerebral

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 14__Aumentar a: _20

código	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
04061 3	Presión sanguínea sistólica			x		
04061 4	Presión sanguínea diastólica			x		
04061 7	Presión arterial media				x	
04060 3	cefalea				x	

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

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

Sistema de enfermería: Parcial () Totalmente compensatorio ()

De apoyo educativo (x)

Intervención de enfermería (precauciones cardiacas): 4050 pg. 660

Prevención de un episodio agudo de la función cardiaca deteriorada al minimizar el consumo de oxigeno del miocardio o aumentar el aporte de oxígeno al miocardio

Acciones de enfermería	Fundamento científico
<ul style="list-style-type: none"> • Evitar situaciones emocionales intensas. • Evitar discusiones. • Proporcionar comidas en poca cantidad y frecuentes. • Sustituir la sal artificial y limitar la ingesta de sodio. • Determinar la disponibilidad del paciente a aprender a 	<p>El estado emocional del individuo afecta de manera importante la presión arterial mediante la asociación que existe entre las reacciones emotivas y el sistema nervioso autónomo. (Nordmark, 2002).</p> <p>Hay mecanismos que controlan el flujo sanguíneo de los tejidos de</p>

<p>modificar su estilo de vida.</p> <ul style="list-style-type: none">• Instruir al paciente sobre el ejercicio progresivo• Instruir al paciente/ familia sobre los síntomas de compromiso cardiaco que indiquen la necesidad de reposo• Alentar técnicas efectivas en la reducción del estrés.	<p>acuerdo con sus necesidades agudas para que aumente la irrigación sanguínea en los tejidos son satisfechas usualmente por la división simpática del sistema nervioso central que produce vasodilatación y apertura de un gran número de capilares. En términos generales, falta de oxígeno en los tejidos produce un aumento del flujo sanguíneo. El Aumento del flujo sanguíneo en el musculo estriado se inicia al comenzar el ejercicio y puede aumentar hasta 20 veces con el ejercicio intenso</p>
---	---

Método (s) de ayuda: guiar o dirigir

Brindar apoyo fisiológico y psicológico

Enseñar

5.4. Ejecución

Se proporciona información a la paciente y la familia sobre las medidas preventivas para no propiciar complicaciones, se apoya a la paciente en la expresión de las cuestiones emocionales, el manejo de las discusiones familiares y se recomienda evitar episodio estresantes que puedan llegar a comprometer el gasto cardiaco.

Además se supervisa el apego a la dieta Hiposodica y se fomenta el evitar el uso del salero en la mesa.

Se estructura un programa de toma signos vitales cada 24 horas

Por otro lado, se resalta la supervisión del ejercicio que realiza la usuaria durante la semana que se trabajó este aspecto de su autocuidado, además se enfatizan cuáles son las ventajas de cada ejercicio, de cada parte de su cuerpo y evitar el desgaste físico.

Con la participación de la usuaria realizamos ejercicio 2 veces por semana durante 30 minutos, con un espacio de tiempo, haciendo uso del material y equipo de la unidad deportiva, tales como: pelota, sillas, aros, barra de madera conos, cajones, pesas, cuerdas etc.

5.5. Evaluación

Criterio de Resultado: perfusión tisular: cerebral (0406)

Dominio: salud fisiológica (II)

Clase: Cardiopulmonar (E)

Destinatario de los cuidados:

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: 18_Aumentar a: 20

código	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
04061 3	Presión sanguínea sistólica				x	
04061 4	Presión sanguínea diastólica				X	
04061 7	Presión arterial media					x
04060 3	cefalea					x

La paciente se mantiene atenta a la información otorgada logrando aumentar la puntuación diana en los criterios de resultados realizados además siempre está disponible para llevar su control de su presión arterial.

Diagnostico 6

Disposición para mejorar los conocimientos relacionado con, manifestar interés en el tema de aprendizaje, describe experiencias previas relacionadas con su enfermedad

Dominio: 5 percepción cognición

Clase: 4 cognición

Requisito de autocuidado: Promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano

5. 3. Plan de Intervención

Criterio de Resultado: conocimiento. Control de la hipertensión (1837) pg272

Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV)

Clase: Conocimientos sobre salud(S)

Objetivo de los cuidados:

Grado de conocimiento transmitido sobre hipertensión arterial su tratamiento y prevención de complicaciones

Escala (s): Ningún conocimiento hasta conocimiento extenso

Destinatario de los cuidados

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 22 Aumentar a: 30

código	indicadores	Ningún conocimiento 1	Conocimiento escaso2	Conocimiento moderado 3	Conocimiento sustancial 4	Conocimiento extenso 5
183701	Rango normal de la presión arterial sistólica				X	
183702	Rango normal de la presión arterial diastólica				X	
183703	Presión arterial diana			X		
183704	Métodos para medir la presión arterial diana			X		
183709	Uso correcto de la medicación prescrita				X	
183717	Programa				X	

	recomendado para controlar la presión arterial					
--	--	--	--	--	--	--

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

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

Sistema de enfermería: Parcial () Totalmente compensatorio ()

De apoyo educativo (x)

Intervención de enfermería (enseñanza: proceso de la enfermedad):
5602.pg354

Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad.

Acciones de enfermería	Fundamento científico
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad de la hipertensión. ➤ Describir la fisiopatología de la hipertensión ➤ Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad ➤ Identificar etiologías posibles ➤ Proporcionar al paciente información acerca de la enfermedad 	<p>Se sabe que la hipertensión es una enfermedad denominada asesino silencioso, ya que generalmente se desconoce la causa, y no hay cura, puesto que la persona que la padece si no se trata progresa a retinopatía, insuficiencia renal, enfermedad de arteria coronaria. Ofrecer información sobre la enfermedad, el tratamiento y su control. Las metas primordiales en el paciente son de controlar su presión arterial, reducir el riesgo de complicaciones y utilizar el</p>

<ul style="list-style-type: none">➤ Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad➤ Instruir a paciente sobre cuáles son los signos y síntomas que debe informar al cuidador	menor número de fármacos.
--	----------------------------------

Método (s) de ayuda: guiar o dirigir

Brindar apoyo fisiológico y psicológico

Enseñar

5.4 Ejecución

Se le hace una serie de preguntas a la usuaria acerca de su enfermedad para valorar el conocimiento que tiene acerca de la misma, para poder brindarle apoyo en lo que se identifique un déficit.

La usuaria, tiene cierto conocimiento de la hipertensión arterial como patología, algunos de los signos y síntomas, diagnóstico, tratamiento y complicaciones, pero de manera muy general y debido a la disposición que presenta se programó una serie pláticas con ella y con su familia acerca del tema, para profundizar en cada una de los aspectos mencionados, teniendo como apoyo didáctico un rotafolio. Se hace mayor énfasis en cuáles son las medidas preventivas que deben de tener para minimizar complicaciones tempranas, acudir a revisión médica cada 2 meses para mantenerse en control.

5.5. Evaluación

Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV)

Clase: Conocimientos sobre salud(S)

Objetivo de los cuidados:

Escala (s): Ningún conocimiento hasta conocimiento extenso

Destinatario de los cuidados

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 28_Aumentar a: 30_

código	indicadores	Ningún conocimiento 1	Conocimiento escaso2	Conocimiento moderado 3	Conocimiento sustancial 4	Conocimiento extenso 5
183701	Rango normal de la presión arterial sistólica				X	
183702	Rango normal de la presión arterial diastólica				X	
183703	Presión arterial diana					X
183704	Métodos para medir la presión arterial diana					X
183709	Uso correcto de la medicación prescrita					X
183717	Programa recomendado para controlar la presión arterial					X

Con base en los cuidados aplicados para este diagnóstico se logra aumentar la puntuación diana a 28 donde la paciente refiere mantenerse en alerta en cuanto a la evolución de la enfermedad y acudir a sus citas médicas para su control.

VI. CONCLUSIONES

Como una primera conclusión de la aplicación de este proceso enfermero se desprende que fue de gran provecho para la señora V.C.D. ya que en lo general, como se pudo observar en las evaluaciones de cada intervención, se alcanzaron los objetivos; además en la relación enfermera-paciente hubo empatía por lo que se puede concluir que se obtuvieron resultados satisfactorios para todos los involucrados.

Luego del desarrollo y culminación de las intervenciones se pudo llegar a la conclusión de que el proceso de enfermería más que solo procedimientos y técnicas abarca un método de enseñanza más completo, dinámico y fundamental para garantizar el cuidado de enfermería basado en un referente teórico de E. Orem para emplearlo en una persona sana o enferma, en este caso fue de una paciente que padece hipertensión arterial, teniendo en cuenta que esta metodología de trabajo es otra forma de adquirir y otorgar conocimientos para que el paciente logre asumir su autocuidado.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- I. Heather, T. (2009-2011). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación (2da ed.). Barcelona: Elsevier
- II. Bulechek, G., Butcher, H. Y Mc Closkey, j. (2009). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. (5ta ed.). Barcelona: Elsevier
- III. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., y Swanson, E. (2009) *clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. (5ta ed.). Barcelona: Elsevier
- IV. Stephen, j (1993). Modelo de Orem: *aplicación práctica*. (1ra ed.). Masson: Barcelona
- V. Osteguín, M., Velázquez, (2001). Teoría general del déficit de autocuidado: *guía básica ilustrada*. (1ra ed.). México, D.F: El manual moderno.
- VI. Tapia, Conyer (2005). El manual de salud pública:(2da ed.). México: intersistemas. S.A. de C V.
- VII. Brunner, L, S. manual de la enfermería: (4ta ed.). Interamericana./Mc. Graw-Hill
- VIII. William f. Ganong, (1978). Manual de fisiología medica: (6ta ed.): el manual moderno S.A. de CV
- IX. Madelyn Nord Mak/ Roh weder, rn, m.n. (2005). Bases científicas de Enfermería: (2 da ed.). Manual moderno S.A. de C. V.
- X. Alfaro. (1999). Aplicación del proceso enfermero: (5ª ed.). Barcelona: elsevier

VIII. BIBLIOGRAFÍA

Heather Herdman, T. (2009-2011). Diagnósticos Enfermeros (2ad ed.). Barcelona: Elsevier

Butcher, H.& / y Mc closkey,J. (2009). Clasificación de intervenciones de enfermería (nic). (5ta ed.). Barcelona: Elsevier

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., y Swanson, E. (2009) clasificación de resultados de enfermería (NOC). (5ta ed.). Barcelona: Elsevier

Osteguín M, R,M Y Velázquez, H,S. (2001). Teoría general del déficit de autocuidado guía básica ilustrada. (1ra ed.). México, manual moderno, S.A. de C.V.

Stephen j.cavanagh. (1993). Modelo de orem.(1er ed.). Barcelona masson, S, A.

Sandra M.Nettina, RN, C, MSN, ANP. (1999). Manual de enfermería practica. (1ra ed.).McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C.V.

Madelyn Nord Mak/ Roh weder, rn, m.n. (2005). Bases científicas de Enfermería:(2 da ed.). Manual moderno S.A. de C. V.

Tapia, Conyer (2005). El manual de salud pública:(2da ed.). México: intersistemas. S.A. de C. V.

Carpenito, L.J. (1995) diagnostico de enfermería:(5ta ed.) Mc Graw-Hill-Interamericanas, S.A. de C. V.

P.Wlyer, B.J.Taptich. (1997) proceso y diagnósticos de enfermería: (2da ed.)Mc Graw-Hill-Interamericanas, S.A. de C. V.

Norma oficial mexicana NOM-030-SSA2-1999 para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial

IX. GLOSARIO DE TÉRMINOS

9.1 Terminología de la Teoría General del Déficit de Autocuidado

Agente

Es la persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tiene el poder de comprometerse en un curso de acción.

Autocuidado

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras o que están madurando inician o 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 el bienestar.

Déficit de autocuidado

Se refiere a la relación entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos.

Requisito

Se usa para identificar una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo.

9.2 Terminología Médica

Hipertensión

Es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias.

Presión arterial

Es la presión de la sangre dentro del sistema arterial general.

Presión sistólica

Es la presión más alta de la sangre contra la pared de los vasos después de la contracción ventricular.

Presión diastólica

Es la presión más baja de la sangre contra la pared del vaso después del cierre de la válvula aortica

X. ANEXOS

10.1 Guía de valoración de acuerdo al referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem

GUIA DE VALORACIÓN CON EL REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO

FACULTAD DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DE CELAYA

MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

GUIA DE VALORACION

(DOROTHEA ELIZABETH OREM)

Elaboró: MCE. Vanesa Jiménez Arroyo

Aplicó: PLE María Isabel Jiménez Cruz

I. FACTORES CONDICIONANTES BASICOS

a) Descriptivos de la persona

Fecha: 04-12-12 Nombre: V.C.D. Sexo: masc () Fem (x) Edad: 50 años

Religión: católica_ Edo civil: casada _Escolaridad: primaria_

Lugar de residencia: Tingambato Michoacán

Características de la vivienda:

Renta: _____ Propia: x Otros: _____

Material de construcción:

Adobe: _____ Ladrillo: x Otros: _____

Cuenta con los servicios básicos de vivienda:

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

Pavimentación: _____

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios básicos:

Alumbrado público: x _____ Recolección de basura: x _____

Drenaje y alcantarillado: x _____

Rol que ocupa en la familia:

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

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

Como es su relación con la familia:

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

Nivel de educación:

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

Otros: _____

Ocupación: _hogar Horario: _____

Antecedentes laborales: _____

Ingreso económico familiar:

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

Dependencia económica: Si (x) No ()

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

b) Patrón de vida.

¿Qué actividades recreativas realiza en sus tiempos libres?

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

Otras: _____

¿Qué hace usted para cuidar su salud?

_____ realiza ejercicio y dieta _____

c) Estado del sistema de salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno (x)

Regular ()

Deficiente ()

¿A qué servicios de salud acude usted regularmente?

IMSS ()

ISSSTE ()

SALUBRIDAD (x)

PARTICULAR ()

Diagnostico medico: hipertensión arterial

Estado de salud: Grave: ()

Delicado ()

Estable: (x)

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

Hace 20 minutos _____ De su casa al médico.

d) Estado del desarrollo

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

Si (x)

No ()

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

¿Quién autoriza su tratamiento médico?

_____ella _ misma

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO UNIVERSALES

a) Mantenimiento del aporte suficiente de aire.

Frecuencia respiratoria: 18 llenado capilar: 2seg

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

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

¿Cocina con leña?

Si (x) No () Cuanto tiempo: desde hace 20 años

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

Tipo de respiración:

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

Otros: _____

Nariz:

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

Edema: () Otros: _____

Tórax:

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

Otros: _____

Ruidos respiratorios: _____

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

Padece alguna enfermedad pulmonar:

Si () No: (x) Especifique: _____

Cardiovascular:

T/A: 130/80 mmHg FC: 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 ()

Turgencia: Normal: (x) Escamosa: ()

Qué 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 pública (x) Pipa: () Entubada: () Garrafón: ()

Otros: _____

Utiliza algún método para purificar el agua:

Si (x) No () Especifique: __la hierve y la clora__

Ingiere algún otro tipo de líquido durante el día:

Si (x) No () Especifique Cantidad: __500ml__

Aporte de líquidos parenterales:

Especifique _____

c) Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos

Peso: 72 Talla: 164 IMC: 31 Cintura: 102

Ha observado variaciones del peso:

Si (x) No ()

Perdida: (x) Ganancia: ()

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

Dentadura:

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

Especifique: en la parte inferior faltan 6 piezas en la parte superior faltan 8
piezas

Estado de las mucosas:

Presenta algún problema en la mucosa oral:

Si (x) No ()

Especifique:

Lengua en túnica () Estomatitis () Xerostomía () Tumor oral ()
Leucoplaquia () Edema () Lesión oral (x) 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 (x) No ()

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 () Cólico () Otros: _____

Apoyo para la eliminación intestinal: No

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

Características de las heces fecales:

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

Consistencia de las heces fecales:

Pastosa () Semipastosa () Liquida () Semilíquida () Dura (x)

Grupo de eliminación vesical:

Presencia de:

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

Alteraciones uretero-vesicales: _____

Alteraciones en la micción:

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

Apoyo para la evacuación vesical:

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

Características de la micción:

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

Grupo transpiración:

Cambios en los patrones normales de sudoración

Disminuida: (x) Ausente () Aumentada ()

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal: 36°C Dolor: () Alt. Emocionales ()

Temperatura ambiental: 24°C Otros: _____

Grupo menstruación:

Menarca: 18 años _ Días del ciclo menstrual: 1-5__

Tipo, cantidad y características del flujo: rojo oscuro

Presenta algún problema durante su menstruación:

Si () No () Ocasional (x) 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 (x) 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 (x) >1 mes ()

Presencia de:

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

Alucinaciones: ()

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

Factores que interrumpen su descanso y sueño: la entrada y salida de sus hijos
a su cuarto y en ocasiones dolor de cabeza__

¿Acostumbras a tomar siestas?

Si () No (x)

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?

Si () No (x) Especifique: _____

ACTIVIDAD:

Sistema Musculo Esquelético

Presencia en articulaciones de:

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

Especifique:

Tratamiento:

¿Alguna actividad física le produce dolor?

Si () No (x) Especifique:

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si (x) No () Cual: __zumba__

Frecuencia/duración: __2 veces por semana durante 30 minutos

f) Mantenimiento del equilibrio entre soledad y la interacción

Sistema auditivo:

Presenta problemas de audición:

Si () No (x) Especifique: _____

Utiliza apoyo para escuchar:

Si () No (x)

Presencia de:

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

Sistema ocular:

Presenta problemas visuales:

Si () No () Especifique:

Utiliza lentes: _____

Armazón: () Contacto: () Tiempo: _____

Presencia de alteraciones oculares:

Si () No () Especifique: _____.

¿Con quienes convive diariamente?

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

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

Buena (x) Regular () Mala ()

¿A quién recurre para platicar de sus problemas?

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

Observar:

Seguridad (x) Timidez () Introversión () Apatía () 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: _____

Antecedentes heredofamiliares patológicos:

Si () No () Especifique: _____

Toxicomanías:

Si () No (x) Especifique: _____

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?

Si (x) No () Especifique: prevención de accidentes dentro y fuera del hogar recomienda el consumo de una dieta practicar algún deporte

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 (x) No ()

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

Desesperanza y negatividad ()

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

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

Cólera ()

II. REQUISITOS DE AUTO CUIDADO DE DESARROLLO

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

1. Etapas del ciclo vital

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

Niñez Si () No (x) Especifique: _____

Edad escolar Si (x) No () Especifique: varicela _

Adolescente Si () No (x) Especifique: su primera menstruación a los 18 años

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

Edad fértil Si (x) No () Especifique: 12 embarazos a término y
lamentablemente padece hipertensión arterial

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

2. Salud sexual

Sistema reproductor:

Has recibido educación sexual

Si (x) No () Especifique: _____

¿Cuál es su orientación sexual? Saber cuáles son los métodos de planificación sexual así como las enfermedades de trasmisión sexual

¿Con que Frecuencia tiene actividad sexual? 1- 2 al mes

¿Está satisfecho con su vida sexual?

Si (x) No () Porque: la ha disfrutado mucho pues nunca ha tenido infecciones de transmisión sexual_

Número de parejas sexuales: 1 en toda la vida_

Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales:

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

Utiliza algún método de planificación familiar:

Si () No () Especifique/tiempo: preservativo 10 años

Número de hijos: __12__

Tiene problemas de infertilidad:

Si () No (x) Especifique: _____

Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual:

Si () No (x) Especifique: _____

Tratamiento: _____

Cirugías realizadas en aparato reproductor:

Si () No (x) Especifique: _____

Hombre:

¿Acude a examen de Próstata/testicular?

Si () No () Especifique: _____

¿Presenta problemas de erección?

Si () No () Tratamiento: _____

¿Presenta problemas de eyaculación precoz?

Si () No () Tratamiento: _____

Mujer:

Menarca: 18 Días del ciclo menstrual: 3-5

Presenta algún problema durante la menstruación:

Si () No () Ocasional (x) Especifique: cólicos, dolor de mamas

Embarazos: 12 Partos: 12 Cesáreas: 0 Abortos: 0

Partos prematuros: _____ Fechas de último Papanicolaou: 2011

Presencia de flujo/hemorragia transvaginal: _____ Características:

¿Existen alteraciones de crecimiento físico?

Si () No (x) Especifique: _____

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

10.3 Razonamiento diagnóstico

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?

_____conoce que es una enfermedad crónica causada por el aumento de la presión sanguínea del corazón y que se presenta en cualquier persona sobretodo en las personas con sobrepeso pero sabe que con una dieta y ejercicio se puede controlar en un rango normal

¿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: _ejercicio zumba_____

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

Ambientales () Familiares () Personales ()

Especifique: _____

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

Requisitos universales	
Datos objetivos	Datos subjetivos
1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	
F/R 18 X' Cocina con leña Llenado capilar es de 2 segundos	Refiere no se fumadora
2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua	
T/A 130/80 mm/hg F/C: 70 X' Ingesta total de agua durante el día 1.5 litros A la exploración se observan piel y mucosas hidratadas, con buena coloración sin escoriaciones	Acostumbra purificar el agua mediante la ebullición y cloración
3.- Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.	
3 comidas al día Presenta problemas en la masticación de alimentos, en la cavidad oral se observan falta de piezas dental en la parte inferior y superior. Lesión en la mandíbula inferior Actualmente lleva dieta Hiposodica, hipocalórica. Glicemia capilar es de 105 mg/dl Peso:72kg Talla:154 IMC:31	Refiere se intolerante a la lactosa Y huevo

4.- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación urinaria y fecal.	
<p>Su micción es espontanea con una frecuencia de 5 veces al día. la diuresis es amarilla clara presenta 2 veces al día con heces formadas color café claro, presenta flatulencias y peristaltismo normal temp:36c°c piel limpia y seca</p>	<p>Menarca a los 18 años Ciclo menstrual cada 28dias con duración d3 -5 días</p>
5.- Valoración del mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y reposo	
<p>Camina sin ayuda Se viste por si misma de acuerdo a la temporada y ocasión Presenta problemas para conciliar el sueño debido a la entrada y salida de sus hijos al cuarto pues manifiesta que solo duerme de 4-6 horas diarias y al despertarse presenta bostezos, ojeras, fatiga, cansada.</p>	<p>Practica zumba 2 veces por semana Se siente relajada después de bañarse Se adapta a los cambios de temperatura</p>
6.-Mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.	
<p>Pertenece a una familia nuclear y unida Madre de 12 hijos Expresa sus ideas y sentimientos sin dificultad.</p>	<p>Refiere tener cambios de ánimo en ocasiones</p>
7.- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	
<p>Acude al control médico cada 2 meses Realiza cepillado dental 1 vez al día</p>	<p>. realiza zumba 2 veces por semana Refiere evitar peligros dentro y fuera del hogar</p>
8.- Promoción y funcionamiento del desarrollo humano, potencial humano, limitaciones conocidas y el deseo de ser normal.	

No presenta ninguna característica que la hagan sentir diferente a los demás	Se automedica en un cuadro diarreico y febril Niega toxicomanía
--	--

10.3 Razonamiento diagnóstico

<p>Datos significativos (evidencia)</p>	<p>Análisis deductivo (dominio, clase, requisito de autocuidado involucrados)</p>	<p>Problema (etiqueta diagnóstica NANDA II) P</p>	<p>Factor relacionado (etiología) E</p>	<p>Características definitorias (signos y síntomas) S</p>
<p>Duerme un total de 4-6 horas durante la noche</p> <p>No acostumbra siestas</p> <p>Al despertarse se observan bostezos, ojeras, refiere sentirse cansada, fatiga</p>	<p>Dominio:4 actividad /reposo</p> <p>Clase: 1 sueño reposo</p> <p>Requisito:6 mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo</p>	<p>00198</p> <p>Trastorno del patrón del sueño</p>	<p>Ruidos, falta de intimidad</p>	<p>Informes de haberse despertado, quejas verbales de no sentirse bien descansado</p>

<p>Falta de piezas dentarias en la parte inferior y superior</p> <p>Cepillado dental 1 vez al día</p> <p>Lesión en la encía en la parte inferior por pérdida dentaria reciente</p>	<p>Dominio:11 seguridad protección</p> <p>Case:2 lesión física</p> <p>Requisito:3 mantenimiento de un aporte suficiente alimentos</p>	<p>00045</p> <p>Deterioro de la mucosa oral</p>	<p>Conocimientos deficientes sobre la higiene oral adecuada, higiene oral inefectiva</p>	<p>Falta de piezas dentarias, dientes flojos, dificultad para comer, lesión oral.</p>
<p>Presión arterial</p> <p>130/80 mm/hg</p> <p>Frecuencia cardiaca 70 x'</p> <p>Frecuencia respiratoria 18x'</p> <p>Peso: 72 kg</p>	<p>Dominio: 4 actividad/ reposo</p> <p>Clase: 4 repuesta cardiovascular/ pulmonar.</p> <p>Requisito:5 mantenimiento entre actividad y el reposo</p>	<p>00200</p> <p>Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardiaca</p>	<p>Falta de conocimientos sobre los factores de riesgo modificables, sobrepeso, obesidad.</p> <p>hipertensión</p>	

10.3 Razonamiento diagnóstico

Datos significativos (evidencia)	Análisis deductivo (dominio, clase, requisito de autocuidado involucrados)	Problema (etiqueta diagnóstica NANDA II) P	Factor relacionado (etiología) E	Características definitorias (signos y síntomas) S
Acude a consulta médica cada meses, pertenece a un grupo de ayuda mutua toma sus medicamentos prescritos, implementa medidas preventivas de accidentes dentro y fuera de hogar, expresa sus sentimientos sin dificultad	Dominio:4 actividad /reposo Clase: 5 autocuidado Requisito: 7 prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano	00182 Disposición para manejar el autocuidado	Expresa deseos de aumentar el conocimiento de estrategias para autocuidado	
HTA 130/80mmHg FC 70X' Llenado capilar 2seg	Dominio:4 actividad/ reposo Clase: 4 respuesta cardiovascular/pulmonar Requisito: 5	00201 Riesgo de la perfusión tisular cerebral ineficaz	hipertensión	
Adquisición de un estilo de vida saludable para mejorar su salud Control médico cada 2meses Participa en campañas de detección oportuna de enfermedades	Dominio:5 percepción/ cognición Clase:4 cognición Requisito:6 mantenimiento de un equilibrio entre la integración social y la soledad	00161 disposición para mejor los conocimientos	Manifiesta interés en el tema de aprendizaje, describe experiencias previas relacionadas con su enfermedad	

GRACIAS