

CASO CLÍNICO

Estudio de caso bajo la aplicación de la teoría general del déficit de autocuidado (Modelo de autocuidados D. Orem)

M^a Carmen Carmona Valiente, Rosario García Palacios, Esther Salces Sáez, Manuel Sanlés Pérez

Enfermeros
Hospital Universitario Puerto Real

Situación del paciente a su ingreso:

Paciente que ingresa en el Servicio de Urgencias en contra de su voluntad.
Presenta los siguientes síntomas:
Náuseas, vómitos, disnea, hipertensión arterial y edemas. Además obnubilado.
Diagnóstico de síndrome de Alport hace cinco años.
Presenta un claro déficit de autocuidado (DFAC) de naturaleza alta.
Se adopta un sistema compensatorio total (SCT).
Objetivo prioritario:
Salvar la vida del paciente y estabilizar las funciones vitales.

Valoración de los factores condicionantes básicos (FCB)

Varón de 31 años, soltero.
Ocupa el noveno lugar de una familia de 10 hermanos. Siete miembros de su familia padecen síndrome de Alport. Su madre se dializaba, falleció hace 12 años. Tres hermanos han sido trasplantados. Tres tíos maternos fallecieron por la misma enfermedad.

PRESCRIPCIÓN DE LA DEMANDA DE AUTOCAUIDADO TERAPÉUTICO (DACT)

REQUISITOS DE AUTOCAUIDADOS UNIVERSALES (RACU)

El aporte de líquidos es elevado; no es acorde con su situación de salud.
No posee un aporte adecuado de alimentos, tanto en cantidad como en calidad con respecto a su enfermedad.
No existe una eliminación correcta de líquidos y toxinas por la orina debido a su I.R.
Las actividades físicas están muy limitadas por el cansancio.

REQUISITOS DE AUTOCAUIDADOS DE ALTERACIÓN DE LA SALUD (RACAS)

Negación de la enfermedad.
Adopta una actitud inadecuada.
Rechaza los servicios sanitarios: dejó de asistir a la consulta.
El cumplimiento terapéutico fue deficitario en los cinco años de evolución de la enfermedad.

REQUISITOS DE AUTOCAUIDADOS DE DESARROLLO (RACD)

Es consciente de que la enfermedad se le puede desarrollar en cualquier momento, la conoce perfectamente por haber convivido toda su vida con ella (hermanos, madre, tíos).
Esta situación le genera ansiedad e inseguridad.
Tiene un nivel de desarrollo afectivo y social, adecuado a su edad, sexo, cultura, etc.
El proceso de crecimiento ha sido progresivo y armónico, se ha desarrollado según las etapas previstas.

Correspondencia:

Rosario García Palacios
C/ Doctor Gómez Plana, nº 1. Bl. 5, 2^a A
11008-CÁDIZ

ESTUDIO DE CASO BAJO LA APLICACIÓN DE LA TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO
(MODELO DE AUTOCUIDADOS D. OREM)

VALORACIÓN DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO (AGAC)

En relación a los FCB y por las experiencias previas vividas, de gran importancia, que han sido capaz de modificar sus actividades, la situación nueva a la que se ve sometido es:

Compleja
Requiere medidas de AC especializadas
Atención continuada
Apoyo/ayuda uso de dispositivos de atención sanitaria

AGENCIANO
DESARROLLADA

DIAGNÓSTICO DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO (DFAC)

Presenta dificultad para tomar decisiones y llevar a cabo acciones de AC.
No hace uso de los recursos sanitarios adecuadamente.
Déficit a nivel de juzgar/actuar.
No se posiciona en necesidad de ayuda.
Negación de su estado actual.
Patrón de eliminación inadecuado.
Déficit de conocimiento sobre la ingesta apropiada.
Gran desvío de su estado de salud: no diferencia salud ideal/salud real.

SISTEMA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

A la llegada del paciente a nuestro Servicio se adopta un:
SISTEMA COMPENSATORIO TOTAL
Es incapaz de cuidar de si mismo y tomar una decisión con respecto a su AC

DIAGNÓSTICO	Alteración de su estado de salud. Riesgo vital.
OBJETIVO	Estabilizar las funciones vitales y garantizar la supervivencia.
ACTIVIDADES	Tomar y vigilar las constantes vitales cada hora y nivel de consciencia. Administración de tratamiento. Vigilar, anotar e informar de la aparición de signos de deterioro de su estado físico y mental. Iniciar medidas encaminadas a reducir la angustia, aumentar su seguridad e intentar que se sienta relajado sin el uso de sedantes. Informar al paciente de las actuaciones a seguir y del tiempo que va a permanecer en la Unidad de Agudos, cuando el nivel de consciencia sea adecuado. Iniciar el tratamiento de hemodiálisis

SISTEMA DE CUIDADOS O DE ENFERMERÍA

Una vez sometido al paciente a tratamiento de HD y conseguido el primer objetivo, se adopta progresivamente un:
SISTEMA COMPENSATORIO PARCIAL
Con apoyo educativo de información, ya que el paciente ha podido recuperar determinadas acciones de AC gracias a la recuperación parcial de la Agencia de Enfermería (A.G.E.)

DIAGNÓSTICO I	Alteración de su patrón de normalización.
OBJETIVO	Ayudar al paciente a recuperar su estima, imagen y rol social.
ACTIVIDADES	Explicarle el tratamiento al que está sometido todas las veces que sean necesarias. Facilitarle la presencia de seres queridos durante las primeras sesiones. Ayudarle a expresar sus miedos, temores y sentimientos. Enseñarle a adaptar la diálisis a su ritmo de vida y no condicionar su vida a la diálisis. Inculcarle la necesidad del Tratamiento como paso previo a su normalización vital. Procurar un ambiente cálido confortable y personalizado.

ESTUDIO DE CASO BAJO LA APLICACIÓN DE LA TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO
(MODELO DE AUTOCUIDADOS D. OREM)

DIAGNÓSTICO II	Falta de conocimiento sobre la ingesta de nutrientes.
OBJETIVO	Que el paciente conozca el concepto de peso seco y el aporte de proteínas e iones que tienen los alimentos. Adquirir unos hábitos alimenticios saludables y adecuados a su estado de salud.
ACTIVIDADES	Pesarse por las mañanas y por las noches. Reconocer signos de alarma: ahogo, astenia, calambres, edemas, hipotensión, e hipertensión. Facilitarle dietas y explicarle la importancia de su seguimiento.

DIAGNÓSTICO III	Riesgo potencial de contraer una infección relacionado con los cuidados del acceso vascular transitorio.
OBJETIVO	Que el paciente conozca las medidas relacionadas con el cuidado del catéter.
ACTIVIDADES	Informar al paciente de signos y síntomas de infección. Enseñarle los cuidados que requieren el orificio del catéter. Informarle de las medidas higiénicas a seguir mientras permanezca con el catéter transitorio.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Masón E.J. Normas de calidad de Enfermería. Métodos de elaboración. Ed. Doyma. 1988.
- 2.- R.L. Wesley. Teorías y modelos de enfermería. Mcgraw-Hill-Interamericana. Méjico, 1997.
- 3.- Dorothea E. Orem. Modelo de Orem. Concepto de

Enfermería en la Práctica. Ediciones científicas y técnicas. Masson-Salvat.

- 4.- Riehl J-Sisca. Teoría general de Enfermería de Orem. Una interpretación. Modelos conceptuales de Enfermería. Ed. Doyma.

- 5.- Lynn Feathers Rebecca. Teoría de Enfermería de autocuidado. Modelos conceptuales de Enfermería Ed. Doyma.