



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Facultad de Enfermería

“Proceso de Enfermería con el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem, aplicado a una persona con insuficiencia venosa.

Proceso de enfermería

Que para obtener el grado de

Licenciado en Enfermería

Presenta

Sergio Palacios Tolentino

Asesora

MCE. Brenda Martínez Ávila

Co-asesora

Dra. María Jazmín Valencia Guzmán

Morelia, Michoacán febrero de 2019

DIRECTIVOS

ME. Ana Celia Anguiano Morán

Directora de la Facultad de Enfermería

DE. Elva Rosa Valtierra Oba

Secretaria Académica de la Facultad de Enfermería

ME. Bárbara Mónica Lemus Loeza

Secretaría Administrativa de la Facultad de Enfermería

MESA SINODAL

M.C.E. Brenda Martínez Ávila

Asesora

Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela.

Vocal 1

Dra. María Jazmín Valencia Guzmán

Vocal 2

ÍNDICE

I.	Introducción	1
II.	Justificación.....	4
III.	Objetivos.....	10
3.1.	General	10
3.2.	Objetivos específicos	10
IV.	Metodología.....	11
4.1.	Procedimiento.....	11
V.	Marco teórico.....	12
5.1.	Proceso de enfermería.....	12
5.2.	Teoría general del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem.	34
5.3.	Insuficiencia venosa.....	54
VI.	Caso clínico	70
VII.	Implementación del Proceso de Enfermería con el Referente Teórico de Dorothea E. Orem.....	72
VIII.	Conclusión	129
IX.	Sugerencias	131
X.	Anexos	132
XI.	Referencias bibliográficas	146

RESUMEN:

El Proceso de Enfermería (PE) es un término que se aplica en un sistema de intervenciones propias de enfermería para el cuidado de la salud del individuo familia y comunidad, implica el uso del método científico para la identificación de las necesidades. El proceso de enfermería lo integran 5 etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, como todo método, sus etapas son sucesivas y se relacionan entre sí. Aunque el estudio o análisis de cada una de las etapas se hace de forma independiente, tiene un carácter metodológico, ya que puesta en práctica, ninguna es ajena a las demás, por el contrario se relacionan de manera directa, su ejecución permite la integridad de los cuidados, cubrir los intereses y necesidades que el usuario manifiesta para el cuidado de su salud. Es un método flexible adaptable y aplicable en todas las situaciones en el proceso de pérdida de la salud o en el mantenimiento de la misma. Proporciona un enfoque intencional, sistemático y organizado de la práctica, incluye la identificación de signos y síntomas para integrar su valoración, el diagnóstico de problemas y necesidades, la planificación y la administración de los cuidados, así como la evaluación de los resultados.

PALABRAS CLAVE:

VALORACIÓN , DIAGNOSTICO, PLANEACIÓN, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN

ABSTRACT:

The Nursing Process (PE) is a term that is applied in a system of own nursing interventions for the health care of the individual family and community, it implies the use of the scientific method for the identification of the needs. The nursing process is made up of 5 stages: assessment, diagnosis, planning, execution and evaluation, like any method, its stages are successive and are related to each other. Although the study or analysis of each of the stages is done independently, it has a methodological nature, since in practice, none is foreign to the others, on the contrary they are related directly, their execution allows the integrity of care, cover the interests and needs that the user manifests for the care of their health. It is a flexible method adaptable and applicable in all situations in the process of loss of health or in the maintenance of it. It provides an intentional, systematic and organized approach to the practice, including the identification of signs and symptoms to integrate their assessment, the diagnosis of problems and needs, planning and administration of care, as well as the evaluation of results.

I. Introducción.

El proceso de enfermería es un método racional y sistemático de planificación y proporción de asistencia de enfermería. Su propósito es identificar el estado de salud del paciente y sus problemas de salud reales y potenciales para establecer planes que aborden las necesidades identificadas y aplicar intervenciones de enfermería específicas que puedan cubrirlas. El proceso de enfermería es cíclico, es decir, que sus componentes siguen una secuencia lógica, pero puede intervenir más de un componente a la vez. Al final del primer ciclo, la asistencia puede terminar si los objetivos se han alcanzado o el ciclo puede continuar con una reevaluación o el plan asistencial puede modificarse (Alfaro-LeFevre, 2010).

Hall creó el término proceso de enfermería en 1955 y Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) fueron las primeras en usarlo para referirse a una serie de fases que describen la práctica de la enfermería. Desde entonces, varios profesionales de enfermería han descrito el proceso de la enfermería y organizado las fases de diferentes formas (Alfaro-LeFevre, 2010).

El eje de la práctica de enfermería es el proceso enfermero, el cual lleva a cabo pasos sucesivos que se relacionan entre sí, garantizando los cuidados de enfermería idóneos. El proceso de enfermería puede tomar como marco referencial la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem, cuyo objetivo es cubrir las necesidades individuales, reales o potenciales del paciente, así como, fomentar y promover la salud, prevenir las distintas enfermedades y recuperar o rehabilitar la salud integral de la persona, la familia y la comunidad mediante el fomento del autocuidado (Castañeda, 2010).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1977, definió el proceso de enfermería como un "sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, familias, comunidades o ambos"; es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros que promueve el cuidado humanístico, está centrado en objetivos y resultados eficaces. Impulsa a los profesionales en enfermería a examinar continuamente lo que hacen, a identificar

las necesidades de cambio del usuario, favorece la atención individualizada y la respuesta de la persona de manera rápida para mejorar o mantener la salud, incluye cinco etapas fundamentales: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (Bejines et al., 2012).

Las úlceras venosas o flebostáticas como también son llamadas, se definen como una solución de continuidad de la cobertura cutánea con pérdida de sustancia, que expone los tejidos subyacentes hasta una profundidad variable. Se relacionan etiológicamente con una patología venosa determinante de hipertensión ambulatoria en los miembros inferiores, con escasa tendencia a la cicatrización espontánea, de evolución crónica y con alta tendencia a la recidiva (O'Meara et al., 2012).

La úlcera varicosa es una de las complicaciones más temidas y frecuentes de la insuficiencia venosa crónica, por la sintomatología y discapacidad que provoca en el paciente y los elevados costos que ocasiona.

En la práctica de los servicios de salud, se observa que el portador de úlcera venosa es atendido, con frecuencia, en consultas médicas; tratándolo con nuevos métodos curativos, con sucesivos cambios de tratamiento tópico y a veces, sin la asociación de cualquier terapia de compresión. El paciente puede convivir con esta situación que lo desgasta durante varios años, sin obtener la cicatrización de la úlcera. En la actualidad, se destaca la necesidad de que la práctica profesional de enfermería tenga como base evidencias para producir resultados efectivos para el paciente y para los servicios. Sin embargo, los profesionales todavía encuentran dificultades para la utilización de la práctica basada en evidencias (Borges, 2009).

Estas úlceras constituyen una enfermedad frecuente y un grave problema de salud pública en todo el mundo. Se ha observado en diferentes estudios, que entre el 1 y el 4 % de la población padecen o han padecido en alguna ocasión una ulceración de carácter crónico en las extremidades inferiores; de las cuales el 80-90 % son el resultado de la insuficiencia venosa crónica (IVC) (Jiménez et al., 2014).

Los profesionales de Enfermería pueden influir de manera importante en el mantenimiento de la salud y promoción del autocuidado de las personas con úlceras varicosas, mediante estrategias que permitan la prevención de complicaciones.

El presente trabajo evidencia el cuidado integral que se brindó a una persona de 82 años edad, originaria de Rancho Nuevo municipio de Tarímbaro con diagnóstico de úlceras varicosas, mediante la aplicación de las cinco etapas del proceso de enfermería, durante el periodo de septiembre a diciembre de 2018. Se realizaron 13 visitas domiciliarias a la paciente para brindar los cuidados integrales requeridos, a fin de favorecer su autocuidado, previa autorización de la persona y su familia.

A continuación, se presentan los capítulos que integran el trabajo elaborado: Introducción, Justificación, Objetivos, Metodología, Caso Clínico, Marco Teórico, Implementación de las cinco etapas del Proceso de Enfermería, Conclusiones y Sugerencias, Bibliografía, Anexos y Apéndices.

II. **Justificación.**

Desde la perspectiva de enfermería el autocuidado es una estrategia que responde a las metas y prioridades de la disciplina, se considera una herramienta útil para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y sus complicaciones, apoyándose preferentemente en las teorías de enfermería, como es el caso de la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem (Salcedo et al., 2012).

En la actualidad, se ha dado relevante importancia a la estandarización de planes de cuidados, la taxonomía de la North American Nursing Association (NANDA), integra los diagnósticos enfermeros o juicios clínicos sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad, a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales; los cuales, son la base de las intervenciones para el logro de objetivos de cuidado (Herdman, 2010).

La Nursing Outcomes Classification (NOC), clasifica de forma estandarizada, los criterios de resultado o resultados esperados, que se refieren a un estado de conducta y percepción individual, familiar o comunitaria, los cuáles miden de manera continua y objetiva las intervenciones de enfermería (Moorhead et al., 2009).

La Nursing Interventions Classification (NIC), clasifica las intervenciones de enfermería, tratamientos basados en el conocimiento y juicio clínico para favorecer los resultados esperados del paciente/cliente (Bulechek et al., 2009).

La aplicación de estas tres nomenclaturas estandarizadas de enfermería al implementar el proceso de enfermería, permite brindar de manera integral el cuidado profesional y medir objetivamente el impacto de las intervenciones.

Se estima a nivel mundial que las úlceras venosas afectan aproximadamente del 1 al 3 % de la población adulta, sin embargo, este porcentaje desciende entre 0,1-0,5% cuando se refiere solo a la prevalencia de pacientes que se encuentran con úlceras abiertas; cifra que aumenta con la edad, de hecho, se registra una mayor prevalencia en los mayores de 60 años (Otero G, 2012).

El 72 % de las personas se vuelven portadoras de su primera úlcera a los 60 años; el 22 % a los 40 años y el 13 % antes de los 30; con elevada frecuencia en el sexo

femenino; afecta a 1 de cada 5 mujeres y a 1 de cada 10 hombres (Jiménez et al., 2014).

La velocidad de curación en la mayoría de los casos es lenta pues solo el 50 % cura a los cuatro meses, el 20 % permanece abierta al cabo de dos años, y el 8 % al cabo de cinco años (Otero, 2012). La recurrencia presenta una tasa anual que llega hasta el 70 % para aquellas úlceras de larga evolución y oscila entre el 55-60 % a los cinco años (Pardo, 2013).

Las importantes complicaciones que puede ocasionar una úlcera vascular, junto con el sufrimiento del paciente y el no menos trascendental problema socio-laboral y económico que este signo externo conlleva, justifican la planificación de una correcta profilaxis, con base en la patología específica causante del proceso, en los factores de riesgo y en las causas desencadenantes y favorecedoras para la aparición de la lesión (Muñoz et al., 2011).

Las úlceras vasculares constituyen un grave problema de salud con una elevada incidencia en la población provocando importantes repercusiones socioeconómicas y sanitarias, alterando la calidad de vida del paciente. Se debe abordar su atención, desde una perspectiva integral que contemple la prevención y los factores de riesgo (Contreras, 2014).

Las úlceras y sus secuelas producen un impacto emocional negativo en los pacientes, ya que se asocian con sentimientos de temor, aislamiento social, angustia, resentimiento, depresión y una imagen negativa de sí mismos. Además, hay alteraciones en la vida diaria secundarias al compromiso de la movilidad y al dolor y problemas laborales como ausentismo (Medina, 2014).

Está demostrado que el uso de la evidencia científica para el cuidado del paciente por los profesionales de enfermería y demás sanitarios mejora la calidad y los resultados del paciente durante la atención sanitaria. Sin embargo, existen estudios que demuestran que, en España, entre un 30-40 % de los pacientes no reciben una atención sanitaria basada en la evidencia, incluso entre un 20-25% de la atención al paciente no es necesaria o puede ser perjudicial, lo que se traduce en un aumento

del gasto sanitario para el país. La asistencia sanitaria que reciben los pacientes depende más del centro sanitario al que acuden que de la evidencia científica que sustenta los cuidados que deben recibir. Por lo tanto, podríamos afirmar que la falta de aplicación de la “medicina basada en la evidencia” (MBE), depende de las desigualdades en el acceso y la atención sanitaria (Llorente-Parrado, 2011)

La insuficiencia venosa periférica es una enfermedad que afecta mundialmente, se estima que el 30 % de la población la padece, afecta tanto a hombres como mujeres y tiene mayor prevalencia en el sexo femenino con un 20 a 60%; dentro de las enfermedades cardiovasculares, es la más común y la de mayor asistencia en consultorios externos por su alta prevalencia; la prevalencia en Europa es de 26.6% y la prevalencia en América Latina es del 20%, donde la población adulta es la más afectada con una incidencia del 2% y el sexo femenino el que predomina sobre el masculino con una relación de 4:13 (Vázquez-Hernández, 2016).

Actualmente la insuficiencia venosa se ha convertido en un padecimiento muy común. En México, la Secretaría de Salud en 2015, clasificó esta patología dentro de las 20 primeras causas de morbilidad nacional, y esto ha sido así desde el año 2000; el rango de edad más frecuente es el de 25 a 44 años. Aproximadamente 70% de la población mexicana la padece (Vázquez-Hernández, 2016).

En México el 67.8 por ciento de la población padece en alguna medida insuficiencia venosa crónica, así lo dio conocer el angiólogo y cirujano vascular del hospital Ángeles del pedregal, José Luis Camacho, quien mencionó que, de acuerdo con la estimación poblacional para este año, el 57.81 por ciento de las mujeres y el 42 .18 por ciento de los hombres la padecerá (Camacho, 2015).

Camacho precisó que algunos factores para desarrollar esta enfermedad son en primer lugar ser mujer, el embarazo, la obesidad, sedentarismo, permanecer mucho tiempo sentado o parado, edad avanzada, así como la terapia anticonceptiva y reemplazo anormal. Aseguró que es importante que los pacientes tengan control de peso y cambien sus hábitos para favorecer la circulación de la sangre mediante el ejercicio (Camacho, 2015).

Los casos nuevos de Insuficiencia venosa periférica, por fuente de notificación en los Estados Unidos Mexicanos fueron reportados de la siguiente manera en Michoacán: por parte de la SSA 187 casos nuevos, IMSS 891 casos, ISSSTE 51 casos y SEDENA 33 nuevos casos; reportando en total 1 611 casos (SSM, 2017).

Rezende de Carvalho y cols. (2017) realizaron una revisión sistemática sobre la terapia comprensiva para el tratamiento de úlceras venosas, en la que se concluyó que el uso del vendaje con compresión fue más eficaz que el vendaje sin compresión. Los vendajes multicapa contribuyen a la curación de las úlceras venosas. El uso de medias de compresión y la cirugía correctora del flujo sanguíneo están asociados con la prevención de la recurrencia de las úlceras.

En México se han publicado pocos trabajos con información epidemiológica respecto a la insuficiencia venosa, la mayoría de los enfermos que acuden a consulta especializada ya sea institucional o privada, lo hacen por patología venosa y más del 10% de la población general presenta padecimientos de las venas de las extremidades inferiores.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en una revisión de 101,971 egresos hospitalarios por enfermedad venosa en la década de los ochenta, mostró 44% por várices, 19% por tromboflebitis, 4% por embolias. También se encontró que, de 4000 obreros “sanos” examinados, 57% de los hombres y 68% de las mujeres tenían varices.

Silva, M. y cols. (2014) caracterizaron la insuficiencia venosa crónica profunda por reflujo valvular, en su estudio se encontró que el mayor número de prevalencia, correspondió al sexo femenino y predominó el intervalo de 46 a 55 años. Predominaron los antecedentes patológicos familiares de insuficiencia venosa crónica, seguido del estreñimiento crónico, la obesidad-sedentarismo, antecedentes patológicos personales de trombosis venosa profunda y la multiparidad. El mayor número de casos, según clasificación clínica (CEAP) se encontraron en los estadios cuatro y tres (Silva, 2014).

Chaby, G. (2015) en un estudio de úlceras de la pierna de origen venoso o mixto de predominio venoso, encontró que la corrección de los factores de riesgo arterial forman parte del tratamiento y de la prevención de las úlceras mixtas arteriovenosas, como son el ejercicio físico diario moderado (30 minutos), abandono del tabaco, reducción de la sobrecarga ponderal (índice de masa corporal[IMC] < 25 kg/m²), control de la diabetes (hemoglobina glucosilada [HbA1c] < 6,5%), corrección de dislipidemia, comenzando por una dieta adaptada (proteína de baja densidad [LDL]-colesterol < 1 g/l), corrección de una HTA (presión arterial sistólica [PAS] < 140 mmHg o PAS < 130 mmHg si hay diabetes o insuficiencia renal). En sus conclusiones recomienda el seguimiento regular del paciente tras la cicatrización debido al importante riesgo de recidiva, prestando una particular atención a los ancianos, además de administrar vacunación antitetánica en cualquier paciente con úlcera en la pierna o con antecedentes de haberla presentado.

Por lo anterior, en este trabajo se pretende plasmar los beneficios del cuidado profesional de enfermería a las personas que padecen úlceras varicosas por insuficiencia venosa, tomando en cuenta la descripción de la etiología, cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad para el desarrollo del proceso enfermero en sus cinco etapas.

Sin duda la gestión del cuidado plantea desafíos administrativos y asistenciales para ser ejercidos por el profesional de enfermería, el cual requiere de competencias y conocimientos necesarios para enfrentar lo que la sociedad espera de él. Los cuidados integrales de enfermería que se brindan través de la implementación del proceso enfermero, permiten sustentar una gestión del cuidado de calidad segura y con satisfacción hacia la persona sana o enferma, tomando las mejores decisiones a través de las evidencias científicas disponibles, lo cual permite que el personal de enfermería sea respetado como profesional, con conductas responsables de cuidado frente a la sociedad (Rodríguez, 2011).

Comprender el proceso de la enfermedad y la utilización del proceso de enfermería como herramienta para establecer un plan de cuidados basado en los diagnósticos

de enfermería detectados en la persona, permite otorgar un cuidado integral, personal, óptimo, profesional y de calidad adaptado a las necesidades de cada paciente y fundamentado con una base teórica y científica, basada en la experiencia de la práctica. Por lo anterior, a través del presente trabajo académico, se pretende evidenciar el cuidado holístico de enfermería a una persona que presenta úlcera varicosa por insuficiencia venosa, para contribuir en la mejora de su calidad de vida y en la promoción un estilo de vida saludable.

III. Objetivos

3.1. General

Implementar la metodología del Proceso de Enfermería en sus cinco etapas para brindar un cuidado integral a una persona con diagnóstico de úlcera varicosa por insuficiencia venosa, a fin de promover prácticas de autocuidado en beneficio de la propia salud y bienestar.

3.2. Objetivos específicos

- Valorar los requisitos de autocuidado de la paciente a fin de conocer su estado salud.
- Diseñar los diagnósticos de enfermería con base en la taxonomía II de NANDA I de acuerdo con las respuestas humanas encontradas en la paciente.
- Planificar y llevar a cabo las estrategias educativas básicas y de cuidado, adaptándolas a la paciente de acuerdo con los diagnósticos de enfermería encontrados, a fin de alcanzar los resultados esperados planteados.
- Evaluar las intervenciones de enfermería y el estado de salud de la persona para modificar o mantener las acciones realizadas.
- Fomentar el hábito de un estilo de vida saludable e involucrar y apoyar a la paciente para que mantenga una activa participación en sus cuidados.

IV. Metodología.

4.1. Procedimiento.

En el presente trabajo se implementaron las cinco etapas del proceso de enfermería, tomando como referente la teoría general del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem, para brindar cuidado integral a una mujer de 82 años, perteneciente a la comunidad de Rancho Nuevo municipio de Tarímbaro Michoacán, con diagnóstico médico de úlceras varicosas en miembros pélvicos por insuficiencia venosa.

Toda la base teórica y metodológica del presente documento fue elaborado con una base de información bibliográfica, artículos e investigaciones científicas.

Después de haber obtenido el consentimiento informado de la paciente, se realizó una entrevista sobre los hábitos que tiene en su vida cotidiana, a fin de analizar los factores condicionantes básicos y requisitos de autocuidado para comprender su estado de salud y posteriormente intervenir de la mejor manera, mediante la promoción del autocuidado, tratamiento de su enfermedad y prevención de complicaciones.

De acuerdo a las respuestas humanas encontradas, se diseñaron los diagnósticos de enfermería tomando como referente la Taxonomía II de la NANDA I (North American Nursing Association); la taxonomía de la Nursing Outcomes Classification (NOC) para el diseño de los criterios de resultado y la taxonomía de Nursing Interventions Classification (NIC) para las intervenciones de enfermería.

Se realizaron aproximadamente 13 visitas domiciliarias, durante las cuales, se elaboró el plan de cuidados juntamente con la paciente. Así mismo, se involucró también al cuidador principal, se le explicó la importancia y el manejo de las heridas causadas por la insuficiencia venosa con la técnica adecuada, así como las intervenciones requeridas, a fin de dar continuidad a los cuidados, una vez concluida la participación de enfermería, para favorecer la recuperación de la paciente.

V. Marco teórico

5.1. Proceso de enfermería.

El proceso de enfermería es un método racional y sistemático de planificación y dispensación de cuidados de salud individualizados. Su objetivo es identificar el estado de salud del paciente y los problemas o necesidades reales o potenciales de la asistencia de salud para establecer planes dirigidos a las necesidades identificadas y realizar intervenciones de enfermería específicas que las resuelvan. El paciente puede ser un individuo, una familia, una comunidad o un grupo (Alfaro LeFevre, 2010).

Visión general del proceso de enfermería

El uso del proceso de enfermería en la práctica clínica ganó mayor legitimidad en 1973 cuando las fases se incluyeron en los Standards of Nursing Practice de la American Nurses Association (ANA) (Alfaro-LeFevre, 2010).

El Proceso Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), donde consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución), para posteriormente Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) y Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación). Como todo método, proceso enfermero configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno sus necesidades y problemas, las respuestas humanas, limitaciones, incapacidades, etc. que se producen ante ellos. Es también, un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información que

permite determinar la situación de salud que están viviendo las personas y su respuesta a esta.

Diagnóstico: Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

Planificación: Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

Ejecución: Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

Evaluación: Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos (McCloskey, 2005).

El proceso de enfermería tiene características distintivas que capacitan al profesional de enfermería para responder al estado de salud cambiante del paciente. Estas características son su naturaleza cíclica y dinámica, el sentimiento del paciente de ser el centro de todo, el enfoque del proceso en la resolución de los problemas y la toma de decisiones, el estilo interpersonal y colaborador, la aplicabilidad universal y el uso del pensamiento crítico.

- Los datos de cada fase proporcionan información sobre la siguiente. Las observaciones de la evaluación alimentan nuevas valoraciones. Por ello, el proceso de enfermería es un acontecimiento o secuencia de acontecimientos que se repite regularmente (un ciclo) y que cambia continuamente (dinámico) en lugar de permanecer sin cambios (estático) (Gordon, 2010).
- El proceso de enfermería se centra en el paciente. El profesional de enfermería organiza el plan asistencial en función de los problemas del paciente en lugar de los objetivos de enfermería. En la fase de valoración, el profesional de enfermería obtiene datos para determinar los hábitos, rutinas y necesidades del paciente, lo que capacita al profesional de enfermería para incorporar al máximo las rutinas del paciente en el plan asistencial (Gordon, 2010).

- El proceso de enfermería es una adaptación de la resolución de los problemas y de la teoría de sistemas. Puede verse paralelo pero separado del proceso usado por los médicos (el modelo médico). Ambos procesos: a) comienzan con los datos obtenidos y el análisis; b) basan la acción (intervención o tratamiento) en una declaración del problema (diagnóstico de enfermería o médico), y c) incluyen un componente evaluador. Pero el modelo médico se centra en los sistemas fisiológicos y el proceso morboso, mientras que el proceso de enfermería se dirige a las respuestas del paciente a la enfermedad real o potencial (Gordon, 2010).
- La toma de decisiones está implicada en todas las fases del proceso de enfermería. Los profesionales de enfermería pueden ser muy creativos en la determinación de cuándo y cómo usar los datos para tomar decisiones. No están ligados a respuestas estándar y pueden aplicar su repertorio de habilidades y conocimientos a la ayuda de los pacientes. Esto facilita la individualización del plan asistencial de enfermería (Gordon, 2010).
- El proceso de enfermería es interpersonal y colaborador. Exige que el profesional de enfermería se comunique de manera directa y constante con los pacientes y con los familiares para cubrir sus necesidades. También exige que los profesionales de enfermería colaboren, como miembros del equipo de asistencia de salud, en un esfuerzo conjunto para proporcionar una asistencia de calidad al paciente (Gordon, 2010).
- La característica de aplicación universal del proceso de enfermería traduce que se usa como una estructura para la asistencia de enfermería en todos los tipos de marcos de salud, con pacientes de todos los grupos de edad (Gordon, 2010).

El objetivo principal del proceso de enfermería como método del cuidado es constituir una estructura que pueda cubrir, de manera individual e integral, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. Otros objetivos del proceso de enfermería como herramienta del cuidado son:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad (Gordon,2010).

Desarrollo teórico del proceso de enfermería.

El paso importante para el desarrollo del proceso enfermero es la interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades como, capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje), capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico), capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar) (Alfaro-Lefevre, 2010).

Características del proceso de enfermería

- **Tiene una finalidad:** Se dirige a un objetivo.
- **Es sistemático:** Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- **Es dinámico:** Responde a un cambio continuo.
- **Es interactivo:** Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- **Es flexible:** Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- **Tiene una base teórica:** El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería (Guillén, 2013).

Etapas del proceso enfermero

Valoración

La valoración es la recolección sistemática y continua, organización, validación y registro de los datos. En efecto, la valoración es un proceso continuo que se realiza

en todas las fases del proceso de enfermería. Por ejemplo, en la fase de evaluación, la valoración se hace para determinar los resultados de las estrategias de enfermería y evaluar el logro del objetivo. Todas las fases del proceso de enfermería dependen de una recogida precisa y completa de los datos. Existen cuatro tipos diferentes de valoración: la valoración de enfermería inicial, la valoración centrada en el problema, la valoración urgente y la revaloración tras un tiempo. Las valoraciones varían en función de su objetivo, momento, tiempo disponible y estado del paciente (Greenberg, 2009).

Las valoraciones de enfermería se centran en las respuestas del paciente a un problema de salud. Una valoración de enfermería debe incluir las necesidades percibidas por el paciente, los problemas de salud, las experiencias relacionadas, las prácticas de salud, los valores y el estilo de vida. Para ser más útil, los datos recogidos deben ser relevantes para un problema de salud particular. Por tanto, los profesionales de enfermería deben pensar de forma crítica sobre qué valorar. La *Joint Commission* (2008) exige que cada paciente cuente con una valoración de enfermería inicial que consista en una anamnesis y un a exploración física realizadas y registradas en las 24 horas siguientes al ingreso hospitalario (Greenberg, 2009).

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

- **Las convicciones del profesional:** conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc.
- **Los conocimientos profesionales:** deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- **Habilidades:** en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.

- **Comunicarse de forma eficaz:** Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- **Observar sistemáticamente:** Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- **Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones:** Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies"
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos"
- Criterios de valoración por "patrones funcionales de salud"

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

Datos obtenidos durante la valoración:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado. Las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades (Gordon, 2010).

Los tipos de datos:

- **Datos subjetivos:** No se pueden medir y son propios de paciente lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (sentimientos).
- **Datos objetivos:** se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- **Datos históricos-antecedentes:** Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades

crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (hospitalizaciones previas).

- **Datos actuales:** son datos sobre el problema de salud actual (Greenberg, 2009).

Métodos para obtener datos

Entrevista Clínica

Es la técnica indispensable en la valoración, gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente; la entrevista informal es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados (Alfaro-LeFevre, 2010).

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración (Alfaro-LeFevre, 2010).

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio: permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o reformulación: consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales: estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista (Alfaro-LeFevre, 2010).

Las técnicas no verbales: facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son: expresiones faciales. la forma de estar y la posición corporal, los gestos, el contacto físico, la forma de hablar.

Las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto (Alfaro-LeFevre, 2010).

La observación

Es el segundo método básico de valoración con relación enfermera-paciente. La observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados (Alfaro-LeFevre, 2010).

La exploración física

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo (Greenberg, 2009).

Determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación (Greenberg, 2009).

- **Inspección:** es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría) (Greenberg, 2009).

- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad) (Greenberg, 2009).
- **Percusión:** implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara (Greenberg, 2009).
- **Auscultación:** consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar (Greenberg, 2009).

Organización de los datos

Es el cuarto paso en la obtención de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas o por patrones funcionales, etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información (Greenberg, 2009).

Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnósticas y los tratamientos prescritos.
- Valoración física
- Patrones funcionales de salud (Greenberg, 2009).

Diagnóstico

El diagnóstico es la segunda fase del proceso de enfermería. En esta fase los profesionales de enfermería usan las habilidades del pensamiento crítico para interpretar los datos de la valoración e identificar las fortalezas y problemas del paciente. El diagnóstico es un paso fundamental en el proceso de enfermería. Las actividades que preceden a esta fase se dirigen a la formulación de los diagnósticos de enfermería; la planificación de la asistencia tras esta fase se basa en los diagnósticos de enfermería (Gordon, 2010).

Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico con respecto a una respuesta humana a una condición de salud/proceso vital, o la vulnerabilidad a esa respuesta, por parte de un individuo, familia, grupo o comunidad. Un diagnóstico enfermero normalmente contiene dos partes: 1) un descriptor o modificador y 2) enfoque del diagnóstico, o el concepto clave del diagnóstico (Gordon, 2010).

Tipos de diagnósticos

Dentro de los tipos de diagnósticos encontramos los enfocados en el problema, de riesgo, promoción de la salud y de síndrome (NANDA, 2015).

Diagnóstico enfocado en el problema: un juicio clínico con respecto a una respuesta humana indeseable a una condición de salud/proceso vital que existe en un individuo, familia, grupo, familia, grupo o comunidad (NANDA, 2015).

Diagnóstico de enfermería de riesgo: es un juicio clínico con respecto a la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad de desarrollar una respuesta humana indeseable a una condición de salud/proceso vital (NANDA, 2015).

Diagnóstico enfermero de promoción de la salud: juicio clínico con respecto a la motivación y el deseo de mejorar el bienestar y actualizar el potencial de salud humana (NANDA, 2015).

Aunque limitados en números, en la taxonomía II de NANDA-I también se pueden encontrar síndromes.

Un síndrome: es un juicio clínico en relación con un conjunto de diagnósticos enfermeros específicos que aparecen de manera conjunta y que se tratan de forma más correcta conjuntamente a través de intervenciones similares.

Descripción del diagnóstico de enfermería

La redacción de los diagnósticos de enfermería se basa en diferentes puntos:

- Unir la primera parte **problema** (etiqueta) con la segunda **etiología** (factores relacionados) utilizando las frases "relacionado con" y "manifestado por", para unir el factor relacionado con las **características definitorias** (signos y síntomas), lo anterior, para el caso de los diagnósticos enfocados en el problema y de síndrome.
- Unir la primera parte **problema** (etiqueta) con la segunda **vulnerabilidad** (factor de riesgo) utilizando la frase "como lo demuestra", en los casos de diagnósticos de riesgo y de promoción de la salud.
- La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.
- Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos (NANDA, 2015).

Componentes de los diagnósticos de enfermería

Un diagnóstico de enfermería tiene tres componentes: 1) el problema y su definición; 2) la etiología, y 3) las características definitorias. Cada componente sirve a un objetivo específico (NANDA, 2015).

Problema (etiqueta diagnóstica) y definición

La declaración del problema, o etiqueta diagnóstica, describe el problema de salud del paciente o la respuesta para la que se administra el tratamiento de enfermería. El objetivo de la etiqueta diagnóstica es dirigir la formación de los objetivos del paciente y los resultados deseados (NANDA, 2015).

Etiología (factores relacionados y factores de riesgo)

El componente etiológico de un diagnóstico de enfermería identifica una o más causas probables de los problemas de salud, da instrucciones para el tratamiento de enfermería requerido y capacita al profesional de enfermería para individualizar la asistencia del paciente. Diferenciar entre las posibles etiologías en el diagnóstico de enfermería es esencial porque cada una puede exigir diferentes intervenciones de enfermería (NANDA, 2015).

Características definitorias

Son un grupo de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica particular. En los diagnósticos de enfermería actuales, las características definidoras son los signos y síntomas del paciente. En los diagnósticos de enfermería del riesgo no hay signos subjetivos ni objetivos. Por ello, los factores que hacen que el paciente sea más vulnerable al problema constituyen la causa de un diagnóstico de enfermería del riesgo (NANDA, 2015).

Diferenciación entre diagnósticos de enfermería y diagnósticos médicos

Un diagnóstico de enfermería es un juicio de enfermería y se refiere a un trastorno que los profesionales de enfermería, en virtud de su educación, experiencia y pericia, están autorizados a tratar. Los diagnósticos médicos se refieren a los procesos morbosos: respuestas fisiopatológicas específicas que son bastante

uniformes entre diversos pacientes. Por el contrario, los diagnósticos de enfermería describen la respuesta humana, las respuestas físicas, socioculturales, psicológicas y espirituales a una enfermedad o problema de salud (NANDA, 2015).

Formulación de las declaraciones diagnósticas

La mayoría de los diagnósticos de enfermería se escriben en declaraciones de dos o tres partes, pero hay variaciones:

Declaraciones básicas en dos partes

1. **Problema (P):** declaración de la respuesta del paciente (etiqueta de la NANDA)
2. **Etiología (E):** factores que contribuyen a las respuestas o son probables causas.

Ejemplos de diagnósticos de enfermería en dos partes en el cuadro 1.

CUADRO 1 Declaración diagnóstica básica en dos partes		
PROBLEMA	RELACIONADO CON	ETIOLOGÍA
<i>Estreñimiento</i>	<i>relacionado con</i>	<i>consumo prolongado de laxantes</i>

(NANDA, 2015).

Declaraciones básicas en tres partes

1. **Problema (P):** refiere la respuesta del paciente (etiqueta de la NANDA)
2. **Etiología (E):** factores que contribuyen a las respuestas o son probables causas
3. **Signos y síntomas (S):** características definidoras manifestadas por el paciente

Los diagnósticos de enfermería enfocados en el problema pueden registrarse usando la declaración en tres partes (cuadro 2) porque se han identificado los signos y los síntomas. Este formato no puede usarse para diagnósticos de riesgo porque el paciente no tiene signos ni síntomas del diagnóstico (NANDA, 2015).

CUADRO 2 Declaración diagnóstica básica en tres partes				
Problema	conector	Etiología	conector	Signos y síntomas
<i>Baja autoestima situacional</i>	<i>relacionada con</i>	<i>Sentimientos de rechazo por parte del marido</i>	<i>manifestado por</i>	<i>Hipersensibilidad crítica</i>

(NANDA, 2015).

Redacción de los diferentes tipos de diagnósticos de enfermería

NANDA -I reconoce tres categorías de diagnóstico enfermero: enfocado en el problema, promoción de la salud y diagnósticos de riesgo. Dentro de estas categorías también puede encontrar síndromes (NANDA, 2015).

Registro los diagnósticos de riesgo, los diagnósticos enfocados en el problema y los diagnósticos de promoción de la salud.

Diagnostico enfocado en el problema

Para utilizar el formato PES comience con el diagnostico en sí, seguido de los factores etológicos (factores relacionados en un diagnostico enfocado en el problema). Por último, identifique los principales signos y síntomas (características definitorias) (NANDA, 2015).

Diagnóstico de riesgo

Para los diagnósticos de riesgo no hay factores relacionados (factores etiológicos), ya que se está identificando una vulnerabilidad en un paciente para un problema potencial; el problema aún no está presente (NANDA, 2015).

NANDA -I ha decidido recomendar el uso de la frase (como lo demuestra).

Diagnóstico de promoción de la salud

Debido a que los diagnósticos de promoción de la salud no requieren un factor relacionado, no hay (relacionado con) en la redacción de este diagnóstico. En su lugar las características definitorias proporcionan la evidencia del deseo por parte del paciente de mejorar su estado de salud (NANDA, 2015).

Ejemplo.

Disposición para mejorar el autocuidado como lo demuestra el deseo expresado de mejorar el autocuidado.

Un síndrome: es un juicio clínico en relación con un conjunto de diagnósticos enfermeros específicos que aparecen de manera conjunta y que se tratan de forma más correcta conjuntamente a través de intervenciones similares (NANDA, 2015).

Un ejemplo.

Es el síndrome del dolor crónico (00255). El dolor crónico es recurrente o persistente, ha tenido una duración de al menos tres meses y ha afectado significativamente al funcionamiento diario o al bienestar. Este síndrome se diferencia del dolor crónico en que el dolor crónico tiene un impacto significativo en otras respuestas humanas (NANDA, 2015).

Planificación

La planificación es una fase deliberada y sistemática del proceso de enfermería que implica la toma de decisiones y la solución de problemas. En la planificación, el profesional de enfermería se refiere a los datos de la valoración del paciente y a las declaraciones diagnósticas para obtener indicadores con el fin de formular los objetivos del paciente y diseñar las intervenciones de enfermería necesarias para evitar, reducir o eliminar los problemas de salud del paciente (Alfaro-LeFevre, 2010).

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas:

- **Establecer prioridades en los cuidados.** Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos.
- **Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.** Determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.
- **Elaboración de las actuaciones de enfermería.** Determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos.
- **Documentación y registro.** En esta fase de planeación se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario, su uso nos facilitará aún más la relación terapéutica (Alfaro-LeFevre, 2010).

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente, por lo tanto, daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuadamente con la enfermera/o. En realidad, las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas.

Objetivos de la planeación

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados.
- Identificar los resultados esperados.
- Medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Existen dos tipos de objetivos:

- Objetivos de enfermería o criterios de proceso.
- Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado

Normas generales para la descripción de objetivos

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo (Alfaro-LeFevre, 2010).

Actuaciones de enfermería

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema (castilla, 2016).

Tipo de actividades de enfermería.

- **Dependientes:** Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica
- **Interdependientes:** Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.
- **Independientes:** Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica, son actividades que no requieren la orden previa de un médico (castilla, 2016).

Ejecución

En el proceso de enfermería, la ejecución es la fase de acción en la que el profesional de enfermería realiza las intervenciones de enfermería. Usando la terminología de la NIC, la aplicación consiste en la realización y registro de las actividades que constituyen las acciones de enfermería específicas necesarias para llevar a cabo las intervenciones. El profesional de enfermería realiza o delega las actividades de enfermería para las intervenciones que se elaboraron en el paso de la planificación y después concluye el paso de aplicación registrando las actividades de enfermería y las respuestas resultantes del paciente (Alfaro-LeFevre, 2010).

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermería: Continuar con la recolección y valoración de datos (Alfaro-LeFevre, 2010)

- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería.
- Dar los informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones de enfermería dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada (Alfaro-LeFevre, 2010).

Relación entre la aplicación y otras fases del proceso de enfermería

Las primeras tres fases del proceso de enfermería (valoración, diagnóstico y planificación) proporcionan la base de las acciones de enfermería realizadas durante el paso de la aplicación. A su vez, la fase de aplicación proporciona las actividades de enfermería reales y las respuestas del paciente que se examinan en la fase final, la fase evaluadora. Usando los datos adquiridos durante la valoración, el profesional de enfermería puede individualizar la asistencia prestada en la fase de aplicación, adaptando las intervenciones para que se ajusten al paciente específico en lugar de aplicarlas de forma sistemática a categorías de pacientes (Alfaro-LeFevre, 2010).

Mientras ejecuta la actividad de enfermería, el profesional de enfermería continúa revalorando al paciente en todos los contactos, obteniendo datos sobre las respuestas del paciente a las actividades de enfermería y sobre cualquier problema nuevo que pueda aparecer. Una actividad de enfermería en el plan asistencial del paciente para la intervención de la NIC *manejo de las vías respiratorias* podría formularse como «auscultar los ruidos respiratorios/4 horas». Cuando se realiza esta actividad, el profesional de enfermería está llevando a cabo la intervención (aplicación) y realizando una valoración (Alfaro-LeFevre, 2010).

Proceso de aplicación

Se compone normalmente de los siguientes aspectos:

- Revaloración del paciente
- Determinación de la necesidad de ayuda del profesional de enfermería
- Aplicación de las intervenciones de enfermería
- Supervisión de la asistencia delegada

- Registro de las actividades de enfermería (Alfaro-LeFevre, 2010).

Evaluación

Evaluar es juzgar o valorar. La evaluación es la quinta y última fase del proceso de enfermería. En este contexto, la evaluación es una actividad planificada, continua y con un fin en el que los pacientes y los profesionales de la salud determinan: a) el progreso del paciente hacia la consecución de objetivos/resultados, y b) la eficacia del plan asistencial de enfermería. La evaluación es un aspecto importante del proceso de enfermería porque las conclusiones extraídas de la evaluación determinan si las intervenciones de enfermería deben terminarse, continuarse o cambiarse (Alfaro-LeFevre, 2010).

La evaluación es continua. La evaluación hecha mientras o inmediatamente después de la aplicación de una orden de enfermería capacita al profesional de enfermería a hacer modificaciones de una intervención sobre la marcha (Alfaro-LeFevre, 2010).

Mediante la evaluación, los profesionales de enfermería demuestran la responsabilidad de sus acciones, indican el interés en los resultados de las actividades de enfermería y demuestran un deseo de no perpetuar acciones ineficaces sino de adoptar o tras más eficaces (Alfaro-LeFevre, 2010).

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones Griffith y Christensen, (1982). El proceso de evaluación consta de dos partes

- Compilación de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son las siguientes áreas:

- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:
 - Observación directa, examen físico.
 - Examen de la historia clínica
- Señales y Síntomas específicos:
 - Observación directa
 - Entrevista con el paciente.
 - Examen de la historia
- Conocimientos:
 - Entrevista con el paciente.
 - Cuestionarios.
- Capacidad psicomotora (habilidades).
 - Observación directa durante la realización de la actividad
- Estado emocional:
 - Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
 - Información dada por el resto del personal
- Situación espiritual (modelo holístico de la salud):
 - Entrevista con el paciente.
 - información dada por el resto del personal (Iyer, 1989).

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir (Griffith y Christensen, 1982).

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

5.2. Teoría general del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem.

Biografía

Dorothea Elizabeth Orem, una de las enfermeras americanas más destacadas, nació en Baltimore, Maryland, en 1914. Inició su carrera enfermera en la Providence Hospital School of Nursing en Washington, DC, donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década de 1930. Orem recibió un Bachelor of Sciences en Nursing Education de la Catholic University of America (CUA) en 1939 y en 1946, obtuvo un Master of Sciences in Nurse Education de la misma universidad. Las primeras experiencias enfermeras de Orem incluyeron actividades de enfermería quirúrgica, enfermería de servicio privado (tanto de servicio domiciliario como hospitalario), servicios como personal hospitalario en unidades médicas pediátricas y de adultos, supervisora de noche en urgencias y profesora de ciencias biológicas. Orem ostentó el cargo de directora de la escuela de enfermería y del Departamento de Enfermería en el Providence Hospital, Detroit, de 1940 a 1949. Tras marcharse de Detroit, pasó 8 años (1949-1957) en Indiana trabajando en la Division of Hospital and Institutional Services del Indiana State Board of Health. Su meta era mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales de todo el estado. Durante este tiempo, Orem desarrolló su definición de la práctica de enfermería (Orem, 1956).

Fuentes teóricas.

La principal fuente de ideas sobre enfermería para Orem fueron sus experiencias en enfermería. A través de la reflexión sobre situaciones de la práctica enfermera, pudo identificar el objeto o foco real de la enfermería. La pregunta que guio el pensamiento de Orem (2001) fue: «¿En qué estado está una persona cuando se decide que una enfermera o enfermeras intervengan en la situación?». El estado que indica la necesidad de asistencia enfermera es «la incapacidad de las personas de proporcionarse por sí mismas y continuamente el autocuidado de calidad y cantidad necesario según las situaciones de la salud personal» (Orem, 2001: p. 20). La Teoría del Déficit de Autocuidado TEDA está formada por diversos elementos conceptuales y tres teorías que especifican las relaciones entre estos conceptos y es una teoría general.

Además de sus experiencias en situaciones de la práctica enfermera, Orem estaba muy versada en la bibliografía y el pensamiento de la enfermería. Su asociación con las enfermeras a lo largo de los años aportó numerosas experiencias formativas. La autora consideraba su trabajo con estudiantes licenciados y su colaboración con otras compañeras como valiosos empeños. Orem citó el trabajo de muchas otras enfermeras en cuanto a sus contribuciones a la enfermería, como Abdellah, Henderson, Johnson, King, Levine, Nightingale, Orlando, Peplau, Riehl, Rogers, Roy, Travelbee y Wiedenbach, entre otras. La familiaridad de Orem con la bibliografía no se limitó a la enfermera. En su discusión de varios temas relacionados con la enfermería, Orem citó a autores de otras disciplinas. En las ideas y posturas de Orem puede verse la influencia de expertos como Allport (1955), Arnold (1960a, 1960b), Barnard (1962), Fromm (1962), Harre (1970), Macmurray (1957, 1961), Maritain (1959), Parsons (1949, 1951), Plattel (1965) y Wallace (1979, 1996).

Para la TEDA de Orem es fundamental el sistema filosófico del realismo moderado. Banfield (1997) realizó una investigación filosófica para explicar las bases del trabajo de Orem. Esta investigación mostró la coherencia entre las visiones de Orem respecto a la naturaleza de la realidad, la naturaleza de los seres humanos y la naturaleza de la enfermería como una ciencia, y las ideas y posturas asociadas a la filosofía del realismo moderado. Taylor, Geden, Isaramalai y Wongvatunyu (2000) también analizaron los principios filosóficos de la TEDA.

La ontología de la TEDA se basa en cuatro categorías de entidades postuladas (Orem, 2001). Estas cuatro categorías son:

- a) personas en localizaciones de espacio-tiempo,
- b) atributos o propiedades de estas personas,
- c) movimiento o cambio y
- d) productos llevados a cabo.

(Orem, 1997) identificó «cinco amplias visiones de los seres humanos, necesarias para desarrollar el conocimiento de los constructos conceptuales de la teoría

enfermera del déficit de autocuidado y para comprender los aspectos interpersonales y sociales de los sistemas enfermeros Son la visión de:

- a) persona.
- b) agente.
- c) usuario de símbolos.
- d) organismo.
- e) objeto.

En relación con la visión de persona como agente y la idea de acción deliberada, Orem citó a varios expertos, como Arnold, Parsons y Wallace. La autora identificó siete suposiciones respecto a los seres humanos que pertenecen a la acción deliberada (Orem, 2001). Estas suposiciones explícitas, si bien se centran en la acción deliberada, se basan en la suposición implícita de que los seres humanos tienen libre voluntad (Marriner, 2011).

Orem también propuso una postura respecto a la forma de la enfermería como una ciencia, identificándola como una ciencia práctica. El trabajo de Maritain (1959) y Wallace (1979), filósofos asociados a la tradición realista moderada, se cita en relación con sus ideas sobre la forma de la ciencia enfermera (Marriner, 2011).

La TEDA representa un conocimiento especulativamente práctico. La ciencia enfermera prácticamente práctica consta de modelos y estándares de práctica, y de tecnologías. (Orem, 2001) identificó dos conjuntos de ciencias enfermeras especulativamente prácticas: las ciencias de la práctica enfermera y las ciencias que sirven de fundamento. El conjunto de las ciencias de la práctica enfermera incluye:

- A. la ciencia de la enfermería completamente compensatoria,
- B. la ciencia de la enfermería parcialmente compensatoria y
- C. la ciencia de la enfermería de apoyo-desarrollo.

Las ciencias enfermeras que sirven de fundamento son:

- a) la ciencia del autocuidado,

- b) la ciencia del desarrollo y el ejercicio de la actividad del autocuidado en ausencia o presencia de limitaciones para la acción deliberada y
- c) la ciencia de la asistencia humana para personas con déficit de autocuidado asociados a la salud.

Las ciencias enfermeras que sirven de fundamento son:

- a) la ciencia del autocuidado,
- b) la ciencia del desarrollo y el ejercicio de la actividad del autocuidado en ausencia o presencia de limitaciones para la acción deliberada y
- c) la ciencia de la asistencia humana para personas con déficit de autocuidado asociados a la salud.

Conceptos principales y definiciones.

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

1. La teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.
2. La teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente.
3. La teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.

Los principales conceptos de las teorías de Orem se identifican aquí y se tratan con más profundidad en Orem (2001), *Nursing: Concepts of Practice*.

Autocuidado.

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su

propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo (Marriner, 2011).

Cuidado dependiente.

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

Requisitos de autocuidado.

Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas (Marriner, 2011).

Un requisito de autocuidado formulado comprende dos elementos:

1. El factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humanos en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personales (Marriner, 2011).

2. La naturaleza de la acción requerida.

Los requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetivos formalizados del autocuidado. Son las razones por las que se emplea el autocuidado; expresan los resultados deseados, el objetivo del autocuidado (Marriner, 2011).

Requisitos de autocuidado universales

Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo

que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital. Se proponen ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños:

1. El mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
 2. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
 3. El mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
 4. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
 5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
 6. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
 7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
- La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (Marriner, 2011).

Requisitos de autocuidado de desarrollo

Los requisitos de autocuidado de desarrollo estaban separados de los requisitos de autocuidado universales en la segunda edición de *Nursing: Concepts of Practice* (Orem, 1980). Se han identificado tres conjuntos de requisitos de autocuidado de desarrollo:

1. Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo.
2. Implicación en el autodesarrollo.
3. Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano (Orem, 1980).

Requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud

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

determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras ellos duran.

La enfermedad o la lesión no sólo afectan a una estructura específica y a los mecanismos psicológicos o fisiológicos, sino también al funcionamiento humano integral. Cuando el funcionamiento integrado se ve profundamente afectado (retraso mental grave y estados de coma), los poderes desarrollados o en desarrollo de la persona se ven gravemente deteriorados de manera temporal o permanente. En estados anormales de salud, los requisitos de autocuidado surgen del estado de la enfermedad y de las medidas usadas en su diagnóstico o en su tratamiento.

Las medidas adoptadas para cubrir las necesidades de cuidado cuando falla la salud tienen que ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes de la persona. La complejidad del autocuidado o del cuidado dependiente aumenta según el número de necesidades que deben ser cubiertas en plazos de tiempo determinados (Marriner, 2011).

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:

- Controlar o dirigir factores identificados en las necesidades, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano (suficiente aire, agua y comida).
- Cubrir el elemento de actividad de la necesidad (mantenimiento, promoción, prevención y provisión) (Orem, 2001).

La necesidad terapéutica de autocuidado en cualquier momento: *a)* describe los factores del paciente o el entorno que hay que mantener estables dentro de una gama de valores o hacer que lleguen a esa gama para el bien de la vida, salud o bienestar del paciente, y *b)* 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 (Marriner, 2011).

Actividad de autocuidado.

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

Actividad de cuidado dependiente.

Actividad de cuidado dependiente se refiere a la capacidad adquirida de una persona para conocer y satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico de la persona dependiente y/o regular el desarrollo y el ejercicio de la actividad de autocuidado dependiente (Marriner, 2011).

Déficit de autocuidado.

El déficit de autocuidado es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado, en la que las capacidades de autocuidado constituyentes y desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente o proyectada (Marriner, 2011).

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 implicadas en esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado (Marriner, 2011).

Diseño enfermero.

Se trata de una actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción enfermera, a partir de los juicios prácticos de reflexión sobre las condiciones existentes, para sintetizar los elementos de una situación concreta de relaciones 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; estas unidades conjuntas constituyen la pauta que guía la producción de la enfermería (Marriner, 2011).

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 (Marriner, 2011).

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 métodos, los seleccionan y los combinan en relación con las necesidades de acción de las personas que reciben tratamiento enfermero y en relación con las limitaciones de acción asociadas con su estado de salud:

- Actuar o hacer por cuenta de otro.
- Guiar y dirigir.
- Ofrecer apoyo físico o psicológico.
- Ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal.
- Enseñar (Marriner, 2011).

Factores condicionantes básicos.

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

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

Factores externos del entorno (Marriner, 2011)

Utilización de pruebas empíricas

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

Los elementos conceptuales y las tres teorías específicas de la TEDA son abstracciones sobre las características comunes a todas las situaciones de la

práctica enfermera. La TEDA se desarrolló y se mejoró a través del uso de procesos intelectuales que se centraron en situaciones de la práctica enfermera. Por ejemplo, Orem reflexionó sobre sus experiencias de la práctica enfermera para identificar el objetivo real de la enfermería. En su trabajo relacionado con la TEDA, el Nursing Development Conference Group (1979) inició un análisis de casos de enfermería y procesos de razonamiento analógico. Desde la primera publicación de la TEDA, numerosas pruebas empíricas han contribuido al desarrollo del conocimiento teórico, gran parte del cual se ha incorporado a la mejora continuada de la teoría; sin embargo, los puntos básicos de la teoría permanecen intactos (Marriner, 2011).

Principales Supuestos

Los supuestos básicos de la teoría general se formalizaron a principios de la década de 1970 y se presentaron por primera vez en la escuela de enfermería de la Marquette University en 1973. Orem (2001) identifica las cinco premisas subyacentes en la teoría general de la enfermería:

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

Orem planteó presuposiciones y propuestas para la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas enfermeros. Estos elementos constituyen la expresión de las teorías que se resumen a continuación (Marriner, 2011).

Afirmaciones Teóricas

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

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

Las tres teorías constituyentes, tomadas conjuntamente y en relación, constituyen la TEDA.

La teoría de los sistemas enfermeros es la teoría unificadora, e incluye todos los elementos esenciales. Comprende la teoría del déficit de autocuidado y la teoría del autocuidado. La teoría del déficit de autocuidado desarrolla la razón por la cual una persona se puede beneficiar de la enfermería. La teoría del autocuidado sirve de fundamento para las demás, y expresa el objetivo, el método y los resultados de cuidarse a uno mismo (Marriner, 2011).

Teoría de los sistemas enfermeros

La teoría de los sistemas enfermeros señala que la enfermería es una acción humana; los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente. Las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación. La figura 14-1 muestra los sistemas enfermeros básicos organizados según la relación entre la acción del paciente y la de la enfermera. Los sistemas enfermeros pueden ser elaborados para personas, para aquellos que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros

tienen necesidades terapéuticas de autocuidado con componentes similares o limitaciones similares que les impiden comprometerse a desempeñar un autocuidado o el cuidado dependiente, y para familias u otros grupos multipersonales (Marriner, 2011).

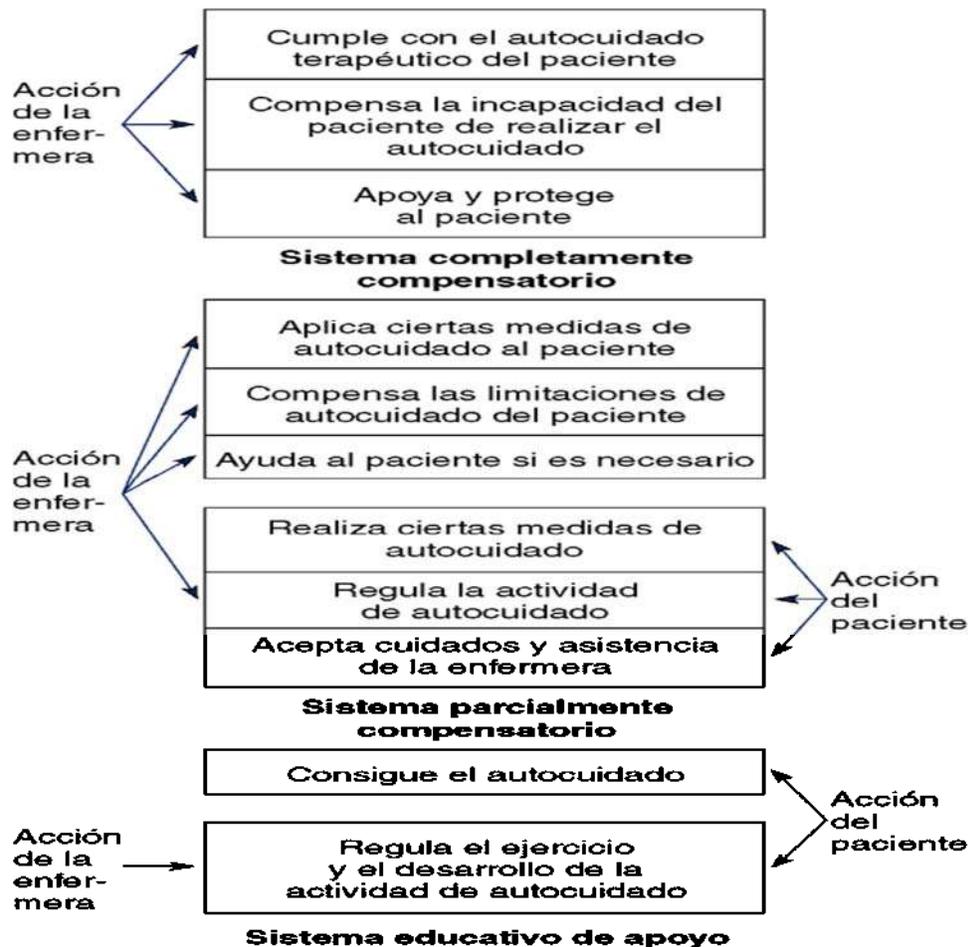


Figura 14.1 Sistemas enfermeros básicos (Orem, 2001).

Teoría del déficit de autocuidado

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

y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos.

También 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 de la persona dependiente de ellos. El *déficit de autocuidado* es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado. Es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudarán a comprender el papel del paciente en el autocuidado (Marriner, 2011).

Teoría del autocuidado

El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por sí solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrece la base para entender los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería. El autocuidado, como función reguladora del hombre, se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano, como la regulación neuroendocrina. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus períodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales. La teoría del autocuidado también se amplía con la teoría del cuidado dependiente, en la que se expresan el objetivo, los métodos y los resultados del cuidado de los otros (Taylor et al., 2001).

Forma Lógica.

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

muestra en los muchos modelos que Orem y otros han desarrollado, como los que se especifican en la figura 14-1. Orem describió los modelos y su importancia en el desarrollo y la comprensión de la realidad de las entidades. Estos modelos «se dirigen al conocimiento de la estructura de los procesos que son operativos o que se vuelven operativos en la producción de los sistemas de enfermería, sistemas de cuidado para las personas o para las unidades de cuidado dependiente o los grupos de personas atendidos por las enfermeras» (Orem, 1997). La teoría global es, por tanto, coherente.

Crítica.

Claridad.

Los términos que utilizó Orem están definidos de manera muy precisa. El lenguaje de la teoría es coherente con el que se utiliza en el siglo xxi en la teoría de la acción y en la filosofía. La terminología de la teoría es toda ella coherente. El término *autocuidado* tiene múltiples significados según la disciplina. Orem definió el término y ha elaborado la estructura sustancial del concepto de una manera única, pero también coherente con otras interpretaciones. Se ha hecho referencia a la complejidad del lenguaje de Orem. La limitación suele estar en la falta de familiaridad del lector con la ciencia práctica y con el campo de acción de la ciencia. Una vez conseguida la familiarización básica con la terminología de la TEDA, seguir leyendo y estudiando la obra de Orem lleva a un conocimiento exhaustivo de su visión de la enfermería como un campo de conocimiento y como un campo de práctica (Marriner, 2011).

Simplicidad.

La teoría de Orem se expresa en un número limitado de términos. Estos términos se definen y se utilizan de manera coherente en la expresión de la teoría. La teoría general de Orem, la TEDA, consta de tres teorías:

- a) autocuidado,
- b) déficit de autocuidado y
- c) sistemas de enfermería.

La teoría enfermera de déficit de autocuidado es una síntesis del conocimiento sobre ocho entidades, que incluyen autocuidado (y cuidado dependiente), actividad de autocuidado (y actividad dependiente de cuidado), exigencia de autocuidado terapéutico, de déficit de autocuidado, y la actividad enfermera y el sistema enfermero. El desarrollo de la teoría mediante la utilización de estas entidades es lento. La relación entre estas entidades se puede representar en un simple diagrama. La estructura sustancial de la teoría se ve en el desarrollo de estas entidades. Lo que confiere a la teoría la complejidad necesaria para una disciplina práctica es la profundidad del desarrollo de los conceptos (Marriner, 2011).

Generalidad

Orem (1995) realizó el siguiente comentario acerca de la generalidad o universalidad de la teoría:

La teoría enfermera de déficit de autocuidado no sirve como explicación para la individualidad de una situación concreta de la práctica enfermera, sino que es la expresión de una combinación singular de propiedades conceptualizadas o características comunes a todas las ramas de la enfermería. Como teoría general, sirve a las enfermeras practicantes, ya que desarrolla y valida el conocimiento enfermero, y enseña y aprende enfermería (Marriner, 2011).

Precisión empírica.

Como teoría general, la TEDA ofrece una explicación descriptiva de por qué las personas necesitan la enfermería y qué procesos se necesitan para obtener la atención enfermera requerida. Los conceptos de la teoría son abstracciones de las entidades que representan el objeto real de las enfermeras en situaciones concretas de la práctica enfermera. Autocuidado, cuidado dependiente y cuidado enfermero son formas de acción deliberada para alcanzar un objetivo concreto. Los conceptos de demanda de autocuidado terapéutico, actividad de autocuidado, actividad de cuidado dependiente y actividad enfermera se refieren a las propiedades de las personas. El déficit de autocuidado y el déficit de cuidado dependiente se refieren a las relaciones entre propiedades de las personas. Sistema de autocuidado, sistema

de cuidado dependiente y sistema enfermero son sistemas de cuidados diseñados e implementados para obtener los resultados deseados. Factores condicionantes básicos se refieren a factores que condicionan o influyen en las variables de las personas. Estos factores pueden ser internos a la persona, como el nivel de desarrollo, o externos, como los recursos disponibles. En situaciones de la práctica enfermera, los datos recogidos por las enfermeras pueden clasificarse fácilmente según los conceptos de la TEDA (Marriner, 2011).

El énfasis actual en la TEDA se centra en crear un cuerpo de conocimientos basado en la práctica enfermera, más que en embarcarse en validar la teoría. El desarrollo de instrumentos tiene un cometido importante en la construcción del conocimiento enfermero, además de otros tipos de trabajo erudito. Se necesita un gran volumen de trabajo respecto a la estructuración del conocimiento existente en torno a las ciencias de la práctica y las ciencias enfermeras que sirven de fundamento identificadas por Orem. Por tanto, se necesitan estudios descriptivos completos de varias poblaciones en cuanto a sus requisitos y prácticas de autocuidado. La estructuración de los conocimientos existentes y los resultados de los estudios descriptivos proporcionarán una base sólida para el desarrollo de instrumentos para medir los conceptos de la TEDA. (Marriner, 2011)

Consecuencias deducibles.

La TEDA diferencia el centro de interés de la enfermería del de las demás disciplinas. Aunque otras disciplinas consideran que la teoría de autocuidado es de gran ayuda y contribuyen a su desarrollo, la teoría de sistemas enfermeros supone la única esencia de la enfermería. La importancia de la obra de Orem se extiende más allá del desarrollo de la TEDA. En sus obras ofreció la expresión de la forma práctica de la ciencia enfermera junto con una estructura para el desarrollo venidero del conocimiento enfermero en las etapas del desarrollo de la teoría. Orem presentó un enfoque visionario de la práctica enfermera, la formación y el desarrollo del conocimiento contemporáneo expresado en la teoría general (Marriner, 2011).

Demandas de autocuidado terapéutico

Componentes de requisitos de autocuidados universales.

- I. Mantener una buena nutrición general.
 - A. A causa de las medicaciones, es necesario aumentar los líquidos y disminuir las proteínas.
 - B. A causa de las dificultades para tragar, es necesario prestar atención para evitar comidas susceptibles de producir ahogos.
 - C. A causa de la pérdida de control de la motricidad fina, es necesario adaptar la vajilla.
- II. Mantener el aporte de aire utilizando medidas de cuidados normales.
- III. Mantener la eliminación.
 - A. Mecanismos adaptados y de asistencia personal para ir al baño y arreglarse con la ropa, según sea necesario a causa de la patología y de las limitaciones de movilidad.
 - B. El estreñimiento está asociado con las limitaciones de movilidad del parkinsonismo y a los efectos secundarios de la medicación, de manera que pueden ser necesarias medidas como el aumento de la ingesta de líquidos y el uso de laxantes.
- IV. Mantener un equilibrio entre la soledad y la interacción social.
 - A. No son adecuadas la soledad ni la interacción social excesiva.
- V. Mantener un equilibrio entre el descanso y la actividad.
 - A. No son adecuadas la actividad excesiva ni el reposo excesivo.
 - B. Puede ser necesaria una silla elevadora.
 - C. Pueden necesitar una cama de hospital en el domicilio.
 - D. A menudo el sueño está alterado.
- VI. Mantener la protección ante los peligros.
 - A. Es necesaria una evaluación cuidadosa de los posibles peligros y de la manera de afrontarlos.
- VII. Fomentar la normalidad.
 - A. Crear un entorno que permita que George funcione de la manera más normal posible (p. ej., utilizando mecanismos adaptados, silla elevadora). Los

requisitos de Betty son los que pueden esperarse de una mujer de 65 años. Además, necesita hacer adaptaciones en su propio autocuidado para acomodarse a las demandas de su marido (Marriner, 2011).

Requisitos de autocuidado de desarrollo.

A causa de la enfermedad crónica progresiva y de aspectos no resueltos, George es incapaz de progresar a nivel de desarrollo; las acciones para hacerlo avanzar en sus tareas de desarrollo son infructuosas hasta la fecha. La naturaleza progresiva de la enfermedad ha provocado cambios en el sistema de cuidados de colaboración y la relación se está convirtiendo en un sistema de cuidados dependiente. Esto crea dificultades tanto a Betty como a George. Aunque él acepta que tiene la enfermedad de Parkinson, no es realista en cuanto al efecto que ésta tiene sobre él (Marriner, 2011).

Requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud.

Necesitan continuar buscando atención médica con regularidad. La dependencia del control farmacológico de la patología y la exclusión de otras propuestas de tratamiento provocan efectos secundarios de la medicación que ocasionan más problemas. George se acepta como persona con enfermedad de Parkinson que necesita atención sanitaria, pero está frustrado por la progresión de la enfermedad y por sus efectos sobre su habilidad para participar en las actividades. Tanto George como Betty se esfuerzan por vivir con los efectos de la patología que no le permitirán la progresión del desarrollo. No se identificaron más necesidades (Marriner, 2011).

Características del sistema enfermero.

El sistema enfermero es periódico para George y Betty. Se articula con un sistema de cuidados dependientes, además de los sistemas de autocuidado de ambas personas. A medida que la enfermedad progrese, habrá más necesidad de asistencia para acceder a recursos para los cuidados y, en algunos casos, para proporcionar cuidados a George y apoyo a Betty. Como se mencionó anteriormente,

Betty desea mantener la supervisión y el control del sistema de cuidados. Busca un papel colaborador con la enfermera y otros asistentes. Como primer paso, la enfermera ayudará a la pareja a disponer del equipo adaptado adecuado, como una cama de hospital y una silla de ruedas eléctrica. Con el tiempo, cuando se identifique una necesidad, se iniciará la asistencia domiciliaria. La enfermera y los demás ayudarán a Betty y a George a determinar los niveles necesarios de asistencia. Cuando no sea razonable que Betty continúe atendiendo a George en casa, el médico, la enfermera y otros asistentes la ayudarán a ingresar a George en un centro residencial. La naturaleza progresiva de la enfermedad de Parkinson requiere una propuesta a largo plazo para los cuidados. Requiere la implicación de muchas personas diferentes a medida que los problemas cambien y surjan nuevas demandas. Deberá prestarse atención al sistema de autocuidado de Betty a medida que aumente su papel como cuidadora dependiente (Marriner, 2011).

5.3. Insuficiencia venosa

Definición

La insuficiencia venosa crónica (IVC) es el cuadro resultante de una estasis venulocapilar, secundaria a una hipertensión venosa mantenida y caracterizada clínicamente por aumento del volumen crónico de la extremidad, dilataciones venosas, hiperpigmentación, dermatitis, celulitis y úlcera en los miembros inferiores (Hernández, 2010).

La insuficiencia venosa es el conjunto de síntomas y signos derivados de una hipertensión venosa en los miembros inferiores debido a un mal funcionamiento valvular de los sistemas venosos (Khilnani, 2014).

Cambios producidos en las extremidades inferiores como resultado de una disfunción en el sistema venoso de las mismas, ocasionada por la dificultad permanente de retorno venoso, desarrollado por la incompetencia valvular, que genera un reflujo venoso, elevando la presión venosa a niveles patológicos (Montes, 2012).



Imagen 1. Mecanismo valvular venoso, normal y patológico.)

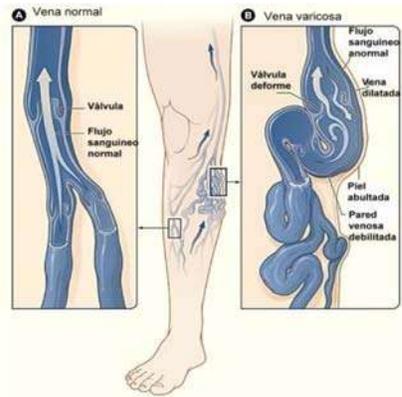


Imagen 2. Comportamiento circulatorio en venas varicosas

Es una de las causas más frecuentes de consulta en el primer nivel de atención, es una enfermedad crónica con una alta incidencia en la población y en sus formas más severas, como se puede ver en las siguientes imágenes:

Imagen 3.
VÁRICES



Vein Clinics of America (2005)

Imagen 4.
CAMBIOS DE COLORACIÓN



Imágenes médicas (2010)

Imagen 5.
ÚLCERA VARICOSA



Úlceras vasculares (2008)

Así mismo es responsable de una baja calidad de vida, intervenciones quirúrgicas y bajas laborales (Montes, 2012).

Fisiopatología.

Las venas tienen una pared fina y están provistas de válvulas que aseguran que la dirección del flujo sanguíneo sea siempre hacia arriba y adentro, es decir, del sistema superficial al profundo y hacia el corazón (**unidireccional** y **centrípeto**). La circulación sanguínea a través del sistema venoso se debe al sistema valvular, pero también a la bomba músculo esquelético. La circulación sanguínea a través del

sistema venoso se debe al sistema valvular, pero también a la bomba músculo esquelético. Durante la marcha, la contracción muscular exprime la sangre desde el sistema venoso simpático a través de las venas comunicantes al sistema venoso periférico, y por éste a la vena femoral común e iliaca. Sin embargo, en el caso de insuficiencia valvular, parte de esta sangre retorna al sistema superficial que de esta manera ve sobrecargado su volumen sanguíneo en una cantidad extra. Este volumen hemático no tiene un efecto hemodinámico marcado sobre la totalidad del sistema circulatorio, pero sí lo tiene sobre la circulación regional del miembro afectado (Khilnani, 2014).

Debido al aumento de la presión venosa, de manera permanente se van produciendo lesiones tisulares que caracterizan el estadio último del paciente varicoso:

- Aumento de la permeabilidad vascular con fuga de plasma y proteínas que conforma el edema y de hematíes con formación de púrpura.
- Hemoconcentración capilar con incremento de la viscosidad y fenómenos trombóticos.
- Proliferación del endotelio vascular y neoangiogénesis.
- Apertura de las fístulas arterio-venosas pre-existentes con disminución del débito capilar y tendencia a la isquemia de la piel.

A los mecanismos centrípetos de drenaje venoso, se oponen la gravedad, el incremento de la presión intra-abdominal, la longitud del trayecto venoso, la distensión de la pared venosa y las compresiones extrínsecas que dificultan el retorno venoso adecuado.

Cuando el transporte sanguíneo venoso se altera, nos encontramos ante la IVC, que puede afectar al SVS, al SVP o al perforante (González, 2009).

La idea más aceptada como origen de la insuficiencia venosa y las varices es la del reflujo sanguíneo a través de las válvulas incompetentes, pero no hay acuerdo sobre si la incompetencia valvular primaria inicia los eventos desencadenantes de la

enfermedad venosa o si la incompetencia valvular es secundaria a la dilatación de las finas paredes venosas (González, 2009).

Factores de riesgo

Dentro de los factores predisponentes para la IVC se reconocen los siguientes:

- Genética: existiría una predisposición genética. Algunos trabajos muestran que el riesgo de desarrollar varices en hijos con ambos padres con varices llegaría hasta el 90%.
- Sexo: predominio sexo femenino en proporción 4:1
- Edad: mayor frecuencia entre 30 y 60 años.
- Peso: mayor incidencia en obesos.
- Gestación: más frecuente en múltiparas. El embarazo favorecería la aparición de IVC a través de 3 mecanismos; los cambios hormonales que tienen lugar durante el embarazo que provocan disminución del tono venoso, el incremento de la volemia y el aumento de la presión intraabdominal que altera el retorno venoso.
- Origen: se ha descrito una mayor frecuencia de aparición de IVC en países nórdicos y centroeuropeos que en a países mediterráneos. Más frecuente en raza blanca muy poco común en raza negra y asiática.
- Dieta y hábitos intestinales: la constipación favorece la aparición de varices por un aumento de la presión intraabdominal.
- Trabajo: aumenta su incidencia en trabajos de pie.
- Trombosis venosa profunda: la presencia de trombos en las confluencias venosas y válvulas activa una serie de fenómenos inflamatorios que producen la fibrosis de éstas y posteriormente su incompetencia (Mege Navarrete, 2011).

Clasificación.

En el año 1994 el American Venous Forum elaboró un documento de consenso para la clasificación y gradación de la insuficiencia venosa crónica basado en las manifestaciones clínicas (C), factores etiológicos (E), distribución anatómica (A) y

hallazgos fisiopatológicos (P), que fue revisado en 2004. Surgió como un instrumento para facilitar la comunicación y descripción de las formas de la EVC. El objetivo de esta clasificación es determinar la presencia de signos y síntomas, gravedad clínica, localización y el tipo de enfermedad venosa (primaria, secundaria o congénita). Es la clasificación que se acepta de forma general en todo el mundo y, desde su adopción, las comunicaciones del ámbito venoso se han normalizado. Se recomienda utilizar la clasificación CEAP en todo paciente con EVC (Escudero, 2014).

Clasificación clínica (C):

Clase 0: Sin signos visibles o palpables de enfermedad venosa.

Clase 1: Telangiectasias o venas reticulares.

Clase 2: Varices.

Clase 3: Edema asociado.

Clase 4: Alteraciones cutáneas propias de la enfermedad venosa, pigmentación, lipodermatoesclerosis, eccema venoso...

Clase 5: Alteraciones cutáneas con úlcera cicatrizada.

Clase 6: Alteraciones cutáneas con úlcera activa.

Clasificación etiológica (E):

Ec: Congénita.

Ep: Primaria.

Es: Secundaria.

Clasificación anatómica (A):

As: Venas superficiales.

Ad: Venas profundas.

Ap: Venas perforantes.

Clasificación fisiopatológica (P):

Pr: Reflujo.

Po: Obstrucción.

Pro: Reflujo y obstrucción (Escudero, 2014).

Síntomas Generales.

Dolor.

Su presencia no suele estar en relación con la existencia de grado de las várices, este síntoma suele estar ocasionado por un sufrimiento endotelial consecutivo a la hipertensión venosa establecida. Son dolores difusos subagudos o crónicos que se exacerban con el uso de hormonales, sedentarismo o cambios meteorológicos.

Los dolores de tipo inmediato suelen aparecer al levantarse como una sensación de llenado que recorre el miembro desde la raíz hasta su extremo. Los dolores tardíos son más frecuentes, representando más del 80% de los síntomas dolorosos de la IVC. Aparecen unas horas después de levantarse y se intensifican durante el transcurso del día, son difusos, pero afectan sobre todo a pantorrilla y tobillo, aliviándose con el ejercicio o la deambulación. Puede llegar a manifestarse como una verdadera claudicación venosa que obliga al enfermo a detenerse. También es frecuente el dolor en decúbito, con sensaciones de piernas no descansadas o inquietas (Carrasco, s, f).

Simpatalgias venosas:

Bajo este término se agrupan un gran número de síntomas diversos consistentes en sensaciones de presión, opresión, quemazón, pinchazos, picadura, desgarró, palpitaciones o escalofríos (Carrasco, s, f).

Pesadez:

Aparece tras clinostatismo o bipedestación prolongada. Suele ser de intensidad gradual, vespertino y calma con el reposo con el miembro elevado y/o ejercicios de relajación de la musculatura de los miembros (Carrasco, s, f).

Calambres:

Suelen aparecer de noche o ligados al esfuerzo y al calor. Suelen despertar al sujeto obligándolo a levantarse para masajearse la pierna. No son patognomónicos de enfermedad venosa (Carrasco, s, f).

Flebalgias:

De carácter intermitente, se irradian a partir del eje troncular afectado, de un paquete varicoso asilado o de un punto de reflujo más o menos profundo. Frecuentemente asientan sobre el trayecto de las perforantes distales de las piernas o sobre zonas de induración (Carrasco, s, f).

Signos clínicos:**Edema**

Es la acumulación de líquido en el espacio tisular intercelular o intersticial, además de en las cavidades. Manifestación más constante, fiel y, a menudo, precoz de la IVC ya constituida. Aspecto blanco, blando, cantidad variable. Aparece en bipedestación o clinostatismo prolongado, con el calor y es reversible o atenuado por la elevación del miembro y la contención elástica. Suele aparecer en el transcurso del día (Carrasco, s, f).

Dilataciones venosas y telangiectasias:

Son consecuencia de la ectasia mantenida sobre el sistema venoso que produce alteraciones valvulares y, secundariamente, dilataciones venosas. Las grandes dilataciones varicosas se localizan en los trayectos de las venas safenas (varices tronculares). Las telangiectasias son dilataciones patológicas de los vasos más superficiales de la piel provocadas por ectasia venosa o mecanismos hormonales, entre otros mecanismos. Suelen aparecer a nivel de los muslos. Pueden aparecer también dilataciones de localización atípica y sin relación con las safenas, en glúteos, cara externo-lateral de los muslos y pantorrillas y huecos poplíteos que se relacionan con dilataciones venosas pélvicas (Carrasco, s, f).

Cambios tróficos cutáneos: Son multiformes. Podemos distinguir dermatitis eccematosa, dermatitis pigmentadas, hipodermatitis esclerosas, lipodermatoesclerosis, hiperqueratosis, atrofica blanca (Carrasco, s, f).

Complicaciones de la IVC

La presencia de un cuadro varicoso mantenido en el tiempo provoca un estancamiento sanguíneo en piel y tejido subcutáneo que va a producir trastornos tróficos, a su vez, las venas dilatadas pueden experimentar accidentes. Éstas son las complicaciones, entre las principales nos encontramos con:

Tromboflebitis: las várices aumentan el riesgo de trombosis superficial, cuyo mecanismo de producción es la estasis sanguínea. Este cuadro clínico debuta con dolor, calor local y tumoración, palpándose un cordón fibroso a lo largo del trayecto de la vena/s trombosada/s. No suele dar fiebre. Por lo general no evolucionan y regresan de forma espontánea, excepto en los casos en que se halla en la unión entre sistema superficial y profundo por el riesgo potencial de trombosis venosa profunda (TVP) y con ello de tromboembolismo pulmonar (TEP), en este caso debe hacerse de forma obligada una ecografía-doppler y actuar en consecuencia (Jaramillo, 2016).

Varicorragia: es la ruptura de una variz. Casi siempre el origen será un traumatismo sobre el nódulo varicoso. Aparece una hemorragia abundante de sangre oscura que aumenta al poner la pierna en declive. A pesar de lo alarmante del cuadro, la hemorragia cede con la elevación del miembro afecto con la paciente en decúbito supino y la colocación de un vendaje compresivo alrededor de la pierna y sobre el punto sangrante. La ruptura de la variz puede producirse hacia el espacio subcutáneo o intramuscular, en este caso se producirá un hematoma y en función de su extensión habrá que drenarlo o no, pudiendo esperar a que se produzca su reabsorción espontánea si es muy superficial y limitado (Jaramillo, 2016).

Dermatitis y capilaritis: lesiones acompañadas de dolor, quemazón y prurito. Rebelde al tratamiento. Cuando regresan dejan la piel con aspecto apergaminado.

Úlcera varicosa: una de las complicaciones más importantes en el contexto de IVC. Aparecen después de muchos años de evolución del cuadro. El tratamiento varía en función del tamaño. Si es una lesión grande, se realizará cura quirúrgica con extirpación del tejido ulcerado e injerto si es preciso y si es pequeña, menor de 2

cms de diámetro, puede mantenerse una actitud expectante, llevando a cabo curas locales de la herida, cubriéndola con un apósito estéril y posteriormente haciendo un vendaje compresivo. Toda úlcera venosa pequeña cura si el paciente se mantiene en reposo con elevación del miembro y con curas locales (Jaramillo, 2016).

DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico de la IVC se establece en base a la realización de una buena historia clínica que recoja los antecedentes del sujeto y los síntomas junto con una adecuada exploración física. Posteriormente, las pruebas complementarias objetivarán la patología y establecerán su grado de desarrollo (Carrasco, s, f).

Clínico

Si bien en algunos casos la IVC es asintomática y podemos ver pacientes con várices desarrolladas de diversa extensión a los que no producen ninguna molestia que no sea la estética, en la mayoría de las ocasiones, el cuadro clínico viene definido por el conjunto de signos y síntomas relatados anteriormente que pueden confluir al mismo tiempo o aparecer de forma progresiva a medida que se incrementa el grado de insuficiencia venosa. No son patognomónicos de esta patología (Carrasco, s, f).

La inspección, palpación y auscultación son pasos obligados de realizar en una buena exploración física. Se han descrito una serie de maniobras o pruebas exploratorias específicas para valorar la topografía y el grado de insuficiencia venosa de una extremidad, aunque en Atención Primaria no se utilicen mucho. Las más importantes son:

Maniobra de **Trendelenburg** o la maniobra de **Perthes** que se basan en el uso de torniquetes y la medición del tiempo que tardan las venas varicosas en rellenarse cuando éstos se eliminan. Tienen una baja especificidad, 15% y 20% respectivamente, y son difíciles de interpretar cuando las varices no son prominentes (Carrasco, s, f).

La prueba de imagen estándar es la **Ecografía-Doppler** que nos permite valorar los diámetros, permeabilidad, grosores, estado valvular y presencia de trombos en la luz del vaso (González, 2017).

La **flebografía** es una técnica de escasa utilidad hoy día, podría utilizarse en caso de varices muy abigarradas para identificar y localizar las venas afectadas. Contraindicada en caso de embarazo (Carrasco, s, f).

Aunque la **Tomografía Axial Computarizada (TAC)** no es un método de elección para la visualización de las varices, constituye un elemento de gran ayuda diagnóstica para la visualización de masas tumorales o ganglionares que compriman la pared venosa y, por tanto, obliteren la luz vascular o provoquen una trombosis secundaria. No utilizada en el embarazo (González et al, 2017).

La **Resonancia Magnética Nuclear (RMN)** tiene como ventaja el no someter a la paciente a ningún tipo de radiaciones, evitando la inyección del contraste, pero su gran inconveniente es el alto precio (González et al, 2017).

Tratamiento.

El tratamiento de la insuficiencia venosa crónica (IVC) comprende inicialmente una serie de medidas generales cuyo fin será enlentecer la evolución síndrome y prevenir la aparición de complicaciones. Además, se dispone de un amplio arsenal terapéutico que incluye medidas higiénico dietéticas y posturales, fármacos, la escleroterapia y los tratamientos quirúrgicos (Carrasco, s, f).

- Medidas higiénico-dietéticas y posturales.

Aseo diario, evitar las fuentes directas de calor en los miembros, no usar ropa ajustada que pueda dificultar la circulación venosa.

Procurar mantener las piernas elevadas siempre que sea posible. Por la noche, dormir con los pies de la cama levantados unos 15 cm, dieta adecuada con reducción de sal.

- Compresión.
Consiste en la aplicación en reposo de una leve compresión tisular que se transforma en activa cuando se contrae la masa muscular.
- Medidas compresivas: Mejora el retorno venoso y reduce el reflujo, disminuyendo la presión venosa. Mejora la sintomatología dolorosa y el edema y además retarda la evolución de la enfermedad e incluso favorece la curación de las úlceras venosas.
- Medidas farmacológicas: El objetivo del tratamiento médico será disminuir la tensión venosa y así aliviar la sintomatología.

Definición de úlcera varicosa

La úlcera vascular se define como una lesión elemental con pérdida de sustancia cutánea, producida por alteraciones en la circulación, ya sea venosa o arterial, que afecta a las extremidades inferiores y que habitualmente se localiza en el tercio distal de la pierna. Con el paso del tiempo esta lesión tiende a cronificarse. Frecuentemente se conoce como úlcera de pierna, denominación esta que hace referencia a la pérdida de la integridad cutánea en la zona comprendida entre la pierna y el pie, de diferente etiología y con una duración igual o superior a seis semanas. Es una lesión dolorosa que dificulta la movilidad y altera la propia imagen corporal; el dolor es frecuente y puede ser grave o continuo e incapacitante. Tiene carácter crónico y recidivante con una alta tasa de recurrencia (Munera y Núñez, 2016).

La cicatrización es el proceso que el organismo pone en marcha cuando se produce una herida; su finalidad es la reparación y el reemplazo de los tejidos dañados. Esquemáticamente este proceso puede dividirse en 4 fases que suceden de forma cronológica, encadenada y usualmente superpuesta (Munera y Núñez, 2016).

- Inflamación.
- Destrucción.
- Reconstrucción.
- Remodelado.

Clasificación de úlceras vasculares:

Las úlceras vasculares se clasifican en cuatro grandes grupos.

- **Úlceras Venosas:** insuficiencia venosa crónica, antecedentes de varices, trombosis venosa profunda y superficial.
- **Úlceras Arteriales:** arterioesclerosis obliterante 90%, vasculitis, tromboangeitis obliterante, enfermedad de Raynaud, tabaquismo discreto, dislipemia, hipertensión arterial.
- **Úlceras Neuropáticas:** Originadas a partir del pie diabético y de otras neuropatías.
- **Úlceras Vasculíticas:** asociadas habitualmente a enfermedades sistémicas (hemopatías, neoplasias, infecciones, etc.)

Úlceras venosas:

Las úlceras venosas representan la complicación más grave de la insuficiencia venosa crónica. Se definen como una pérdida de sustancia dermoepidérmica de las partes declives de la pierna, que no cicatriza espontáneamente y tiene una gran tendencia a la recidiva (Munera y Núñez, 2016).

En lo que respecta a su localización, si bien puede aparecer en cualquier zona de tercio distal de la extremidad inferior, en el 90% de los casos se localiza en la cara lateral interna, la zona supramaleolar, la zona pretibial y en la cara lateral externa de la pierna (Munera y Núñez, 2016).

Su desencadenante más habitual es un traumatismo sobre la lesión preulcerosa. Entonces suele estar precedida por un dolor puntiforme o prurito.

Morfológicamente se caracteriza por un fondo que puede oscilar desde átono hasta francamente regenerativo. La piel que rodea la úlcera suele tener todos los signos de la dermatosis de la insuficiencia venosa: pigmentación ocre, lipoesclerosis, cianosis, induración, e incluso, osificación. Predominan las formas ovas, de diferentes dimensiones, generalmente de tamaño grande con bordes escavados y bien delimitados. Suelen ser unilaterales (Munera y Núñez, 2016).

Las úlceras venosas se pueden clasificar teniendo en cuenta las alteraciones cutáneas y vasculares según el grado de insuficiencia venosa, como bien se expresa en la Tabla 1.

GRADO I:	<p>Fase inicial.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hay varices superficiales que afectan el arco plantar, zonas maleolares y tobillos. El paciente refiere sensación de pesadez y dolor al final de la jornada.
GRADO III:	<p>Puede aparecer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edema. • Hiperpigmentación purpúrica. • Aumento del grosor, pudiendo llegar a elefantiasis en la extremidad. • Zona de piel blanquecina localizada en la zona peri maleolar. • Eczema de éxtasis, que ocasiona un intenso prurito. • Es frecuente que pequeñas erosiones por rascado puedan transformarse en úlceras. • Tromboflebitis. • Hemorragias que pueden ser importantes por rotura de venas muy dilatadas.
GRADO III:	<ul style="list-style-type: none"> • Además de la clínica anterior ya aparecen úlceras abiertas, de comienzo súbito (traumatismo directo, rotura de una variz, agentes infecciosos en la piel...) o insidioso (costra persistente, descamación profusa, leves excoりaciones...). • Cicatriz ulcerosa.

Tabla 1: Clasificación de las úlceras venosas según las alteraciones cutáneas y vasculares según grado de insuficiencia.

Tipos de úlceras venosas:

Se distinguen básicamente tres tipos de úlceras venosas.

- Varicosas.
- Postrombóticas.
- Estéticas.

Las **úlceras varicosas** tienen como características lesiones dérmicas debidas a la flebostasis, superficialidad, forma redondeada con fondo hiperémico, elevada capacidad de sobreinfección con eccema periulceroso y prurito, unilateralidad y molestias en ortostatismo. Suelen aparecer en la zona maleolar interna y su origen es la insuficiencia valvular de las venas (Munera y Núñez, 2016).

Las **úlceras postrombóticas** tienen como principales características los trastornos cutáneos (atrofia, celulitis indurada, hiperpigmentación, etc.), formas extensas y múltiples, fondo rojizo, bordes irregulares y molestias en posición ortostática. Aparecen igualmente en la zona maleolar interna y se asocian a antecedentes de tromboflebitis y edema crónico (Munera y Núñez, 2016).

Las **úlceras estáticas** tienen como principales características la bilateralidad, aparición en extremidades con edema sin problemas vasculares periféricos, trastornos cutáneos (atrofia, hiperpigmentación, celulitis), superficialidad, formas múltiples y extensas, presencia de gran cantidad de exudado, poco dolorosas y existencia de granulación y color rojizo en el lecho de la herida. Aparecen en el área de GaitierM o zona polaina. Su origen es el fallo en la bomba muscular venosa de la pantorrilla (Munera y Núñez, 2016).

Prevención de las úlceras venosas

- Utilizar una adecuada contención elástica (medias elásticas durante el día y retirarse durante la noche).
- El encamamiento es beneficioso en caso de edema importante (caso de pacientes de edad avanzada la prolongación de inmovilidad puede ser peligrosa, en este caso se alternará el reposo con piernas elevadas).
- Conviene activar el drenaje venoso de las piernas mediante ejercicio físico
- Evitar estar de pie o sentado con los pies en el suelo más de 1 hora.

- Mantener dieta adecuada.
- Baños en las pernas alternando agua fría y caliente terminando con la fría.
- Evitar exposiciones temperaturas altas de calor.
- Aplicar diariamente cremas hidratantes (Carrasco-Cano, 2015).

Tratamiento de las úlceras vasculares

- Es fundamental establecer un diagnóstico diferencial entre los distintos tipos de úlceras vasculares, ya que el tratamiento difiere si su etiología es venosa o arterial. El tratamiento suele ser prolongado y en muchos casos difícil de apreciar su evolución.
- No existe un tratamiento único y efectivo para la cura de la úlcera de vascular y siempre debe ir acompañado de la corrección de la causa promotora (patología de base).
- El tratamiento debe mantenerse durante dos o tres semanas
- Toda cura deberá hacerse procurando el máximo confort del paciente y evitando el dolor
- Se colocará al paciente en decúbito, para favorecer el retorno venoso y disminuye el edema Es muy importante la terapia local de la úlcera, manteniendo limpia e hidratada la piel perilesional y en general los pies y piernas (Carrasco-Cano, 2015).

Medidas generales de las úlceras vasculares

- Tratar factores de riesgo.
- Mejorar en lo posible el estado general del paciente.
- Tratar el dolor.
- Reposo de la pierna afectada.
- Evitar en lo posible pendular el miembro en la cama para evitar edema
- Proteger la úlcera del medio externo (evitando vendajes compresivos y esparadrapo en la piel)
- Elevar el cabeceo de la cama 15 grados aproximadamente.
- Ayudar en el abandono del tabaco.

- Administrar la medicación prescrita.
- Insistir en las medidas posturales (Carrasco-Cano, 2015).

Medidas locales de las úlceras vasculares

Úlceras venosas

- Administrar analgésicos prescritos previos a la cura.
- Retirar con suavidad los vendajes.
- Limpieza de la úlcera con fisiológico, eliminando restos de exudado.
- Promover la eliminación de tejido necrótico.
- Si hay signos de infección, tomar cultivo, suministrar antibiótico sistémico, cambiar el apósito con regularidad hasta la desaparición de los signos clínicos de infección.
- En caso de exudado utilizar apósitos absorbentes.
- Una vez que el lecho ulceral presente tejido sano, usar un apósito hidrocoloide o una espuma polimérica y cambiarlos solo cuando sea necesario.
- Procurar la higiene y protección usando emulsiones cutáneas hidratantes en la piel perilesional y zonas atróficas.
- No abusar de los productos sensibilizantes como los corticoides tópicos.
- Tratar y evitar el edema (Carrasco-Cano, 2015).

Hábitos nutricionales dirigidos a mejorar la salud.

- Dieta hiposódica: Evitar la sal.
- Dieta rica en fibra: Evitar el estreñimiento.
- Dieta hipocalórica: Evitar la obesidad (Carrasco-Cano, 2015).

VI. Caso clínico

María Guadalupe mujer de 82 años, viuda desde hace 12 años, originaria de la comunidad Rancho Nuevo municipio de Tarímbaro Michoacán, escolaridad 3° de primaria, religión católica, ocupación ama de casa. Su familia nuclear está conformada por dos hijos, viven en la misma comunidad, actualmente vive con su hija y nietos.

Habita en casa tipo rural construida con tabique y techo de concreto, la cual cuenta con los servicios intradomiciliarios básicos, agua potable, luz, drenaje, teléfono, televisión, con 6 habitaciones, tiene buena ventilación e iluminación.

Hábitos higiénicos regulares con baño cada 8 días y cambio de ropa interior y exterior cada 5 días.

No fuma, no consume alcohol, niega alergias.

Su alimentación consiste generalmente en: leche con pan o galletas, atole blanco en el desayuno; comida: caldo de pollo, con 3 tortillas, agua de sabor o con agua natural, cena: te con pan. Toma un litro de agua al día, consume fruta cada tercer día, leche, carne, leguminosas semanalmente. Evacúa una vez al día o cada dos días, heces blandas, sin facultad al defecar, orina 4 veces al día, dependiendo de la cantidad de agua que ingiere, amarillo claro, sin molestias.

Presenta dificultad para deambular ya que necesita su silla de ruedas para desplazarse de un lugar a otro, No realiza ningún tipo de ejercicio, por dificultad para ponerse de pie a causa de su padecimiento actual.

La comunicación con su familia es buena. Le preocupa su estado de salud y manifiesta que quisiera realizar sus actividades como antes.

Menarca a los 13 años, inicio de vida sexual activa a los 17 años, con 1 pareja, no utilizó ningún método de planificación familiar, 2 embarazos, 2 partos, aborto ninguno, menopausia a los 54 años.

Inicia su padecimiento hace un año, con signos y síntomas de úlcera en miembro pélvico derecho de aproximadamente 18 cm de largo (en la región anterior del pie),

por lo que acudió a la clínica del IMSS y se le diagnosticó úlcera varicosa e hipertensión con un rango de 130/80mmhg. Se le realizaron curaciones de la herida y medidas de compresión, pasaron 6 meses y no se observó mejoría, ya que era mayor la extensión de la herida; refiere que el vendaje de compresión que se le aplicaba, no le era útil, por lo ajustado y tiempo de retiro, así mismo refería dolor agudo de la herida cada vez que se le realizaba el vendaje. Dejó de acudir a la unidad de salud, para recibir atención en su domicilio, por profesionales de la salud (médico/enfermero), refiere que ha sentido mejoría de la úlcera varicosa. La curación se le realizaba cada 12 días. Su tratamiento médico consistía en felodipino 5mg, para la presión arterial, tramadol en gotas, para el dolor después de realizarse la curación de la úlcera, madecassol en polvo, solución antiséptica con iones de plata, jabón quirúrgico y venda elástica, para la curación de la herida (úlceras varicosas).

VII. Implementación del Proceso de Enfermería con el Referente Teórico de Dorothea E. Orem.

7.1 Valoración

ORGANIZACIÓN DE DATOS

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS:

Sexo: femenino

Edad: 82

Edo. Civil: viuda

Religión: católica

Escolaridad: 3 de primaria

Ocupación: ama de casa

Familia Nuclear:

Persona que constituye el principal apoyo para el paciente: hijos

Dependencia Económica: hijos

Condiciones del hogar: buenos

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES:

a. Mantenimiento del aporte de aire suficiente.

FC: 82 x' **T/A:** 130/90 mmHg, **FR:** 19 x' **SPO2:** 96 %

Padece hipertensión arterial, la cual se encuentra controlada. Niega toxicomanías.

No cocina con leña. Campos pulmonares normales, sin datos de alteración.

b. Mantenimiento de un aporte de agua suficiente.

Consume i litro de agua al día. Utiliza agua comercial. Mucosa oral, hidratada

c. Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.

Peso: 40 kg. Talla: 1.54 metros IMC: 16.87

Su alimentación consiste generalmente en: leche con pan o galletas, atole blanco en el desayuno; comida: caldo de pollo, con 3 tortillas, agua de sabor o con agua natural, cena: te con pan; consume fruta cada tercer día, leche, carne, leguminosas semanalmente

No le desagrade ningún alimento, ni presenta alergias.

Tiene buenos hábitos higiénicos al preparar los alimentos.

El ambiente en su casa al comer es: armónico

Al comer no presenta ningún problema.

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

No presenta problemas de eliminación urinaria. La frecuencia de la micción es 4 veces al día. De color amarillo claro.

Evacúa una vez al día o cada dos días, heces blandas, sin facultad al defecar.

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

Presenta dificultad para deambular ya que necesita su silla de ruedas para desplazarse de un lugar a otro, No realiza ningún tipo de ejercicio, por dificultad para ponerse de pie debido a que presenta úlcera en miembro pélvico derecho de aproximadamente 18 cm de largo, la cual abarca toda la región anterior del pie, con abundante tejido necrótico.

Tiene dificultad para subir escaleras. La frecuencia del aseo personal es cada 8 días, con cambio de ropa cada 5 días

No realiza ninguna actividad física debido a su padecimiento.

Duerme 8 horas diarias; se siente descansada luego de dormir.

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

Presenta regular autonomía personal, por las limitaciones que tiene de movimiento. La calidad de la comunicación con los demás es buena, así como la perdurabilidad de las relaciones sociales.

Refuerza lazos de amor, afecto, amistad; promueve la autonomía de sus semejantes y tiene buena adaptación social.

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

Presentó fractura de cadera hace 10 años, actualmente, no presenta problemas derivado de ello.

Niega toxicomanías. No acostumbra automedicarse.

Se realizó el Papanicolaou hace cinco años

Asiste de forma periódica al médico, una vez por mes; práctica medidas de autocuidado de manera regular; se ha desparasitado, de acuerdo a las recomendaciones del médico.

Es hipertensa controlada con felodipino.

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.

Acepta su aspecto físico y emocional.

Acepta los cambios a su imagen provocados por la enfermedad.

Se siente bien consigo misma.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO:

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

Mujer adulta mayor de 82 años.

Sus Rol (es) que desempeña son de mamá y abuela.

Historia Gineco- obstétrica: número de parejas sexuales: una. Menarca a los trece años. Gesta 2 Para 2 Abortos 0

Etapas de menopausia

REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD:

Presenta hipertensión arterial controlada, así como úlcera en miembro pélvico derecho de aproximadamente 18 cm de largo, la cual abarca toda la región anterior del pie, con abundante tejido necrótico e inflamación. Presenta angustia, por el dolor de la úlcera varicosa.

Se siente fatigada por el tiempo de estar sentada en silla de ruedas.

Se encuentra consciente, orientada en tiempo, lugar, espacio, persona.

Presenta visión borrosa, debido a la edad avanzada.

Aplicación del Proceso de Enfermería

7.1. Valoración de los requisitos de autocuidado

Dominio 11. Seguridad/protección

Clase 2: lesión física

Requisitos de autocuidado Universal: mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.

Requisito de autocuidado de Desviación de la Salud: úlcera varicosa por insuficiencia venosa.

7.2. Diagnóstico de enfermería 1

(00155) riesgo de caídas como lo demuestra, edad 83 años, uso de dispositivos de ayuda, silla de rueda, enfermedad vascular, ulcera varicosa, en miembro pélvico derecho.

7.3. Plan de Intervención

- **Criterio de resultado:** (1902) control del riesgo p. 337

Escala:

1. Nunca demostrado
2. Raramente/ demostrado
3. A veces/ demostrado
4. Frecuentemente/ demostrado
5. Siempre/ demostrado

Indicadores:

1. 190201 Reconoce factores de riesgo. (2).
2. 190209 Evita exponerse a las amenazas para la salud. (2).
3. 190208 Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo. (2).
4. 190213 Utiliza los sistemas de apoyo personal para reducir el riesgo. (3).

Puntuación Diana:

Mantener a: 9

Aumentar a: 14

- Intervención de enfermería:

1. (6610) Identificación de riesgo. p. 437

Agente de autocuidado: propio y terapéutico.

Demanda de autocuidado: parcial.

Sistema de enfermería: sistema parcialmente compensatorio.

Acciones de enfermería:

1. Determinar la presencia/ ausencia de necesidades vitales básicas.
2. Dar prioridad a las áreas de disminución de riesgo, en colaboración con el individuo.
3. Utilizar acuerdos con la paciente.
4. Instaurar una valoración sistemática de riesgo mediante instrumentos fiables y válidos.
5. Planificar las actividades de disminución de riesgo, en colaboración con el individuo.
6. Identificar la paciente que precisa cuidados continuos.
7. Determinar la presencia y calidad del apoyo familiar
8. Determinar el nivel educativo.
9. Determinar el nivel de funcionamiento pasado y actual.
10. Determinar los recursos económicos.

Fundamento científico:

Un ambiente sano, ligero y sin los peligros, el paciente se manifiesta con mayor seguridad para deambular, puede ser con ayuda de un familiar, algún dispositivo de ayuda, pero siempre la enfermera debe manifestar un ambiente confortable y seguridad adecuada.

Las valoraciones del riesgo sirven para determinar los pacientes que están en riesgo de padecer tipos específicos de lesión, como las caídas, o la seguridad general en el ambiente del hogar o de la asistencia de salud (Ackley, B. 2008).

Intervención de enfermería:

2. (6486) Manejo ambiental: seguridad. p: 472.

Agente de autocuidado: dependiente y terapéutico

Demanda de autocuidado: parcial

Sistema de enfermería: parcial compensatorio

Acciones de enfermería:

1. Identificar las necesidades de seguridad: según la función física y cognoscitiva y el historial de conducta del paciente.
2. Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el ambiente (físico, biológico).
3. Eliminar los factores de peligro del ambiente, como sea posible.
4. Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.
5. Observar si se producen cambios en el estado de seguridad del ambiente.
6. Ayudar la paciente a construir un ambiente más seguro (remitirse a asistencia para el hogar).
7. Proporcionar la paciente números telefónicos de urgencias (policía, departamento de salud local).
8. Disponer dispositivos de protección (restricción física, puertas, cerradas, vallas y portones) para limitar físicamente la movilidad o acceder a situaciones peligrosas.
9. Disponer dispositivos de adaptación (banqueta de escalera o barandillas) para aumentar la seguridad del ambiente.
10. Iniciar y/o realizar programas de eliminación de peligros ambientales.

Fundamento científico:

La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud. La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria (OMS, 2009).

Intervención de enfermería:

3. (6490) Prevención de caídas. p: 684

Agente de autocuidado: dependiente y terapéutica

Demanda de autocuidado: parcial

Sistema de enfermería: sistema parcialmente compensatorio.

Acciones de enfermería:

1. Identificar déficit cognoscitivo o físico de la paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.
2. Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulaci3n.
3. Disponer luz nocturna en la mesilla de noche.
4. Disponer barandillas y apoya manos visibles.
5. Instruir la paciente para que pida ayuda al moverse.
6. Ayudar a la familia a la familia a identificar los peligros del hogar y a modificarlos.
7. Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo.
8. Disponer una iluminaci3n adecuada para aumentar la visibilidad.
9. Evitar disposiciones innecesarias del ambiente f3sico.

10. Utilizar la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente al paciente de la silla de ruedas, cama, baño.

Fundamento científico:

Acciones que deben ser proporcionadas al paciente a fin de evitar la precipitación del paciente al suelo en contra de su voluntad para mantener, cubierta la necesidad de seguridad del paciente y su entorno. Por lo tanto, el profesional de enfermería tiene el compromiso de garantizar y disminuir los riesgos detectados del paciente y familia a través de fomentar una cultura integradora de seguridad y confianza con las mejores prácticas, con la finalidad de disminuir la presencia de eventos adversos e impulsar la estandarización del cuidado y la prevención de estos (Ackley, B. 2017).

Intervención de enfermería:

4. (1806) Ayuda con autocuidados: transferencia. p: 180

Agente de autocuidado: dependiente y terapéutico.

Demanda de autocuidado: parcial.

Sistema de enfermería: sistema parcialmente compensatorio.

Acciones de enfermería:

- 1.** Determinar la capacidad actual de la paciente para trasladarse por sí misma (nivel de movilidad, limitaciones del movimiento, resistencia, capacidad de ponerse de pie y carga peso, nivel de conciencia, capacidad para colaborar y entender las instrucciones
- 2.** Elegir técnicas de traslado que sean adecuadas para el paciente.
- 3.** Enseñar la paciente todas las técnicas adecuadas con el objetivo de alcanzar el nivel máximo de independencia.
- 4.** Enseñar a la paciente técnicas de traslado de una zona a otra (de la cama a la silla de ruedas).
- 5.** Enseñar a la paciente el uso de ayudas ambulatorias (silla de ruedas).
- 6.** Identificar los métodos para evitar lesiones durante el traslado.

7. Utilizar la mecánica corporal adecuada durante los movimientos.
8. Mantener la alineación corporal de la paciente correcta durante los movimientos.
9. Animar a la paciente para que aprenda a trasladarse de forma autónoma.
10. Documentar el progreso.

Fundamento científico:

Ayuda a la paciente a cambiar de sitio el cuerpo, a estimular de forma precoz los movimientos activos voluntarios. Y ayuda a adquirir control y coordinación de los movimientos.

La movilidad física en general, es recomendable para aumentar los niveles de actividad de los pacientes (Lewis, 2014).

Intervención de enfermería:

5. (6654) Vigilancia: seguridad. p: 793

Agente de autocuidado: agente de autocuidado dependiente y terapéutico.

Demanda de autocuidado: parcial.

Sistema de enfermería: sistema parcialmente compensatorio.

Acciones de enfermería:

1. Observar si hay alteraciones de la función física o cognoscitiva de la paciente que puedan conducir a una conducta insegura.
2. Vigilar el ambiente para ver si hay peligro potencial para su seguridad.
3. Determinar el grado de vigilancia requerido por la paciente en función del nivel de funcionamiento y de los peligros presentes en el ambiente.
4. Proporcionar el nivel adecuado de supervisión/ vigilancia para vigilar la paciente y permitir las acciones terapéuticas.
5. Colocar la paciente en un ambiente menos restrictivo que permita el necesario nivel de observación.

6. Poner en marcha y mantener el estado de precaución para la paciente con alto riesgo de exposición a los peligros específicos del ambiente de cuidados.

7. Comunicar la información acerca del riesgo de la paciente a los miembros del personal de cuidados.

Fundamento científico:

La Seguridad del Paciente, o el intento consciente de evitar lesiones al paciente causadas por la asistencia, es un componente esencial de la calidad asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica (Aibar-Remón, 2011).

La seguridad del paciente (SP) constituye un componente clave de la calidad asistencial que en los últimos años ha alcanzado gran relevancia, considerándose en la actualidad, un derecho de los pacientes (Estepa del Árbol, 2016).

7.4. Ejecución

Fecha: 20/09/18

Se realizó una orientación a la paciente – cuidador, por medio una plática, donde se le hace mención de la importancia de conocer y tener en cuenta del cuidado que se debe tener al momento de querer realizar una actividad, misma de la paciente, como cambiar de posición e ir al cuarto o al baño por sí sola, bajarse de la cama. así mismo de los peligros o riesgos que pueden suceder como: caídas, lesiones, fracturas, al no tener precauciones adecuadas al momento de realizarse la actividad requerida. Y de la importancia del manejo cuidadoso al trasladar a la paciente en su silla de ruedas a otro objeto de descanso. Ya que, si no se realizan las actividades mencionadas por el profesional de enfermería, adecuadamente empeoraría aún más su estado de físico y emocional y a causa no habría mejoría de lo que se desea tener. Sin embargo, las acciones de enfermería se seguirán manteniendo. Con el asesoramiento proporcionado se logra que paciente con la participación del familiar seguir manejando los cuidados y actividades ya establecidos.

7.5. Evaluación

Fecha: 29/09/18

Después de proporcionar los cuidados de enfermería, la paciente logró comprender de los cuidados que debe tener, en las posibles actividades al querer realizar ella misma, a sí mismo de no poder realizarlo por sí sola, llamar a su familiar a cargo para su apoyo y evitar un accidente. De la misma forma la paciente y familiar refiere que seguirán las actividades de forma correcta, ya que lo primero es mejorar su estado de salud que actualmente padece. Las actividades de enfermería mencionadas ayudaron a mejorar en mucho el estado de la salud de la paciente, mismo que la paciente así lo refiere.

- **Criterio de resultado:** (1902) control del riesgo.

Escala:

1. Nunca demostrado
2. Raramente/ demostrado
3. A veces/ demostrado
4. Frecuentemente/ demostrado
5. Siempre/ demostrado

Indicadores:

1. 190201 Reconoce factores de riesgo. (5).
2. 190209 Evita exponerse a las amenazas para la salud. (5).
3. 190208 Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo. (5).
4. 190213 Utiliza los sistemas de apoyo personal para reducir el riesgo. (5).

Puntuación Diana:

Mantener a: 9

Aumentó a: 20

Aplicación Del Proceso De Enfermería

7.6. Valoración de los requisitos de autocuidado

Dominio 11: seguridad y protección.

Clase 2: lesión física.

Requisitos de autocuidado Universal: mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.

Requisito de autocuidado de Desviación de la Salud: úlcera varicosa por insuficiencia venosa.

7.7. Diagnóstico de enfermería 2

(00046) Deterioro de la integridad cutánea relacionado con alteración de la sensibilidad, úlcera varicosa, manifestado por alteración en la integridad cutánea en miembro pélvico derecho, de aproximadamente 18 cm de longitud, en cara anterior del pie.

7.8. Plan de Intervención

Criterio de resultado: (1103) Curación de la herida: por segunda intención. p: 380

Escala:

1. Extenso
2. Sustancial
3. Moderado
4. Escaso
5. Completa

Indicadores:

1. 110301. Granulación. (2)
2. 110303. Secreción purulenta. (2)
3. 110322. Inflamación de la herida. (3)
4. 110317. Olor de la herida. (2)

Puntuación Diana:

Mantener a: 9

Aumentar a: 14

- Intervención de enfermería:

1. (3660) Cuidado de las heridas.

Agente de autocuidado: agente de autocuidado dependiente y terapéutico.

Demanda de autocuidado: parcial.

Sistema de enfermería: sistema parcialmente compensatorio.

Acciones de enfermería:

1. Mantener técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida.
2. Limpiar con solución salina normal o un limpiador no tóxico.
3. Inspeccionar de herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje.
4. Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
5. Medir el lecho de la herida.
6. Administrar cuidados de la ulcera dérmica.
7. Aplicar un ungüento adecuado a la piel/ lesión.
8. Aplicar un vendaje apropiado al tipo de la herida.
9. Enseñar al paciente y o miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida.
10. Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección.

Fundamento científico:

El cuidado de la herida se basa en la curación, observación y limpieza de la herida para lograr que haya buena cicatrización, evitar que la secreción purulenta irradie a una zona cercana a la herida y evitar una proliferación de infección.

Los cuerpos extraños y el tejido desvitalizado actúan como foco de infección y puede retrasar la cicatrización.

Educar adecuadamente al paciente para que promueva la cicatrización de la herida y mantenga la piel sana (Berman, 2013).

Intervención de enfermería:

2. (6550) Protección contra las infecciones. p: 699

Agente de autocuidado: agente de autocuidado dependiente y terapéutico.

Demanda de autocuidado: parcial

Sistema de enfermería: sistema parcialmente compensatorio y educativo de apoyo.

Acciones de enfermería:

1. Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
2. Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
3. proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas.
4. Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel.
5. Fomentar una ingesta nutricional suficiente.
6. Fomentar una ingesta de líquidos.
7. Facilitar el descanso.
8. Fomentar un aumento de la movilidad y los ejercicios.
9. Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad / malestar.
10. Instruir la paciente y la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informar de ellos al cuidador.

Fundamento científico:

Las medidas de prevención de las infecciones, como el saneamiento, el lavado de manos. Pueden reducir la propagación de microorganismos resistentes a los antimicrobianos (OMS, s, f).

Un correcto manejo de la herida, como la realización de curación diaria con técnica aséptica, drenaje de la herida, administración de antibióticos, según preinscripción médica y valoración de la herida y del proceso de cicatrización, facilitan una curación óptima (Dealey, C. 2009).

Intervención de enfermería:

3. (1340) Estimulación cutánea. p: 376

Agente de autocuidado: agente de auto cuidado terapéutico.

Demanda de autocuidado: completa

Sistema de enfermería: completamente compensatorio.

Acciones de enfermería:

1. Aplicar la estimulación directamente sobre o alrededor sitio afectado.
2. Fomentar el uso de un método de estimulación intermitente.
3. Establecer la duración y frecuencia de la estimulación en función del método elegido.
4. Considerar los puntos de acupresión como sitios de estimulación.
5. Dejar que la familia participe en todo lo que sea posible.
6. Establecer indicaciones, frecuencia y procedimiento respecto de la aplicación.
7. Seleccionar el tipo de estimulación cutánea más adecuado al paciente y a las condiciones (masaje).
8. Seleccionar una estrategia de estimulación cutánea específica en función de la disponibilidad individual para participar, capacidad de participar, preferencias, apoyo de seres queridos y contraindicaciones.
9. Cancelar la estimulación si se produce un aumento de dolor o irritación de la piel.
10. Valorar y registrar la respuesta a la estimulación.

Fundamento científico:

La estimulación cutánea puede aliviar el dolor: La activación de las fibras nerviosas de diámetro grueso alivia el dolor. Puesto que la piel está ricamente dotada de estas fibras, muchos tipos de estimulación táctil tienen el potencial de alivio del dolor (Granados, 2009).

Disminuye la ansiedad y la percepción del dolor, ayuda con la relación de la paciente y con el mantenimiento de su estado psicológico.

Intervención de enfermería:

4. (5603) Enseñanza: cuidados de los pies. p: 328.

Agente de autocuidado: dependiente y terapéutico.

Demanda de autocuidado: parcial.

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio.

Acciones de enfermería:

1. Determinar las prácticas actuales de cuidados de los pies.
2. Ayudar a desarrollar un plan para la valoración y el cuidado diario de los pies en casa.
3. Recomendar que se explore diariamente toda la superficie de los pies y entre los dedos buscando la presencia de enrojecimiento, tumefacción, calor, resequedad, sensibilidad y zonas abiertas.
4. Recomendar que se seque completamente los pies después de lavarlos, especialmente entre los dedos.
5. Instruir la paciente a hidratación diariamente la piel poniendo los pies en remojo o realizando un baño con agua a temperatura ambiente, aplicando posteriormente una crema hidratante.
6. Aconsejar medidas de autocuidado adecuados antes problemas menores de los pies.

7. Prevenir acerca de las ropas o las actividades que provoquen presión sobre los nervios y los vasos sanguíneos, incluyendo bandas elásticas de los calcetines y cruzar las piernas.

8. Reforzar la información proporcionada por otros profesionales de la salud.

9. Sí existe una alteración visual o problemas de movilidad, recomendar la ayuda de algún familiar para el cuidado de los pies.

10. Determinar el nivel actual de conocimiento y las habilidades relativas al cuidado de los pies.

Fundamento científico:

La piel del adulto mayor es más frágil y menos elástica, por ello es importante la humectación y la lubricación a través de cremas hidratantes, que permitan que la piel no se reseque y con ello evite formar grietas en los pies (Yáñez, 2017).

Las afecciones de los pies son importantes, dada la relevancia que éstos tienen para la vida y el mantenimiento de la independencia. Su alteración es fuente de sufrimiento y pone en peligro la independencia funcional y autonomía de la persona mayor (Berman, 2013).

Intervención de enfermería:

5. (3590) Vigilancia de la piel. p: 787

Agente de autocuidado: terapéutico.

Demanda de autocuidado: parcial.

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio y educativo de apoyo.

Acciones de enfermería:

1. Observar si hay enrojecimiento, calor, edema o drenaje de la piel y las membranas mucosas.

2. Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.

3. Observar si hay zonas de presión y fricción.

4. Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.

5. Observar si la ropa queda ajustada.
6. Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas.
7. Vigilar el color y textura de la piel.
8. Observar si hay zonas de decoloración y magulladuras en la piel y las membranas mucosas y pérdidas de integridad.
9. Observar su color, calor, pulso, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades.

Fundamento científico:

La piel es el órgano más extenso del cuerpo y desempeña numerosas funciones importantes en el mantenimiento de la salud y la protección frente a las lesiones. Una de las funciones más importantes del personal de salud es mantener la integridad de la piel y estimular la cicatrización de las heridas. (Cheung, 2010).

La información que requiere el paciente que presenta úlceras varicosas, incluye aspectos educativos sobre la enfermedad y sus complicaciones, así como los mecanismos que posee el especialista para curar, paliar y prevenir los diferentes problemas. Se debe dar al paciente una explicación de su patología, con palabras sencillas pero correctas, si es necesario, se utilizarán dibujos representativos del sistema venoso y arterial, informando sobre la evolución natural de su enfermedad y de las posibles complicaciones que puedan surgir a lo largo del tiempo, las posibilidades terapéuticas que existen, y cuál de ellas es la indicada en su caso.

Con todo esto lo que pretendemos es tranquilizar al paciente para disminuir su ansiedad y así favorecer su colaboración (Sosa Vázquez, 2017).

7.9. Ejecución

Fecha: 29/09/2018

Se le explica a la paciente mediante una plática, las complicaciones, el tiempo de duración del cierre completo de la úlcera varicosa, la curación de la úlcera varicosa a causa de la insuficiencia venosa. Con la finalidad que comprenda la importancia de los cuidados en su hogar y la identificación de posible infección de un mal cuidado de higiene y curación de la herida. Se realiza una pequeña dinámica a la paciente en la expone con sus palabras la información que se le proporcionó. con la finalidad de mantener y mejorar en menor tiempo posible la mejoría y cicatrización

de la úlcera varicosa. Se lleva un buen proceso de mejoría, con las intervenciones de enfermería realizadas adecuadamente conjunto con el apoyo mismo de la paciente y familiar a cargo de su cuidado.

7.10. Evaluación

Fecha: 06/10/2018

La paciente logró identificar las complicaciones de su padecimiento, el cuidado y manejo correcto de la úlcera varicosa. Que en base a las actividades realizadas en el manejo y curación de la herida (úlceras varicosas), se está logrando una buena granulación de la úlcera varicosa. El entusiasmo de mejora por parte de la paciente, que así lo manifiesta que base a la buen manejo y curación de la úlcera se siente feliz al ver resultados de mejoría. De tal manera, se siguieran las actividades mencionadas hasta lograr la cicatrización completa de dicha herida y mejorar su estilo de vida de la paciente.

- **Criterio de resultado:** (1103) Curación de la herida: por segunda intención.
p:380

Escala:

1. Extenso
2. Sustancial
3. Moderado
4. Escaso
5. Completo

Indicadores:

1. 110301. Granulación. 5
2. 110303. Secreción purulenta. 4
3. 110322. Inflamación de la herida. 4
4. 110317. Olor de la herida. 5

Puntuación Diana:

Mantener a: 9

Aumentó a: 18

Aplicación Del Proceso De Enfermería

7.11. Valoración de los requisitos de autocuidado.

Dominio 4: actividad y reposo.

Clase 2: actividad y ejercicio.

Requisitos de autocuidado Universal: La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano

Requisito de autocuidado de Desviación de la Salud: úlcera varicosa por insuficiencia venosa.

7.12. Diagnóstico de enfermería 3

(00088) Deterioro de la ambulación relacionado con dolor manifestado por úlcera varicosa, miembro pélvico derecho, deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas.

7.13. Plan de Intervención

- **Criterio de resultado:** (0208) Movilidad. p: 513.

Escala:

1. Gravemente/comprometido.
2. Sustancialmente/comprometido.
3. Moderadamente/comprometido.
4. Levemente/comprometido.
5. No/comprometido.

Indicadores:

1. 020801. Mantenimiento del equilibrio. (2)
2. 020810. Marcha. (1)
3. 020806. Ambulación. (2)
4. 020807. Mantenimiento de la posición corporal. (3)

Puntuación Diana:

Mantener a: 8

Aumentar a: 14

- Intervención de enfermería:

1. (0200) Fomento del ejercicio. p: 423.

Agente de autocuidado: agente terapéutico.

Demanda de autocuidado: parcial.

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio.

Acciones de enfermería:

1. Valorar las ideas de la paciente sobre el efecto del ejercicio físico en la salud.

2. Fomentar la manifestación oral de sentimientos acerca de los ejercicios o la necesidad de los mismos.

3. Incluir a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.

4. Informar a la paciente acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.

5. Enseñar a la paciente técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno durante el ejercicio físico.

6. Ayudar a la paciente a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.

7. Ayudar a la paciente a establecer las metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios.

8. Determinar la motivación del individuo para empezar / continuar con el programa de ejercicios.

9. Instruir al paciente acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud, en colaboración con el médico.

10. Explorar las barreras para el ejercicio.

Fundamento científico:

El ejercicio físico produce importantes modificaciones en la personalidad, tales como estabilidad emocional, autoestima, mejorando igualmente la percepción de sí mismo (Jiménez, 2009).

Mejora de la salud y la calidad de vida de la paciente.

Intervención de enfermería:

2. Terapia de ejercicios: ambulación.

Agente de autocuidado: dependiente y terapéutico.

Demanda de autocuidado: parcial.

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio.

Acciones de enfermería:

1. Vestir a la paciente con prendas cómodas.
2. Aconsejar a la paciente que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones.
3. Animar a la paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia.
4. Ayudar a la paciente a sentarse en un lado de la cama para facilitar los ajustes posturales.
5. Instruir a cerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda.
6. Ayudar a la paciente en la deambulación iniciar, si es necesario.
7. Instruir a la paciente / cuidador acerca de las técnicas de traslado y deambulación seguras.
8. Vigilar la utilización por parte de la paciente de muletas u otros dispositivos de ayuda para andar.
9. Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de la seguridad.
10. Animar a la paciente a que esté levantado por su propia voluntad.

Fundamento científico:

El ejercicio implica la contracción activa y la relajación de los músculos.

Los estudios sobre el ejercicio han demostrado que puede ser una estrategia excelente para prevenir y tratar enfermedades cardiovasculares y pulmonares, trastornos del estado de ánimo, enfermedades propias del envejecimiento, diabetes y enfermedades inmunitarias (González, C. 2009).

Intervención de enfermería:

3. Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito.

Agente de autocuidado: terapéutico.

Demanda de autocuidado: parcial.

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio y educativo de apoyo.

Acciones de enfermería:

1. Evaluar el nivel actual de la paciente de ejercicio y conocimiento de la actividad / ejercicio prescrito.
2. Informar a la paciente del propósito y los beneficios de la actividad / ejercicio prescrito.
3. Instruir a la paciente acerca de los ejercicios de estiramientos correctos antes y después de la actividad / ejercicio y el fundamento de tal acción.
4. Enseñar a la paciente el montaje, utilización y mantenimiento de los dispositivos de ayuda, si es el caso.
5. Ayudar a la paciente a alternar correctamente los periodos de descanso y actividad.
6. Incluir a la familia / ser querido, si resulta apropiado.
7. Advertir al paciente acerca de los peligros de sobreestimar sus posibilidades.

8. Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda.
9. Enseñar al paciente una buena postura y la mecánica corporal.
10. Advertir al paciente de los efectos del calor y frío extremos.

Fundamento científico:

Se refiere al proceso mediante el cual a una persona se le diseña un programa de ejercicio en forma sistemática e individualizada. La prescripción de ejercicio tiene la finalidad de promover la salud para reducir el desarrollo futuro o recurrencia de enfermedades degenerativas.

El objetivo fundamental de la prescripción de ejercicio es proveer aquella ayuda necesaria para la paciente pueda incrementar la actividad física habitual, es decir, modificar su comportamiento hacia un estilo de vida más activo y de rehabilitación (Lopategui, 2012).

Intervención de enfermería:

4. (0222) Terapia de ejercicios: equilibrio. p: 749.

Agente de autocuidado: terapéutico.

Demanda de autocuidado: parcial.

Sistema de enfermería: compensatorio y educativo de apoyo.

Acciones de enfermería:

1. Determinar la capacidad del paciente para participar en actividades que requieren equilibrio.
2. Evaluar las funciones sensoriales (visión, oído y precepción).
3. Facilitar un ambiente seguro para la práctica de los ejercicios.
4. Instruir al paciente sobre la importancia de la terapia de ejercicios en el mantenimiento y la mejora del equilibrio.

5. Instruir al paciente sobre ejercicios de equilibrio, como ponerse de pie con una pierna.
6. Vigilar la respuesta de la paciente a los ejercicios de equilibrio.
7. Proporcionar medidas para el equilibrio, el ejercicio o programas de educación sobre caídas.
8. Proporcionar un ambiente seguro para la práctica de los ejercicios.
9. Adaptar el ambiente para facilitar la concentración.
10. Realizar una evaluación del domicilio para identificar peligros ambientales y conductuales.

Fundamento científico:

El ejercicio en los ancianos produce efectos fisiológicos benéficos sin importar la edad y el nivel de incapacidad. El ejercicio puede usarse para mejorar el estado de salud en los ancianos sanos, ancianos frágiles, en nonagenarios y en aquellos con múltiples enfermedades (Ávila-Funes, 2009).

Los ejercicios de equilibrio pueden ayudar a prevenir las caídas y evitar la discapacidad que puede resultar después de una caída (Tamayo, s, f).

Los ejercicios son necesarios para mejorar la circulación y fortalecer los músculos.

Intervención de enfermería:

5. (1800) Ayuda al autocuidado

Agente de autocuidado: dependiente y terapéutico.

Demanda de autocuidado: parcial.

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio.

Acciones de enfermería:

1. Comprobar la capacidad del paciente para realizar autocuidados independientes.

2. Observar la necesidad la necesidad por parte de la paciente de dispositivos para la adaptación para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal el aseo y alimentación.
3. Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño).
4. Proporcionar ayuda para que la paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
5. Ayudar a la paciente a aceptar las necesidades de dependencia.
6. Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.
7. Enseñar a la familia a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada.
8. Establecer una rutina de actividades de autocuidados.
9. Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidados.

Fundamento científico:

El autocuidado tiene que ver con aquellos cuidados que se proporciona la persona para tener una mejor calidad de vida, autocuidado individual, o los que son brindados en grupo, familia, o comunidad, autocuidado colectivo. El autocuidado está determinado por aspectos propios de la persona y aspectos externos que no dependen de ella; estos determinantes se relacionan con los factores protectores para la salud, tanto como con los factores de riesgo, que generan, según el caso, prácticas favorables o riesgo para la salud (Sánchez, 2012).

7.14. Ejecución

Fecha: 06/10/2018

Se orientó a la paciente por medio de una plática, con apoyos visuales (rotafolio) sobre la importancia y benecitos que tiene la realización de la actividad física/ejercicio. Se le enseñó la técnica de respiración adecuada para minimizar la absorción de oxígeno. Antes de comenzar con los ejercicios primero se examina el

estado general de la paciente para identificar los posibles riesgos que se puedan presentar al realizarse el ejercicio, de igual forma ayudar a desarrollar un entorno hogar que facilite la dedicación al realizarse los ejercicios. Los primeros días se realizaron los ejercicios junto a la paciente/enfermero y después la paciente sola, con ayuda de su familiar. De esta forma la paciente menciona sentirse mejor. Al llevarlo a cabo los ejercicios periódicamente conlleva poco a poco a la mejoría de la paciente.

7.15. Evaluación

Fecha: 14/10/2018

De acuerdo con la información que se le brindó a la paciente logro incrementar su actividad física/ejercicio, por tiempos, se levanta, estira sus pies, se da masaje, lo cual la mayor parte del día se mantiene postrada en su silla de rueda, lo cual es importante la movilidad y mejorar la circulación sanguínea de la paciente. De esta manera las actividades planeadas se lograron gracias a la iniciativa que tomó la paciente, para mejorar su salud y no tener complicaciones.

- Criterio de resultado: (0208) Movilidad. p: 513.

Escala:

1. Gravemente/comprometido.
2. Sustancialmente/comprometido.
3. Moderadamente/comprometido.
4. Levemente/comprometido.
5. No/comprometido.

Indicadores:

1. 020801. Mantenimiento del equilibrio. (5)
2. 020810. Marcha. (4)
3. 020806. Ambulación. (3)
4. 020807. Mantenimiento de la posición corporal. (5)

Puntuación Diana:

Mantener a: 8

Aumentó a: 17

Aplicación Del Proceso De Enfermería

7.16. Valoración de los requisitos de autocuidado.

Dominio 12: Confort.

Clase 1: confort físico.

Requisitos de autocuidado Universal: mantenimiento de equilibrio entre la actividad y descanso.

Requisito de autocuidado de Desviación de la Salud: ulcera venosa por insuficiencia venosa.

7.17. Diagnóstico de enfermería 4:

(00132) Dolor agudo relacionado con lesión por agentes biológicos, ulcera varicosa manifestado por conducta expresiva, suspiros.

7.18. Plan de Intervención

- **Criterio de resultado:** (2102) Nivel del dolor. p: 551

Escala:

1. Grave.
2. Sustancial.
3. Moderado.
4. Leve.
5. Ninguno.

Indicadores:

1. 210201. Dolor referido. (3)
2. 210204. Duración de los episodios. (3)
3. 210206. Expresiones faciales de dolor. (2)
4. 210208. Inquietud. (3)

Puntuación Diana:

Mantener a: 11

Aumentar a: 15

- **Intervención de enfermería:**

1. (1400) Manejo del dolor. p: 569.

Agente de autocuidado: terapéutico.

Demanda de autocuidado: parcial.

Sistema de enfermería: completamente compensatorio.

Acciones de enfermería:

1. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
2. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
3. Evaluar, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado.
4. Ayudar al paciente y a la familia a obtener apoyo.
5. Proporcionar información acerca del dolor, tales como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
6. Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos).
7. Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológica, no farmacológica e interpersonal) que facilite el alivio del dolor.
8. Enseñar métodos farmacológicos de alivio del dolor.
9. Fomentar períodos de descanso / sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.
10. Explorar el uso actual del paciente de métodos farmacológico de alivio del dolor.

Fundamento científico:

El dolor es una experiencia subjetiva y el paciente debe describirlo para planificar el tratamiento eficaz. Cada persona tiene y expresa su dolor de una forma personal,

usando varias técnicas de adaptación. Cada tipo de dolor requiere un abordaje analgésico diferente con el fin mantenerlo o modificarlo (Marcia de olivera, 2014).

Un punto importante para considerar antes de empezar a tratar una úlcera vascular es hacer una valoración previa del umbral del dolor que tenga el paciente ya que el dolor durante la cura es generalmente lo que más ansiedad e incomodidad le produce. Para disminuir el dolor durante la cura, se pueden llevar a cabo distintos procedimientos: analgesia oral previa a la cura, administrándola una hora antes aproximadamente; analgesia tópica, como lidocaína al 1% (Muñoz, s, f).

Intervención de enfermería:

2. (2210) Administración de analgésicos.

Agente de autocuidado: terapéutico.

Demanda de autocuidado: parcial

Sistema de enfermería: completamente compensatorio.

Acciones de enfermería:

1. Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.

2. Comprobar historial de alergias y órdenes médicas sobre el medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.

3. Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo.

4. Establecer expectativas positivas respecto de la eficacia de los analgésicos para optimizar la respuesta del paciente.

5. Colaborar con el médico si se indican fármacos, dosis, vía de administración o cambios de intervalo con recomendaciones específicas en función de los principios de la analgesia.

6. Enseñar el uso de analgésicos, estrategias para disminuir los efectos secundarios y expectativas de implicación en las decisiones sobre el alivio del dolor.

7. Llevar a cabo aquellas acciones que disminuyan los efectos adversos de los analgésicos (estreñimiento e irritación gástrica).
8. Mantener un ambiente cómodo y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.
9. Elegir la vía IV, en vez de la IM, para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor, cuando sea posible.
10. Elegir el analgésico o combinación de los mismos, cuando se prescriba más de uno.

Fundamento científico:

La administración de analgésicos debe responder a las necesidades de cada individuo y a la vida del medicamento, para lograr su absorción, distribución y eliminación (Baumann, 2009).

La administración del analgésico ayudara a la persona a aliviar al máximo alivio del dolor. Proceso que nos permite comprobar la eficacia de la analgesia con el fin de mantenerla o modificarla (Baumann, 2009).

Intervención de enfermería:

3. (2380) Manejo de la medicación. p: 524.

Agente de autocuidado: dependiente y terapéutico.

Demanda de autocuidado: parcial.

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio.

Acciones de enfermería:

1. Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o el protocolo.
2. Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.
3. Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.
4. Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.

5. Revisar periódicamente con el paciente y/o familia, los tipos y dosis de medicamentos tomados.
6. Conocer si el paciente está utilizando remedios caseros basados en su cultura y los posibles efectos que puedan tener sobre el uso de medicamentos de venta libre y medicamentos recetados.
7. Determinar el conocimiento de la paciente sobre la medicación.
8. Determinar el impacto del uso de la medicación en el estilo de vida del paciente.
9. Revisar con la paciente las estrategias para controlar el régimen de medicación.
10. Enseñar al paciente cuándo debe conseguir atención médica.

Fundamento científico:

El manejo de la medicación lleva a una pauta a mejorar en uso, y efectividad para la paciente. En las cuales la enfermera (o) debe enfocarla a reafirmar los conocimientos y aptitudes necesarias para aplicar un fármaco al paciente, asimismo, saber evaluar los factores fisiológicos, mecanismos de acción y las variables individuales que afectan la acción de las drogas, los diversos tipos de prescripciones y vías de administración, así como los aspectos legales que involucran una mala práctica de la administración de medicamentos (González Gómez, 2013).

Intervención de enfermería:

4. (6482) Manejo ambiental: confort.

Agente de autocuidado: dependiente y terapéutico.

Demanda de autocuidado: parcial.

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio.

Acciones de enfermería:

1. Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.

2. Proporcionar un ambiente limpio y seguro.
3. Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.
4. Proporcionar una habitación individual si la preferencia y necesidad de la paciente (y de la familia) son el silencio y el descanso, si es posible.
5. Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados o constrictivos, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes.
6. Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona, si fuera posible.
7. Evitar exponer la piel o las membranas mucosas a factores irritantes (herida).
8. Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos.
9. Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona (aplicar cremas dérmicas o limpieza corporal, del pelo y la cavidad bucal).
10. Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento, tablillas inmovilizadoras para la parte dolorida del cuerpo).

Fundamento científico:

Poder ofrecer al paciente un ambiente de confort, permitirá que su estancia no sea incomoda, sabemos que no es del todo posible crearle un entorno perfecto, pero si un entorno en cual pueda estar tranquila y como para su pronta recuperación y bienestar (Rodríguez-Tamayo, s, f).

Intervención de enfermería:

5. (5230) Aumentar el afrontamiento. p: 168.

Agente de autocuidado: terapéutico.

Demanda de autocuidado: parcial.

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio.

Acciones de enfermería:

1. Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal.
2. Valorar el impacto en la situación vital del paciente en los papeles y relaciones.
3. Valorar la comprensión de la paciente del proceso de enfermedad.
4. Disponer un ambiente de aceptación.
5. Proporcionar la paciente elecciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados de enfermería.
6. Tratar de comprender la perspectiva de la paciente sobre una situación estresante.
7. Reconocer la experiencia espiritual / cultural del paciente.
8. Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones, y a manejar su estilo de vida o su papel necesario en ella.
9. Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación.
10. Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación.

Fundamento científico:

El afrontamiento es un proceso individual y colectivo, es decir, el paciente tiene que poner de su parte para poder curar su enfermedad, pero también requiere el esfuerzo y dedicación por parte familiar, sociológica, médica y enfermera (Bande-Rodríguez, 2011).

La enfermería se refiere con éste término a actividades para la adaptación y solución de problemas, esfuerzos cognitivos y/o conductuales para manejar las demandas, tareas adaptativas de miembros de la familia implicados en un reto de salud e incluso al apoyo, consuelo, ayuda o estímulo que presta la familia o amigos a un paciente/cliente (Bande-Rodríguez, 2011).

7.19. Ejecución

Fecha: 14/10/2018

Se orientó a la paciente por medio de una plática, de los niveles de dolor, que se presentan en su padecimiento de insuficiencia venosa, así mismo al realizarse la curación de la ulcera varicosa. En conjunto con paciente y familiar se llevó a cabo un acuerdo de la importancia la medicación bajo receta médica, antes y después de hacer la curación de la herida o cuando se presente el dolor, así mismo disminuir el nivel de dolor que se presente durante la manipulación de la ulcera varicosa. De la misma forma se orienta a la paciente a tener espacios de tranquilidad, relajación y el masaje suave en los pies, conlleva a mejorar y minimizar el dolor por ulcera varicosa.

7.20. Evaluación

Fecha: 20/10/2018

Después de proporcionar los cuidados de enfermería y la orientación, para minimizar el dolor la paciente logró entender de la importancia y manejo correcto de la medicación para reducir el dolor durante y después de la manipulación de la herida. Refiere sentirse mucho mejor con la información que se le brindó del manejo del dolor. De esta manera las actividades planeadas se lograron gracias a la iniciativa de la paciente/familiar, para mejorar su estado de salud

- **Criterio de resultado:** (2102) Nivel del dolor. p: 551

Escala:

1. Grave.
2. Sustancial.
3. Moderado.
4. Leve.
5. Ninguno.

Indicadores:

1. 210201. Dolor referido. (4)
2. 210204. Duración de los episodios. (5)
3. 210206. Expresiones faciales de dolor. (4)
4. 210208. Inquietud. (5)

Puntuación Diana:

Mantener a: 11

Aumentó a: 18

Aplicación Del Proceso De Enfermería

7.21. Valoración de los requisitos de autocuidado.

Dominio 11. Seguridad y protección.

Clase 1: infección.

Requisitos de autocuidado Universal: prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar.

Requisito de autocuidado de Desviación de la Salud: úlcera varicosa por insuficiencia venosa.

7.22. Diagnóstico de enfermería 5

00004 Riesgo de infección como lo demuestra, alteración en la integridad cutánea, herida por úlcera varicosa.

7.23. Plan de Intervención

- **Criterio de resultado:** (1902) Control del riesgo.

Escala:

1. Nunca demostrado.
2. Raramente demostrado.
3. Frecuentemente demostrado.
4. A veces demostrado.
5. Siempre demostrado.

Indicadores:

1. Reconoce factores de riesgo. (2)
2. Supervisa los factores de riesgo medioambientales. (2)
3. Supervisa los factores de riesgo de la conducta personal. (2)
4. Reconoce cambios en el estado de salud. (3)

Puntuación Diana:

Mantener a: 9

Aumentar a: 15

- Intervención de enfermería:

1. (6540) Control de infecciones.

Agente de autocuidado: terapéutico.

Demanda de autocuidado: parcial.

Sistema de enfermería: parcialmente y educativo de apoyo.

Acciones de enfermería:

1. Enseñar a la paciente de cuidados el lavado de manos apropiado.
2. Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal.
3. Usar guantes estériles.
4. Manejar una técnica de cuidados de heridas adecuada.
5. Fomentar una ingesta nutrición adecuada.
6. Fomentar la ingesta de líquidos.
7. Fomentar el reposo.
8. Instruir a la paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informarse de ellos al cuidador.
9. Limpiar la piel de la paciente con agente antibacteriano.
10. Enseñar a la paciente y la familia a evitar infecciones.

Fundamento científico:

La limpieza de las heridas implica la eliminación de restos, como materiales extraños, exceso de descamación, tejido necrótico, bacterias y otros microorganismos (Cheung, 2010).

La limpieza innecesaria puede retrasar la cicatrización de la herida al traumatizar los tejidos nuevos y delicados, reducirla temperatura superficial de la herida y eliminar el exudado que por sí mismo puede tener propiedades bactericidas (Cheung, 2010).

Intervención de enfermería:

2. (6550) Protección contra las infecciones.

Agente de autocuidado: terapéutico.

Demanda de autocuidado: parcial.

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio.

Acciones de enfermería:

1. Observar los signos y síntomas de infección sistema y localización.
2. Observar el grado de vulnerabilidad de la paciente a las infecciones.
3. Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas.
4. Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel.
5. Fomentar una ingesta nutricional suficiente.
6. Fomentar la ingesta de líquidos.
7. Facilitar el descanso.
8. Fomentar un aumento de la movilidad y los ejercicios.
9. Enseñar a la paciente a tomar los antibióticos tal como se ha prescrito.

Fundamento científico:

La limpieza innecesaria puede retrasar la cicatrización de la herida al traumatizar los tejidos nuevos y delicados, reducirla temperatura superficial de la herida y eliminar el exudado que por sí mismo puede tener propiedades bactericidas (Cheung, 2010).

Intervención de enfermería:

3. (3660) Cuidados de las heridas.

Agente de autocuidado: terapéutico.

Demanda de autocuidado: parcial.

Sistema de enfermería: completamente compensatorio.

Acciones de enfermería:

1. Despegar las gasas y limpiar los restos de las heridas.
2. Limpiar con solución salina normal o un limpiador no tóxico.
3. Masajear la zona alrededor de la herida para estimular la circulación.
4. Mantener técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida.
5. Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje.
6. Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
7. Aplicar un vendaje apropiado a la herida.
8. Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
9. Aplicar un ungüento adecuado a la piel/lesión.

Fundamento científico:

La responsabilidad de una buena práctica con relación a estos procedimientos se verá reflejada en una cicatrización rápida, que se encuentre libre de infección y con evolución satisfactoria y, por consiguiente, la recuperación favorable del paciente (Cheung, 2010).

Intervención de enfermería:

4. (3590) Vigilancia de la piel.

Agente de autocuidado: dependiente y terapéutico.

Demanda de autocuidado: parcial.

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio.

Acciones de enfermería:

1. Observar si hay enrojecimiento, color extremo, edema o drenaje en la piel.
2. Observar su color, pulsos, textura y si hay inflamación y edema.
3. Vigilar el color y la temperatura de la piel.

4. Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel.
5. Observar si hay excesivo sequedad o humedad en la piel.
6. Observar si hay zonas de presión y fricción.
7. Observar si hay infecciones, especialmente en la zona edematosa.
8. Observar si la ropa queda ajustada.
9. Tomar nota de los cambios en la piel.

Fundamento científico:

La piel es el órgano más extenso del cuerpo y desempeña numerosas funciones importantes en el mantenimiento de la salud y la protección frente a las lesiones (Dealey, 2009).

Intervención de enfermería:

5. (1100) Manejo de la nutrición.

Agente de autocuidado: terapéutico.

Demanda de autocuidado: parcial.

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio.

Acciones de enfermería:

1. Preguntar a la paciente si tiene alergia algún alimento.
2. Determinar las preferencias de comidas de la paciente.
3. Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.
4. Fomentar la ingesta de hierro en las comidas.
5. Fomentar el aumento de ingesta de proteínas, hierro y vitamina c.
6. Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.
7. Ajustar la dieta al estilo de vida de la paciente.
8. Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.

9. Dar comidas ligeras, en puré y bandas.

10. Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.

Fundamento científico:

Asegurar una adecuada ingesta dietética para prevenir la malnutrición de acuerdo con los deseos individuales del paciente y su condición de salud. La alimentación es una necesidad básica de todos los seres humanos, imprescindible para la supervivencia y que, entre otros factores, influye en el estado de salud ya que una correcta alimentación previene enfermedades y mejora la evolución clínica de las mismas (Moreno, 2017).

7.24. Ejecución

Fecha: 20/10/2018

Se orientó a la paciente por medio de una plática, con apoyo visuales (videos) de la gravedad de la ulcera varicosa por insuficiencia venosa que padece y las complicaciones que se pueden presentar, si no se tiene los cuidados adecuados para mejorar su salud.

De igual forma se orientó sobre la importancia de las medidas higiénicas, tratamiento farmacológico, vendaje adecuado, para evitar posible infección de la ulcera varicosa o complicación. Se mantuvo en observación a la herida (ulcera varicosa) en cada manipulación, Con la finalidad de identificar mejoría o posible infección.

Evaluación

Fecha: 27/10/2018

La paciente recibió de buen agrado la orientación que se proporcionó y paulatinamente cumpliendo con las indicaciones que se le dieron; logro identificar los riesgos que implican al no tener cuidado adecuados o mala curación de la herida. Menciona correctamente los signos de alarma y las complicaciones de la ulcera varicosa en caso de infección.

Refiere que la herida se presenta limpia y mucho mejor. De misma forma se mantendrán las actividades mencionadas para la mejora su salud.

- **Criterio de resultado:** (1902) Control del riesgo.

Escala:

1. Nunca demostrado
2. Raramente demostrado
3. Frecuentemente demostrado
4. A veces demostrado
5. Siempre demostrado

Indicadores:

1. Reconoce factores de riesgo. (5)
2. Supervisa los factores de riesgo medioambientales. (5)
3. Supervisa los factores de riesgo de la conducta personal. (5)
4. Reconoce cambios en el estado de salud. (5)

Puntuación Diana:

Mantener a: 9

Aumentó a: 20

Aplicación Del Proceso De Enfermería

7.25. Valoración de los requisitos de autocuidado

Dominio 4. Actividad y reposo.

Clase 5: autocuidado.

Requisitos de autocuidado Universal: mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.

Requisito de autocuidado de Desviación de la Salud: ulcera varicosa por insuficiencia venosa.

7.26. Diagnóstico de enfermería 6

00108 Déficit de autocuidado: baño relacionado con deterioro musculoesquelético, dolor, manifestado por, edad 82 años, ulcera varicosa, la frecuencia del aseo personal es cada 8 días, con cambio de ropa cada 5 días

Plan de Intervención

- **Criterio de resultado:** (0301) Autocuidados: baño

Escala:

1. Gravemente comprometido
2. Sustancialmente comprometido
3. Moderadamente comprometido
4. Levemente comprometido
5. No comprometido

Indicadores:

1. 030101. Entra y sale cuarto de baño. (1)
2. 030102. Obtiene los suministros para el baño. (3)
3. 030116. Se lava la zona perianal. (3)
4. 030114. Se lava la parte superior del cuerpo. (3)

Puntuación Diana: **Mantener a:** 10 **Aumentar a:** 15

- Intervención de enfermería:

1. (1801) Ayuda con los autocuidados: baño/higiene.

Agente de autocuidado: terapéutico y dependiente.

Demanda de autocuidado: parcial.

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio y educativo.

Acciones de enfermería:

1. Considerar la cultura de la paciente al fomentar las actividades de autocuidado.
2. Considerar la edad de la paciente al fomentar las actividades de autocuidado.
3. Determinar la calidad y tipo de ayuda necesitada.
4. Proporcionar los objetos personales deseados (jabón de baño, champú)
5. Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia calidad, relajante, privada y personalizada.

6. Comprar la limpieza de uñas, según la capacidad de auto cuidado del paciente.
7. Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
8. Controlar la integridad cutánea de la paciente.
9. Colocar toallas, jabón, desordenado, demás accesorios necesarios a pie de cama o en el baño.
10. Facilitar que el paciente se cepille los dientes, si es el caso.

Fundamento científico:

La higiene personal del paciente tiene como objetivo conservar la piel y las mucosas en buen estado para facilitar sus funciones protectoras. Constituye una de las bases de la prevención de infecciones (Berman, 2013).

La higiene es un asunto muy personal determinado por los valores y prácticas del individuo. Implica el cuidado de la piel, el pelo, las uñas, los dientes, la cavidad es oral y nasal, los ojos, los pabellones auriculares y las zonas perineal-genitales (Berman, 2013).

Intervención de enfermería:

2. (1800) Ayuda al autocuidado.

Agente de autocuidado: dependiente y terapéutico.

Demanda de autocuidado: parcial.

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio.

Acciones de enfermería:

1. Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes.
2. Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos de adaptación para la higiene personal, vestirse el arreglo personal, el aseo y alimentarse.

3. Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
4. Proporcionar un ambiente terapéutico garantizado una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.
5. Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia.
6. Repetir de forma coherente las rutinas sanitarias como medio de establecerlas.
7. Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.
8. Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada.
9. Enseñar a los familiares a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando la paciente no pueda realizar la acción dada.
10. Establecer una rutina de actividades de auto cuidado.

Fundamento científico:

Acciones que asumen las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal, son las prácticas de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud para prevenir enfermedades (Jordán, 2011).

Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. Actuar compensando los déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno sano para el desarrollo de la paciente (Jordán, 2011).

Intervención de enfermería:

3. (5606) Enseñanza individual

Agente de autocuidado: terapéutico y propio.

Demanda de autocuidado: parcial.

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio.

Acciones de enfermería:

1. Establecer compenetración.
2. Determinar las necesidades de enseñanza de la paciente.
3. Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos de la paciente.
4. Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica (nivel de desarrollo, estado fisiológico, orientación, dolor, fatiga, necesidades básicas no cumplidas, estado emocional y adaptación a la enfermedad).
5. Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con el paciente.
6. Instruir al paciente, cuando corresponda.
7. Corregir las malas interpretaciones de la información.
8. Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discutir sus inquietudes.
9. Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades/incapacidades cognoscitivas, psicomotoras y efectiva.
10. Determinar la motivación del paciente para asimilar información específica (creencias sobre la salud, incumplimientos pasados, malas experiencias con cuidados/aprendizaje de salud).

Fundamento científico:

La educación para la salud imparte conocimientos cuyo objetivo es que las personas cuiden de sí mismas, de su familia o comunidad llegando a modificar conductas y adquirir nuevos hábitos para conservar el estado de salud (Aniorte, 2017).

La instrucción del paciente es multifacética y conlleva promoción, protección y conservación de la salud.

Enseñanza para reducir los factores de riesgo de salud, aumento del nivel de bienestar de la persona y adopción de medidas específicas para proteger la salud.

La instrucción del paciente es un aspecto importante de la práctica de enfermería y una función independiente importante de la enfermería (Aniorte, 2017).

Intervención de enfermería:

4. (1750) Cuidados perineales.

Agente de autocuidado: terapéutico y propio.

Demanda de autocuidado: parcial.

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio.

Acciones de enfermería:

1. Ayudar con la higiene.
2. Proporcionar cojín para la silla.
3. Instruir al paciente acerca de la razón y utilización de los baños de asiento.
4. Aconsejar y facilitar baños de asiento.
5. Limpiar el perineo exhaustivamente a intervalos regulares.
6. Mantener a la paciente en posición cómoda.
7. Proporcionar fármacos para el dolor.
8. Mantener el perineo seco.

Fundamento científico:

El cuidado perinatal es esencial para prevenir la infección del tracto urinario y el daño a la piel, reducir la susceptibilidad de la úlceras y promover la comodidad (Haugen, 2010).

Intervención de enfermería:

5. (7040) Apoyo al cuidador principal.

Agente de autocuidado: terapéutico y dependiente.

Demanda de autocuidado: parcial.

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio.

Acciones de enfermería:

1. Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
2. Determinar la aceptación del cuidador de su papel.
3. Aceptar las expresiones de emoción negativa.
4. Admitir las dificultades del rol del cuidador principal.
5. estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles.
6. Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.
7. Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental.
8. Identificar fuentes de cuidados prolongados.
9. Proporcionar información sobre el estado del paciente de acuerdo con las preferencias del paciente.
10. Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas por teléfono y/o cuidados de enfermería comunitarios.

Fundamento científico:

El cuidador principal es la persona que proporciona la asistencia y el apoyo diario a quien padece una enfermedad. Tiene un papel como informante, proveedora de cuidados y persona que toma decisiones importantes en la organización de la vida del paciente y su familia (Gil, s, f).

7.27. Ejecución

Fecha: 27/10/2018

Se orientó a la paciente, mediante pláticas, sobre la importancia y el beneficio que se tiene al realizarse la higiene personal, para mantener limpia y en buen estado la piel y sus anejos, conseguir bienestar y un aspecto agradable, además de evitar la aparición de infecciones. Ya que través de la higiene y el aseo personal se obtienen una serie de beneficios, tales como: Mejorar la autoestima y autoconcepto, estimular la circulación sanguínea, ya que con un baño caliente se dilatan los vasos superficiales y se mejora el aporte de sangre y nutrientes. La falta de una correcta

higiene personal facilita la aparición de procesos patológicos que pueden agravarse debido a una mayor vulnerabilidad y menor resistencia del organismo.

En conjunto con la paciente y familiar, se llevó un acuerdo de llevarse a cabo su higiene personal. Cada 2 días con cambio de ropa y baño cada 4 días. En la cual la paciente toma de buena manera, de la importancia de su cuidado personal.

7.28. Evaluación

Fecha: 03/11/2018

En base a la información que se le brindo a la paciente, logro incrementar el cambio de hábitos en su higiene personal, en lo cual refiere sentirse mucho mejor, más relajada, animada y limpia. De la misma forma se seguirán las acciones de enfermería y con la información que se le brindo, para mejorar su estado de salud y sea más armónico.

- Criterio de resultado: (0301) autocuidados: baño

Escala:

1. Gravemente comprometido
2. Sustancialmente comprometido
3. Moderadamente comprometido
4. Levemente comprometido
5. No comprometido

Indicadores:

1. 030101. Entra y sale cuarto de baño. (4)
2. 030102. Obtiene los suministros para el baño. (4)
3. 030116. Se lava la zona perianal. (5)
4. 030114. Se lava la parte superior del cuerpo. (5)

Puntuación Diana:

Mantener a: 10

Aumentó a: 18

Aplicación Del Proceso De Enfermería

7.29. Valoración de los requisitos de autocuidado

Dominio 4. Actividad/reposo.

Clase 4: respuestas cardiovasculares/pulmonares.

Requisitos de autocuidado Universal: prevención de peligros para la vida, en el funcionamiento y bienestar.

Requisito de autocuidado de Desviación de la Salud: úlcera varicosa por insuficiencia venosa.

7.30. Diagnóstico de enfermería 7

(00204) Perfusión tisular periférica ineficaz, relacionada con hipertensión, manifestado por dolor en las extremidades, retraso en la curación de la herida periférica, úlcera varicosa.

7.31. Plan de Intervención

- **Criterio de resultado:** (1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

Escala:

1. Gravemente comprometido.
2. Sustancialmente comprometido.
3. Moderadamente comprometido.
4. Levemente comprometido.
5. No comprometido.

Indicadores:

1. 110102. Sensibilidad. (3)
2. 11014. Hidratación. (3)
3. 110113. Integridad de la piel. (2)
4. 110115. Lesión cutánea. (2)

Puntuación Diana:

Mantener a: 10

Aumentar a: 15

- Intervención de enfermería:

1. (4066) Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa.

Agente de autocuidado: terapéutico.

Demanda de autocuidado: parcial.

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio.

Acciones de enfermería:

1. Examinar los miembros inferiores en busca de solución de continuidad del tejido.
2. Realizar los cuidados de la herida (desbridamiento, terapia antimicrobiana).
3. Aplicar apósitos adecuados al tamaño y al tipo de la herida.
4. Observar el grado de incomodidad o dolor.
5. Enseñar a la importancia de la terapia de compresión.
6. Aplicar modalidades de terapia de compresión (vendajes de larga/corta extensión), según sea conveniente.
7. Animar a la paciente a realizar ejercicios de series de movimiento pasivos o activos, en especial de las extremidades inferiores, mientras estén en cama.
8. Proteger las extremidades de lesiones.
9. Enseñar al paciente a cuidarse los pies adecuadamente.
10. Mantener una hidratación adecuada para disminuir la viscosidad de la sangre.

Fundamento científico:

Ejercicio físico es a día de hoy el principal factor protector de enfermedades asociadas con la edad, los niveles de actividad física en mayores son inferiores a los del resto de grupos poblacionales (Weisser, 2010).

Al realizar los ejercicios físicos moderados y de forma regular ayudara a un buen funcionamiento del sistema cardiovascular y un efecto beneficioso para la salud (Rueda, J. 2004).

Intervención de enfermería:

2. (3590) Vigilancia de la piel.

Agente de autocuidado: terapéutico.

Demanda de autocuidado: total.

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio.

Acciones de enfermería:

1. Observar si hay enrojecimiento, color extremo, edema o drenaje en la piel.
2. Observar su color, pulsos, textura y si hay inflamación y edema.
3. Vigilar el color y la temperatura de la piel.
4. Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel.
5. Observar si hay excesivo sequedad o humedad en la piel.
6. Observar si hay zonas de presión y fricción.
7. Observar si hay infecciones, especialmente en la zona edematosa.
8. Observar si la ropa queda ajustada.
9. Tomar nota de los cambios en la piel.

Fundamento científico:

La piel es el órgano más extenso del cuerpo y desempeña numerosas funciones importantes en el mantenimiento de la salud y la protección frente a las lesiones (Dealey, 2009).

La piel es barrera de protección ante cualquier cantidad de agentes externos, por ello, es necesario conservar su integridad para asegurarnos de que cumpla bien sus funciones. Hidratarla, mantenerla limpia, vigilar las enfermedades que pueden afectarla, no exponerla a riesgos innecesarios y mantener una alimentación adecuada (Dealey, 2009).

Intervención de enfermería:

3. (3480) Monitorización de las extremidades inferiores

Agente de autocuidado: terapéutico.

Demanda de autocuidado: parcial.

Sistema de enfermería: completamente compensatorio.

Acciones de enfermería:

1. Examinar si en la piel hay evidencia de poca higiene.
2. Examinar si en las extremidades inferiores hay presencia de edema.
3. Examinar si hay cambios en las uñas de los dedos de los pies.
4. Examinar el calor, temperatura, la hidratación, la textura y las grietas.
5. Examinar si hay parestesis (entumecimiento, hormigueo o quemazo)
6. Determinar el tiempo de llenado capilar.
7. Observar el estado de los zapatos y los calcetines (limpios).
8. Observar la adecuación de los calcetines (material absorbente y que no apriete).
9. Examinar si entre los dedos de los pies hay maceración, rotura o fisura.
10. Identificar los servicios especializados en el cuidado de los pies requeridos (evaluación y control de la deformidad de los pies, infección de los pies y control de la circulación arterial alterado).

Fundamento científico:

La valoración integral de cualquier paciente con úlceras o con riesgo de padecerlas, deberá incluir: Historia clínica, con examen físico completo prestando especial atención a los factores de riesgos y enfermedades que influyen en el proceso de cicatrización (González, 2010).

Intervención de enfermería:

4. (4070) Precauciones circulatorias.

Agente de autocuidado: terapéutico y propio.

Demanda de autocuidado: parcial.

Sistema de enfermería: completamente compensatorio.

Acciones de enfermería:

1. Realizar una exhaustiva valoración de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de la extremidad).
2. Abstenerse de aplicar presión o realizar torniquetes en la extremidad afectada.
3. Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad de la sangre.
4. Evitar lesiones en la zona afectada.
5. Evitar infecciones en herida.
6. Instruir a la paciente acerca del cuidado de uñas y pies.
7. Instruir a la paciente y a la familia acerca de la protección contra herida de la zona afectada.
8. Observar las extremidades para ver si hay calor, enrojecimiento dolor o edema.

Fundamento científico:

Los cambios normales que tienen lugar durante el envejecimiento contribuyen a los problemas de circulación en los ancianos, incluso cuando no existe una patología real. Es muy importante educarles para que reconozcan los cambios o el empeoramiento de su afección (Morse, K. 2009).

La detección precoz de los problemas y la intervención precoz pueden reducir la frecuencia y la gravedad de las complicaciones de las extremidades inferiores. Es importante brindar información a la persona y su familia sobre la importancia del cuidado de los pies y el uso de calzado adecuado (Roldan Valenzuela, 2014).

Intervención de enfermería:

5. (1340) Estimulación cutánea.

Agente de autocuidado: terapéutico.

Demanda de autocuidado: parcial.

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio.

Acciones de enfermería:

1. Comentar los diversos métodos de estimulación de la piel, sus efectos sobre la sensibilidad y las expectativas de la paciente durante la actividad.
2. Seleccionar una estrategia de estimulación cutánea específica en función de la disponibilidad individual para participar, capacidad de capacitar, apoyo de seres queridos y contraindicaciones.
3. Seleccionar el tipo de estimulación cutánea más adecuada a la paciente y a las condiciones (masaje).
4. Establecer indicaciones, frecuencia y procedimientos respecto de la aplicación.
5. Aplicar la estimulación directamente sobre o alrededor del sitio afectado.
6. Establecer la duración y frecuencia de la estimulación en función del método elegido.
7. Dejar que la familia participe en todo lo que sea posible.
8. Seleccionar un método o sitio de estimulación alternativo, si no se consigue la alteración de la sensibilidad.
9. Cancelar la estimulación si se produce un aumento del dolor o irritación de la piel.
10. Valorar y registrar la respuesta a la estimulación.

Fundamento científico:

El masaje tiene una función aliviadora importante, debido básicamente a su acción vasodilatadora con la se arrastra los desechos metabólicos que son considerados como los activadores químicos del dolor (Salgado, 2010).

método agradable que ayuda a la relajación y disminuye el dolor, particularmente el dolor asociado con tratamientos que requieren inmovilización. El masaje también

puede disminuir el dolor en un área específica al incrementar la circulación superficial (McCaffrey, 2001).

7.32. Ejecución

Fecha: 03/11/2018

Se le explica a la paciente mediante carteles, las complicaciones de la ulcera varicosa, el retraso de la curación y lo que conlleva la hipertensión arterial, con la finalidad de que comprenda la importancia de los cuidados en su hogar y la identificación de los recursos existentes para modificar su estilo de vida, lo cual incluye manejo de la energía, reducción de estrés, descanso y sueño, hábitos alimenticios saludables y ejercicio. Se realizó una dinámica en la que expone con sus palabras la información que se le proporciono mediante el material que se le proporciono.

Evaluación

Fecha: 10/11/2018

La paciente logro identificar las complicaciones de su padecimiento; estas pláticas se impartieron en el medio día, en su hogar cada 8 días. Durante ese tiempo no se presentó complicación alguna de su padecimiento.

Gracias a la información que le brindo a la paciente, al tratamiento médico y a los cuidados de enfermería la paciente mejora su perfusión tisular y mantiene su presión arterial por dentro de los parámetros normales. Las acciones de enfermería y la educación que le brindo a la paciente y familiar seguirán vigentes.

- **Criterio de resultado:** (1101) integridad tisular: piel y membranas mucosas.

Escala:

1. Gravemente comprometido.
2. Sustancialmente comprometido.
3. Moderadamente comprometido.
4. Levemente comprometido.
5. No comprometido.

Indicadores:

1. 110102. Sensibilidad. (5)

2. 11014. Hidratación. (5)

3. 110113. Integridad de la piel. (4)

4. 110115. Lesión cutánea. (4)

Puntuación Diana:

Mantener a: 10

Aumentó a: 18

VIII. Conclusión

Actualmente las úlceras varicosas tornan un problema de salud pública por su creciente incidencia, la demanda de un tratamiento largo, complejo, caro, con altos índice de recaída nos atribuye a aprender, reconocer e identificar complicaciones para un mayor autocontrol y métodos de ayuda para actuar o hacer frente a las situaciones que se le presenten.

La patología de ulcera varicosa pueden traer consecuencias graves a estos pacientes. Una exploración detallada puede dar claves para diagnosticar la enfermedad o para confirmar el avanzado estado de esta.

El papel del profesional de enfermería es fundamental dentro del equipo multidisciplinar que debe abordar este grave problema de salud; la educación sanitaria, las recomendaciones de prevención, la identificación de riesgos, el establecimiento de un plan de cuidados individualizado y el corretaje local de las úlceras constituyen los pilares sobre los que se asienta este rol. Las medidas terapéuticas locales en las úlceras varicosas constituyen una etapa más del proceso global de diagnóstico etiológico y de tratamiento integral del paciente con ulcera varicosa; siempre debe considerarse individualmente cada caso ya que cada enfermo nos ofrecerá perspectivas distintas de abordaje.

Después de haber realizado el proceso de atención de enfermería se pudo conocer más a fondo y de manera práctica acerca de la patología y de todas las complicaciones de esta que puede ocasionar.

Cabe mencionar que el proceso de enfermería es uno de los elementos con mayor importancia, que debe realizar el profesional de enfermería dado que su elaboración y ejecución dependerán de la pronta recuperación o deterioro del estado de salud del paciente.

Gracias a los procedimientos que se realizaron se observó una pronta mejoría en la salud del paciente, así también, la confianza al observar esta pronta evolución de la herida.

Los objetivos del proceso enfermero se cumplieron satisfactoriamente con ayuda de las actividades e intervenciones de enfermería, dando como resultado lo siguiente:

- La guía valoración de la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem, nos permitió valorar e identificar signos, complicaciones y herramientas, logrando una buena ejecución de proceso enfermero.
- A través de los diagnósticos de enfermería realizados con los instrumentos NANDA, NIC Y NOC, se logró establecer las intervenciones de enfermería correspondiente a la patología y padecimiento a tratar.
- Con ayuda de pláticas (medidas preventivas e información del padecimiento), material didáctico (videos multimedia) y medidas preventivas (terapias de ejercicio y material de curación), se lograron las estrategias planeadas teniendo resultados satisfactorios para la paciente.
- Se evaluó cada una de las intervenciones de enfermería aplicadas en los diagnósticos de enfermería plateados, se logra identificar las acciones de enfermería para mejorar su padecimiento.
- Se logró fomentar el autocuidado basado en hábitos alimenticios adecuado, actividades físicas e higiene personal.

Después de lo expuesto, se puede concluir que, al lograr los objetivos se creó un ambiente de armonía, el cual favoreció el estado emocional, físico y psicológico de la paciente y su familia, promocionado siempre un cuidado holístico de calidad y humanístico.

Gracias a la realización de este trabajo, se ha podido aprender a nivel teórico y también práctico acerca de heridas crónicas, cómo se curan correctamente las heridas, información que estoy seguro de que me servirá y podré aplicar como enfermero.

Es un gran orgullo realizar este tipo de cuidados y alcanzar los objetivos con satisfacción en cada etapa el proceso enfermero, así como también haber creado un ambiente de confianza con la paciente.

IX. Sugerencias

Actuar con base en los principios éticos que rigen la práctica profesional de enfermería: Conociendo, adoptando, aplicando y difundiendo los deberes y responsabilidades contenidos en el Código de Ética para las enfermeras y enfermeros en México.

Proporcionar cuidados que garanticen la atención libre de riesgos y daños innecesarios a la paciente.

Mantener una comunicación efectiva con las personas a las que proporciona atención:

- Identificándose y dirigiéndose con amabilidad.
- Explicándole con lenguaje claro y sencillo los cuidados que se proporcionan.
- Favoreciendo un ambiente de confianza para que expresen sus dudas, sentimientos y emociones.
- Atendiendo de inmediato la solicitud de ayuda o apoyo y explicándole en su caso las situaciones que pudieran retrasar la misma.

Fomentar la importancia del proceso enfermero en clases y en base en casos clínicos, practicarlo y exponerlo, a fin del buen manejo del proceso enfermero y aclaración de dudas surgidas.

Promover cursos para conocer las actualizaciones del proceso enfermero y las teorías que conllevar a una buen diagnóstico y resultado. Para mejorar el estado de salud del paciente.

X. Anexos

Guía de valoración con la Referente de la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem.

I. FACTORES CONDICIONANTES BÁSICO

a) descripción de la persona

Servicio: N. ° de cama: Fecha: 20/09/18
Nombre: Ma. Guadalupe Edad: 82 años. Género: femenina.
Estado civil: Religión: creyente. Nivel Educativo: 3 de primaria.
Lugar de Residencia:
Ocupación: ama de casa. No. Expediente:
Idioma/Dialecto: español Grupo y Rh: Alergias: Negadas.

Características familiares:

Tipos de familia:

Nuclear Extensa Compuesta
Integrada Desintegrada Incompleta

Rol dentro de la familia:

Padre Hijo(a) Espos(a)
Madre Tío(a) Abuelo(a)

Dependencia económica: (Especificar número de hijos, hermanos, etc.)

DEPENDENCIA:	DEPENDIENTES:	¿CON QUIEN VIVE?
Hijos <input type="checkbox"/>	Hijos <input type="checkbox"/>	Espos(a) <input type="checkbox"/>
Padres <input type="checkbox"/>	Padres <input type="checkbox"/>	Hijos <input checked="" type="checkbox"/>
Hermanos <input type="checkbox"/>	Hermanos <input type="checkbox"/>	Hermanos <input type="checkbox"/>
Espos(a) <input type="checkbox"/>	Espos(a) <input type="checkbox"/>	padres <input type="checkbox"/>
Autodependiente: <input type="checkbox"/>	Nadie <input checked="" type="checkbox"/>	Solo (a) <input type="checkbox"/>

Intervalos de Edad de las personas con las que vive:

0 a 5 años <input type="checkbox"/>	16 a 10 años <input type="checkbox"/>	31 a 35 años <input type="checkbox"/>	46 a 50 años <input type="checkbox"/>
6 a 10 años <input type="checkbox"/>	21 a 25 años <input checked="" type="checkbox"/>	36 a 40 años <input type="checkbox"/>	51 – más años <input type="checkbox"/>
11 a 15 años <input type="checkbox"/>	26 a 30 años <input type="checkbox"/>	41 a 45 años <input checked="" type="checkbox"/>	

Principal apoyo para el paciente: (familiar o amigo)

Espos(a) Amigos Familia en la misma residencia
Padres Cuñado Familia en distinta residencia
Hijos Vecinos
Abuelos Ninguno

Comunicación dentro de la familia:

Buena Mala Regular
Conflictiva Superficial Nula

En caso de problemas familiares recurre a: Padre Hijo Amigos Representante Religioso

Esposa (o) Compadre Otros familiares Nadie

En caso de problemas laborales recurre a: No Aplica

Amigos Compañeros Jefe inmediato
Sindicato Familia Nadie

Persona que cubre las siguientes necesidades:

FISIOLOFICAS	DE SEGURIDAD	DE SALUD	MATERIALES
Padres <input type="checkbox"/>	Padre <input type="checkbox"/>		Padres <input type="checkbox"/>
Esposos (a) <input type="checkbox"/>	Esposos (a) <input type="checkbox"/>		Esposos (a) <input type="checkbox"/>
Hijos <input checked="" type="checkbox"/>	Hijos <input checked="" type="checkbox"/>		Hijos <input checked="" type="checkbox"/>
Hermanos <input type="checkbox"/>	Hermanos <input type="checkbox"/>		Hermanos <input type="checkbox"/>
Familiares <input type="checkbox"/>	Familiares <input type="checkbox"/>		Familiares <input type="checkbox"/>
Nadie <input type="checkbox"/>	Nadie <input type="checkbox"/>		Nadie <input type="checkbox"/>

Características ambientales:

Servicios con los que cuenta en su hogar:

Agua potable	<input checked="" type="checkbox"/>	Luz	<input checked="" type="checkbox"/>	Teléfono	<input checked="" type="checkbox"/>	Alcantarillado	<input checked="" type="checkbox"/>
Televisión	<input checked="" type="checkbox"/>	Radio	<input checked="" type="checkbox"/>	Internet	<input checked="" type="checkbox"/>		

La comunidad cuenta con:

Grupos de Apoyo: Si No Cuales: tercera edad

Peligros ambientales: Si No Cuales: _____

Acceso a la comunidad: carro particular o combi.

Estado de Salud:

Pasatiempos: Negados.

Presencia de enfermedad: Aguda Crónica Tiempo de Evolución: 1 año.

Especificar alteraciones: hipertensión arterial, ulcera varicosa.

Tratamiento: felodipino 5 mg, tramadol gotas, madecassol tópico, solución antiséptica con iones de plata.

Características del desarrollo acorde a su Edad cronológica: Si No

Especificar alteraciones:

Signos vitales: T/A:140/90 mg/dl. FC: 68 x FR: 19. Temperatura: 36,5

Inmunizaciones: Negadas.

Transfusiones Previas: Negadas.

Peso: 48. Talla: 1.54 cm. IMC: kg/m² (formula: peso en Kg. / talla en m²)

Bajo Peso Normal: Sobrepeso: Obeso

IMC	CLASIFICACIÓN
< 18.50	Bajo Peso
< 16.00	Delgadez Severa
16.00 - 16.99	Delgadez Moderada
17.99 - 18.49	Delgadez Aceptable
18.50 - 24.99	Normal
25.00	Sobrepeso
25 - 29.99 (Riesgo)	Pre-Obeso
30.00	Obeso
30 - 34.99	Obesidad Clase I (Riesgo Moderado)
35 - 39.99	Obesidad Clase II (Riesgo Severo)
40 o más	Obesidad Clase III(Riesgo muy Severo)

Percepción sobre el estado de salud:

Excelente Bueno Regular Malo Deficiente

Qué es la Salud (para el paciente): estar bien.

Que espera en relación con su salud: Mejorar y cambiar los hábitos.

Servicios de salud con los que cuenta:

Privado: Cual: _____

Gubernamental: [x] Cual: Seguro social. (miss).

II. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de AIRE:

Requiere ayuda para respirar: Si No [X] Especificar: _____
Camina al aire libre: Si No [X] Frecuencia: _____
Visita ambiente contaminados: Si No [X] Especificar: _____
Frecuenta lugares concurridos: Si No [x] Especificar: _____
Problemas para respirar: Si No [x] Especificar: _____
A qué lo atribuye: _____
Con que mejora: _____
Presenta tos: SI NO [X] Características: _____
Especificar tratamiento: _____
Producción de esputo: Si No [X] Características: _____
Incapacidad para deglutir secreciones: Si No [X] Causas: _____
Presencia de cianosis: Si No [X] Especificar: _____
Presencia de disnea: Si No [X] Causas: _____
Antecedentes de tabaquismo: Si No Especificar: Negado
Cocina con leña: Si No [X] Especificar: _____
Ventilación en el Hogar (ventanas) Si [X] No Cuantas: cinco

Características de la Respiración.

Frecuencia: normal Amplitud: normal Ritmo: _____
Tipo de respiración: _____ SaO₂: _____
Apoyo Ventilatorio: Nasal Orotraqueal Traqueotomía
Ruidos pulmonares: Estertores: Sibilancias Crepitanes
Llenado capilar: 2x s de músculos accesorios Si No
Otros datos: _____

2. Mantenimiento de un aporte suficiente de AGUA:

Consumo de agua al día (ml): 1 litro
Método de purificación del agua: Clorada: Potable: Comercial: [x] Filtrada:
Estado de hidratación: Leve: Moderado: [X] Intenso:
Mucosa Oral: Hidratada: Seca: [X]
Vía: Oral [X] Parenteral Especificar: _____

Características del pulso:

Frecuencia: Regularidad: _____
Presión Arterial: _____
Edema: Si [X] No Especificar: Edema en miembros pélvicos.
Dolor de pecho: Si No [X] Características: _____
Entumecimiento: Si No [X] Especificar: _____
Hormigueo: Si No [x] Especificar: _____
Calambres: Si No [X] Especificar: _____
Líquidos parentales: Si No [x] Patrón de infusión: _____
Hábitos de Hidratación: _____
Transfusión de Hemoderivados Si No [X] Especificar: Negados.

3. Mantenimientos de un aporte suficiente de ALIMENTO:

Alimentos que consume con mayor frecuencia:

	Leche	Carne	Huevo	Cereales	Leguminosas	Frutas	Verduras
Diario:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
Cada 3er día:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>						
Semanalmente:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alimentos de preferencia: caldo de pollo, res y pescado.

Alimentos que desagrada: ninguno.

Consumo de suplementos: ninguno.

Cambios de dieta por enfermedad: ninguno

Medidas higiénicas al preparar los alimentos: buenos.

Al consumir sus alimentos lo hace: Solo Acompañado

Consumo alimentos fuera del hogar: Si No

El ambiente en su casa al comer es: Armónico De tensión Indiferente

Porque: _____

Al comer presenta algún problema: ninguno Mastigar Deglutir Llevar los alimentos a la boca

Causas: _____

Intolerancia a alimentos: Negados

Trastornos Alimentarios:

Dolor abdominal:	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Anorexia	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
Nauseas	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Vomito:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Polifagia	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Caída del cabello:	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
Anorexia	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Bulimia:	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>

Tratamientos: Negado.

4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de ELIMINACIÓN:

Orina: si

Frecuencia: 5 veces al día

Cantidad: 100 ml por micción.

Color: Amarillo concentrado.

Signos y síntomas:

Dolor al orinar	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Disuria	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
Oliguria	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Anuria	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
Victoria	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Pieria	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
Polaquiuria	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Poliuria	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
Retención	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Incontinencia	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>

Evacuaciones:

Frecuencia: dos veces al día.

Características: color café, pastosa y eliminación.

Signos y síntomas:

Diarrea	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Estreñimiento	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
Hemorroides	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Hematoquesia	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
Melena	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Acolia	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
Esteatorrea	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Tratamientos: Negados.		

Otras vías de eliminación:

Vomito Si No Cantidad _____

Drenajes Si No Cantidad _____

Sangrado transvaginal: Si No Características: _____

Perdidas Insensibles Si No Cantidad _____

5. Mantenimiento de un equilibrio entre la ACTIVIDAD Y EL DESCANSO:

Actividades que puede desempeñar:

Subir escaleras Si No

Movilización en cama Si No

Deambulaci3n Si No

Alimentaci3n Si No

Ba1o/Higiene Parcial Total Frecuencia: 1 cada 8 d1as.

Uso de WC Si No

Vestido/acicalamiento Si No

Aseo Bucal Si No Frecuencia: _____

Realiza actividad f1sica: negado Tipo: _____ Frecuencias: _____

Duraci3n: _____

Utiliza alg3n de los siguientes dispositivos:

Silla de Ruedas: [si] Andadera: Bast3n Muletas

Calidad del Sue1o:

Horas al d1a: 8 Insomnio: Si No

Alucinaciones: Si No Sue1o interrumpido: Si No

Consumo de medicamentos: Si No Cual: _____

Realiza siesta durante el d1a Si No Tiempo: _____

Reconoce los beneficios de la actividad f1sica Si [si] No Cuales: mejorar la movilidad.

Se siente descansado luego de dormir Si No

6. Mantenimiento del equilibrio entre la INTERACCI3N SOCIAL Y LA SOLEDAD:

Autonom1a personal Buena Regular Mala
Causas: _____

Calidad de la comunicaci3n con los dem1as: Buena Regular Mala
Causas: _____

Perdurabilidad de las relaciones sociales Buena Regular Mala
Causas: _____

Prop3sitos para los dem1as (intenciones) Buena Regular Mala
Causas: _____

Refuerza los lazos de amor, afecto y amistad Buena [si] Regular Mala
Causas: _____

Promueve la autonom1a de sus semejantes Buena Regular Mala
Causas: _____

Adaptaci3n social: Buena Regular Mala
Causas: _____

7. Prevenci3n de peligros para la vida, el FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO:

Ha tenido alg3n accidente Si No Tipo: ca1da (fractura de cadera).

Alcoholismo Si No Frecuencia: _____

Drogadicci3n Si No Frecuencia: _____

Tabaquismo Si No Frecuencia: _____

Identifica situaciones o actos peligrosos para la salud en el hogar (conexiones de electricidad, gas, tuber1as, protecci3n de aljibes, pozos, norias y alcantarillas) Si No

Refiere estar alerta ante los peligros que amenazan la salud Si No C3mo: _____

Emprende acciones para prevenir acontecimientos de peligro Si No

Evade o se protege de situaciones de peligro Si No

Se ha automedicado Si No Periodicidad: _____

Se ha realizado examen de exploración Mamaria	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Periodicidad: 2 años.
Se ha realizado el Papanicolaou	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Periodicidad: 1 año.
Se ha realizado examen de próstata	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Periodicidad: negado.
Uso de placa dental	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
Asiste en forma periódica al médico	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Frecuencia: cada mes.
Se ha desparasitado	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Frecuencia: 3 meses.

8. Promoción del funcionamiento y DESARROLLO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES, de acuerdo con el potencial humano el conocimiento de las limitaciones y el deseo de ser normal:

Acepta su aspecto:

Físico Si No Porque _____
 Emocional Si No Porque _____

Realiza acciones que favorecen su propio desarrollo y funcionamiento	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Identifica desviaciones de salud estructurales y funciones de su mismo	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
Atiende desviaciones de salud estructurales y funciones de su mismo	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Acepta los cambios a su imagen provocados por la enfermedad	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

III. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO

Etapas del ciclo vital

Problemas o aspectos relevantes de salud que haya padecido durante las siguientes etapas:

Recién Nacido (1 a 28 días) Si No Cual:
 Lactante Menor (1 a 12 meses) Si No Cual:
 Lactante Mayor (1 a 3 años) Si No Cual:
 Pre-escolar (3 a 5 años) Si No Cual:
 Escolar (5 a 11 años) Si No Cual:
 Adolescente (12 a los 21 años) Si No Cual:
 Adulto Joven (21 a los 39 años) Si No Cual:
 Adulto Maduro (40 a los 60 años) Si No Cual: hipertensión arterial.
 Adulto Mayor (más de 60 años) Si No Cual:

Salud Sexual

A recibido educación sexual Si No Tipo:
 Satisfecho con la actividad sexual Si No Causas:
 Molestias a la actividad sexual Si No Cual:
 Medidas que ha encaminado: ninguno.
 Su esposo esta circuncido Si No
 Usted está Circuncidado Si No

Historia de Salud

Familiares enfermos Si No Quien:
 Causas: _____
 Familiares finados Si No Quien _____
 Causas: _____

IV. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

Enfermedades frecuentes: hipertensión arterial y ulcera varicosa.

Acciones que realiza: Evidenciarlo: Enfrentándolos

Que hace ante los siguientes estados:

Angustia: minimizarlo.

Miedo: minimizarlo.

Hospitalizaciones recientes: Si No

Causas:

Tipo de apoyo que considera necesario:

Físico Familiar Espiritual Económico

Otro: _____

Sistema musculo – esquelético

Signos y síntomas

Dolor Si No Especificar: En la planta del miembro inferior derecho.

Rigidez Si No Especificar _____

Debilidad Si No Especificar _____

Inflamación Si No Especificar: en herida contusa de la planta del miembro inferior derecho.

Fatiga Si No Especificar _____

Tratamientos: _____

Sistema Neurológico

Estado de conciencia:

Consciente Somnolencia Obnubilación

Estupor Estado vegetativo persistente Coma

Delirio Demencia Muerte cerebral

Orientación:

Tiempo Si No Especificar _____

Lugar Si No Especificar _____

Persona Si No Especificar _____

Se observa al paciente

Nervioso Asertivo Ausente

Relajado Pasivo Triste

Deprimido Agresivo Indiferente

Actitud acorde con sus palabras Si No

Sistema auditivo – ocular

Problemas en la audición Si No Especificar _____

Utiliza dispositivos Si No Especificar _____

Acufenos Si No Especificar _____

Problemas en la visión Si No Especificar: _____

Utiliza lentes Si No Especificar _____

Tratamientos: _____

Sistema reproductor

Planificación Familiar Si No Método _____

Infertilidad Si No Motivo _____

Tratamientos: _____

Enfermedades de transmisión sexual Si No

Tratamientos: _____

Cirugías realizadas al aparato reproductor Si No

Tratamientos: _____

Mujer

Número de parejas sexuales: 1

Edad de la menarca: 13 años Días del ciclo menstrual: 3 días.

Características del flujo: normal.

Problemas al menstruar Si No Cuales _____

Menopausia Si No Edad de Inicio _____

Embarazos: 2 Partos: 2 Cesáreas: ninguno. Abortos: ninguno.

Embarazos de alto riesgo: Si No Causa: _____

Cirugías realizadas al aparato reproductor: Si No Especificar _____

Tratamientos: _____

Hombre

Número de parejas sexuales: **uno**

Examen testicular Si No Frecuencia _____

Examen de próstata Si No Frecuencia _____

Problemas de erección Si No Causas _____

Problemas de eyaculación Si No Causas _____

Tratamiento médico: Felodipino 5 mg, tramadol para el dolor, madecassol tópico, solución antiséptica con iones de plata.

RESPONSABLE DE LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

PLE: Sergio palacios Tolentino

NOMBRE

FIRMA

MORELIA MICHOACAN A 20 DE SEPTIEMBRE DEL 2018

Actividades realizadas para el manejo de ulcera varicosa.

Fechas de visitas	Entrevista Enfermero/ Paciente. Aplicación consentimiento informado	Curación de herida.	Información de patología.	Orientación de autocuidado o Higiene y baño.	Orientación del cuidado de la herida ulcera varicosa.	Evaluación.
20/09/18	x					
22/09/18		x				
29/09/18		x	X			
6/10/18		x		x		
14/10/18		x		x		
20/10/18		x			x	
27/10/18		x				
03/11/18		x				x
10/11/18		x				
17/11/18		x				
25/11/18		x				
01/12/18		x				
07/12/18		x				



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Facultad de Enfermería
Consentimiento Informado



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

Yo María Guadalupe doy mi consentimiento para participar en la metodología de intervención de enfermería, que tiene como finalidad conocer e identificar las respuestas humanas, fundamentada en la teoría de Dorothea E. Orem y estructurar un trabajo académico, a través del cual me brindarán cuidados integrales que beneficiarán mi estado de salud.

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

Enterado (a) que el responsable de dicho proceso de enfermería es el (la) P.L.E. Sergio Palacios Tolentino, doy mi consentimiento para colaborar en el trabajo académico solicitado.

Acepto participar

Nombre y firma del usuario (a)

Morelia, Michoacán. A 20 de septiembre 2018.

Cualquier duda comunicarse: P.L.E. Sergio Palacios Tolentino cel. 4434059090 e-mail: Sergio.pats@hotmail.com

Evidencias de actividades realizadas a la paciente durante las visitas.

Plática y entrevista con la paciente, de su padecimiento actual de la úlcera varicosa.



Material de curación para curación de la úlcera varicosa



Curación de la herida (úlceras varicosas)



Curación de la herida, aplicación de medecassol en polvo.



Curación de herida, aplicación de gasas estéril y vendaje.



Evolucion de la herida (ulcera varicosa), de las curaciones reliazas.



XI. Referencias bibliográficas

Allison, S. (2008). Some early efforts to conceptualize nursing: A tribute to Dorothea E. Orem (Electronic version). *Self-care, Dependent-Care & Nursing*, 16(1), 49-50.

Alcorn State University Cora S. (2008). *Balmat School of Nursing Academics*. Retrieved May 28, from Alcorn State University Website: Recuperado de <http://www.alcorn.edu/Academic/SON/INDEX.HTM>.

Alfaro-LeFevre, R. A. (2010). *Critical thinking and clinical judgment: A practical approach to outcome-focused thinking (4th ed.)*. St. Louis, MO: Elsevier.

Anderson College Academics. (2008). Retrieved May 28, from Recuperado de: <http://www.anderson.edu/academics/nurs/handbook.pdf>

Arden, R. Declos, J. Pretel, A. (2007). *“Insuficiencia Venosa Crónica y Bipedestación en Trabajadores del Sector Servicios”* Estudio de Validación. N.5, España, PP 10-11.

Álvarez Fernández, L. j. Rodríguez- Piñero, M. Llana- Coto, J. M. (2003). *Simposio sobre diagnóstico y tratamiento de las úlceras de etiología vascular*.

Berbiglia, V. A. (2006). *Orem’s self-care deficit nursing theory in practice*. En M. R. Alligood & A. M. Tomey (Eds.). *Nursing theory: Utilization & application* (3.ª ed., pp. 255-281). St. Louis: Mosby Elsevier.

Berman, A. y Anyder, S. (2013). *Fundamentos de enfermería volumen I*, 9ª edición, España: Pearson.

Bulechek, G. butcher, H. Dochterman, J. Wagner, Ch. (2009). *Clasificación de intervenciones de enfermería NIC*, 5ª edición, España: Elsevier.

Bertoldi Madeiros da Luz, C. (2007). "Condiciones de trabajo en la producción de comidas como factores de riesgo para la enfermedad venosa de miembros inferiores". *Med Segur Trab*, Vol II n. 206, Brasil pp.25-32.

Castañeda, H. Acevedo, G. Garza, R. Meléndez, M.C. Rangel, S. (2010). *Intervenciones de enfermería en el paciente en fase terminal. Desarrollo Científico Enfermería*, 18 (9): 372-375.

"Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Ramón y Cajal". (2005). *Protocolos de Cuidados. Úlceras Vasculares*, (consultado el 3 de febrero de 2008). recuperado de: http://www.hrc.espdf/asistencia/enfermeria/protocolos/prt_UlcerasVasculares.pdf

El Proceso de Atención de Enfermería (s, f): *APA style: Electronic references*. Recuperado de <https://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/07/PAE.pdf>

Escribano Ferrer, J. M. (2006), "Cirugía Hemodinámica en el tratamiento de la Insuficiencia Venosa Superficial" Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona.

Foy, E. y Conner-Kerr, T.A. (2014). *Overview of guidelines for the prevention and treatment of venous leg ulcers: a US perspective [review]*. *J of Multidiscip Healthcare*, 7:111-7.

Greenberg, M. E. (2009). *A comprehensive model of the process of telephone nursing. Journal of Advanced Nursing*, 65, 2621-2629. doi: 10.1111/j. 1365-2648. 2009.05132.

Herdman, T. H. (2012) (Ed.). *NANDA Internacional, Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificaciones. 2012-2014*. Barcelona. Elsevier.

Jiménez, F. Pérez, R. Morales, M.A. Peralta, M.L. (2014). *Tratamiento de úlceras venosas en las extremidades inferiores con autoinjertos en sacabocado más compresión contra compresión elástica*. *Dermatol Rev Mex*, 58:501-7.

López, D. Muñoz, L. Garcia, S. (2012). *Estandarización de cuidados en pacientes con úlceras de extremidad inferior de etiología venosa*. *Rev Nure Inv*, 61:1-10.

Moorhead, S. Johnson, M. Swanson, E. (2009). *Clasificación de resultados de enfermería NOC, 4ª edición*, España: Elsevier.

Muñoz, A. Ballesteros, M. V. González, J. (s, f). *Manual de protocolos y procedimientos en el cuidado de las heridas*.

Nettel, F. Rodríguez, N. Nigro, J. González, M. Conde, A. Muñoa, A. (2013). *Primer Consenso Latinoamericano de Úlceras Venosas*. *Rev Mex Angiol*, 41(3):95- 126.

NANDA Internacional. (2015). *Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2015-2017*. Barcelona: Elsevier.

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice (6th ed.)*. St. Louis. MO: Mosby.

“Protocolo ULCERAS VASCULARES” (2005). Comunidad de Madrid.

Raile, M. y Marriner, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería, séptima edición*, España: Elsevier.

Salcedo, R.A. González, B.C. Jiménez, A. Nava, V. Cortés, D. Eugenio, M. (2012). *Autocuidado para el control de la hipertensión arterial en adultos mayores ambulatorios: una aproximación a la taxonomía NANDA-NOC-NIC*. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 9(3);25-43.

Sosa, O. R. (2017). *Úlceras flebostáticas*. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascul*, 18(1), 82-92. Recuperado 12 de diciembre de 2018, de

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372017000100008&lng=es&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372017000100008&lng=es&tlng=es)

Toro, A.G. (2001). *Enfermería basada en la evidencia: como incorporar la investigación a la práctica de los cuidados*. Granada: Fundación Index.

Vázquez-Hernández, M. et al. (2016). *Prevalencia de insuficiencia venosa periférica en el personal de enfermería*, *Enfermería Universitaria*, 13(3): 166-70.