



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE
SAN NICOLÁS DE HIDALGO**

ESCUELA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

**“METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN EN ENFERMERÍA
APLICADO EN UN CASO CLÍNICO DE “DIABETES
MELLITUS TIPO II” SUSTENTADO EN EL MODELO DE
VIRGINIA HENDERSON”**

PROCESO DE ENFERMERÍA

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTA
P.L.E. ROSALÍA CHARCO DIEGO**

**ASESORA:
L.E.O. ELVIRA ROMERO VENCES**

MORELIA, MICHOACÁN FEBRERO DEL 2006



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	
I. JUSTIFICACIÓN	1
II. OBJETIVO	2
III. METODOLOGÍA	3
IV. MARCO TEÓRICO	3
1. Proceso Enfermero	4-18
2. Modelo de Virginia Henderson	19-23
3. Patología (diabetes mellitas II)	24-25
4. Etiología	26-27
5. Fisiopatología	28-29
5.1 Clasificación	30
5.2 Diabetes mellitus tipo I	30
5.3 Diabetes tipo II	30
5.3.1 Diabetes secundaria	31
5.3.2 Trastornos de la tolerancia a la glucosa	31
5.3.3 Diabetes gestacional	32
5.3.4 Prevalencia y epidemiología	33
5.3.5 Cuadro clínico	34
5.3.6 Diagnostico	34
5.3.7 Tratamiento	35-36

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

5.3.8	Complicaciones Metabólicas agudas	37
5.3.9	Coma Hiperosmolar	37
5.3.9.1	Complicaciones tardías de la diabetes	37-40
5.3.9.2	Intervenciones de enfermería	41-42
V.	CASO CLÍNICO	43-44
VI.	APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE ENFERMERÍA	45-47
VII.	DX. DE ENFERMERÍA.Y PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES	48-57
8.1	Diagnósticos de enfermería	48-57
8.2	Plan de intervención	48-57
8.3	Evaluación	48-57
VIII.	CONCLUSIONES	58
IX.	SUGERENCIAS	58
X.	BIBLIOGRAFÍA	59
XI.	GLOSARIO DE TÉRMINOS	60-61
XII.	ANEXOS	62-68

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo trata sobre la aplicación del Proceso Enfermero a un caso clínico de Diabetes Mellitus Tipo II con la Metodología de Virginia Henderson.

Se menciona primeramente el marco teórico referente al Proceso Enfermero, Virginia Henderson y La Diabetes Mellitus Tipo II. Se continúa con la elaboración de los objetivos generales y específicos del trabajo.

Se desarrolla el caso clínico con la respectiva valoración de acuerdo a las 14 necesidades de Virginia Henderson, posteriormente se elaboraran diagnósticos de enfermería reales y potenciales estableciendo las intervenciones de enfermería, mediante la ejecución y evaluación de las mismas.

Posteriormente se presentan las conclusiones las cuales son imprescindibles para la evaluación del caso clínico e identificar la importancia para la profesión de enfermería el tener un método sistemático para la atención del usuario (a). Y finalmente se presenta la bibliografía y un glosario de términos.

DIRECTIVOS

MEM. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA

Directora de la escuela lic. En enfermería.

LEO. MARTHA MARIN LAREDO

Secretaria Académica de la Escuela.

LED. ANA CECILIA ANGUIANO MORÁN

Secretaria Administrativa de la Escuela.

INTEGRANTES DEL JURADO

LEO. ELVIRA ROMERO VENCES

PRESIDENTA

VOCAL 1

BRENDA MARTÍNEZ ÁVILA

DR. HERMILO JUAN ORTEGA HERNANDEZ

VOCAL 2

SUPLENTE

JOSÉ CARMEN LEDESMA MORALES

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por haberme concedido la vida y
Ponerme en este maravilloso camino.

Con inigualable cariño y profundo respecto:

**Amis padres: Sr. Timoteo Charco Ríos y
Sra. Evangelina Diego Campuzano**

Quienes con su amor, sacrificio, confianza, y
Paciencia forjaron en mi espíritu el anhelo de
Superación personal..

Amis hermanos y hermanas:

Patricia, Santos, Jaime, Remedios,
Juana, Socorro, Marcos, Agustín, Crisanta, Guillermo,
Lázaro y Blanca por el gran afecto y cariño que les tengo y en
Quienes encuentro siempre aliento y apoyo,
Les viviré enormemente agradecida por
Haberme ayudado en la culminación de mis
Más grandes anhelos.

Un especial agradecimiento.....

A la **LOE. Elvira Romero Vences** quien como
Asesora me marco los pasos a seguir en el presente trabajo,
Mereciendo mis respetos y gratitud como maestra.

Una eterna gratitud para nuestra magna
Casa de estudios mi querida **Universidad
Michoacana San Nicolás de Hidalgo** en especial
Para la **Escuela de Licenciatura En Enfermería.**

A mis amigas y amigos:

Brígida, Chuy, Mareli, Celeni, Carmen, Isabel, Yesenia, Ada,
Ceydeli, Citlaly, Indira, Eudosia, Luisa y Juan, Jesús a todos
Por haberme ayudado con su ejemplo y abnegación con su afecto,
Con sus enseñanzas y con su amistad de todo corazón gracias.

I. JUSTIFICACIÓN

Actualmente diversos autores como Duran y Hernández resaltan la importancia de dirigir la práctica de enfermería hacia un objeto de estudio, a partir de la identificación de fenómenos de interés para la enfermería y la exploración de conceptos pertinentes a las teorías de la misma; un método propio de la disciplina es el Proceso Enfermero; elemento fundamental para la aplicación de teorías y modelos a la practica directa con el individuo, familia y comunidad.

Para comprender mejor la importancia de la metodología de intervención de enfermería es necesario remontarse a la década de los años 50' en los Estados Unidos de Norte América, concretamente con mujeres que desarrollaron la labor de enfermería mediante la formación de teorías y modelos que sustentan científicamente la práctica profesional.

Para lograr nuestros objetivos es necesario que se organice de forma lógica los conocimientos de manera que facilite el aprendizaje de conceptos claves del cuidado y los transmita a la práctica clínica de enfermería para un mejor desempeño profesional.

Por consiguiente el presente trabajo se elaboró con la finalidad de conocer un poco más sobre La Diabetes Mellitus y colaborar con el equipo de salud aplicando conocimientos científicos, tecnológicos y humanísticos. Y para obtener el grado de Licenciatura En Enfermería.

II. OBJETIVOS

GENERAL

Conocer y analizar la problemática de un usuario con Diabetes Mellitus tipo II y sus complicaciones, para brindar atención basada en las 14 necesidades identificadas a través de la valoración de Virginia Henderson.

ESPECIFICOS

- Elaborar un plan de cuidados aplicando la metodología de intervenciones de enfermería en base a las necesidades detectadas para favorecer la recuperación del usuario y la relación Enfermera- Paciente-Familia.
- Identificar las principales necesidades reales del paciente y modificar los hábitos perjudiciales para su salud.
- Llevar a la práctica los conocimientos adquiridos en la Licenciatura en Enfermería y en el seminario de titulación enfocados a un caso clínico.
- Lograr el reestablecimiento, prevención y rehabilitación de las necesidades alteradas de la usuaria en el menor tiempo posible.
- Aprobar el examen recepcional y obtener el grado de Lic. En Enfermería.

III. METODOLOGÍA

Esté caso clínico se sustentó con la metodología basada en las 14 necesidades de Virginia Henderson la cual incluye cinco vertientes principales que son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

IV. MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL PROCESO ENFERMERO

Los modelos de atención enfermería nacieron hace más de un siglo con el fin de dar un enfoque distinto al concepto de enfermería, que en aquel tiempo se consideraba una simple serie de teorías y es Florencia Nightingale quien distinguió esta disciplina de los trabajos de los asistentes domésticos y contribuyó a su institución, como una profesión indiscutible. Sus contribuciones al desarrollo teórico se centran principalmente en su explicación del interés de la enfermería en la relación paciente – entorno y en los primeros análisis estadísticos que ofreció acerca de la salud y el ejercicio profesional de la enfermería. Los escritos de Nightingale constituyen toda una filosofía en este tiempo.

Sin embargo con el paso de los años un número cada vez mayor de enfermeras que “pensar” y hacer” no excluye entre sí, si no al contrario debe estar compactadas, iniciando así un movimiento intelectual que tiene como fin la identificación, explicación y aplicación de conceptos que guíen la práctica de enfermería para que esta tenga bases científicas.

En 1960 las relaciones y/o comunicaciones interpersonales fueron el centro de atención, y en 1970 el interés se acentuó hacia la ciencia de enfermería donde el humanismo y la concepción de la enfermería se combinaron en “Ciencia y Arte”.

No obstante los modelos en realidad se construyen con el conocimiento de que en esencia serán la base de razonamientos posteriores acerca de la disciplina.

Surgen entonces las teorías de nivel médico y micro teorías que dan pauta al ejercicio profesional de enfermería, cabe mencionar algunas:

Hildegard. E. Peplau, Ida Jean Orlando, Joyee Travelvee, Nola J. Peder y Margaret Newman.

Conforme se producen teorías nuevas científicas aceptadas que expliquen las prácticas en la observación, el modelo se modifica, mejora, aumenta ó incluso se reduce si ya no resulta útil.

1. PROCESO ENFERMERO

Concepto:

Es un método sistemático de brindar cuidados humanitarios centrados en el logro de objetivos de forma eficiente.

Es un método que consiste en una serie de pasos mentales a seguir por la enfermero (a), que le permite organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados.

Con la aplicación del proceso enfermero se delimita el campo de acción específico de la enfermería, y con ello se demuestra que la enfermera (o) profesional realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de la prescripción médica, ya que esta metodología se complementa al centrarse en las respuestas humanas y brindan identidad profesional a la enfermera y al usuario, brindan atención de calidad con enfoque holístico.

CARACTERISTICAS DEL PROCESO ENFERMERO

- ❖ Es metódico: por que es necesario seguir una serie de pasos mentales para organizar el trabajo y solucionar problemas.
- ❖ Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado, que obedece un orden lógico para alcanzar un objetivo.
- ❖ Es continuo: porque permite dar seguimiento al cuidado del paciente a través de sus etapas (valoración, diagnostico, planeación, ejecución y evaluación.
- ❖ Es dinámico: responde a un cambio continuo, igual que la naturaleza del hombre.
- ❖ Es interactivo: basado en las interrelaciones reciprocas que se establecen entre la enfermera - paciente - familia y los demás profesionales de la salud para lograr un mismo objetivo.
- ❖ Es flexible: se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar ó área especializada que trate con individuos, grupos y comunidades, sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- ❖ Tiene una base teórica: el proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluye ciencias y humanidades, se puede aplicar a cualquier Modelo Teórico de enfermería.
- ❖ Es humanista: porque estudia al ser humano de forma integral.

ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO

PRIMERA ETAPA: VALORACIÓN

Es la primera etapa del proceso enfermero, que consiste en la recogida debilitada y sistemática de datos, para determinar el estado de salud y el estado funcional actuales y pasados de un usuario, familia ó comunidad y evaluar sus patrones de afrontamiento actuales y pasados.

LOS DATOS SE OBTIENEN MEDIANTE CINCO MÉTODOS:

Las fuentes de información tienen que ser tanto directas como indirecta a través de los cinco métodos siguientes:

1. Entrevista: al usuario, familiares y personas significativas (directas). Es un proceso que tiene cuatro finalidades, estas son:
 - Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y a la planificación de los cuidados.
 - Facilitar la relación enfermera – paciente.
 - Permitir al usuario informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
 - Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.
2. Observación: el momento del primer encuentro con el cliente/enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continúa a través de la relación enfermera – paciente. Es el segundo método básico de valoración. 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 destacados.

3. Exploración física: requiere de cuatro técnicas principales que son:
- ✓ Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centran en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación, anatomía, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
 - ✓ 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).
 - ✓ Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en el abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudaran en la valoración.
 - ✓ Percusión: implica dar golpes con una o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. El tipo de sonido que podemos diferenciar son: sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos.
 - ✓ Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras del pulmón, corazón, intestino. También se puede escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: cefalo, caudal, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

- De “cabeza a pies”: sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades.
 - Criterios de valoración por “sistemas y aparatos”. Se valora el aspecto general y las constantes vitales y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
 - Criterios de valoración por “patrones funcionales de salud”. La recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo, familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de salud.
4. Revisión de registros e informes diagnósticos y médicos (indirecta): podemos encontrar datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente. Factores contribuyentes en los problemas de salud e incluso análisis y/o estudios que nos permitan conocer más claramente el estado de salud del cliente. Información que pueda facilitar otros profesionales de salud (directa).
5. Bibliografía relevante (indirecta) y Colaboración de compañeros.

La recogida de datos se centra en la identificación en el usuario de:

- ❖ Estado de salud presente y pasado.
- ❖ Patrones de afrontamiento presentes y pasados (capacidades y limitaciones).
- ❖ Estado funcional presente y pasado.
- ❖ Respuesta al tratamiento (Enfermería, Médico).
- ❖ Riesgos de problemas potenciales.
- ❖ Deseo de un mayor nivel de bienestar.

Para realizar una correcta valoración, la enfermera debe ser capaz de:

- Comunicarse de forma eficaz.
- Observar sistemáticamente.
- Conocer técnicas de comunicación.
- Interpretar los datos con exactitud.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Es indispensable contar con un indicador durante la recolección de información para conseguir una metodología específica, para evitar omisiones y facilitar datos; esta guía debe considerar:

- Antecedentes personales y familiares de enfermedad y/o patológicos.
- Datos del examen físico.
- Aspectos a valorar según Modelo ó Teoría de enfermería.
- Realizar valoración de datos básicos.

VALORACIÓN DE DATOS BÁSICOS

En ésta, se entrevista al cliente para reunir información de su estado de salud; debe ser planificada, sistemática y completa, generalmente esta influida por la formación profesional o por un instrumento de valoración (apoyado en una teoría de enfermería).

Por otro lado la valoración focalizada: se realiza especialmente sobre un problema real ó potencial, debe ser periódica para monitorizar al paciente, es recomendable usar un modelo o teoría de enfermería, y debe de llevarlo apartados:

- Signos y síntomas.
- Factores contribuyentes.
- Conocimiento, manejo y prevención de la patología por parte del paciente.
- Examen físico y entrevista.

Validación de datos: en esta se cerciora que los datos sean reales, claros, necesarios para identificar y analizar los problemas y/o alteraciones de salud, evitar omisiones de información importante, malas interpretaciones y equivocaciones.

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

Se recomienda la información en categorías o estructuras de acuerdo a su conocimiento, habilidades y preferencias para identificar capacidades y problemas de salud reales ó potenciales del paciente y se puede valer de un instrumento para facilitar la identificación de los diagnósticos y problemas interdependientes.

Registro de la información y comunicación de los datos: La comunicación verbal de los datos significativos deberá tener prioridad para acelerar las acciones de enfermería, ya que puede estar en peligro la vida del paciente.

SEGUNDA ETAPA: DIAGNOSTICO

Es la segunda etapa del proceso enfermero que significa el estudio cuidadoso y crítico de algo para determinar su naturaleza, que inicia al concluir la valoración y constituye una “función intelectual compleja” al reunir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad.

Es un juicio clínico respecto a las repuestas del individuo, familia ó comunidad a problemas de salud ó a procesos vitales reales o potenciales. El diagnostico de enfermería proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería, con el fin de alcanzar los resultados que son responsabilidad de la enfermera (NANDA, 1990).

Es necesario conocer antes de formular el diagnostico el razonamiento del mismo.

RAZONAMIENTO DEL DIAGNOSTICO:

Es un proceso de analizar los datos, y reunirlos por medio de la lógica, habilidades metódicas y sistemáticas para emitir conclusiones sobre el estado de salud del paciente y para identificar los diagnósticos.

Los pasos a seguir durante el razonamiento del diagnóstico son los siguientes:

- Realizar un listado de datos subjetivos y objetivos, históricos y actuales de la valoración.
- Analizar y agrupar los datos significativos y deducciones.
- Comparar los datos significativos con los factores relacionados de riesgo y características de la NANDA. En caso de ser una respuesta fisiopatológica y/o problema interdependiente realizar investigación bibliografía o pedir asesoría a un experto.
- Revalorar si existe duda en la información.
- Dar el nombre al diagnóstico o respuesta fisiopatológica (problema interdependiente).
- Determinar los factores de riesgos o relacionados.

Se requiere haber realizado una valoración y un razonamiento del diagnóstico de enfermería o problema interdependiente.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: problema de salud real ó potencial que se centra en la respuestas humanas del individuo, familia y comunidad y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar independientemente.

La estructura de los diagnósticos depende de su tipo y pueden ser reales, de alto riesgo y de bienestar.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA REAL: representa un estado que ha sido clínicamente valido mediante las características principales e identificables; éste diagnóstico tiene cuatro componentes: enunciado, definición, características que lo definen y factores relacionados.

Enunciado: debe ser descriptivo y poseer un calificador preciso.

Características que lo definen: se hace referencia al estado clínico (signos y síntomas), que apunta a un diagnóstico.

Factores relacionados: hace mención de la etiología que incluye el estado de salud y se agrupa en cuatro categorías: biológicas, relacionadas con el tratamiento, situaciones ambientales y personales.

Consta de tres partes, formato PES: problema (P) más etiología, factores causales o contribuyentes (E) más signos y síntomas (S). Estos últimos son los que validan el diagnóstico.

Nota: el término “Real” no forma parte del enunciado de un diagnóstico de enfermería.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA DE ALTO RIESGO (POTENCIAL)

Según la NANDA, es un juicio clínico de un individuo, familia y comunidad que son más vulnerables a desarrollar un problema de salud, que otras personas en situaciones iguales o similares. Todo diagnóstico de este tipo comienza con la frase “Alto riesgo de “, esta conformado por: enunciado, definición, factores de riesgo y relacionados.

Enunciado: en este se describe el estado de salud alterado del cliente y va precedido por el termino “Alto riesgo de”.

Definición: expresa el significado claro y conciso del diagnóstico el cual debe ser conceptual y coherente con la denominación y los factores de riesgo para permitir diferenciar entre otros diagnósticos similares.

Factores de riesgo: o características que lo definen, representar situaciones que aumentan la vulnerabilidad del usuario o grupo de personas.

Factores de relación: son etiologías y pueden ser fisiopatológicos, biológicos, psicológicos, ambientales y personales.

Costa de dos componentes, formato PE:

Problema (P) + Etiología/ factores contribuyentes (E).

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA POSIBLE:

Son enunciados que describen posiblemente un problema pero que requiere de datos adicionales, confirmados o descartados. Los diagnósticos de enfermería posibles se componen de dos partes:

- ✚ El diagnóstico de enfermería posible.
- ✚ Los datos en relación con los mismos, que lleva a la enfermera a sospechar el diagnóstico.

Tras la recogida de datos adicionales, la enfermera puede emprender una de las tres acciones siguientes:

- ❖ Confirmar presencia de signos y síntomas que determinen el diagnóstico real.
- ❖ Confirmar la presencia de factores de riesgo potenciales.
- ❖ Descartar la presencia del diagnóstico.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE BIENESTAR

Es un juicio clínico, respecto a una persona, grupo ó comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Para lo cual se requiere que estén presentes dos hechos:

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

DIAGNÓSTICO DE SINDROME

Comprende un grupo de diagnósticos de enfermería reales ó potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados a los diagnósticos de enfermería de síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

DIRECTRICES PARA ELABORACIÓN DE DIAGNÓSTICOS

Unir la primera parte (P), con la segunda (E), utilizando “relacionado con” mejor que” debido a” “causado por”. No quiere significar necesariamente que haya una relación causa – efecto directo.

- 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, si no basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y valido con el usuario (a).
- Evitar invertir el 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.

TERCERA ETAPA: PLANEACIÓN

Es la tercera etapa del proceso enfermero (a), que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes y que consiste de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir ó corregir las repuestas del cliente enfermo.

LOS PASOS DE PLANEACIÓN SON:

ESTABLECER PRIORIDADES

Aquí se debe centrar la atención y realizar acciones inmediatas, por que representan una amenaza para la vida del individuo. Es importante señalar que en la mayoría de las ocasiones los problemas interdependientes son prioritarios sobre todo si el paciente se encuentra hospitalizado y grave, entonces los diagnósticos de enfermería se tratan de manera simultánea.

ELABORAR OBJETIVOS

Para un plan de cuidados deberán reunir las siguientes características:

1. Resulta del diagnóstico o problema interdependiente y centrarse en la solución del mismo.
2. Deben estar dirigidos al usuario (a), familia o comunidad, o también referirse a una parte del organismo o una función.
3. Incluir verbos que puedan ser observados y evaluados (utilizar un verbo por cada objetivo).
4. Involucrar al usuario (a), familia y comunidad, en caso de ser necesario a otros miembros de equipo de salud.
5. considerar capacidades físicas, psicológicas y personales y considerar las áreas: cognitivas, afectivas y psicomotriz de acuerdo al estado de salud.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Las intervenciones de enfermería son estrategias diseñadas para conseguir los objetivos a través del empleo del pensamiento crítico y analítico de la situación o problema que conduzca las acciones de enfermería que incluye valorar, hacer, asesorar referir y enseñar.

Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: que hay que hacer, cuando hay que hacerlo; como hay que hacerlo, donde hay que hacerlo y quien hade hacerlo.

- Para un diagnóstico de enfermería Real, las actuaciones van dirigidas a reducir o a eliminar los factores de riesgo concurrentes o el diagnóstico, promover mayor nivel de bienestar monitorizar la situación.
- Para un diagnóstico de enfermería de Alto Riesgo: las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

- Para un diagnóstico de enfermería Posible: las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para destacar o confirmar el diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación controlar los cambios con intervenciones prescritas para la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Son documentos que contienen el Diagnóstico Enfermero o problema interdependiente y sus características son la individualidad, participación, actualización, fundamentación y debe ser fuente de comunicación.

DOCUMENTACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS

Es el registro que la enfermera (o), utiliza ó realiza para llevar acabo el plan de cuidados y permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados.

CUARTA ETAPA: EJECUCIÓN

Es la puesta en práctica de las acciones e intervenciones de la enfermera (o), para conseguir los objetivos deseados.

Es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados y esta enfocado a aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados.

LOS PASOS DE LA EJECUCIÓN SON:

PREPARACIÓN

Antes de llevar un plan de cuidados se debe:

- ✓ Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características de la usuaria (o), y que sean compatibles con otros profesionales de salud.
- ✓ Analizar si se tiene el conocimiento y habilidades, de no ser así solicitar accesoria.

- ✓ Tener en mente que complicaciones se pueden presentar al aplicar las acciones de enfermería.
- ✓ Reunir el material y equipo para llevar a cabo las intervenciones de enfermería.
- ✓ Crear un ambiente confortable y seguro para la usuaria (o), durante las acciones de enfermería.

INTERVENCIÓN

Para asegurarse de que las acciones de enfermería sean las apropiadas es precisa la valoración del individuo, familia y comunidad, ya que las respuestas humanas y fisiopatológicas son cambiantes. Cada acción de enfermería debe ser resultado de una valoración y aplicación de pensamiento crítico, en cada intervención, la enfermera es responsable de los resultados emocionales y físicos, por lo que es necesario actuar con pleno conocimiento de los principios y razones.

DOCUMENTACIÓN

Es el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería en calidad de documento legal y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud. Su propósito es mantener informados a otros profesionales sobre el estado de salud en el que se encuentra el paciente y mejoramiento del mismo. Además respalda legalmente las acciones de enfermería.

REGISTRO

Existe una gran variedad de registros pero debe reunir las características universales como son: fecha, hora, datos de la valoración, intervenciones de Enfermería, resultados obtenidos, nombre y firma de la enfermera encargada; la información debe ser concisa, completa, legible, relevante y oportuna.

QUINTA ETAPA: EVALUACIÓN

Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una, exigencia en toda práctica de enfermería: la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que esta presente en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución.

Implica la valoración del individuo, familia ó comunidad y del plan de cuidados de enfermería, para determinar el logro de objetivos, identificar los factores que afectan las estrategias, es decir si hay que mantener un plan, modificarlo o dar finalización. Cuando los resultados no son los esperados la enfermera (o), deben de revisar cada una de las etapas del Proceso de Atención Enfermero, detectar fallas y corregirlas.

Para evitar errores es recomendable aplicar una Teoría ó Modelo de enfermería que facilite el trabajo por ser sistemática y continua a demás brinda las bases para una práctica autónoma.

El Proceso de Evaluación consta de dos partes:

- ❖ Recogida de datos sobre el estado de salud, problema, diagnóstico que queremos evaluar.
- ❖ Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evaluación del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

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

- ✓ El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- ✓ El paciente esta en proceso de lograr el resultado esperado.
- ✓ El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a lograr. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados y de las actividades e intervenciones llevadas a cabo.

2. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson define a la enfermería en términos funcionales: “La única función de la enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación” (o a una muerte tranquila), y que el realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimiento necesario y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

- Henderson define salud como: la calidad de la salud más que la vida en sí misma, esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar en una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida.
- Henderson define al entorno como: el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.
- Henderson considera al paciente como un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. Considera al paciente y su familia como unidad.

NECESIDADES: Requisitos, fisiológicos, psicológicos y sociales fundamentales del hombre para mantener su equilibrio interno, y con su entorno.

MASLOW: Considera cinco niveles de necesidades;

- I. Unidos entre ellos según una estructura jerárquica por orden de fuerza y de prioridad (esto es cuando las necesidades inferiores, como las fisiológicas; estas son preponderantes están satisfechas).
- II. Seguridad física y psicológica (aparecen las de amor y pertenencia).
- III. Las de estima (Autoestima y de los demás).
- IV. Reconocimiento de los demás.
- V. Las de autorrealización, Suman de una personalidad bien desarrollada y madura.

Virginia Henderson identifica 14 necesidades básicas en el paciente, que constituyen los componentes de asistencia de enfermería. Dichas necesidades son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada (alimentarse e hidratarse).
3. Eliminar los residuos corporales.
4. Moverse, conservar una buena postura (y mantener una circulación adecuada).
5. Dormir y reposar (conservar un estado de bienestar aceptable).
6. Elegir las prendas de vestir-vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
8. Mantener el cuerpo limpio, aseado y proteger sus tegumentos.
9. Evitar los peligros (y mantener la integridad física y mental).
10. Comunicarse con sus semejantes, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Actuar de acuerdo con sus creencias y valores.
12. preocuparse de su propia realización (y en conservar su propia estima).
13. Recrearse.
14. Aprender.

Cada una de estas necesidades está relacionada con las distintas dimensiones del ser humano. En cada una de ellas puede descubrirse las dimensiones biológica, psicológica, sociológica, cultural y espiritual.

SUPUESTOS PRINCIPALES

Virginia Henderson no cita directamente lo que cree que constituye sus supuestos fundamentales. Los siguientes supuestos han sido adaptados a partir de las publicaciones de Henderson.

Enfermería

Como <<El diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana a problemas de salud reales ó potenciales>> (ANA, 1980).

- La enfermera tiene la función única de ayudar a los individuos sanos o enfermos.
- La enfermera actúa como un miembro de un equipo sanitario.
- La enfermera actúa independientemente del médico, pero apoya su plan si hay algún médico de servicio. Henderson subrayaba que la enfermera (ejemplo; la comadrona), puede actuar independientemente y debe hacerlo así es el profesional sanitario mejor preparado para una determinada situación. La enfermera puede y debe diagnosticar y tratar si la situación lo requiere (Henderson insiste especialmente en este tema en la sexta edición de Principles and Practice Of. Nursing).
- La enfermera está formada en ciencias biológicas y sociales.
- La enfermera puede apreciar las necesidades humanas básicas.
- Los 14 componentes de la asistencia de enfermería abarcan todas las funciones posibles de la enfermera.

Persona (paciente)

- La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.
- La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.
- El paciente requiere ayuda para ser independiente.
- El paciente y su familia forman una unidad.
- Las necesidades del paciente están cubiertas por los 14 componentes de enfermería.

La Salud

- Representa calidad de vida.
- Es necesaria para el funcionamiento humano.
- Requiere independencia e interdependencia.
- La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.
- Los individuos recuperan la salud o la mantendrán si tienen fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.

Entorno

Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno pero la enfermedad puede interferir en esta capacidad.

- La enfermera debe tener información en materia de seguridad.
- Las enfermeras deben proteger a los pacientes de las lesiones mecánicas.
- Las enfermeras deben reducir las posibilidades de lesión a través de recomendaciones para la construcción de edificios, adquisición de equipamiento y mantenimiento.
- Los médicos utilizan las observaciones y recomendaciones de las enfermeras como base para la prescripción de dispositivos protectores.
- Las enfermeras deben conocer los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

AFIRMACIONES TEÓRICAS

La relación enfermera – paciente

Se puede identificar tres niveles en la relación enfermera-paciente que varían desde una relación muy dependiente a otra marcadamente independiente: (1) la enfermera como un sustituto de algo necesario para el paciente; (2) la enfermera como ayuda para el paciente, y (3) la enfermera como compañera del paciente. En caso de enfermedad grave, la enfermera está considerada como “un sustituto de lo que el paciente carece para considerarle <<completo>>, <<integro>> ó “independiente”.

<<La independencia es un término relativo. Ninguno de nosotros es independiente de los demás, aunque luchamos por una interdependencia sana, no por una dependencia enferma>>.

Henderson dice que la enfermera <<debe estar en la piel de cada paciente para saber lo que necesita>>.

La enfermera y el paciente siempre trabajan con un objetivo, sea éste la independencia o una muerte tranquila.

La relación enfermera – médico

Henderson insiste en que la enfermera tiene una función única, distinta de la de los médicos. Subraya que las enfermeras no siguen las órdenes de los médicos, ya que <<cuestiona una filosofía que permita al médico dar órdenes a los pacientes o a los profesionales sanitarios>>.

La enfermera como miembro del equipo sanitario

La enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales sanitarios. Henderson nos recuerda que <<nadie del equipo debe hacer tales exigencias a los demás miembros, que alguno de ellos sea incapaz de realizar su función específica.

Henderson considera que <<la enfermera no debe existir en el vacío. La enfermera debe desarrollarse y aprender a identificar las nuevas necesidades sanitarias de la población a medida que se nos vaya planteando>>.

La enfermera debe <<estar en su piel>>. La enfermera puede ayudar al paciente a ser independiente mediante la valoración, planificación, realización y evaluación de cada uno de los 14 componentes de la asistencia básica de enfermería.

3. ANTECEDENTES DE LA DIABETES MELLITUS

La primera mención histórica de la enfermedad es la del papiro de EBERS (1550 a.c.), aunque el termino “Diabetes” se atribuye a DEMETRIOS DE APAMAIA (siglo II a.c.). La palabra deriva del griego díabeinen que significa algo a si como paso a través). La primera descripción exhaustiva de los síntomas corresponde a ARETAUS DE CAPADUCIA (1830 a.c.) “misteriosa.....rara enfermedad en humanos en la cual las carnes se funden por la orina...los pacientes no paran de beber... su vida es corta y dolorosa...padecen náuseas, inquietud y sed ardiente y no tardan mucho tiempo en espirar”.

GALEANO consideraba la diabetes como una enfermedad renal, idea que perduro hasta hace pocos centenares de años. La medicina árabe dio notablemente importancia a la diabetes: AVICENA (1030-1037) introdujo el conocimiento de algunas complicaciones como la gangrena, ASB AL-LATIE AL-BAGDADI publicó un auténtico tratado de terapéutico, recogiendo entre otras recomendaciones de RHAZES (850-930) en el sentido de la necesidad de ejercicio físico, incluido la actividad de la enfermedad inició el estudio de la química de la orina de los diabéticos.

No obstante, no fue hasta en 1674 en que THOMAS CUILIS (1621-1675) descubrió esta orina “como si estuviera impregnada de miel o azúcar” propiedad que en aquel tiempo solo pudo comprobar mediante su propio paladar. La comprobación química que la orina contenía azúcar se debe a DOBSON (1745-1784) EN 1776; este hallazgo permitió plantear el tratamiento diabético de la enfermedad con carácter científico. La glucosa en sangre fue determinada por primera vez en 1859 por CLAUDE BERNARD (1813-1878), quien con su famosa piqûre diabétique mostró la conexión entre el sistema central y la diabetes. En 1869 LANGERHANS (1847-1888) descubrió los islotes pancreáticos que posteriormente recibieron su nombre.

En 1889 MINKOWSKY (1858-1931) consiguió producir la diabetes experimental mediante la pancreatectomía total. Su experimento mostraba que el páncreas era capaz de producir una sustancia cuya carencia era responsable de la diabetes. La hipotética sustancia, inicialmente denominada isletina, no pudo ser aislada hasta 1921 por FREDERICK BANTING (1891-1941) y CHARLES BEST (1899-19789 en Toronto y utilizada en clínica humana al inicio de 1922.

DEFINICION:

DIABETES MELLITUS: Es una enfermedad crónica degenerativo, hereditaria y metabólica, debido a una producción inadecuada de insulina producida por las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas, a un defecto de la acción o mala utilización de la hormona en los tejidos orgánicos o ambas circunstancias, con lo que resulta un metabolismo inadecuado de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas cuyo principal indicador es la hiperglucemia.

Es un trastorno metabólico crónico que se manifiesta clínicamente por debilidad, sed y apetito exagerado, pérdida de peso y disuria, con cierta frecuencia el enfermo no presenta ninguna manifestación patológica.

Es un síndrome donde se altera el metabolismo de los hidratos de carbono, grasa y proteínas, ya sea por falta de secreción de insulina, por disminución de la sensibilidad tisular a esta hormona.

Es una enfermedad endocrina más frecuente, caracterizada por alteraciones metabólicas y complicaciones a largo plazo que perjudica los ojos, riñones, nervios, vasos sanguíneos presentando también hiperglucemia, escasez de insulina debido a insuficiencia de células Beta de los islotes de Langerhans o a una acción inadecuada a esta hormona en los tejidos periféricos.

4. ETIOLOGÍA

HERENCIA

Es un factor que se presenta en un 30% de los enfermos.

La transmisión es directa o dominante, cuyo caso, padres diabéticos tienen hijos diabético o directo o reseciva en éste caso los padres tienen hijos portadores de la herencia no diabéticos, ellos mismos pero lo transmiten a sus hijos.

FACTORES VIRALES

Aunque se ha relacionado indirectamente o los virus con la diabetes, durante mas de un siglo. Fue hasta 1965 cuando aumentaron significativamente las investigaciones sobre el tema, la composición genética de las células del individuo, probablemente determinan que el virus puede fijarse en la superficie celular entre las células y modifique el metabolismo de ésta. En al menos el 50% de los diabéticos insulino dependientes se han identificado anticuerpos contra las células de los Islotes de Langerhasns. Hoy se considera que la diabetes guarda relación con causas ambientales (virus) que quizá provoque la destrucción auto inmunitaria de las células Betas pancreáticas del huésped.

OBESIDAD

La obesidad se encuentra precediendo a la diabetes mellitus hasta en un 90% de los enfermos pueden actuar como causa determinante o bien ser consecuencia del mismo trastorno metabólico aún cuando en un 10% de los casos se instale el individuo con peso inferior al normal.

EDAD Y SEXO

En niños, la diabetes mellitus es rara pero puede presentarse entre los 11 y 30 años, es de observación poco común, siendo entre los 40 y 60 años cuando alcanza su mayor frecuencia, es similar para los dos sexos, después es más común en el sexo femenino.

ALIMENTACION

Se ha comprobado que la alimentación pobre en hidratos de carbono y ricos en grasas, condiciona curvas de tipo diabético, en las pruebas de tolerancia se ha comprobado que la enfermedad prevalece, en países donde las grasas abundan en la alimentación y en aquellos donde predomina los hidratos de carbono.

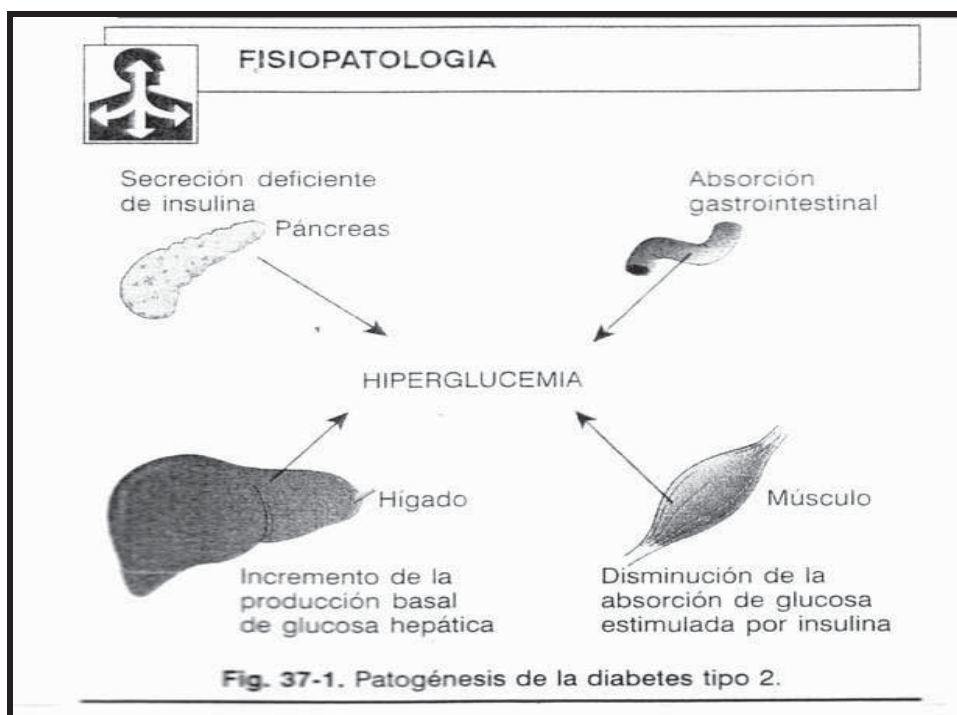
LESIONES PANCREÁTICAS DIRECTAS

Sólo en íntima proporción de pacientes la diabetes se debe a lesiones directas del páncreas, que destruye el tejido formador de insulina entre ellos pueden citarse, las infecciones de vías biliares, pancreatitis aguda y crónica.

ESTRÉS

La experiencia acumulada ha sugerido que el intenso estrés puede hacer que se manifieste un estado diabético, pero si existe predisposición, entre los factores desencadenantes se ha incluido una dieta rica en calorías, la obesidad, el embarazo, infección, la tirotoxicosis y enfermedades pancreáticas.

5. FISIOPATOLOGÍA



La insulina es sintetizada inicialmente en las células Betas del páncreas en la forma de pronsudina que es un gran polipéptido monocatenario que es desdoblado y del cual se separa un filamento conector (péptido C) y así surge una molécula insulínica menor, de doble cadena. La insulina y los restos péptido C son empacados en gránulos de almacenamiento con membrana; la estimulación de secreción de insulina hace que secrete cantidades equimolares de la hormona y el péptido C y una cantidad de insulina no convertida en la circulación porta dado que a diferencia de la insulina, el péptido C no pasa por el metabolismo del hígado, su concentración constituye un marcador mas exacto en la secreción de insulina endógena.

La concentración de glucosa constituye un regulador fundamental de la secreción de la insulina para que la glucosa se active la secreción de la hormona debe ser transportada en primer lugar por una proteína, al interior de las células Betas, fosforilada por la glucosinaza y metabolizada.

Normalmente cuando la glucemia aumenta incluso muy poco con el valor de 75 a 100 MG. /100 ML. Propio del ayuno las células Betas secretan insulina inicialmente desde la que está almacenada y perforada y mas tarde a partir de la insulina nueva.

La insulina una vez secretada en la sangre porta llega al hígado como su primer órgano” predeterminado” ó “Blanco” ésta glándula extrae eficazmente cerca del 50% de insulina y la degrada. La consecuencia de tal captación o extracción es que en la vena porta la cifra de insulina es por lo menor, dos o cuatro veces mayor que en la circulación periférica. Cuando disminuye inmediatamente la secreción de la hormona.

5.1 CLASIFICACIÓN

1. TIPO I Ó DIABETES INSULINODEPENDIENTES
2. TIPO II Ó DIABETES NO INSULINODEPENDIENTES
3. DIABETES RELACIONADA CON OTROS PADECIMIENTOS Ó SÍNDROMES
4. DISMINUCIÓN DE LA TOLERANCIA A LA GLUCOSA
5. DIABETES GESTACIONAL

5.2 DIABETES MELLITUS TIPO I

Las personas con éste trastorno tienen la capacidad nula o mínima de secreción de insulina y depende de la insulina exógeno para evitar las descompensaciones metabólicas (como la cetoacidosis) y la muerte, es frecuente que el trastorno surja en forma repentina, en cuestión de días o semanas en niños o adultos jóvenes que no eran obesos y que están sanos en tanto que en grupo de persona mayores pueden tener comienzo más gradual los síntomas intensos (como poliuria, polidipsia, polifagia y perdidas de peso) y a veces muestra acetoacidosis.

5.2.1 DIABETES MELLITUS TIPO II

Comprende un 85 a 90% de la población de diabéticos, asume formas heterogéneas, los pacientes tienen moderada capacidad de secreción de insulina endógena pero la concentración de la hormona es baja en relación con la magnitud de la resistencia a la insulina y las cifras de glicemia. No depende de la insulina para la supervivencia inmediata y ciertos casos muestran cetosis, excepto en situaciones de gran estrés físico, sin embargo puede necesitar insulina para controlar la hiperglucemia aparece después de los 40 años, muestra una gran frecuencia de penetrancia genética sin relación con los genes HLA y conlleva obesidad los síntomas clásicos de la diabetes puede ser leves o moderados por largo tiempo antes que el individuo acuda al médico para ser atendido. Aun más si la hiperglucemia es asintomática.

5.2.2 DIABETES SECUNDARIA

Síndrome diabético, diversos se atribuyen a veces a una enfermedad, fármacos o cuadros específicos; incluyen: 1) Trastorno del páncreas, 2) Enfermedades endocrinas, 3) Fármacos, 4) Síndromes genéticos, 5) Anormalidades de receptores de insulina, 6) Mal nutrición.

Las enfermedades graves (Como quemaduras, traumatismo ó sepsis). Puede ocasionar hiperglucemia por la hipersecreción de la hormona que antagoniza la insulina en ocasiones ello pudiera reflejar diabetes oculta. Muestran manifestaciones comunes de los tipos I y II de diabetes por lo común no son obesos y muestran menor secreción de insulina que no basta para que tenga predisposición a la cetosis. Muchos mejoran inicialmente con hipoglucemiantes de administración oral pero que con el tiempo necesitan de insulina.

5.2.3 INTOLERANCIA A LA GLUCOSA

Clasificación

Al aborde de la diabetes:

- ✓ Diabetes lactante.
- ✓ Diabetes química.
- ✓ Diabetes subclínica.
- ✓ Diabetes asintomática.

Criterios para el diagnostico de diabetes mellitus.

1. Síntomas de diabetes más concentración causal de glucosa plasmática mayor o igual a 200 mg/100 ml (11.1 mmol/L). Causal se define como en cualquier momento del día sin importar el tiempo transcurrido desde el ultimo alimento. Los síntomas clásicos de diabetes incluyen poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso.

2. Glucosa plasmática en ayuno mayor o igual a 126 mg/100 ml (7.0 mmol/L). Ayuno se define como ningún consumo de calorías por cuando menos 8 horas.
3. Glucemia a las 2 horas después de administrar una carga de glucosa mayor o igual a 200 mg/100 ml (11.1 mmol/L) en la prueba de tolerancia a la glucosa oral. La prueba debe realizarse según lo describe la Organización Mundial de la Salud, utilizando una carga de glucosa que contenga el equivalente a 75 g de glucosa anhidrúica disuelta en agua.

La perturbación de la tolerancia a la glucosa no produce los síntomas ni las complicaciones graves de la diabetes. Sin embargo, cerca del 25% de los pacientes terminan por mostrar la típica diabetes de tipo I.

5.2.4 DIABETES GESTACIONAL

Ésta categoría se refiere a la detección de valores altos de glucosa, se hace por primera vez durante el embarazo; se descarta la diabetes ya identificada antes de la concepción, la diabetes gestacional se advierte en 2% de los embarazos, y por lo común se manifiesta en el segundo y tercer trimestre del embarazo, el tiempo que alcanza su máxima acción de hormonas antagonistas de insulina, propias del embarazo, cinco a diez años después 30 - 40% de las parturientas desencadenan el tipo I; la diabetes gestacional causa solo hiperglucemia leve o asintomático, y se necesita un tratamiento riguroso a menudo con insulina para proteger a la madre y el feto de complicaciones y muerte.

5.2.5 PREVALENCIA – EPIDEMIOLOGIA

La prevalencia de la diabetes tipo I son relativamente exactas, que los pacientes siempre muestren síntomas, se ha calculado una prevalencia de 0.30 en Estados Unidos. La diabetes tipo I es mas prevalente en Finlandia y otros países de Península Escandinava, Escocia y Cederna; menos prevalente en Europa Meridional y en Medio Oriente y rara en países asiáticos como Japón. Las cifras de prevalencia son totalmente diferentes en diversos grupos étnicos que viven en el mismo entorno geográfico. Los niños de raza blanca que viven en el Condado Allegheny, de Pensilvania, ó en el estado de Colorado, tienen una posibilidad de 50 al 70% mayor de presentar diabetes de tipo I que sujetos no blancos de las mismas regiones dichas observaciones quizás expliquen que por diferencias genéticas en la susceptibilidad.

Su mayor incidencia en los meses de invierno y su relación con epidemias virales específicas que pueden explicarse por la superposición de la resistencia a la insulina propia de la enfermedad en un paciente con función de células Beta pancreáticas a penas es suficiente su aparición frecuente en la pubertad también puede atribuirse a la aparición de resistencia a la insulina.

La incidencia específica de edad aumenta progresivamente de la lactancia a la pubertad, para disminuir después, pero las cifras de incidencia persisten en un nivel bajo durante muchos años, se sabe que un 25 – 30 de los pacientes terminan por mostrar la enfermedad después de los 20 años.

La diabetes tipo II es más frecuente y afecta en edad más temprana a los Estadounidenses nativos descendientes de mexicanos.

Las cifras de diabetes tipo II varían también a nivel mundial y muestran propensión a afectar a indios, asiáticos habitantes de Polinesia y Micro nesia, aborígenes Australianos cuando emigran a países Occidentalizados, en forma semejante la diabetes tipo II a aumentado extraordinariamente en personas de ascendencia Japonesa que emigran a los Estados Unidos, los cambios en cuestión se han atribuido a la incapacidad de adaptación metabólica a los patrones conductuales de Occidentalización como su menor actividad y una mayor indigesta de calorías.

5.2.6 CUADRO CLINICO

La sintomatología de la diabetes mellitus clínicamente varía de un paciente a otro. La mayoría de las veces, los síntomas se deben a la hiperglucemia (poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida peso), pero el primer acontecimiento puede ser una descompensación metabólica seguida de un coma diabético.

Los trastornos metabólicos de la diabetes se deben al déficit absoluto o relativo de la insulina y a un exceso absoluto o relativo del glucágon. Se eleva el cociente molar entre el glucágon e insulina, normalmente produce una descompensación metabólica.

5.2.7 DIAGNOSTICO

El diagnostico de la enfermedad lo establece el laboratorio: La glicemia normal oscila entre 80 - 110Mg. De azúcar en la sangre; entre 120 - 140 se califica de ligera; moderada entre 150 – 180 y grave 190Mg. Y más con mayor frecuencia se utiliza la curva de tolerancia a la glucosa.

Se dispone en la actualidad de procedimientos sencillos para identificar la presencia de azúcar en la sangre se trata de tiras reactivas sensibles (dextrostix) que al contacto con una gota toma diferente color de acuerdo a la cantidad de glucosa existente en la sangre sirve como un procedimiento inicial y rápido de detección, así como también para control de la evaluación del padecimiento.

La hipoglucemia insipiente, ayuda a comprobar la hipoglucemia si aparecen síntomas sospechosos de la misma.

Es preferible utilizar un instrumento de lectura que proporcione cifras. Esto es así, por que muchos pacientes tienen dificultades para extrapolar exactamente los cambios de color y por que se suprime el sesgo de subjetividad inherente a los deseos del paciente. Análisis de glucosa en orina para vigilar la diabetes, pero la medida de los cuerpos cetónicos en la orina sigue siendo importante.

5.2.8 TRATAMIENTO

El tratamiento de la diabetes es solamente un control de padecimientos, es decir, propiamente no hay curación; sin embargo las indicaciones higiénicas, dietéticas y medicamentosa cuando son bien practicadas, evitan o retardan la aparición de complicaciones.

Se emplea la insulina y los hipoglucemiantes orales; sulfonilureas y Biguanidas.

La insulina interviene principalmente en el metabolismo de los carbohidratos, así como en grasas y proteínas su carencia modifica favorablemente dicho metabolismo originándose glucemia muy alta. De hecho el diabético actúa como si careciera de insulina, ó como si resultara insuficiente a la que dispone.

Para un tratamiento, la insulina se presenta como insulina de acción rápida, intermedia o retardada. Será el médico quien decida el producto apropiado a utilizar según el tipo de diabetes de que se trate. La sulfonilureas más empleadas son:

AGENTE	DOSIS (Mg./día)	DOSIS DIARIA	DURACIÓN DEL EFECTO	METABOLISMO	EXCRECIÓN
<i>Clorpropamida</i>		100 -500	1	60 ml	Riñón
<i>Tozo lamida</i>		100 -1000	1-2	12-14	Hígado
<i>Tolbutamida</i>		500 -3000	2-3	6-12	Hígado
<i>Gliburida</i>		1.25-20	1-2	Hasta 24	Hígado - Riñón
<i>Glipecida</i>		2.5-40	1-2	Hasta 24	Hígado - Riñón

La mayoría de los pacientes que se tratan con dos inyecciones diarias de insulina también se trata con insulina intermedia y regular por ejemplo; 25U. De NPH, más 10U. De insulina regular antes del desayuno, 10U. De NPH más 5U. De insulina regular antes de la cena.

El tratamiento debe iniciarse con solución salina Isotónica de la que se administra de dos a tres litros en las primeras 2 horas. Cuando la glucemia se aproxima a lo normal se puede dar solución dextrosa al 5 % como vinculo de agua libre. Aunque el coma hiperosmolar se puede corregir administrando líquidos solamente, debe darse insulina para reducir la hiperglucemia más rápidamente.

El tratamiento debe iniciarse ingiriendo alimentos en pequeñas dosis en el transcurso de todo el día para no sobrepasar la capacidad de metabolizar la insulina, llevando una dieta adecuada y realizando ejercicio.

5.2.9 COMPLICACIONES METABÓLICAS AGUDAS:

CETOACIDOSIS DIABÉTICA: Desajuste metabólico en la diabetes tipo I ocasionada por una deficiencia de insulina. Se forman cuerpos cetónicos muy aciditos, lo que resulta en acidosis; por lo general requiere hospitalización para su tratamiento y suele ser causada por falta de cumplimiento con el régimen de insulina, enfermedad concurrente o infección.

Cuerpos cetónicos: Compuestos con PH ácido sintetizados por el hígado como resultado de la degradación de ácidos grasos libres cuando no hay insulina, lo que resulta en cetoacidosis diabética.

5.2.10 COMAHIPERGLUCEMICO HIPEROSMOLAR NO CETÓNICO: Trastorno metabólico de la diabetes tipo II ocasionado por deficiencia relativa de insulina iniciada por una enfermedad intercurrente que eleva la demanda de insulina; se asocia con poliuria y deshidratación grave.

5.2.11 COMPLICACIONES TARDÍA DE LA DIABÉTÉS:

ATEROESCLEROSIS: Se ignora la causa de ésta evolución acelerada al parecer, las -lesiones ateroscleróticas se inicia por acción de las lipoproteínas de baja densidad posiblemente por que hay menor transporte de salida del colesterol de las arterias, por la disminución de la capacidad antioxidante de la enzima paraoxanasa asociada a los islotes de Langerhans acelera la formación células esponjosas (Placas) los niveles de lipoproteínas están elevados en la diabetes mellitus insulino dependientes (DMID) pero no en la diabetes no insulino dependientes (DMNID).

Produce síntomas en diversos sitios las lesiones periféricas pueden causar claudicación intermitente, gangrena en los varones, importancia orgánica de origen vascular. La reparación quirúrgica de las lesiones de los grandes vasos puede fracasar debido a que la enfermedad puede haberse extendido simultáneamente a los pequeños vasos.

HIPERTENSIÓN: Es un factor de riesgo considerable en muchos pacientes diabéticos el tratamiento debe ser intensivo, para aminorar el peligro de enfermedad macro vascular y micro vascular.

El objetivo del control tensional incluye cifras menores de 130/85 mm.Hg. Además de la restricción de sodio otras intervenciones nutricionales muy benéficas comprenden disminución de peso y una menor ingesta de bebidas alcohólicas.

RETINOPATÍAS: Complicación a largo plazo de la diabetes en que el sistema micro vascular del ojo queda dañado. Puede ser preproliferativa, no proliferativa o proliferativa. Es la primera causa de muerte en Estados Unidos por otro lado la mayoría de los diabéticos no se quedan ciegos. Esto va seguido de la oclusión de los capilares retinianos y la formación ulterior de aneurismas seculares y fusiformes. Las lesiones vasculares se acompañan de la ploriferación de de las células de revestimiento endotelial y de la separación pericitos que rodean y sustentan los vasos. Los síntomas moderados y avanzados dependen de la glucogenia e incluye cefaleas, confusión y falta de coordinación, visión borrosa, IRAS, convulsiones y coma.

NEFROPATÍA DIABETICA: complicación a largo plazo de la diabetes en que las células renales están dañadas; se caracteriza por micro albuminuria en fases tempranas que progresa a enfermedad renal en etapa Terminal en fases tardías, lo que requiere tratamiento con diálisis o trasplante de riñón.

Puede permanecer silenciosa funcionalmente durante mucho tiempo (de 10-15 años) al principio suele haber unos riñones grandes hiperfunción antes o sea con un filtrado glomerular que puede ser un 40% mayor de lo normal.

El estudio se caracteriza por micro albuminuria con excreción de albúmina de 30-300Mgrs. /día.

Una vez la fase de microproteinuria, la función renal disminuye en un modo constante produciendo un promedio de descenso mensual de la filtración glomerular de un mililitro/minuto.

NEUROPATÍA DIABÉTICA: Complicación a largo plazo de la diabetes que resulta en daño a las células nerviosas; puede ser déficit motor o sensorial “periféricos” o “autónomos” en que se ve afectada la función de los órganos internos. Y se refiere a las alteraciones en la estructura y las funciones del sistema nervioso producidas por el exceso de azúcar en sangre y otras alteraciones que acompañan a la diabetes. Dentro de las funciones de los nervios se encuentran: La sensibilidad al dolor, la temperatura, la vibración, el tacto fino permite reconocer los objetos pequeños.

Cuando los nervios se enferman, se alteran todas ó algunas de éstas funciones produciendo dolor, pérdida de la sensibilidad, alteraciones en las funciones autónomas y debilidad muscular.

El síntoma más importante es el dolor, seguida de calambres, hormigueos y la debilidad. La importancia sexual también es un síntoma importante en los varones. Cuando de afecta las funciones autónomas puede tener alteraciones en el ritmo cardiaco, la presión arterial puede bajar bruscamente, que conlleva a la retención de orina por que no siente ganas de orinar, hay estreñimiento o diarrea, también ya se mencionó la importancia en los hombres y en las mujeres que hay disminución de la lubricación vaginal, se altera la sudoración de manos y pies volviéndose muy reseca apareciendo grietas.

El diagnóstico se realiza por medio de pruebas de consultorio: que es revisión de la sensibilidad (sentir un piquete, sentir un algodón, distinguir agua caliente y fría) de los reflejos y de la fuerza muscular; y pruebas de gabinete: como electrocardiografía, electro miografía, estudio del vaciamiento del estómago y cistometría.

El tratamiento y control de la diabetes es diferente en cada paciente. El médico elige el esquema más apropiado que generalmente incluye: Un programa de ejercicios, una dieta equilibrada y personalizada en ocasiones acompañada de complementos vitamínicos y el ó los medicamentos que sean más apropiados para cada caso individual.

ÚLCERA DE LOS PIES EN EL DIABÉTICO: Un problema especial de los diabéticos es la formación de úlceras en los pies y los miembros inferiores, al parecer se debe a una distribución anormal de la presión consecutiva a la neuropatía diabética, el problema se complica cuando existen deformidades óseas en los pies. La primera alteración es la formación de cayos, son frecuentes a los cortes de los pinchazos producidos por cuerpos extraños tales como agujas, clavos o cristales que se pueden encontrar un objeto extraño alojado en los tejidos blandos sin que el paciente se haya percatado de ello por eso todos los pacientes con úlcera se debe hacer una radiografía de los pies.

La enfermedad vascular periférica con reducción de riesgo sanguíneo favorece el desarrollo de las úlceras siendo frecuentes las infecciones habitualmente con muchos microorganismos , aunque no hay un tratamiento específicos para las úlceras diabéticas, el tratamiento de sostén basado de minimizar la presión ejercida por el peso del cuerpo permite con frecuencia salvar la extremidad.

Un método sencillo es colocar al paciente en la cama y aplicar hidroterapia y desbridamiento para eliminar los tejidos no viable, otras recomendaciones inmovilizar con un lecho de escayola distribuir el peso y proteger la lesión si existen signos de sepsis prescribirse ampicilina más gentamicina.

El personal de enfermería deberán conocer los cuidados que han de aplicar a los pacientes para evitar las úlceras; es importante mantener constantemente los pies limpios y secos, es esencial llevar un calzado cómodo que no oprime ni roce el pie del paciente; debe examinar sus pies y buscar meticulosamente los callos, infecciones, rozaduras o vejigas, para consultar al médico ante cualquier lesión problemática. El factor de transformación del crecimiento beta favorece la curación de las úlceras de cubito y posiblemente sirve para las úlceras del diabético.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

1. Alertar al paciente a ingerir comidas y bocadillos regularmente dentro del número de calorías prescritas.
2. Informar sobre la importancia de un programa diario de ejercicio para disminuir los niveles de glucosa en sangre y para bajar los niveles de colesterol y triglicéridos.
3. Recomendar al paciente que se aplique insulina ó hipoglucemiantes ingeribles a la dosis y hora prescrita y usando el método apropiado.
4. Alertar el tratamiento temprano de la hipoglucemia o la cetoacidosis.
5. Informar al usuario que debe asistir a consulta con el médico si presentara signos de alergia local a la insulina, lipodistrofia, edema por insulina o rebeldía a la insulina.
6. Alertar al usuario a vigilar los niveles altos de glucosa en sangre y de cetonas en orina si ocurren síntomas de hipoglucemia ó hiperglucemias.
7. Solicitar de inmediato la atención del médico si es incapaz de comer, hay vómito ó diarrea.
8. Asistir al médico con seguridad.
9. Recomendar que debe descansar y dormir adecuadamente.
10. Realizar ejercicio una hora y media después de las comidas
11. Tener disponible cierta forma de carbohidratos (azúcar, caramelo, jugo de naranja) durante los periodos del ejercicio.
12. Tomar 3 ó más alimentos medidos cada día.
13. Familiarizarse con la lista de intercambio de alimentos.
14. Conocer el valor calórico de los alimentos que se ingieren con frecuencia.
15. Evitar carbohidratos concentrados.
16. Impedir los periodos los periodos de ayuno y grandes comidas.
17. Conservar su peso a un nivel óptimo, normalizarlo pesándose cada semana y llevando un registro del mismo.

18. Hacer determinación de glucemia.
19. Realizar una prueba en la sangre antes de cada comida y al acostarse en tanto se logra regular la diabetes o durante enfermedades.
20. Estudiar la orina cuando los niveles de azúcar en sangre sean altos.
21. Conservar un registro diario de las pruebas de azúcar en sangre (fecha, hora, cantidad).
22. Usar brazalete o collar de identificación que diga soy diabético. Llevar en la cartera información más detallada sobre la insulina.
23. Inspeccionar cuidadosamente y en forma sistemática los pies en busca de callosidades, vesículas, abrasiones, enrojecimiento y anomalías de las uñas.
24. Bañar los pies diarios con agua tibia (Nunca caliente). No remojarlos en periodos prolongados y secarlos cuidadosamente y en especial entre los dedos.
25. Dar masaje en los pies con un agente absorbible (aceite vegetal, lanolina, crema nívea). Excepto entre los dedos.
26. Utilizar zapatos y calcetines que no opriman y que ajusten bien, suaves y flexibles y tacón bajo.
27. Visitar al pedicurista con regularidad si hay callosidades, uñas enterradas, cortarse las uñas de los dedos rectas para evitar que se entierren.
28. Observar el interior del calzado en busca de objetos extraños si ocurre alguna lesión en el pie lavar la zona con jabón suave y agua.
29. Cubrirla con a posito estéril, seco y no con tela adhesiva.
30. Utilizar calcetines blancos de algodón, el colorante y la lana pueden irritar más la piel.

V. CASO CLÍNICO

R. T. R Paciente femenina de 50 años de edad, casada, su esposo radica en los Estados Unidos, tiene 8 hijos de los cuales dos están casados. Refiere que estudio hasta segundo de primaria y que es originaria de Huetamo Mich. En donde actualmente radica. Vive con dos de sus hijos solteros uno de 38 y otro de 28 años, los cuales se dedican a trabajar en construcción, su oficio y dedicación es al hogar. Habita en casa tipo rural (tabique con techo de lámina), cuenta con todos los servicios intradomiciliarios (agua potable, luz eléctrica, drenaje), refiere que cuando carece de agua se compra un pipa de agua. Su aseo personal baño diario, cepillado de dientes cada tercer día, su dentadura es incompleta por lo que no puede masticar bien los alimentos, uñas largas y sucias, no ingiere bebidas alcohólicas, ni a fumado desde su infancia. Su alimentación es deficiente en cuanto a calidad y cantidad, por la razón de que no le da hambre.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.

La paciente refiere haber tenido madre finada con diabetes mellitus tipo II y padre haber fallecido por causa de embolia. La usuaria inicia su padecimiento hace 8 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II mas HAS desde ese tiempo ella ha estado en control en el hospital IMSS de Huetamo Mich. El 27 de marzo del año 2005, la usuaria asistió al Hospital (Instituto Mexicano del Seguro Social), de Huetamo Mich. Por el motivo de presentar un brote de un granito en el dedo índice del miembro pélvico izquierdo, presentando un dolor intenso y edema, con imposibilidad para desplazarse de un lugar a otro, y puesto que en el Hospital no se contaba con los aparatos necesarios, fue trasladada al Hospital General Dr. Miguel Silva de esta Ciudad Capital, después de haberle realizado estudios, (radiografías) que muestran que hay una infección ya avanzada con Dx. Necrosis en dedo del miembro pélvico y teniendo como única solución amputarle su dedo, se realiza intervención quirúrgica y al pasar a recuperación y ver mejoría se dio de alta.

Posteriormente regresa al servicio de urgencias por presentar una infección en el sitio de amputación de región plantar, Donde se hospitaliza nuevamente y se le realizan nuevos estudios (radiografías) cuyos resultados muestran que la infección por necrosis a avanzado hasta los otros 4 dedos, posteriormente se realiza amputación hasta los otros cuatro dedos del miembro pélvico izquierdo, pasa a recuperación. Permaneció hospitalizada 3 meses al tener mejoría se dio de alta.

PADECIMIENTO ACTUAL

Paciente femenina con Diabetes Mellitus tipo II descompensada con amputación de miembro pélvico izquierdo (el cual trae vendado, sin secreción, y con poco edema). La paciente se encuentra conciente, intranquila, por presentar dolor en la región de amputación, pálida, piel seca con lechos un guales de lento retorno venoso, hipertérmico con signos vitales: T/A de 120/80, F/C 75, pulso 80x`, respiraciones 18x`, con una temperatura de 38°C, presentando también una glucosa de 250 mg/dl, con cefalea, anorexia, astenia y adinamia. La paciente es tratada con antibióticos, curaciones diarias y movilización del su pío derecho.

La paciente presenta dificultad para deambular ya que necesita de silla de ruedas y ayuda de sus hijos para desplazarse de un lugar a otro.

Hay una buena comunicación con todos sus hijos, lo que le preocupa por el momento es su estado de salud y por que ha disminuido su peso.

VI. APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

MODELO DE VIRGINIA HENDERSON: VOLORACIÓN POR NECESIDADES

DATOS GENERALES

NOMBRE: RTR.

EDAD: 50 AÑOS

SEXO: FEMENINO

FAMILIAR O PERSONA PARA CONTACTAR: (HIJA)

T/A: 120/80

F/C: 75

T°C: 38°C

F/R: 18 X'

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

Su respiración es de calidad normal sin ruidos a la auscultación, no presenta presencia de tos, secreciones y dolor al respirar; tiene una **T/A: 120/80, F/C: 75, T°C: 38 °C, F/R: 18 X'**.

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

PESO: 43 TALLA: 147cm.

Su alimentación es deficiente en cantidad y calidad ya que acostumbra a comer sus tres comidas al día, pero refiere a veces no le da hambre, ella acostumbra a consumir, carne dos veces a la semana, verduras, frutas de vez en cuando, legumbres (arroz, frijoles etc.). Menciona no consumir la carne de puerco y el chorizo por indicación médica, Además que son perjudicables para su salud. Refiere consumir agua 2litros diarios. Presenta problemas para masticar debido a que no tienen una dentadura completa. También presenta una glucosa de 250 mg/dl.

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

Su frecuencia intestinal es de dos veces por día y su patrón urinario es de tres veces por día, la orina es de color amarillo claro, y su fecha de ultima regla fue a los 49 años de edad sin presencia de secreciones vaginales.

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Su expresión facial es alerta, presenta dificultad para deambular ya que necesita de sillas de ruedas (muletas), por amputación de región plantar izquierda presenta dolor en sitio de amputación de región plantar izquierda por la que no le permite desplazarse de un lugar a otro y lo tiene que hacer con sillas de ruedas, lo que hace una o tres veces al día para descansar y distraerse.

5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

Duerme 6 horas por la noche con descansos durante el día, su sueño nocturno es interrumpido por ruidos externos, la sensación de dormir es después de cansancio, no necesita de fármacos para volver a dormir.

6. NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE.

No puede seleccionar su prenda de vestir puesto que se encuentra internada y tiene que seguir las normas del hospital, usando solamente un camisón.

7. NECESIDAD DE TERMOREGULACIÓN.

Se adapta muy bien a los cambios bruscos de temperatura, presenta hipertermia de 38°C. En cuanto a su higiene personal es muy buena ya que acostumbra a bañarse todos los días.

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

Su higiene bucal es deficiente, con dentadura incompleta, con un poco de caries, presentando halitosis, suele realizarse el cepillado cada tercer día, uñas largas sucias y Presenta amputación de miembro inferior izquierdo (falanges), por complicación de su enfermedad (diabetes mellitus II).

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

La usuaria esta orientada sobre la precaución de riesgos que pueda tener y por lo que se deben evitar. Se auto describe triste, aburrida y a veces molesta por la razón de la toma de su destroxix (por tanto piquete). Sin alergias por el momento a medicamentos, se encuentra controlada de su hipertensión arterial con propalolol 1 tableta cada 8 horas.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD.

Hay una buena relación con su entorno familiar. Es acompañada siempre por alguno de sus hijos en el hospital, también recibe visitas de amigas y vecinos. Refiere la paciente sentirse triste y preocupada por su estado de salud. Ella es muy valiente por que afronta todo con mucha serenidad y es muy cooperativa a aunque a veces se molestaba que la picaban para obtener la prueba de la glucosa, a ella se le informa sobre su evolución y mejoramiento que va teniendo y de los problemas que se van presentando o que se pueden presentar.

La usuaria menciona haber tenido 8 embarazos, refiere no haber utilizado ningún método anticonceptivo y que su relación con su esposo le es satisfactoria además de que siguen teniendo intimidad.

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES.

Nos comenta ser de religión católica y que asiste a misa cada 8 días pero que por el momento lo ha dejado debido a que se encuentra hospitalizada.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

El oficio de la usuaria es ser ama de casa, menciona estar muy satisfecha el tener a su familia y tener el apoyo de todos sus hijos y que ellos estén pendientes de ella. El estar hospitalizada ha dejado de realizar algunas actividades.

13. NECESIDAD DE JUGAR/PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Muestra interés por las actividades recreativas, pero aunque hay algunas que no puede realizar debido a su estado de enfermedad que no se lo permite.

A veces se observa aburrida, cansada, enfadada de permanecer hospitalizada.

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

No sabe muy bien leer y escribir ya que estudio hasta segundo de primaria, manifiesta le gustaría aprender, además que le gustaría preguntar de lo que desconoce, ella conoce su patología y las complicaciones que puede contraer si no tiene una higiene personal adecuada.

VII. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA Y PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

1. Alteración de la nutrición por defecto relacionada con una menor ingesta calórica en calidad y cantidad manifestado por pérdida de peso y a que no le da hambre.

Objetivo:

- Recuperara su peso ideal para su edad, sexo, talla a través de una dieta de 1800 Kcal. diarias. durante 4 meses.

Intervenciones de enfermería:

- Explicar la necesidad de un consumo adecuado de hidratos de carbono, grasas, vitaminas, minerales y líquidos.
- Establecer una diete diaria que cubra las necesidades calóricos y nutrientes de la usuaria y que respete al máximo sus preferencias alimentarias que estén de acuerdo a sus posibilidades económicas.
- Orientar a la paciente y familia que es importante que realice ejercicio físico en su tiempo libre, eso le ayudara a que le de hambre.
- Estar valorando su peso y talla cada 15 días.
- Estimular a que la usuaria lleve una dieta equilibrada de 1800 kilocalorías.
- Recomendar ingesta ligeras, de poca cantidad, frecuentes (6 al día) y con variación de alimentos.
- Ante la falta de apetito, disminuir líquidos en la comidas y evitarlos una hora antes y después de comer.
- Animar y ayudar a la usuaria a mantener una buena higiene bucal.

Evaluación:

Se llevaron acabo las intervenciones de enfermería formuladas, en donde se lograron nuestros objetivos totalmente, gracias a la iniciativa y cooperación de la usuaria.

Obteniendo su peso ideal de: 45 kilogramos.

DIETA PARA EL DIABÉTICO

PLAN DE MUESTRA DE COMIDAS CON INTERCAMBIO DE ALIMENTOS PARA UNA DIETA DE 1,800 CALORÍAS Conversión de intercambios en comidas y refrigerios		
Comidas	Alimentos alternativos	Raciones
Desayuno	Zumo de naranja con zanahoria Tostada de trigo entero Leche/desnatada Margarina café ó té sustituto del azúcar	1 Un vaso Dos rebanadas ½ taza 1Cucharada 1Una cucharada de té
Comida	Hamburguesa Panecillo de hamburguesa Sorbete Tomate Lechuga Pera cocida Bebida dietética sin azúcar	3 onzas (90g) 1 regular ¼ de taza 1 grande A voluntad 1 pequeña
Cena	Pechuga de pollo (sin piel) Patata asada Avena de trigo Zanahorias Lechuga Aliño de ensalada, bajo en calorías. Margarina Uvas Leche/desnatada Café ó té sustituto del azúcar	4 Onzas (135g) con hueso 6 Onzas (180g) ¼ de taza ½ taza Porción Dos cucharadas de té 1 cucharada de té 15 granos 1 taza
Refrigerio nocturno	Leche/desnatada Galletas de trigo entero	½ taza 3 piezas de 2 ½ pulgadas (6.25cm).

2. Elevación de la glucosa en sangre relacionada a la falta de secreción de insulina manifestada por cefalea, astenia, adinamia, náuseas, poliuria, polidipsia y nivel de glucosa de 250 mg/dl.

Objetivo:

Lograr que la paciente disminuya los niveles de glucosa en sangre para que no altere su organismo.

Intervenciones de enfermería:

- Realizar un dextrostix cada 8 horas y en base al nivel de glucosa administrarle insulina (Humalin), de acuerdo al esquema indicado por el médico y rotar el área de aplicación de insulina.

180-230 =6U
240-300 =8U +630=12U
310-360 =10U

- Llevar un control anotando fecha, hora y cantidad.
- Monitoreo de signos vitales por turno.
- Educación sobre los alimentos que debe y puede consumir y los contraindicados.
- Enseñar a elaborar un patrón de dietas de acuerdo a sus necesidades de 1800 kcal.
- Enseñar a realizar ejercicio de acuerdo a su capacidad.
- Llevar un control de líquidos (ingresos, egresos).
- Tratamiento prescrito por el medico (interdependiente).

Evaluación:

Al principio no había cooperación por parte de la usuaria, para la toma de su dextrostix, pero después fue poniendo toda su cooperación para su pronta recuperación. Por la que se logro el objetivo planteado.

3. Trastorno de la imagen corporal relacionado a pérdida de parte del cuerpo (miembro pélvico izquierdo falanges), manifestado por tristeza, preocupación por el cambio ó pérdida y depresión.

Objetivo:

La usuaria expresará y demostrará una aceptación de su aspecto (acicalamiento, vestido, postura, patrones de alimentación presentación del yo).

Intervenciones de enfermería:

- ✓ Establecer una relación de confianza enfermera – usuaria.
- ✓ Animar a la usuaria a expresar sus sentimientos, especialmente, sobre la forma en que se siente, piensa ó se ve a si mismo.
- ✓ Reconocer los sentimientos de habilidades, culpa, temor y dependencia de la usuaria y enseñar estrategias para afrontar las emociones.
- ✓ Animar a la usuaria para que haga preguntas sobre su problema de salud, tratamiento, progreso y pronóstico.
- ✓ Proporcionar información fiable y reforzar la información ya dada.
- ✓ Aclarar cualquier duda a la usuaria que tenga por si misma y sus cuidados.
- ✓ Promover las visitas de amigas y personas allegadas.
- ✓ Proporcionar intimidad y un ambiente seguro.

Evaluación:

La usuaria al principio se mostraba enojada cuando se le cuestionaba sobre su estado de salud, pero poco a poco fuimos teniendo comunicación continua hasta llegar a tener confianza, manifestando sus sentimientos y fue aceptándose por si misma, al final se logro nuestro objetivo planteado.

4. Alteración de la temperatura corporal, relacionado a proceso infeccioso, manifestado por hipertermia (38°C).

Objetivo:

Lograr que la paciente normalice su temperatura corporal a sus cifras normales (36.5).

Intervenciones de enfermería:

- Bajar la temperatura por medios físicos colocando compresas frías en la frente de la paciente y estarlas cambiando constantemente hasta que disminuya.
- Si no cede la fiebre darle un baño de esponja.
- monitorizar los signos vitales hasta la estabilización, llevando un registro anotando hora, fecha y cifras.
- Aumentar la ingesta de líquidos.
- Administración de medicamento (antibiótico, inflamatorio y antipirético), indicado por el médico si no cede la fiebre (interdependiente).

Evaluación:

Se cumplió con las intervenciones propuestas lo que permitió el logro del objetivo, normalizando su temperatura por medios físicos (36.5°C).

5. Déficit de auto cuidado de higiene personal relacionado a la falta de educación de higiene manifestado por halitosis, piel seca con mal olor corporal, uñas largas y sucias.

Objetivo:

La usuaria conocerá la importancia del aseo personal diario por su salud, para evitar infecciones, mejore su aspecto y para su comodidad.

Intervenciones de enfermería:

- ❖ Informar a la usuaria sobre la importancia que tiene el realizar su higiene corporal diariamente.
- ❖ Orientarle sobre su higiene bucal después de cada alimento.
- ❖ Aplicar crema y/o vaselina en el cuerpo para evitar la resequeidad.
- ❖ Cortarle las uñas y informar la importancia de traerlas cortas (para que no se acumulen los microbios).
- ❖ Orientarla a que se debe de asear la boca tres veces al día, si no cuenta con las posibilidades puede hacerlo con bicarbonato y/o jabón.
- ❖ Informarle sobre la importancia de ir con el dentista a exploraciones dentales periódicas (por lo menos cada 6 meses).

Evaluación:

Se le realizaron las intervenciones de enfermería, en donde objetivo planteado se logro gracia a la iniciativa y disponibilidad de la paciente.

6. Alto riesgo de trombosis venosa profunda relacionado a lento retorno venoso.

Objetivo:

La usuaria maneje y minimice las complicaciones de sufrir una trombosis venosa profunda.

Intervenciones de enfermería

1. Controlar el estado de la trombosis venosa profunda, observando:

- pulsos periféricos, disminuidos o ausentes (la circulación insuficiente produce dolor y disminución de los pulsos periféricos).
- vigilar color y enrojecimientos inusuales o frialdad y cianosis. (el color inusual y enrojecimiento señala la inflamación; la frialdad y la cianosis indica obstrucción vascular).
- Aumento del dolor del miembro periférico izquierdo (el dolor es resultado de hipoxia tisular).
- Signo de Homan positivo (es un signo de Homan positivo, la flexión dorsal del pie produce dolor debido a circulación insuficiente).
- Consultar con el médico para el uso de medidas antiembólicas o aparatos de presión secuencial. (esta reducirá el estancamiento venoso y proveerá el retorno venoso).
- Evaluar el estado de hidratación basándose en la densidad específica de la orina y la osmolaridad sérica. Tomar los pasos para asegurar una hidratación adecuada. (el aumento de la viscosidad y coagulabilidad de la sangre y la disminución del gasto cardíaco contribuye a la formación de trombos).
- Animar a la usuaria a que realice los ejercicios isotónicos de piernas. (los ejercicios isotónicos de piernas promueve el retorno venoso).
- Elevar la extremidad afectada por encima del nivel del corazón. (esta postura puede ayudar a reducir la hinchazón intersticial promoviendo el retorno venoso).

Evaluación:

Se aplicaron las intervenciones de enfermería, en donde la usuaria participo con interés prestando atención a todo lo que se le enseñaba y se le realizaba. Nuestro objetivo planteado se logro gracia a la iniciativa y disponibilidad de la paciente.

7. Riesgo de infección relacionado a pérdida de miembro pélvico inferior izquierdo (amputación de falanges).

Objetivo:

La usuaria se mantendrá libre de infección en todo momento.

Intervenciones de enfermería

- ❖ Realizar curación diaria de herida con técnica estéril.
- ❖ Valorar los conocimientos de la usuaria/familia sobre los riesgos existentes.
- ❖ Instruir a la usuaria y familiares sobre las prácticas asépticas adecuadas para prevenir infecciones.
- ❖ Valorar el estado nutricional para proporcionarle una ingesta adecuada de calorías, vitaminas y proteínas para la cicatrización.
- ❖ Mantener una higiene corporal y ambiental estricta.
- ❖ Utilizar técnicas asépticas durante los cambios de vendaje.
- ❖ Fomentar los líquidos cuando sean necesarios y tener precaución con todos los líquidos que salen de la región plantar de la usuaria.
- ❖ Valorar en todos los sistemas, invasivos cada 24 horas los signos de enrojecimiento, inflamación, drenaje, dolor y olor.
- ❖ En caso de presentar dolor intenso, administrar antibióticos prescritos por indicación medica.

Evaluación:

Al aplicar todas estas acciones de enfermería nos permitió lograr nuestro objetivo y con la disposición de la usuaria que mostró interés para llevarlas acabo.

8. Déficit de autoestima relacionado a la amputación de miembro pélvico izquierdo, manifestado por tristeza, depresión, soledad, angustia y melancolía e irritación.

Objetivo:

- Lograr que la usuaria eleve su autoestima.
- Que la paciente acepte tomar parte de un grupo de autoayuda.

Intervenciones de enfermería:

- Identificar en conjunto que actividades le agradan más (juegos de mesa, caminata, manualidades etc.).
- Dar apoyo psicológico, hacerla sentir que tiene una familia que la quiere mucho y gente que la estima.
- Decirle que no se preocupe, informarle que su padecimiento es controlable, que de ella depende el control de su enfermedad y que nos ayude para su mejoramiento y recuperación.
- Darle confianza para que exprese sus sentimientos, temores y tristezas.
- Informarle sobre lo importante que es tomar un grupo de apoyo dentro y fuera del hospital.
- Inducirlo a la lectura.
- Animar a la usuaria para realizar actividades dentro de su vida cotidiana, eso le será de gran utilidad para no sentirse triste, preocupado ó aburrido y se sentirá más satisfecha.

Evaluación:

Se logro que la usuaria estableciera más comunicación con sus familiares y formará parte de un grupo de oración, ya que ella es muy católica, se observa mas alegre, comunicativa y participativa.

9. Déficit de conocimientos relacionado con estudio hasta segundo de primaria, manifestado por que le preocupa su estado de salud.

Objetivo:

La usuaria adquirirá los conocimientos y/o habilidades necesarias para el manejo de su situación y cuidados de salud.

Intervenciones de enfermería:

- Identificar conjuntamente las necesidades de aprendizaje identificadas.
- Fijar las prioridades y objetivos del aprendizaje, prestando atención y que estos sean realistas y medibles.
- Elegir los métodos de enseñanza/aprendizaje más adecuados a las capacidades e intereses de la usuaria ejemplo; información oral, demostrativa repetitiva y técnicas/teórico.
- Proporcionar información sobre la evolución de su enfermedad.
- Proporcionar material didáctico como dibujos de los principales puntos a recordar a fin de poder consultar en caso de duda.

Evaluación:

La usuaria aprendió mucho sobre el proceso patológico de su enfermedad ahora no se preocupa tanto por su estado, porque ya sabe cómo manejarlo durante su vida cotidiana.

VIII. CONCLUSIONES

La metodología de intervención de enfermería es una herramienta de gran utilidad para realizar mi trabajo (un caso clínico de enfermería). La enfermería profesional tiene conocimientos y capacidades para brindar atención con calidad al paciente, familia y comunidad.

Nos permite identificar las necesidades por la que el usuario (a), esta pasando y para lo cual se elaboran un plan de cuidados en donde se obtienen resultados favorables ó desfavorables lo cual nos permite el logro de nuestra meta. También nos ayuda a lograr la auto independencia del usuario (a).

Al aplicar el proceso enfermero a un caso clínico y el modelo de virginia Herderson me permitió aplicar todos los conocimientos que adquirí durante loa 4 años de Studio en la escuela de Licenciatura en Enfermería a demás de que obtuve nuevos conocimientos durante la aplicación de intervenciones tanto practicas como teóricas. Todo esto me servirá para el desarrollo como profesionista en el ámbito de la salud de las necesidades del ser humano.

Al realizar este caso clínico me di cuenta que la enfermería juega un papel muy importante ya que cuenta con las herramientas necesarias para su desarrollo como profesional en el ámbito de la salud.

Lo que se me dificulto al inicio de la aplicación de las intervenciones es que mi paciente se mostraba molesta de lo que se le realizaba pero después ella misma se dio cuenta que todo era para su propio bienestar de ahí mostró interés y voluntad para que estas se logaran.

IX. SUGERENCIAS

Durante el inicio de la formación del profesionista en la Carrera de Lic. En Enfermería se les enseñe el Proceso Enfermero, Teorías y Modelos ya que es muy importante tener el conocimiento y capacidades para la aplicación del mismo.

X. BIBLIOGRAFIA

1. **RAFAEL ALVAREZ ALVA**, Salud Pública y Medicina Preventiva, Editorial. El manual Moderno 2002, tercera edición; Pág. 354-356.
2. **TILE: //A:/DIABETES Y NUTRICIÓN Primera página. Htmp3.**
3. **AGUIRRE Antonio**. Enciclopedia de Enfermería Medico Quirúrgica Océano Centrum España, 1998, Vol. II, Pág. 384.
4. **DICCIONARIO MOSBY**, Medicina, Enfermería y Ciencias de Salud. Edición Harcourt, España 2000, 5ta. Edición, Pág. 366.
5. **BENCHER- MACRAY. COLDITZ**. Obstetricia y Neonatología, Mc Graw-Hill Interamericana 2000, 3ra. Edición, Pág. 357-363.
6. **A. C GAYTÓN**, Fisiología Humana, Mc Graw-Hill. Interamericana, 1987, 6ª. Edición Pág. 600-601.
7. **GAYTÓN, MAY**. Tratado de Fisiología Médica Mc Graw-Hill, Interamericana, 1999, Décima Edición, Pág. 1075.
8. **BEARE/MYERS**. Principios y práctica de Enfermería Quirúrgica, Mosby I Boyma Libros 1995, Volumen II, Segunda Edición.
9. **BIBLIOTECA BÁSICA DE ENFERMERÍA**. Hawkins Broad rib Wolf, Oxford University Pros Harla, Tomo 3 1998, Pág. 423-234.
10. **MIELONAKOS-MICHELSON**, Manual de Enfermería Interamericana, 1996, 2ª. Edición, pág. 339-341.
11. **BRUNNER**, Manual de Enfermería, Interamericana, 1991, 3ª. Edición, Pág. 797- 810.
12. **TUCKER, CANOBIO, PAQUETE**, Normas del Cuidado del Paciente, Harcourt, Océano, Vol. III, año 2002.
13. **SUZANNE C. SMELTZER-BRENDA G. BARE**. Enfermería Medico Quirúrgica Mc. Graw Hill Interamericana. Novena edición, impreso en 1998, Pág. 1102-1128.
14. **LYNDA JUALL CARPENITO RN, MSN NURSIN**, Diagnóstico de Enfermería aplicación a la práctica clínica. 5ta edición. Mc. Graw Hill Interamericana.

XI. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Adinamia: Falta de energía física y emocional por debilidad psicodinámica.

Anuria: Incapacidad para orinar, supresión de la producción de orina o excreción urinaria menor de 100 - 250 ml al día.

Aneurismas: Dilatación localizada de la pared de un vaso producida por aterosclerosis e hipertensión o, con menor frecuencia, por traumatismos, infección o debilidad congénito de la pared vascular.

Aneurisma secular: Pequeña dilatación saceliforme de la pared de una arteria cerebral que se observa particularmente en las uniones de los vasos en el polígono de Willis. Suele deberse a un defecto congénito del desarrollo, y a veces se rompe sin previo aviso, dando lugar a una hemorragia intra craneal.

Astenia: Falta, pérdida de fuerza o energía; debilidad.

Claudicación: Cojera ó debilidad intermitente causada generalmente por insuficiencia vascular.

Diaforesis: Secreción de sudor, especialmente la secreción profusa que se asocia con la fiebre elevada, ejercicio físico, explosión al calor y estrés mental ó emocional.

Disuria: Micción dolorosa generalmente debida a infección bacteriana ó a obstrucción de las vías urinarias.

Desbridación: Retirar la suciedad, los objetos extraños, el tejido lesionado y los detritos celulares de una herida para evitar infección y facilitar la cicatrización.

Fluoresceína: Se utiliza en para la detección de lesiones corneales que se colorean de verde se puede utilizar en angiografía de la retina, inyectándolo en una vena, seguida de la visión y fotografiado de su paso a través de los vasos sanguíneos de la retina.

Foto coagulación: Acto de quemar los tejidos utilizando una fuente luminosa potente.

Glaucoma: trastorno consistente en la elevación de un ojo debido a la obstrucción del flujo de salida del humor acuoso.

Hiperglucemia: Elevación de la cantidad de glucosa en sangre por encima de lo normal.

Hipoglucemia: Cifra de glucosa sanguínea inferiores a las normales, puede estar provocada por la administración de dosis excesivo de insulina por una hipertensión de esta hormona en los islotes pancreáticos o por deficiencias dietéticas.

Macula: Pequeña lesión plana con una coloración que se destaca con respecto a la superficie cutánea circundante.

Necrosis: Muerte de una porción de tejido consecutiva a enfermedad o lesión.

Polidipsia: Sed excesiva producida por distintos trastornos, como la diabetes mellitus en la cual la elevada concentración de glucosa en la sangre aumenta por un mecanismo osmótico, la excreción de liquido por la orina como la consiguiente hipoglucemia y sed.

Polifagia: Deseo insaciable de comer que suele caracterizarse por episodios de ingestión continúa de alimentos seguidos por otros de depresiones nerviosas y autodeprivación.

Polipéptido: Cadena de aminoácidos unidos por puentes paptidicos.

Sepsis: El estado de infección con un microorganismo que produce pus.

Vitreotomía: Escisión quirúrgica del humor vítreo de la cámara vítreo.

XII. ANEXOS

FICHA DE IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

Fecha de nacimiento..... Edad.....Sexo.....
Familiar o persona para contactar.....Teléfono.....
T/A.....F/C.....Tª.....F/R.....

PIEL

Color: normal Pálida Cianótica Ictericia Otras
Edemas: Si No Descripción / localización.....
Lesiones: Si No Descripción / localización.....
Sentidos corporales: Vista.....Oído.....Olfato.....Gusto.....Tacto.....
Enfermedades graves /operaciones: Si No Cuales.....
Secuelas: Si No Especificar.....
Tabaquismo Abuso de alcohol Cafetismo Uso de sustancias toxicas
Diabetes HTA Alergias Especificar.....

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:

Respiración:

Frecuencia..... / min.

Calidad: Normal Superficial Rápida Otras
Ruidos a la auscultación: Si No Descripción / localización.....
Tos: Si No Secreciones: Si No Dolor al respirar: Si No
Tabaco: Si No Lo dejó Especificar.....
Consumo: < 1 paquete / día 1-2 paquetes /día > 2 paquetes / día
Otras drogas: Si No Tipo.....Uso.....
¿Tiene alguna alergia respiratoria? Si No ¿de que tipo?.....
T/A.....F/C.....Pulso Fuerte Débil Regular irregular

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Peso.....Talla.....

Ingesta habitual: Desayuno Comida Merienda Cena

Dieta especial: Si No Tipo de Dieta.....

Ingesta de líquidos: < 1 litro / día 1-2litros / día > 2litros / día

Intolerancia a alimentos: Si No ¿Cuáles?.....

Apetito: Normal Disminuido Aumentado Nauseas Vomito

Fluctuación de peso (últimos 6 meses): Si No Kg. Ganados /perdidos

Problemas de:

Masticación: Si No Usa prótesis Dental

Deglución: Si No Sólidos Líquidos Ambos

Digestión: Si No Tipo: Gases Ardor Pesadez Dolores Otros

Prótesis dental: Si No Superior Inferior

¿La piel esta hidratada? (cuando se pellizca, ¿la marca dura tiempo?) Si No

¿Come entre comida? Rara vez Con frecuencia Con mucha frecuencia

Necesita ayuda: Preparar la comida Comer Trocear los alimentos

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Intestinal:

Frecuencia.....

Estreñimiento Diarrea Incontinencia

Ostomia: Si No Tipo.....Auto cuidados Si No

Problemas de hemorroides: Sangrados Heces negras Otros

Uso de laxantes o rutinas: Si No Ayudas empleadas.....

Urinaria:

Frecuencia.....

Disuria Nicturia Hematuria Retención Incontinencia

Color: Amarillo claro: Amarillo oscuro Naranja Rojo

¿Ha sufrido alguna enfermedad urinaria? Si No ¿Cuál?.....

Sonda vesical Fecha del último sondaje.....
Cutánea: Sudoración Cutánea: Si No Sudoración Profusa Si No
Menstruación: Regular Irregular Abundante Dolorosa
Secreciones Vaginales Aspecto..... ¿Son abundantes? Si No
¿Tiene molestias (fuera de la menstruación)? Si No

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Exploración facial: Adecuado Alerta Inexpresivo Hostil Inadecuado
Comportamiento motor: Inhibición Agitación Temblores Rigidez
Incoordinación Inquietud Tic
Postura: Erecto Decaído
Modo de andar: Normal Acelerado Temblante Lento
Limitaciones físicas: Temporales Permanentes
Aparatos de ayuda: Ninguno Bastón Muletas Andador Otros
Vértigo: Si No ¿Siente dolor ó rigidez articular? Si No
¿Realiza ejercicio? Si No Tipo..... ¿cuánto tiempo?
¿Práctica algún deporte? Si No ¿Cuál?.....

5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Hora de sueño nocturno.....Otros descansos.....
Problemas de sueño:
Al inicio Interrumpido (número de veces.....) Despertar temprano
Sueño excesivo Pesadillas (tipo.....)
Sensación después de dormir: Descanso Cansado Confuso Otros
Factores que alteran el sueño.....
Ayuda para favorecer el sueño: Lectura Baño Fármacos Otros

6. NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE

Actualmente ¿es capaz de vestirse por si misma? Si No Con limitaciones
Alergias a determinados tejidos ¿Cuáles?.....
¿Qué importancia da su aspecto? Poca Bastante Mucha

¿Su forma de vestir es adecuada al lugar, estación y circunstancias? Si No
Otros datos de interés.....

7. NECESIDAD DE TERMOREGULACIÓN

Temperatura corporal: Normal Hipotermia Hipertermia Tº.....
Sudoración Cutánea: Si No ¿están fríos sus pies y/o manos? Si No
¿Si fuese necesario sería capaz de medirse usted mismo a Tº? Si No

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Hábitos de higiene corporal: Baño Ducha Frecuencia.....
Cepillado de dientes Frecuencia.....
Autónomo Necesita ayuda: Si No Especificar.....
Descuido en: Cabello Dientes .Uñas Su piel es: Seca Grasa
¿Ha notado alguna lesión? (Ulcera, eccema) Descríbalo.....
¿Sus cabellos Son secos? Grasos ¿Se rompen con facilidad?
¿Tiene últimamente tendencia a perder el pelo? Si No

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Niveles de conciencia y actitud frente al entorno:

Somnoliento Confuso Apático Hipervigilante Distráido
Fluctuante No responde a estímulos Solo sigue instrucciones

Orientación – espacio – tiempo – persona.

Tiempo: (Estación, día, mes, año) Especificar

Espacio: (País, provincia, ciudad, recinto, sala) Especificar.....

Persona: (Reconoce, personas significativas...) Especificar.....

Alteraciones perceptivas:

Auditivas Tipo.....Visuales Tipo.....

Táctiles Tipo.....Olfativas Tipo.....

Localización de la percepción: Interna Externa

Auto descripción de si mismo:

Alegre Triste Confiada Desconfiada Tímida Inquieta

Sobre valoración de logros Exageración de errores Infravaloración

Auto evaluación general y competencia personal: Positiva Negativa

Sentimientos respecto a ello:

Inferioridad Superioridad Culpabilidad Inutilidad Impotencia

Tristeza Ansiedad Miedo Rabia Depresión Otros.....

Alergias a alguna sustancia ó medicamento: Si No ¿Cuáles?

El estado de esta persona puede constituir un peligro potencial para ella.....ó para otros.....Especificar.....

Precaucione: más vigilancia Poner barandillas Contención mecánica

10.NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD

Organización del pensamiento – lenguaje

Contenido: coherente y organizado Distorsionado

Descripción de la alteración.....

Curso del pensamiento:

Inhibido Acelerado Perseverancia Incoherencia Desorganizado

Formas de expresión:

Claro Organizado Coherente Confuso Desorganizado Incoherente

Tartamudeos Autista

Humor:

Deprimido Eufórico Ansioso Triste Fluctuante Apático Otros

Lenguaje:

Velocidad rápido: Lento Paroxístico

Cantidad: Abundante Escaso Icónico Verborreico

Tono y modulación: Alterado Tranquilo Hostil

Vive: Solo Acompañado Lugar que ocupa en la familia. Rol.....

Personas más significativas.....Principal confidente.....

Personas con las que se relaciona a diario.....

Su relación es: Satisfactoria Insatisfactoria Indiferente

Tiempo que pasa sola y por qué.....

Tiempo que pasa con amigas.....

Sexualidad:

Ultima regla.....Anticoncepción Si No Método.....

Cambios percibidos en las relaciones sexuales: Si No Motivos.....

No de embarazos.....Realiza auto examen: Si No

11.NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES

¿Qué es lo más importante para usted en la vida?

Religión: católica romana Protestante Judía Otra

Desea realizar prácticas religiosas: Si No ¿visita del capellán? Si No

En caso de no poder tomar dediciones ¿Qué persona le gustaría que lo hiciera por usted.....

12.NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Su estado de salud le impide hacer lo que le gustaría: Si No

Si la respuesta es si, explíquese.....

Problemas laborales.....

Tiempo dedicado al trabajo.....Tiempo dedicado al neocio.....

Capacidad de decisión: Si No Resolución de problemas Si No

Grado de incapacitación personal atribuida.....

13.NECESIDAD DE JUGAR / PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿Reserva algún tiempo para divertirse? Poco Mucho Suficiente

¿Cuál es su diversión preferida?.....

Perdida de interés por las actividades recreativas: Si No

Cambio en las habilidades ó funciones físicas / corporales.....

14.NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Alteración en la memoria: Reciente Remota

Inteligencia general: Adaptado momento Retraso en el desarrollo

Comportamientos indicativos de interés en el aprendizaje

Pregunta Escucha Interés Desinterés Propone alternativas

¿Conoce usted el motivo de su hospitalización?.....

¿Hay algo que usted desearía saber sobre el medio hospitalario en que se encuentra?.....