

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

METODOLOGÍA DE ENFERMERÍA

APLICADA A UN CASO CLÍNICO DE DIABETES MELLITUS TIPO II

Que para obtener el título de:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Presenta:

P. L. E. HERMELINDA SEBASTIÁN JERÓNIMO

Asesora:

L.E. ELVA ROSA VALTIERRA OBA

**Morelia, Michoacán, México.
Agosto de 2007**

DIRECTIVOS

M. C. Josefina Valenzuela Gandarilla

DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

L. E. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

SECRETARIA ACADÉMICA

L. E. Ana Celia Anguiano Morán

SECRETARIA ADMINISTRATIVA

JURADO

M. E. M. Elva Rosa Valtierra Oba

PRESIDENTE

M. E. Y. A. S. Martha Isabel Izquierdo Puente

1er VOCAL

M. E. M. Benigno Calderón Juárez

2 do VOCAL

DEDICATORIA

Con admiración y respeto para mis padres Imelda y Gustavo, quienes día a día me impulsaron a superarme, por el apoyo incondicional que me han brindado, por hacer realidad su voluntad de convertirme en profesionista.

A Rodrigo, por todo el amor y apoyo mutuo que me ha dado, por su entrega y dedicación, por luchar a mi lado en todo momento.

A Huver, por ser el motivo y el motor que me impulsa a seguir adelante; por todos los momentos que tuve que separarme de él para culminar mi carrera.

A mis hermanos Laura, Wilfrido, Fabiola, Angélica, Francisco y Hugo por el apoyo brindado en los momentos difíciles.

A la familia Niniz Romero por el apoyo y paciencia; muy especialmente a Daniel Niniz [†] que siempre permanecerá en mi corazón.

AGRADECIMIENTOS

Antes que nadie agradezco a Dios, por haber permitido culminar otro paso significativo en mi vida.

A mi asesora M. E. M. Elva Rosa Valtierra Oba por sus aportaciones y el tiempo dedicado a la revisión de este trabajo.

A la Facultad de Enfermería por permitirme realizar mis estudios de licenciatura.

A mis maestros por sembrar en mí una parte de sabiduría.

A mis compañeros y amigos de la generación 1999-2003, especialmente a Paty, Beneda y Bere.

A mis amigos y compañeros de trabajo.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	JUSTIFICACIÓN.....	3
III.	OBJETIVOS.....	5
IV.	METODOLOGÍA.....	6
V.	MARCO TEÓRICO.....	7
VI.	DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD.....	39
VII.	CASO CLÍNICO.....	44
VIII.	APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	45
	8.1 Valoración de necesidades.....	45
	8.2 Formulación de diagnósticos y problemas.....	50
IX.	CONCLUSIONES.....	80
X.	SUGERENCIAS.....	82
XI.	GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	83
XII.	BIBLIOGRAFÍA.....	86
XIII.	ANEXOS.....	89

I.- INTRODUCCIÓN

El proceso enfermero es un método sistemático para brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente (Alfaro, 1994). Como todo método, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, solo tiene un carácter metodológico ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen; estas etapas son:

- Valoración. Es la primera fase del proceso de atención de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
- Diagnostico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud.
- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Evaluación. Comparar las respuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

Para la teórica de enfermería Virginia Henderson, la persona es la unidad corporal /física y mental que está constituida por componentes biológicos, psicológicos,

sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad. Tanto el individuo sano como el enfermo anhelan el estado de independencia. El ser humano tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia, necesita fuerza, deseos y conocimientos para realizar las actividades básicas requeridas para una vida sana.

El presente proceso atención de Enfermería se realiza sobre la base de las necesidades de un paciente al cual se identifica como Don Gustavo y está constituido por los siguientes apartados:

Introducción, en este rubro aparece una síntesis general del contenido del trabajo, en la justificación se abordan algunos antecedentes del tema y se habla de los motivos para la realización del PAE. En otro apartado se establecen los objetivos. El marco teórico está conformado con información general acerca del proceso de atención de enfermería, también llamado metodología de intervención, incluye algunos aportes de la filosofía de la teórica de enfermería Virginia Henderson.

A continuación se presenta el caso clínico, donde se da una breve explicación sobre el problema de don Gustavo. Después se va detallando la aplicación de la metodología de Enfermería, considerando las etapas que este comprende. En el apartado de anexos se incluye información que facilitó la elaboración de la metodología. Y por último se menciona la bibliografía que fundamenta el trabajo.

II. JUSTIFICACIÓN

Aplicar el proceso enfermero en nuestro medio es un verdadero reto por el número de factores que caracterizan la formación teórica y práctica de la enfermería mexicana y que la ubican en una situación de desventaja en relación con la de otros países; sin embargo esto no se debe considerar un obstáculo para que toda enfermera(o) que busca el logro de identidad profesional y brindar una atención de calidad empiece a trabajar con esta metodología que requiere del ejercicio de habilidades del pensamiento.

Con la aplicación del proceso, se delimita el campo de acción específico de la enfermería y con ellos se demuestra que la enfermera (o) profesional realiza numerosas acciones que van mas allá del cumplimiento de una prescripción médica y que, “el proceso enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana (...) (Alfaro 1999: 10)”.

Las enfermeras (os) al aplicar el proceso podrán experimentar satisfacción al ser valoradas(os) por los integrantes del equipo sanitario dadas sus diversas competencias profesionales; además de favorecer en ellas (os) el desarrollo del pensamiento crítico; es decir un pensamiento analítico,” (...) deliberado, cuidadoso y dirigido al logro de un objetivo”, (Alfaro 1999: 16) pues emplea “principios (...) y el método científico para emitir juicios basados en evidencias (...) (Alfaro 1999:16)

pues emplea “principios (...) y el método científico para emitir juicios basados en evidencias (...)” (Alfaro 1999: 17).

Por otra parte el proceso compromete al individuo, familia y comunidad para tomar parte en las decisiones y cuidados que permitan mantener o recuperar la salud. Por todo lo anterior surge la necesidad de aplicar el proceso de atención de Enfermería al tratar al paciente Gustavo con el diagnóstico médico de diabetes mellitus tipo II.

III. OBJETIVOS

- Identificar las principales necesidades del paciente.
- Ayudar a modificar los hábitos perjudiciales para la salud.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas del paciente.
- Elaborar un plan de cuidados aplicando la metodología de Henderson en base a las necesidades detectadas para favorecer la recuperación del paciente y la relación enfermera – paciente.

IV. METODOLOGÍA

Para la aplicación de este proceso de atención de Enfermería se realizó la valoración del cliente en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson las cuales son:

- 1.- Respirar.
- 2.- Alimentarse.
- 3.- Eliminar.
- 4.- Moverse y conservar una buena postura (circulación adecuada).
- 5.- Dormir y reposar.
- 6.- Vestirse y desnudarse.
- 7.- Mantener la temperatura corporal en límites normales.
- 8.- Estar limpio, aseado y proteger tegumentos.
- 9.- Evitar peligros (mantener la integridad física y mental).
- 10.- Comunicación con sus semejantes (desarrollo como ser humano, asumir su sexualidad).
- 11.- Actuar de acuerdo a creencias y valores.
- 12.- Preocuparse por su propia realización (conservar su propia estima).
- 13.- Recrearse (jugar y participar en actividades recreativas).
- 14.- Aprender.

Cada una de estas necesidades está relacionada con las distintas dimensiones del ser humano como son biológicas, psicológicas sociológicas, culturales y espirituales.

V.- MARCO TEÓRICO

Entre las profesiones del área de la salud, enfermería es la única cuyo objetivo de estudio es la persona en su totalidad, con la cual interactúa permanentemente como sujeto de atención. Esto le ha permitido permanecer a lo largo del tiempo como profesión irremplazable y a través de la práctica, necesaria.

Profesión es la acción y el efecto de profesar. Esta definición indica el compromiso con principios y teorías, a los cuales se profesa un afecto sincero, es decir, la adhesión a un conjunto de prácticas, aceptadas, que involucran un código de ética profesional el dominio del conjunto de conocimientos científicos y la relación con otras profesiones.

La sociedad le da a la profesión un reconocimiento, le demanda un trabajo específico y le otorga la autonomía para poderlo realizar. Ésta decide qué hacer, cómo hacerlo y quién debe hacerlo.

A partir de la Segunda Guerra Mundial la enfermería inicia su transformación, pues busca crear un marco conceptual que le sea propio. De allí nacieron las teorías de enfermería; una teoría es un enunciado con apoyo científico que describe, explica o predice las interrelaciones entre los conceptos; y están sujetos a comprobación.

Quienes han teorizado, tienen una filosofía de ésta profesión y su quehacer. Dicha filosofía constituye el funcionamiento de su teoría y refleja el estado del conocimiento científico de la época en la cual fueron elaboradas.

Los productores de teorías tuvieron como base, entre otras, las siguientes fuentes:

- 1) Su propia educación.
- 2) Su experiencia.
- 3) La observación.
- 4) La interacción con profesionales de enfermería y otras disciplinas.
- 5) Los conocimientos de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento.

Las teorías sirven de guía en los procesos de atención y son el funcionamiento para la aplicación del proceso científico. Brindan autonomía profesional porque orientan las funciones asistenciales, docentes e investigativas de la disciplina.

Cada teoría proporciona los criterios para dirigir la valoración. La organización y el análisis de los datos: la elaboración de diagnósticos, la planeación, ejecución y evaluación de la intervención de enfermería.

En este caso hablaremos de la teoría de Virginia Henderson, quien define a la enfermería en términos funcionales como: "La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que

contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”.

Los elementos más importantes de su teoría son:

La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz. Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.

- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen “los cuidados enfermeros” esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- Se observa una similitud entre las necesidades primeras estén relacionadas con la fisiología de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto- actualización.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comparten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por persona cuando esta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independientemente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas.

Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico ó sociológico, relacionado a una falta de conocimientos. Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores.

Permanentes: Información general (edad, sexo, estado civil, etc.), características (raza, idioma, religión. cultura, educación, etc.), redes de apoyo (familia, amigos), elementos físicos (grupo sanguíneo, limitaciones, sensoriales, prótesis), elementos de reacción (alérgicas, predisposiciones).

Variables: Son los datos relativos al cliente que están en constante evolución y exigen una reevaluación continua por parte de la enfermera. Estos datos variables están relacionados, por ejemplo, con el nivel de ansiedad, de estrés y sufrimiento del cliente, con sus funciones fisiológicas de respiración, alimentación eliminación, etc.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir y ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería.

Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborados en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera- paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituida, como ayuda o como compañera.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando allí la definición del campo de actuación enfermo, y a nivel mas práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

Definición de Henderson de los conceptos básicos del metaparadigma de enfermería.

Persona:

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.

La persona es una unidad corporal/física y mental, que es constituida por componentes biológicos psicológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como unidad.

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado e independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para alcanzar las actividades necesarias para una vida sana.

Entorno:

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de prever cuidados.

Salud:

La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencialmente más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermero, es el método conocido como Proceso de Atención Enfermería (P. A. E.).

Este permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con May (1995), Jonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro etapas (valoración, planificación, realización y evaluación) Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Exige al profesional habilidades y destrezas efectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar, e interactuar con otros.

Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento.

Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, a través de la aplicación del proceso de enfermería, para alcanzar su potencial máximo de salud. Además requiere una actividad especial y continua con el sujeto de atención porque trata de mejorar la respuesta humana.

Importancia del proceso de enfermería

El PAE como instrumento en la práctica del profesional puede asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad.

Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería. Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.

Ventajas

Al sujeto de atención le permite participar en su propio cuidado; le garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y le ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la prioridad de sus problemas. A la otra parte, el profesional, le facilita la comunicación; concede flexibilidad en el cuidado; le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo; le permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención; propicia el crecimiento profesional; permite asignar los sujetos de atención en forma racional y le proporciona información para investigación.

En resumen, el uso del Proceso de Atención de Enfermería da como resultado un plan que describe las necesidades de atención y los cuidados de enfermería para cada paciente.

Indicadores

El propósito del proceso es dar un marco de referencia dentro del cual las necesidades del sujeto de atención, la familia y la comunidad puedan ser atendidas en forma integral.

Tiene como propiedades ser más dinámico, flexible, continuo, individualizado, participativo y con un fin determinado. Además, se debe basar en un marco teórico.

Las características:

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

Fases

Como se menciona anteriormente; el proceso se organiza en cinco fases clínicas interrelacionadas y progresivas:

- 1) valoración.
- 2) Diagnóstico de enfermería.
- 3) Planeación.
- 4) Ejecución-intervención.
- 5) Evaluación.

1.- VALORACIÓN

Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones de la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles en individuos o grupos, y facilita plantear los logros que se requieren en el futuro: facilita entonces la intervención de enfermería y se logra a través de las siguientes etapas:

1.- Recolección de información de fuentes variadas (sujeto de atención, familia, personal del equipo de salud, registros clínicos, anamnesis, examen físico, laboratorio y otras pruebas diagnósticas). La recogida de datos es la fase inicial del proceso de cuidados. Consiste en reunir todas las informaciones disponibles, necesarias para los cuidados del cliente. Para recolectar la información se utilizan métodos como la interacción personal, la observación y la medición.

2.- Organización de los datos, validación de los mismos e identificación de las alteraciones. Para enfermería el marco conceptual para recolectar y organizar los datos son las respuestas humanas a problemas de salud, reales, potenciales o posibles.

Los datos recolectados y organizados indican el estado actual de satisfacción de necesidades; es decir, alteraciones en la satisfacción o las interferencias para satisfacerlas. Estos datos deben ser registrados en un documento apropiado para el individuo, la familia o la comunidad. Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud ó, a las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas y el estado actual de las capacidades.

Los tipos de datos:

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

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

- Datos actuales: Son datos sobre el problema de salud actual. Este tiene propósitos como lo anota Iyer P; Establece una forma mecánica de comunicación entre los miembros del equipo de salud; la anotación completa ayuda a eliminar la repetición de interrogatorios y exploraciones realizados por el personal de salud y... Permite al profesional de Enfermería desarrollar diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería.

2.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

La segunda fase, el diagnóstico de enfermería, es el anunciado del problema real de alto riesgo o estado de bienestar para el sujeto de atención que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo con el conocimiento o ciencia de la enfermería. No es una acción de enfermería, orden médica, diagnóstico médico ni un tratamiento de Enfermería.

En la novena Conferencia de la North American Nursig Diagnosis Asociation (NANDA) fue aprobada la siguiente definición: *Un diagnóstico de enfermera es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/ procesos vitales reales o potenciales. El diagnostico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería que consignan los resultados de los que es responsable la enfermera.*

La formulación de diagnósticos de enfermería no es algo nuevo, durante la guerra de Crimea, entre 1854 y 1855, Florence Nightingale y sus compañeras hacían diagnósticos en forma eficaz. En la actualidad, la NANDA se encarga de la revisión, aprobación y perfeccionamiento de esta herramienta, así como la creación de un taxonomía diagnóstica propia.

El diagnóstico de enfermería define realmente la práctica profesional, pues su uso aclara, qué es lo que hace y en qué se diferencia esta labor de la de los otros miembros del equipo y asegura cuidados eficientes porque permite tener conocimiento concreto de los objetivos del cuidado, de los problemas del sujeto de atención, y de los que debe hacer el profesional para solucionarlos o minimizarlos.

Los diagnósticos se clasifican en reales, de riesgo y de salud presentando cada uno de ellos unas características diferenciadas.

Diagnóstico real. Describe la respuesta actual de una persona, una familia, o una comunidad de una situación de salud/proceso vital. Su identificación se apoya en la existencia de características definitorias (datos objetivos y subjetivos) que indican su presencia en el momento de la valoración.

Para escribirlos se aconseja un formato de entre partes: problema+factor relacionado (causa) + datos objetivos y subjetivos.

Diagnóstico de riesgo. Describe respuestas humanas a situaciones de salud/ procesos vitales que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, una familia, o una comunidad vulnerable. Su identificación se apoya en la presencia de los factores de riesgo que contribuyen a, aumentar la vulnerabilidad. En este caso se escribirá solo con dos partes: problema + factor de riesgo (causa), dado que no existen las características definitorias del problema (datos objetivos y subjetivos que de haberlos, convertirían el problema en real). Al formular el diagnóstico debe incluirse “riesgo “.

Diagnóstico de salud. Es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, la familia, o la comunidad gozan ya de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor. Aunque el listado taxonómico incluye algunos diagnósticos de salud, la mayoría de las etiquetas de... ”O potencial de mejora de... ”A la etiqueta de que se trate. Los diagnósticos se formulan con un solo componente: etiqueta diagnóstica. Por ejemplo: potencial de aumento del bienestar espiritual.

El diagnóstico de enfermería tiene un componente estructural: problema, etiología, signos y síntomas ambas partes se unen con la frase relacionada con la cual se indica r/cuya base son los criterios para organizar la información recolectada, de acuerdo con el concepto de cuidados de enfermería, según el marco o modelo conceptual escogido: 14 necesidades básicas de Virginia Henderson o patrones de respuesta humana como esqueleto organizativo para la taxonomía de enfermería.

Las respuestas humanas son la forma en que el cliente responde a un estado de salud o enfermedad.

El individuo, familia y comunidad pueden presentar una gran variedad de respuestas humanas que se agrupan por sus características en un nuevo patrón.

- 1) Intercambio: El mundo es dar y recibir.
- 2) Comunicación: Enviar mensajes.
- 3) Relación: Establecimiento de vínculos.
- 4) Valoración: Asignación de valores.
- 5) Elección: Selección de alternativas.
- 6) Movimiento: Actividad.
- 7) Percepción: Recepción de información.
- 8) Conocimiento: Significado asociado.
- 9) Sentimiento: conocimiento subjetivo de la información.

Es necesario valorar los patrones de normalidad del sujeto de atención para poder ubicar sus respuestas dentro del contexto, pues esta normalidad depende de la cultura, la educación, el trabajo y las experiencias anteriores de cada individuo.

Cuando se va elaborar el diagnóstico de enfermería se deben tener en cuenta algunas reglas:

- 1.- Usar términos técnicos.
- 2.- Evitar juicios de valor, supuestos o deducciones.
- 3.- Escribir el diagnóstico como respuesta o problema del sujeto de atención.
- 4.- La primera parte solo debe enunciar problemas del sujeto de atención.
- 5.- Escribir con relación a, o relacionado con en vez de debido.
- 6.- La primera y segunda parte deben ser diferentes.
- 7.- Evitar invertir las dos partes del enunciado.
- 8.- No utilizar el diagnóstico médico.
- 9.- El problema y la etiología deben expresar lo que se debe modificar.
- 10.- Antes de registrar un diagnóstico conviene verificar su exactitud con el sujeto de atención.

Al redactar el diagnóstico se pueden cometer errores como: escribir más de un problema en un solo enunciado; elaborar diagnósticos confusos; expresar problemas de enfermería y no problemas del sujeto de atención; hacer enunciados muy extensos o imprecisos e inespecíficos; omitir la perspectiva del sujeto de atención sobre sí mismo y su salud, e invertir los componentes. Si se siguen las reglas mencionadas anteriormente y no se cometen estos errores, se obtendrá un buen diagnóstico y con este las siguientes ventajas:

1. Facilita abordar el cuidado del sujeto de atención en forma individualizada.
2. Facilita la comunicación profesional.
3. Ayuda a determinar resultados en el sujeto de atención.
4. Ayuda al profesional de enfermería a articular con claridad el ámbito de la práctica.

La tabla 1 muestra las diferencias entre el diagnóstico de enfermería y el diagnóstico médico.

TABLA 1 Diferencias entre los diagnósticos de enfermería y médico.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	DIAGNÓSTICO MÉDICO
Describe una respuesta humana a los problemas de salud.	Describe una situación patológica o de enfermedad.
Se modifica con el cambio de las reacciones del sujeto de atención.	Se mantiene un tanto la enfermedad mientras este presente.
Es tratado por la enfermera en el entorno de la práctica de enfermería.	Es tratado por médico en el entorno de la práctica médica.
La mayoría de las veces tiene que ver con la auto percepción del sujeto de atención.	La mayoría de las veces tiene que ver con los cambios fisiopatológicos.
Puede aplicarse a alteraciones de individuos o colectivos.	Se aplica solamente a las enfermedades de individuos colectivos.

En la práctica clínica el médico centra su atención en el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, cuando esto no es posible con en el control de los signos y síntomas.

Los profesionales de enfermería, por el contrario, dirigen su atención a la identificación de las respuestas del sujeto de atención a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales.

Un diagnóstico médico puede sugerir o generar uno o varios diagnósticos de enfermería por ejemplo; el diagnóstico médico úlcera péptica puede producir el diagnóstico de enfermería, dolor relacionado con úlcera péptica.

El diagnóstico de enfermería es esencial porque es un juicio que encadena la recolección de la información con el planteamiento del cuidado.

Cuando se emite un diagnóstico de enfermería la responsabilidad de confeccionar y ejecutar el plan de cuidados recae sobre el profesional que lo ha emitido, mientras en el caso de los problemas interdependientes, el profesional de enfermería colabora con el equipo de salud para el tratamiento.

Para el enunciado del diagnóstico de enfermería es conveniente utilizar la siguiente clasificación de los diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA ordenados según las 14 necesidades fundamentales.

NECESIDAD	DIAGNÓSTICO
1. Respirar	<ul style="list-style-type: none"> ● Deterioro en el intercambio gaseoso. ● Incapacidad para mantener la respiración espontánea. ● Limpieza ineficaz de las vías aéreas. ● Patrón respiratorio ineficaz. ● Potencial de asfixia. ● Respuesta ventilatoria disfuncional al destete.
2. Alimentarse e hidratarse	<ul style="list-style-type: none"> ● Alteración de la nutrición por defecto. ● Aliteración de la nutrición por exceso. ● Alteración potencial de la nutrición por exceso. ● Déficit de auto cuidado: Alimentación. ● Déficit del volumen de líquidos.

	<ul style="list-style-type: none"> ● Déficit potencial de volumen de líquidos. ● Deterioro de la deglución. ● Exceso del volumen de líquidos. ● Interrupción de la lactancia materna. ● Lactancia materna ineficaz. ● Patrón de la alimentación ineficaz de lactante. ● Potencialmente de espiración.
3. Eliminar	<ul style="list-style-type: none"> ● Alteración de la eliminación urinaria. ● Déficit de auto cuidado: Uso de WC. ● Diarrea. ● Estreñimiento. ● Estreñimiento crónico. ● Estreñimiento subjetivo. ● Incontinencia fecal. ● Incontinencia urinaria de urgencia. ● Incontinencia urinaria funcional. ● Incontinencia urinaria refleja. ● Incontinencia urinaria total ● Retención urinaria.
4. Moverse, conservar una buena postura.	<ul style="list-style-type: none"> ● Alteración de la perfusión mística (especificar el tipo renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica). ● Alto riesgo de disfunción neurovascular periférica. ● Deterioro de la movilidad física. ● Disminución del gasto cardíaco.
5. Dormir y reposar.	<ul style="list-style-type: none"> ● Alteración del patrón del sueño. ● Fatiga. ● Intolerancia a la actividad. ● Potencialmente intolerancia a la actividad.
6. Vestirse y desnudarse.	<ul style="list-style-type: none"> ● Déficit de auto cuidado vestido /acalamiento.
7. Mantener la temperatura corporal en límites normales.	<ul style="list-style-type: none"> ● Alteración potencial de la temperatura corporal. ● Hipertermia. ● Hipotermia. ● Termorregulación.
8. Estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.	<ul style="list-style-type: none"> ● Alteración de la membrana mucosa oral. ● Déficit de auto cuidado: baño higiene. ● Deterioro de la integridad cutánea. ● Deterioro de integridad mística.

	<ul style="list-style-type: none"> ● Deterioro potencial de la integridad cutánea.
9. Evitar peligros.	<ul style="list-style-type: none"> ● Afrontamiento defensivo. ● Afrontamiento individual inafectivo. ● Alto riesgo de auto mutilación. ● Ansiedad – baja auto estima crónica. ● Baja auto estima situacional. ● Desatención unilateral. ● Deterioro de la adaptación. ● Disreflexia. ● Dolor. ● Dolor crónico. ● Duelo anticipado. ● Duelo disfuncional. ● Negación ineficaz. ● No seguimiento del tratamiento (especificar). ● Potencialmente de infección. ● Potencialmente de intoxicación. ● Potencialmente de lesión. ● Potencialmente de traumatismo. ● Potencial de violencia: Auto lesiones, lesiones a otros... ● Respuesta pos-traumática. ● Síndrome traumático de la violación. ● Temor. ● Trastorno del auto estima. ● Trastorno de la identidad personal. ● trastorno de la imagen corporal.
10. Comunicarse con sus semejantes.	<ul style="list-style-type: none"> ● Alteración de los procesos familiares. ● Afrontamiento familiar inefectivo: Comprometido. ● Afrontamiento familiar inefectivo: Incapacitante. ● Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo. ● Aislamiento social. ● Alteración sensoperspectivas. ● Deterioro de la comunicación social. ● Síndrome de estrés de traslado.
11. Actuar de acuerdo a creencias y valores.	<ul style="list-style-type: none"> ● Desesperanza. ● Impotencia. ● Sufrimiento espiritual.
12. Preocuparse por ser útil y por realizarse.	<ul style="list-style-type: none"> ● Alteración del crecimiento desarrollo. ● Alteración de los patrones de la sexualidad.

	<ul style="list-style-type: none"> ● Alteración en el desempeño del rol. ● Alteración parenteral. <p>Alto riesgo de cansancio en el desempeño del rol del cuidador.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cansancio en el desempeño de rol del cuidador. ● Conductas generadoras de salud. ● Conflictos de decisiones. ● Conflictos del rol parenteral. ● Dificultad en el mantenimiento de salud. ● Dificultad para mantenimiento del hogar. ● Disfunción sexual. ● Manejo inefectivo del régimen terapéutico. ● Potencial de alteración parenteral.
13. Recrearse.	<ul style="list-style-type: none"> ● Déficit de alteraciones recreativas.
14. Aprender.	<ul style="list-style-type: none"> ● Alteración de los procesos del pensamiento. ● Déficit de conocimientos (especificar).

Finalmente el diagnóstico de enfermería permite categorizar las actividades de enfermería en:

- 1) **Independientes:** (las que realiza el profesional de enfermería como resultado de su juicio crítico basado en la ciencia o conocimiento de la enfermera; se derivan de la visión global de su sujeto de atención).
- 2) **Dependientes:** (son aquellas que dependen de la interrelación que se tiene con los otros miembros del equipo de salud).
- 3) **Interdependientes:** (son aquellas que dependen de la interrelación que se tiene con los otros miembros del equipo de salud).

3.- PLANEACIÓN

La tercera fase del proceso de atención es la planeación de la atención de enfermería, es decir la etapa que contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico (algunos problemas no se pueden corregir, entonces enfermería puede intervenir para minimizar sus consecuencias).

La planeación de la atención de enfermería incluye las siguientes etapas: establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando un sujeto de atención tiene varios problemas; determinación y planeación de intervenciones de enfermería específicas para ayudarle a lograr los objetivos.

1.- Establecimiento de prioridades.

Durante el proceso de establecimiento de prioridades siempre es posible identificarlas durante la fase de valoración pues necesitan atención inmediata para que puedan ser tratados en un momento posterior.

A demás, la determinación de prioridades tiene por objetivo ordenar el suministro de los cuidados de enfermería de manera que los problemas más importantes o amenazadores para la vida sean tratados antes que los menos críticos.

Establecer prioridades no significa que un problema tenga que ser totalmente resuelto antes de considerar los otros. A menudo es posible abordarlos de forma simultánea. A veces, reducir la gravedad de un problema ayuda a eliminar los otros; por ejemplo, cuando se elimina el dolor intenso se corrige la respiración ineficaz.

El siguiente criterio puede ser útil como guía para establecer prioridades, se hace según la teoría o marco conceptual de cuidados de enfermería escogido por la práctica de enfermería. Por ejemplo, utilizando la teoría Henderson.

- 1.- Respirar.
- 2.- Alimentarse e hidratarse.
- 3.- Eliminar.
- 4.- Moverse y conservar una buena postura (circulación adecuada).
- 5.- Dormir y reposar.
- 6.- Vestirse y desnudarse.
- 7.- Mantener la temperatura corporal en límites normales.
- 8.- Estar limpio, aseado y proteger tegumentos.
- 9.- Evitar los peligros (mantener la integridad física y mental).
- 10.- Comunicación con sus semejantes (desarrollo como ser humano, asumir su sexualidad).
- 11.- Actuar de acuerdo a creencias y valores.
- 12.- Preocuparse por su propia realización (y en conservar su propia estima).
- 13.- Recrearse.
- 14.- Aprender.

Para guiar el suministro de atención de enfermería, el profesional debe:

- 1.- Aliviar el dolor de atención (una necesidad fisiológica) antes de fomentar la higiene (autoestima).
- 2.- Satisfacer las necesidades que el sujeto de atención siente más importantes, siempre y cuando no interfieren con el tratamiento médico con la supervivencia.
- 3.- Considerar el efecto de problemas potenciales futuros al establecer prioridades.

2.-Determinación de objetivos (metas esperadas).

Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el sujeto de atención y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería. Las metas se derivan de la parte del diagnóstico de enfermería o problema; deben quedar siempre por escrito con el fin de que todo el personal que atiende al sujeto conozca claramente lo que se desea lograr con el y por tanto, determinar si se alcanzo o no el objetivo.

Los resultados esperados, o metas, deben estar centrados en el compartimiento del sujeto de atención, ser claras y concisas, ser observables y mediales, e incluir indicadores de desempeño; además, deben estar limitadas en el tiempo a corto y largo plazo, ser ajustadas a la realidad y definidas en forma conjunta con el sujeto de atención.

Las metas pueden abarcar múltiples aspectos de la respuesta humana (como el aspecto físico y funciones del cuerpo), los síntomas, los conocimientos, las habilidades psicomotrices y los sentimientos o estados emocionales.

3.- Planeación de las intervenciones de enfermería.

Las intervenciones de enfermería están destinadas a ayudar al sujeto de atención a lograr las metas de cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería.

Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. La meta la logra el sujeto de atención y la intervención la realiza el profesional de enfermería, con el sujeto de atención y el equipo de salud.

Las intervenciones de enfermería reciben nombres de diversas acciones, estrategias, planes de tratamiento y ordenes de enfermería.

Antes de enunciar la cuarta fase se mencionarán las características de las órdenes de enfermería.

Estas deben ser coherentes con el plan de atención, estar basadas en principios científicos, ser individualizadas en principios científicos, ser individualizadas para cada situación, proveer un ambiente terapéutico seguro, generar las oportunidades de enseñanza al sujeto de atención, indicar las precauciones que se deben tomar y las consecuencias que se deben prever, indicar la hora, el

intervalo, la continuidad y la duración en que se deben desarrollar las acciones de enfermería.

Siempre deben quedar escritas porque además de facilitar la comunicación son un elemento de control para verificar el cumplimiento de las metas. Pueden escribirse varias acciones para el logro de una meta y a medida que el sujeto de atención va mejorando esperando su estado, van modificando cuantas veces sea necesario.

Las órdenes de enfermería implican un juicio crítico para tomar decisiones sobre cuales son de competencia de la enfermera y cuales son delegables o de competencia de otra disciplina de la salud; esto último se hace de acuerdo con la complejidad, los conocimientos y habilidades requeridas, y las implicaciones éticas, entre otros criterios.

4.- Ejecución

La ejecución es la operacionalización del planteamiento de la atención de enfermería consta de varias actividades: validar el plan , documentarlo, suministrar y documentar la atención de enfermería y continuar con la recopilación de datos.

1.- Validación del plan de atención. Es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas más expertos, otros miembros del equipo de salud y el sujeto de atención.

En la validación del plan debe dar respuestas a tres interrogantes esenciales: ¿El plan está orientado a la solución de más respuestas humanas del sujeto de atención? ¿Se apoya en conocimientos científicos sólidos? ¿Cumple con las reglas para recolección de los datos, priorización de necesidades, elaboración de diagnósticos de enfermería y de los resultados esperados?

Cuando se valida el plan con el sujeto de atención se le da la oportunidad de participar en la planeación de su propia atención.

2.- Documentación del plan de atención. Para comunicar el plan de atención al personal de varios turnos, debe estar escrito y al alcancé de los miembros del equipo de salud.

Actualmente se utilizan distintos tipos de cuidados. Los de uso más habitual son los individualizados, estandarizados con modificaciones y computarizados. Los primeros son impresos y divididos en columnas destinadas para el diagnóstico de enfermería, los resultados esperados y las acciones de enfermería.

En los planes estandarizados con modificaciones, que permiten la individualización, los diagnósticos de enfermería, los resultados esperados y las acciones se especifican utilizando espacios en blanco para completar.

Los planes de cuidado computarizados se pueden elaborar en la terminal del cuarto del sujeto de atención o en un control central, una vez validada e

introducida la información, se imprime diariamente en cada turno o en cuanto se necesite. Los planes computarizados permiten elaborar planes individualizados con modificaciones.

Una vez estructurado y escrito el plan, el profesional de enfermería puede proceder a dar la atención como planeo. La ejecución de las intervenciones de enfermería debe ir seguida de una completa y exacta anotación de los hechos ocurridos en esta etapa del proceso de enfermería.

En Colombia la información se consigna en la hoja de observaciones de enfermería. Además se utilizan las hojas para otros registros como control líquido y signos vitales, entre otros.

Existe una forma adicional, la forma de documentación por problemas o evolución de enfermería basado en SOAPER: S; signos subjetivos, O; signos objetivos, A; valoración (assessment); P; plan, L; implementación, intervenciones, E; evaluación y R; revaloración.

3.- Continuación con la recolección de datos. A lo largo de la ejecución el profesional de enfermería continua la recolección de datos, esta información puede usarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la tensión de acuerdo con la evolución del sujeto de atención.

5. Evaluación

La quinta y última fase es la evaluación. Es un proceso continuo que se utiliza para juzgar cada parte del proceso de enfermería. Consiste en la comparación sistemática y planeada entre el estado de salud del sujeto de atención y los resultados esperados. Esta fase consta de tres partes: la evaluación del logro de objetivos, la revaloración del plan de atención y la satisfacción del sujeto de atención.

La evaluación del logro de objetivos. Es un juicio sobre la capacidad del sujeto de atención. Su propósito es decir si el objetivo se logró. Lo cual puede ocurrir de dos formas. La primera un logro total, es decir cuando el sujeto de atención es capaz de realizar el comportamiento en el tiempo establecido en el enunciado del objetivo. La segunda es un logro parcial, es decir ocurre cuando el sujeto de atención está en el proceso de lograr el resultado esperado o puede demostrar el comportamiento, pero no tal y como fue especificado en el enunciado.

Como el sujeto de atención no ha conseguido el resultado esperado se afirma que no hubo logro.

El resultado debe quedar escrito en la historia dentro del plan. Si el problema del sujeto de atención se resolvió, el profesional de enfermería indicará el plan que el objetivo se alcanza parcialmente o no se logra, se inicia la segunda parte de la evaluación.

La revaloración del plan. Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el sujeto de atención.

Los datos de la revaloración pueden provenir de varias fuentes: la observación, la historia y la entrevista; pero la mayor parte de los datos los reúne el profesional de enfermería mientras brinda, coordina y supervisa la atención.

Esta nueva información será la prueba para evaluar el logro del objetivo e incluso, puede indicar la necesidad de revisión del plan de atención existente.

Al realizar la revaloración se pueden presentar las siguientes situaciones:

- Que las prioridades hayan cambiado su orden.
- Que haya surgido un nuevo problema.
- Que el problema haya sido resuelto.
- Que a pesar de haber logrado el objetivo el problema existe y,
- Que el objetivo no se logró en forma parcial.

Ante cualquiera de los anteriores resultados el profesional de enfermería tendrá que tomar decisiones como cambiar el orden de prioridad de los problemas; elaborar nuevos diagnósticos de enfermería con base en los nuevos problemas; eliminar los diagnósticos de los problemas resueltos, replantear nuevas metas y acciones para solucionar el problema persistente e identificar las razones por las cuales el objetivo no se logró o sólo se logró parcialmente.

En cuanto a este último punto, las razones más frecuentes para no alcanzar el resultado enunciado son: el diagnóstico de enfermería del cual se deriva el objetivo, es inadecuado; el diagnóstico es adecuado pero el objetivo es irreal para las capacidades del sujeto de atención, para los recursos con que se cuenta.

El diagnóstico y el objetivo son adecuados, pero las acciones de enfermería no lo son para alcanzarlo y el diagnóstico, el objetivo y las acciones son adecuadas para las circunstancias del hospital. Cambiaron el sujeto de atención, o se indicaron nuevas órdenes médicas opuestas al plan de atención de enfermería.

La satisfacción de sujeto de atención. Al evaluar este aspecto hay que tener en cuenta que el sujeto de atención no siempre tiene el conocimiento de lo que implican unos buenos cuidados y a veces por ignorancia puede sentirse satisfecho de algunas intervenciones a pesar de que se trate de unos excelentes cuidados de enfermería.

A pesar de todo es de suma importancia conocer su apreciación y discutirla con él. Es importante resaltar que en la evaluación del logro de objetivos no se evalúan las acciones de enfermería, esto se hace en la revaloración del plan.

La evaluación y revaloración ayudan al profesional de enfermera a desarrollar la habilidad para redactar planes reales y objetivos para afrontar los problemas del sujeto de atención; dan la retroalimentación necesaria para determinar si el plan de atención fue efectivo en la eliminación, disminución o prevención de los

problemas del sujeto de atención y permiten diseñar protocolos de atención de enfermería cuando el plan de atención ha dado resultados satisfactorios. En caso contrario, le permite valorar lo correcto o incorrecto del plan antes de utilizarlo nuevamente.

VI. DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (DIABETES MELLITUS)

La diabetes mellitus es un síndrome sistémico crónico caracterizado por la hiperglucemia que es causada por la reducción en la secreción o actividad de la insulina, dando como resultado la imposibilidad para metabolizar adecuadamente los carbohidratos, las proteínas y las grasas eventualmente.

La insulina es una hormona producida por las células beta en los islotes de Langerhas del páncreas. Es liberada en forma continua en el torrente sanguíneo en pequeñas cantidades y aumentan cuando se ingieren los alimentos. Esta insulina regula el metabolismo para mantener el nivel de glicemia en ayunas dentro de los límites normales.

La insulina participa en la digestión de todos los alimentos, después de comer los niveles de insulina aumentan promoviendo el paso de los carbohidratos hacia las células y estimulando el hígado y los músculos para que almacene glucosa en forma de glucógeno. La insulina apoya el metabolismo de las grasas promoviendo su almacenamiento en el tejido adiposo y estimula el ingreso de los aminoácidos, aumentando así la síntesis de proteínas.

Las hormonas correguladoras, es decir, aquellas que trabajan en oposición a la insulina son: Glucagón, epinefrina, hormona del crecimiento, cortisol y somatostatina. Estas hormonas estimulan la liberación de glucógeno desde el

hígado, aumentan los niveles sanguíneos de glucosa y regulan la cantidad de insulina en el cuerpo.

Existen dos tipos de diabetes mellitus tipo I y II. El comité de expertos de la ADA encontró que la clasificación previa de la Diabetes Mellitus insulino dependientes y Diabetes Mellitus no insulino dependientes. La clasificación se basa en la etiología de la enfermedad.

Examen físico

Con frecuencia coexisten varios factores que pueden predisponer a los pacientes a la Diabetes Mellitus, incluyendo la edad, obesidad, el estrés y una historia familiar de Diabetes. Los síntomas clásicos de la Diabetes Mellitus son conocidos como las tres "P", Poliuria, polidipsia y polifagia.

Exámenes de diagnóstico

- Glucosa sanguínea en ayunas: Los valores difieren dependiendo de la fuente de la muestra.
- Análisis urinario de la glucosa: La realización de esta depende de la edad, severidad de la Diabetes Mellitus y la función renal del paciente.
- Colesterol y triglicéridos: cuando la insulina no está funcionando, los niveles sanguíneos de los lípidos, el colesterol y triglicéridos se encuentran elevados.

- Hemoglobina glucocinada: La hemoglobina glucocinada es un indicador del nivel de glicemia, refleja las tendencias del paciente diabético en cuanto a su cumplimiento y el manejo de los niveles de glucosa.
- Proteinuria: La proteinuria es un signo de neuropatía temprana.

Luego de visitar al medico. Se hizo el diagnostico de diabetes y se recomienda tratamiento. El objetivo de los pacientes con Diabetes Mellitus I y II es mantenerlos tan eglicemicos como sea posible. Como sucede con otras enfermedades la Diabetes Mellitus es una condición que se maneja (no se cura).

DIABETES MELLITUS TIPO II

La forma mas frecuente de Diabetes mellitus es la tipo II de la cual existen dos clases obesa y no obesa. Existe un fuerte factor genético para la Diabetes Mellitus tipo II que se presenta generalmente en pacientes mayores especialmente si se tienen exceso de peso cuando el paciente es obeso, disminuye el número de receptores de insulina.

La resistencia periférica es un factor fisiopatológico asociado con la Diabetes Mellitus tipo II; esta ocurre cuando el páncreas secreta insulina pero el cuerpo no puede utilizarla en forma efectiva. En algunos pacientes existe una producción reducida de insulina. En otros, puede existir una sobre producción de insulina pero una menor respuesta a la hormona y una regulación anormal de la glucosa hepática.

ETIOLOGÍA

En el paciente con Diabetes Mellitus la glucosa no puede atravesar la membrana celular hacia el espacio intracelular para ser metabolizada, dando como resultado la polifagia mientras aumente el nivel de glicemia, la sangre saturada de glucosa circula a través de los riñones. Una vez que alcanza el umbral renal generalmente a una concentración de 160 a 180mg/dl la glucosa ingresa a la orina como resultado de la osmosis causando glicosuria, con la glicosuria la excreción de agua aumenta como consecuencia del efecto osmótico, originando la poliuria. La gran cantidad de agua eliminada a través de los riñones ocasiona sed intensa.

MÉTODOS DE TRATAMIENTO

Cuatro componentes principales de la atención que deben ser supervisados por el equipo de Diabéticos son: la dieta, la educación del paciente y su familia respecto a las habilidades para su auto manejo, el ejercicio y los medicamentos. Los objetivos generales de la terapia son:

1. Corregir las alteraciones metabólicas de la diabetes.
2. Prevenir las complicaciones, a largo plazo a nivel micro y macrovascular.

Dieta: Dado que los pacientes con Diabetes mellitus son incapaces de metabolizar adecuadamente los alimentos, la nutrición sea un componente importante del tratamiento.

Educación del paciente y su familia respecto a las habilidades para su auto

manejo: La educación es fundamental aprender a vivir con la Diabetes.

Ejercicio: El ejercicio debe ser relajante y practicarse regularmente, el ejercicio ayuda a perder peso, disminuye los triglicéridos y el colesterol total aumenta el tono muscular, mejora la circulación y contribuye a una sensación de bienestar.

Medicamentos: La insulina a dosis ajustadas si es necesaria y los agentes hipoglucemiantes orales son los medicamentos mas comúnmente utilizados.

VII. CASO CLÍNICO

Don Gustavo de 56 años de edad, residente y originario de la comunidad de Cherán, Mich., casado, padre de 7 hijos, campesino, comerciante Diabético desde hace 8 años se le detectó la Diabetes. Fue Hospitalizado por hiperglucemia, desde entonces inició control durante 3 años consecutivos, aproximadamente hace 8 meses dejó de ir al centro de salud a sus citas médicas. Fumador y toma de vez en cuando, no lleva una dieta adecuada, come alimentos altos en contenido calórico (carnitas, pozole, huevo, carne etc.) a horarios irregulares, desayuna a las 12 y come a las 6, consume poca agua y bastante refresco. Es muy tímido, le cuesta mucho trabajo relacionarse con los demás, ha dejado de interesarse en su salud y su cuidado personal. Se baña cada 8 o 15 días por que dice que le da frío o flojera, no acostumbra a lavarse los dientes (halitosis), su piel esta seca. Es católico, no escucha del oído izquierdo por enfermedad de la niñez. Se niega a escuchar consejos relacionados con su enfermedad. Está orientado, vive y viste de acuerdo al entorno que lo rodea, su situación económica es de nivel medio, vive en casa de tabique cuentan con todos los servicios necesarios pero con poca higiene, las decisiones las toma la esposa.

T/A: 120/70

FC: 78X´

FR: 20X

T°: 36.6°

Talla: 1.52

Peso: 48kg

VIII.- APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE ENFERMERÍA

8.1.- VALORACIÓN DE NECESIDADES

1.- Necesidad de oxigenación

La respiración esta aparentemente dentro de cifras normales FR 20 rep/min pulso 80 latidos/min. Sin evidencia de alteraciones.

2.- Necesidad de nutrición e hidratación

Pesa: 48kg

Talla: 1.52cm

Su dieta diaria está dividida en 3 comidas aunque en horarios poco favorables y los alimentos que consume son altos en grasas y azúcares, con escaso consumo de frutas, verduras y legumbres.

Desayuna: Por lo regular menudo o carne guisada.

Come: Carne o huevo casi siempre.

Cena: Tacos.

Bebe muy poco agua, le gusta mas el refresco, hay evidencia de que ha perdido peso, sin embargo él, manifiesta que “tiene mucho apetito”, aparentemente no tiene problemas de masticación, deglución o de intolerancia a los alimentos. La piel se observa deshidratada, reseca. Habitualmente come acompañado por su familia, su esposa se encarga de preparar la comida y se consumen los alimentos a diferentes y muy variadas horas debido a que se dedican al comercio y sus horarios de trabajo no les permiten tener una rutina.

3.- Necesidad de eliminación

Eliminación intestinal 1 vez al día por las mañanas, él refiere que las heces son de consistencia normal. Su frecuencia urinaria es de 5-7 veces al día, en respuesta a la pregunta el paciente considera que la sudoración cutánea que presenta es normal, no ha detectado cambios ni en cantidad ni en olor.

4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura

No depende de nadie para desplazarse, su modo de andar es lento y no manifiesta interés por su auto cuidado y su salud, ni en actividades recreativas. Se observa paciente retraído, apático y poco comunicativo.

5.- Necesidad de descanso y sueño

Don Gustavo suele dormir 8-9hrs por la noche, en ocasiones se toma una siesta de media o una hora, su sueño se ve interrumpido por la necesidad de orinar, pero con facilidad concilia nuevamente el sueño.

6.- Necesidad de vestirse adecuadamente

Actualmente se viste de acuerdo a su edad y al ambiente, sin embargo su aspecto es un tanto descuidado, con desaliño personal e higiene deficiente.

7.- Necesidad de termorregulación

A la exploración presenta una cifra de temperatura corporal axilar de 36.6. Sin evidencia de alteraciones.

8.- Necesidad de higiene y protección de la piel

Muestra piel deshidratada, se baña cada 8 o 15 días, no acostumbra cepillarse los dientes presenta halitosis, su cabello está largo, descuidado con evidencia de caspa, las uñas se observan descuidadas sucias y gruesas.

9.- Necesidad de evitar peligros

Don Gustavo se encuentra orientado en las tres esferas, sin evidencia de alteración en este aspecto. Sin embargo no escucha bien con el oído izquierdo, durante la entrevista se muestra alerta. Sin evidencia de alteración perceptiva, (con excepción de la hipoacusia que padece) por lo que se ha valorado tener riesgo de lesión.

10.- Necesidad de comunicarse

Desarrollo como persona y asumir su sexualidad. Es tímido, no tiene amigos y le cuesta trabajo manifestar sus sentimientos y relacionarse con personas que no conoce, vive con su esposa y con su hijo menor. Pude observar que no hay comunicación entre padre e hijos.

11.- Necesidad de vivir según creencias y valores

Es católico y sólo en ocasiones va a misa en celebraciones importantes.

12.- Necesidad de realizarse

Es comerciante, vende todos los días en su puesto ambulante. Su situación económica es de nivel medio. Al convivir con él, observé que no lo toman en cuenta para tomar decisiones importantes, la última palabra la tiene la esposa.

13.- Necesidad de recrearse

Jugar y participar en actividades recreativas. Expresa poco interés en participar en dichas actividades, su único pasatiempo es ver la televisión.

14.- Necesidad de aprendizaje

Cursó hasta 6° grado de primaria, sabe leer, escribir y sacar cuentas.

DATOS QUE MUESTRAN INDEPENDENCIA

- La respiración es de 20 respiraciones por minuto.
- Frecuencia cardíaca 82 por minuto.
- Aparentemente todo lo tolera adecuadamente.
- Habitualmente come.
- Su micción es de 5-7 veces al día.
- Come acompañado de su familia.
- No tiene problemas de masticación o deglución.
- Evacua una vez al día por las mañanas, manifiesta que sus heces son de consistencia normal.
- Puede desplazarse solo, no depende de nadie.
- Duerme de 8 a 9 horas diarias por la noche.

- Esta orientado.
- Es comerciante, su situación es de nivel medio.
- No es analfabeta.

DATOS QUE MUESTRAN DEPENDENCIA

- Casi no bebe agua toma más refresco.
- A su exploración presenta piel y mucosas secas.
- Come tres veces al día en horarios desfavorables, los alimentos que consume son altos en grasa y azúcares.
- Tiene mucho apetito.
- Su andar es lento, apático, no manifiesta interés por actividades recreativas.
- No demuestra interés por cuidar su salud.
- Su aspecto es un tanto descuidado.
- Se baña cada 8 o 15 días, no acostumbra lavarse los dientes, tiene halitosis, caspa, sus uñas están sucias.
- No escucha del oído izquierdo. Tiene los oídos sucios con exceso de cerumen.
- Es tímido, le cuesta mucho expresar sus sentimientos y relacionarse con personas que no conoce, por lo que existe poca comunicación con su familia.

8.2 FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICOS Y PROBLEMAS

DIAGNÓSTICO 1

DATOS QUE MUESTRAN DEPENDENCIA

- Dieta inadecuada.
- Incumplimiento de tratamiento médico.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Alteración de los niveles de glicemia en relación con control ineficaz, sedentarismo e incumplimiento del tratamiento manifestado por cifras de glicemia elevada.

OBJETIVO

- Logrará en la medida de lo posible mantener la glucosa estable.
- Retomará el tratamiento para evitar posibles complicaciones.
- La familia lo animará a seguir su tratamiento.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Realizar destrostix en ayunas cada 3er día hasta reestablecer la glucosa y así mantener controlado el nivel de la misma.
- Involucrar a la familia para el cumplimiento de su tratamiento; verificar se administre adecuadamente.
- Enseñar a la esposa sobre el funcionamiento del glucómetro.
- Concientizar al paciente sobre su enfermedad. Que comprenda que su enfermedad no es curable pero puede llevar una buena calidad de vida si mantiene un tratamiento adecuado y responsable.

ACCIONES

Se realizan visitas domiciliarias al paciente, se le comunica que se le realizarán destrostix durante 10 días. Se le orienta acerca del funcionamiento del glucómetro pues es indispensable saber el estado en el que se encuentra el paciente en lo que se refiere a los niveles de glucosa que mantiene.

Mediante una plática formal se les explica a los familiares la importancia de colaborar con el cumplimiento y administración de los medicamentos hipoglucemiantes para lograr una estabilidad en los niveles de glucosa. Se habla también en la plática sobre la enfermedad en general de manera clara y concisa.

EJECUCIÓN

Para realizar estas intervenciones se visitó al paciente durante 10 días para tomar su destrostix cada tercer día por la mañana a las 8 am en ayunas. Primeramente le mostré el glucómetro a él y a su familiar, les explique detalladamente acerca de su funcionamiento, se le dijo lo siguiente: Don Gustavo, este aparato se llama glucómetro, hay de muchas marcas y de diferentes formas pero sirven para lo mismo y es importante conocerlo y saberlo usar para que así usted se puede estar vigilando la glucosa periódicamente en casa para saber como anda de su azúcar, mire se va dar un piquetito en su dedo para obtener una poca de sangre, la suficiente para la muestra que ocupa el aparato esperamos un minuto, sale el resultado automáticamente y lo anotamos.

El paciente se mostró muy interesado, me dio su consentimiento para realizarle dicho procedimiento, también se le enseñó al familiar a utilizarlo ese mismo día (5 de febrero), se tomó como primer día y el resultado fue el siguiente: 280mg/dl de glucosa y así lo hicimos hasta cumplir los diez días.

7 de febrero: 282mg/dl

9 de febrero 268mg/ dl

11 de febrero: 269mg/dl

13 de febrero 198mg/dl

15 de febrero 177mg/ dl

Don Gustavo manejó un promedio de 238 mg/dl. Los días posteriores los destróxis los tomó su esposa y los resultados que reportó fueron los siguientes:

17 de febrero 158mg / dl

19 de febrero 168mg/dl

21 de febrero 154mg/dl

23 de febrero 158mg/dl.

25 de febrero 162mg/dl.

En este segundo periodo de control el paciente mantuvo un promedio de 160 mg/dl. Lo cual permite concluir que hubo mejoría y que las intervenciones de enfermería implementadas tienen un efecto positivo en la salud del paciente.

Durante la realización de estas intervenciones se estuvo haciendo hincapié en el cumplimiento de su tratamiento y él mismo comprobó que las cifras cambiaron con el paso de los días y reconoció que los medicamentos le estaban favoreciendo, también se estuvo reforzando la importancia de tomarlos en los horarios indicados y no prolongar los ayunos para evitar una hipoglucemia.

Con unas láminas cuya información era acerca de la diabetes mellitus, el día 25 de febrero les explique a él y a la familia que pudo reunirse ese día sobre lo importante que es ayudar al paciente en el cumplimiento de su tratamiento, que si él no se acuerda de tomarse sus medicamentos, uno de ellos tiene que recordarle y también acerca de cuando le toca su cita en el centro de salud para que le proporcionen su medicamento y realicen su control. Se le explicó también que no debe dejar su tratamiento que es de por vida aunque se sienta bien para evitar posibles complicaciones.

EVALUACIÓN

Al finalizar las intervenciones se observa al paciente más activo. Gracias a la buena disponibilidad y fuerza de voluntad de él y su familia que ha cumplido con su tratamiento y reconoció que el medicamento lo está favoreciendo y que el desconocimiento afecta las enfermedades; ahora él manifiesta que sabe sobre su enfermedad y que su familia lo ha ayudado mucho sobre todo su esposa y de vez en cuando le toman su destrostix ; puedo decir que esta intervención fue difícil de realizar ya que el desconocimiento hace que las personas presenten resistencia al cambio y poco compromiso con su propia salud.

FUNDAMENTACIÓN

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica y potencialmente incapacitante que se caracteriza por una concentración de glucosa sanguínea elevada. La diabetes mellitus altera el metabolismo de los hidratos de carbono, las proteínas y las grasas. Mediante una liberación cuidadosa de insulina, el cuerpo es incapaz de controlar como y cuando se metabolizan las grasas, las proteínas y los hidratos de carbono.

La hiperglucemia es la causa de los síntomas característicos de la diabetes mal controlada poliuria polidipsia y perdida de peso; en ocasiones tambien hay polifagia y visión borrosa. Las complicaciones de la enfermedad son de las anormalidades metabólicas, tanto en la glucosa como en las proteínas y lípidos a largo plazo la hiperglucemia produce daño en los nervios (neuropatía) como en los glomérulos renales (nefropatía). La diabetes mal controlada tambien acelera la ectogenesis (macroangiopatía), lo que afecta a las arterias, cerebrales y periféricas.

El autocontrol de la glucosa sanguínea es un componente esencial del proceso terapéutico; proporciona a la persona con diabetes y a los miembros del equipo sanitario la información necesaria para ajustar de forma continua el plan de asistencia; el realizarlo en casa proporciona un medio preciso a la persona con diabetes para aprender más acerca de los factores que afectan a las concentraciones sanguíneas de glucosa.

DIAGNOSTICO No. 2

2.- NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION

Patrón 1 Intercambio.

DATOS QUE MUESTRAN DEPENDENCIA

- Bebe muy poco agua.
- No le gusta el agua bebe mas refresco.
- Piel seca, mucosas moderadamente deshidratadas.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con una ingesta inadecuada, menor a los requerimientos diarios.

OBJETIVO

- Lograra mantener una hidratación adecuada en las primeras 3 semanas de iniciada la intervención.
- Identificará las posibles complicaciones de una mala hidratación.
- Disminuirá poco a poco el consumo de refresco hasta eliminarlo.

INTEVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Orientar al paciente sobre la necesidad de consumir más líquidos.
- Proponerle al paciente que se aplique crema hidratante en su piel para disminuir la resequedad.

- Orientarle a la esposa que prepare agua de sabores y endulzarlo con azúcar sin calorías para evitar que el paciente consuma refresco y así eliminarlo poco a poco.

ACCIÓN

Se visitó a don Gustavo nuevamente en su domicilio y se mantuvo una conversación amena acerca de su estado de salud, él expreso sentirse bien y retomamos el tema del consumo de agua adecuado. El paciente manifiesta que “no me gusta el agua, además el refresco que tomo es de dieta”. Se le comentó que eso no garantiza que no contengan azúcar, pero que lo más importante era que su piel y sus labios reseco se debían a que su cuerpo no recibía la cantidad necesaria de agua, se le sugirió que incrementará el consumo de agua fresca de sabor, endulzada con canderel e ir eliminando el refresco. Como responsable de las compras y de la comida familiar la esposa estuvo presente y escucho muy atenta la platica, se comprometió a tener a la mano jarras de agua de frutas y quedo programada con ellos una sesión formal para revisar la información acerca de la hidratación y su importancia para el 4 de enero 2007.

EJECUCIÓN

El día 4 de enero de 2007 en una sesión de 40 minutos se le explicó a don Gustavo con ayuda de material gráfico la importancia del porque consumir más agua. El paciente se mostró poco interesado tal vez por que tenía prisa e iba a ocuparse con otra actividad, por lo que hubo necesidad de volver a programar otra sesión.

La otra sesión se llevo a cabo la semana siguiente, el domingo, el paciente mostró más interés y expreso lo siguiente: “Ahora si ya voy entendiendo, por mi diabetes es que orino cada rato y por lo mismo debo tomar agua por que me puedo deshidratar”. Otra acción con don Gustavo fue la de incluir el uso de cremas para mejorar el estado de su piel, durante algunos días se le estuvo recordando que la utilizara, lo hace con más frecuencia y se la aplica sin frotar su piel.

EVALUACIÓN

Al finalizar la intervención el paciente logró aumentar su consumo de agua, su esposa colaboró mucho para poder llevar acabo esta intervención ya que ella preparaba agua de sabor al principio expresa que no la aceptaba pero poco a poco al recordarle de la platica dice que fue aceptando ahora se toma un refresco de vez en cuando de dieta, esta intervención me fue un poco difícil llevarla acabo ya que cambiar hábitos es difícil tanto por el desconocimiento de las personas acerca de las consecuencias como por la costumbre y la incomodidad que implican algunos cambios sin embargo el paciente mejoró su condición y se evitó el riesgo.

FUNDAMENTACIÓN

El agua es el disolvente universal de la materia viva. Un 60% de nuestro cuerpo es simplemente agua. Los riñones necesitan agua para poder filtrar la sangre y eliminar las sustancias de desecho con la orina; nuestro aparato digestivo necesita agua para que las heces no sean demasiado secas y duras; la piel necesita agua para conservarse tersa y sana y los huesos deben contener una adecuada producción de agua para mantener su elasticidad y dureza.

DIAGNÓSTICO 3

3.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Patrón 1 Intercambio

DATOS QUE MUESTRAN DEPENDENCIA

- Come en horarios irregulares y alimentos con altos contenidos de grasa y azúcares.
- Don Gustavo refiere que tiene mucho apetito.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Alteración de la nutrición por exceso en relación a un consumo elevado de alimentos ricos en grasa y azúcares en horarios irregulares manifestado verbalmente por el paciente.

OBJETIVO:

- Logrará don Gustavo cambiar y corregir sus hábitos alimenticios cuanto antes.
- La esposa se dispondrá a ayudar al paciente. A adecuar su ingesta de alimentos a sus necesidades.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Confeccionar conjuntamente una dieta baja en calorías, adaptándola en la medida de lo posible a los gustos y recursos del paciente.
- Desaconsejar las comidas abundantes y de altos niveles de grasa y calorías.
- Ajustar adecuadamente los horarios de alimentación.
- Orientar conjuntamente al paciente y a su familiar sobre lo importante de corregir su alimentación.

ACCIÓN

Se visita a don Gustavo en su puesto ambulante con la intención de mantener una plática agradable, me invitan a desayunar, eran las 12 del medio día y era la primera comida del día, acepté la invitación, recogieron su puesto y me llevan con ellos. La señora compró pozole en el tianguis y lo acompañamos con refresco. Posteriormente le recordé a don Gustavo que yo era su enfermera y él mi paciente y que para poder ayudarlo era necesario que se hicieran algunos cambios en su alimentación y que no era correcto que desayunara tan tarde y con

alimentos que no le favorecen nada por su padecimiento. Posteriormente se platicó con la esposa para lograr su colaboración en el mantenimiento de la salud del paciente, aunque hubo resistencia, la plática giró en torno a la posibilidad de que mejor se prepare algo de comer en casa, a pesar de que se reconoció que por el puesto era poco el tiempo y mayor la comodidad de comprar algo fuera, se le sugirió incrementar las verduras como calabazas, nopales, quelites etc. y se habló de los horarios, ya que don Gustavo tiene indicados medicamentos hipoglucemiantes y le puede bajar la glucosa si no come nada. Durante la sesión estuvieron muy atentos y comprensivos y les propuse darles una plática más formal acerca de la alimentación adecuada del paciente diabético y estuvieron de acuerdo.

EJECUCIÓN

El día lunes 8 de enero en el domicilio del paciente, la esposa de don Gustavo preparó pescado para comer y fui invitada a compartirlo. Después de la comida me dispuse a dar la plática preparada y la señora me sugirió que esperáramos a su hijo, el más pequeño, que regresaría de la escuela y cuando llegó el muchacho, con láminas ilustrativas de apoyo se les explicó como debe ser la alimentación del paciente diabético, los esposos se mostraron muy interesados e hicieron preguntas acerca de los alimentos que aparecían en las láminas y manifestaron que ignoraban que los podía consumir, que eran buenos para su salud, les comenté también que con una buena alimentación los pacientes diabéticos se controlan bastante bien; no hubo necesidad de programar otra

plática formal pero se siguió reforzando la actividad a lo largo del proceso. La esposa se comprometió a comprar los alimentos fuera lo menos posible y a tratar de preparar la comida de don Gustavo en casa lo más que pueda.

EVALUCIÓN

Esta intervención tomó alude tiempo, ya que primero tuve que buscar el momento oportuno para poder hablar sobre el tema. Ahora la familia de don Gustavo consume una dieta más saludable; la señora se ha comprometido a preparar los alimentos en casa y solo en caso de fuerza mayor compran en el mercado. También han logrado cambiar sus hábitos en cuanto al horario, aunque ha sido poco a poco y con mucha resistencia, de vez en cuando comen en el puesto ya que no les es posible de otra manera, pero consumen algo ligero temprano por la mañana antes de salir y ya no pasan tanto tiempo sin alimento. No se cumplió el objetivo al 100% por las circunstancias y también por la costumbre. Al finalizar el proceso don Gustavo logró cambiar sus hábitos alimenticios en un 60%, ahora come más sano y a horarios un poco más estables, Se ha observado mejoría en cuanto a su padecimiento y estado general.

FUNDAMENTACIÓN

Los individuos con diabetes deben recibir educación respecto a la nutrición y la diabetes, así como un plan de comidas individualizado y adecuado para su estilo de vida personal y a los objetivos terapéuticos de la diabetes. La mayor parte de los pacientes con diabetes mellitus tipo II presentan sobre peso u obesidad, lo que conlleva a una restricción que dificulta notablemente el cumplimiento de la dieta

prescrita. Para mantener el control metabólico es importante conseguir un plan de comidas correcto desde el punto de vista nutritivo y que sea adecuado para la persona. Esta debe seleccionar el plan de comidas que alcance los siguientes objetivos, mejorar la glucosa sanguínea y las concentraciones de lípidos, facilitar coherencia en la ingesta de alimentos del día a día.

DIAGNÓSTICO No. 4

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENERSE EN BUENA POSTURA

Patrón 6 Movimiento

DATOS QUE MUESTRAN DEPENDENCIA

- Su andar es lento y apático.
- No manifiesta interés por actividades recreativas.
- Su sedentarismo es observable.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Déficit de actividades recreativas en relación con la indiferencia manifestado por el nulo interés que tiene en dichas actividades.

OBJETIVO

- Participará don Gustavo en actividades recreativas adecuadas a su edad y situación de salud los primeros 15 días.
- Combatirá el sedentarismo en la medida de lo posible.
- La esposa motivará a don Gustavo a participar en actividades recreativas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Orientar al paciente de las ventajas de las actividades recreativas y el ejercicio físico para su padecimiento.
- Identificar conjuntamente los gustos y áreas de interés y confeccionar un listado para así poderlas realizar.
- Involucrar al familiar a las actividades que el paciente tenga que realizar para que se sienta acompañado.
- Hacer hincapié de que tenemos que evitar el sedentarismo para ayuda de su salud.

ACCIÓN

Para llevar a cabo esta intervención tuve que hacer muchas invitaciones y esperar muchos días por que el paciente se encontraba indispuesto. Lo invitaba a dar un paseo caminando por el campo pero no surgía la ocasión adecuada, fui al puesto porque es donde lo puedo ver casi siempre, le pregunté a don Gustavo que si no le gustaba caminar porque se ha negado a aceptar mi invitación, le pedí que llevara también a su esposa y él me contestó lo siguiente: “yo así soy, muy serio, no le parezca mal señorita es mi carácter y creo que ya no voy a poder cambiarlo” (SIC) le explique que no trataba de cambiar su carácter ni mucho menos su forma de ser, mas bien lograr que se olvide un rato del trabajo, que se relaje y se quite ese estrés. Aceptó salir a caminar al campo al día siguiente, le comenté que platicaríamos un rato, debido a que como es mi paciente, mi trabajo es conocerlo un poco más. La señora estaba muy dispuesta a ir, se podía

observar que ella estaba más entusiasmada que el paciente. Le indique que llevaríamos unas tostadas para comer y que podía invitar a otros familiares. Le pregunté acerca de cuales son las actividades que más le gustaba o le agrada hacer y contestó que solo le gustaba ver las luchas en la televisión, le comenté que a la mañana siguiente hablaríamos acerca de otras actividades que podría hacer y que le daría unos folletos en los cuales se le presentaría la información para que los entienda mejor.

EJECUCIÓN

El día 14 de enero fue el día de la salida, comimos algunas tostadas muy nutritivas que yo misma preparé, se convivió con su familia y él solo permanecía sentado al lado de su esposa, le sugerí que jugáramos al básquet y él se negó así que decidí mostrarle el folleto con información acerca del ejercicio y las actividades recreativas, él porque es importante ejercitarse y mantenerse activo todos se mostraron muy atentos y a la vez participaron para animar a don Gustavo a iniciar un rol de ejercicio, no muy intenso, les sugerí que podía caminar poco a poco hasta llegar a trotar o simplemente caminar un rato para que se relaje. Además que les explique lo importante que es para la salud la recreación, y que un día a la semana basta para que los niveles de estrés se reduzcan, el paciente se comprometió a intentarlo, al término de la explicación, iniciamos la retirada a casa, expresaron agradecerles el paseo. Al cabo de dos semanas la esposa del paciente me comunicó que don Gustavo sale temprano una vez a la semana y a va a caminar a su sembradío, manifiesta que la plática le sirvió de mucho y que lo observa bastante mejorado.

EVALUACIÓN

Ahora observo a don Gustavo más activo en cuanto a la realización de otras actividades a parte de atender su puesto, sale una vez por semana a caminar, o a realizar alguna otra actividad recreativa esta intervención fue mas complicada de atender que las demás hasta el momento, ya que por su trabajo a don Gustavo le queda poco tiempo para la recreación, aparte del poco interés que él manifestaba. Por lo menos se logró que el paciente empezará a hacer un poco más de ejercicio o simplemente platicar más y a salir de su entorno, a olvidarse por un rato del trabajo, puedo decir que de cierta manera se corrigió el déficit.

FUNDAMENTACIÓN

El ocuparse en una actividad recreativa como lo es el ejercicio constituye una parte del plan terapéutico que no debe ser descuidado. Mejora el metabolismo hidrocarbonado, contribuye a reducir peso o mantener el peso normal, mejora los factores de riesgo cardiovascular, mejora la tolerancia a la glucosa, aumenta la sensibilidad a la insulina y reduce los triglicéridos sericos, mejora la presión arterial mejora el rendimiento físico, la calidad de vida y bienestar.

DIAGNÓSTICO No. 5

Patrón 6 de movimiento

5.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENERSE EN BUENA POSTURA

DATOS QUE MUESTRAN DEPENDENCIA.

- No tiene interés en cuidar su salud.
- El desconocimiento e irresponsabilidad acerca de la enfermedad.
- Negación de ayuda en lo que se refiere a su salud.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Alteración en el mantenimiento de la salud en relación al desinterés y dejar de ir a control y no tomar sus medicamentos manifestado por descontrol de los niveles de glucosa en sangre.

OBJETIVO

- Aceptara don Gustavo las ayudas necesarias para el mantenimiento de su salud.
- Comprenderá don Gustavo lo importante que es el cuidado de su salud y así retomar su tratamiento.

INTREVISIONES DE ENFERMERÍA

- Proporcionar información, educación sanitaria de acuerdo a las necesidades del paciente de forma clara y sencilla.

- Que la familia se involucre al mantenimiento de su salud.
- Estimular a don Gustavo a retomar el tratamiento.
- Se le explicará detalladamente a don Gustavo sobre la importancia del cuidado de su salud y sobre las posibles complicaciones.

ACCIÓN

Cuando el paciente me informó que había dejado de ir al centro de salud y que simplemente no le interesaba ya su salud me comprometí a convencerlo, simplemente observaba en don Gustavo a una persona que se niega a escuchar comentarios acerca de la enfermedad y comprendí que es por el desconocimiento que tiene. Le pregunte que por que había dejado su tratamiento y me contesto que para que se tomaba los medicamentos si de todas formas se moriría y que pues ni modo. Me preocupe y platicamos con la esposa en relación a elaborar un plan para que el paciente retomara su tratamiento, primero se habló con los familiares e hijos y les pedí que hablaran con su papá y lo convencieran de retomar el tratamiento y aunque mencionaron que no había una relación muy cercana con el paciente, pues hablaban poco entre sí, por la salud de él se comprometieron a apoyar las actividades de convencimiento y así lo hicieron durante dos semanas. Por otro lado, elaboré unos folletos con información acerca de la diabetes y por que es importante no dejar el tratamiento, le obsequie un volante y le pedí que lo estudiara para que después él me explicara. Se planeo una sesión de trabajo para el día 22 de enero.

EJECUCIÓN

El día 22 de enero fui a buscar a don Gustavo y le pregunté acerca de la información que contenía el folleto, él me aseguró que lo había estudiado y que había entendido la información, le pedí que me explicara el contenido y me contestó que había comprendido que era importante que se cuidara y que aunque la enfermedad no se cura, se controla con el tratamiento; algunos días después el paciente ya había retomado su tratamiento y manifestó que sus hijos lo habían convencido y que también lo había hecho para durar otros años más. Para reforzar la actividad se le explicó con mayor profundidad la información del folleto y aunque se mostró atento, la conversación se interrumpía por que tenía que despachar, ya que nos encontrábamos en el puesto de don Gustavo, de cualquier manera en esa y en otras ocasiones se recalcó sobre el cuidado de la salud y las posibles complicaciones de la diabetes, esta plática duró 30 minutos.

EVALUACIÓN

Con ayuda de los familiares se terminó por convencer a don Gustavo de que reiniciara su tratamiento farmacológico, ellos tuvieron mucho que ver para el cumplimiento de esta intervención, el paciente expresa que le interesa su salud y se reintegró al centro de salud, ahora procura tomarse sus medicamentos, estrictamente y con responsabilidad. Asiste a sus citas médicas, y su esposa e hijos se mantienen al pendiente de que cumpla con el tratamiento y las citas. Se puede decir que esta necesidad alterada se corrigió en un 80 % ya que el paciente tiene más conocimiento sobre su enfermedad y expresa sentirse mejor.

FUNDAMENTACIÓN

El cumplimiento del tratamiento debería ser precoz para prevenir las complicaciones o enlentecer su progresión. La dieta y el ejercicio pueden ser insuficientes para controlar las concentraciones sanguíneas de glucosa en pacientes con diabetes mellitus tipo II; los hipoglucemiantes orales se recomiendan a menudo cuando las personas cumplen los siguientes criterios.

Inicio de la enfermedad después de los 40 años. Los fármacos orales en monoterapia son el tratamiento de primera elección en la mayor parte de los diabéticos tipo II tanto por su efectividad como por su seguridad.

DIAGNÓSTICO No. 6

Patrón 6 de movimiento

6.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

DATOS QUE MUESTRAN DEPENDENCIA

- Su aspecto es un tanto descuidado.
- Se baña cada 8 – 15 días.
- Nunca se lava los dientes.
- Sus uñas están sucias y gruesas, tiene caspa.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Déficit de auto cuidado baño/higiene relacionado con la falta de motivación para participar en su propio cuidado personal manifestado por baño completo cada 8-15 días y tener caspa ,halitosis, uñas sucias y gruesas.

OBJETIVO

- Modificará sus hábitos de limpieza y auto cuidado los primeros 15 días.
- Realizará por sí mismo su aseo corporal cada tercer día hasta lograr un aseo diario.
- Adquirirá las habilidades necesarias para realizar su higiene corporal en la medida de lo posible.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- aconsejar a don Gustavo a Realizar su higiene / aseo al levantarse para evitar que por su rol de trabajo se le olvide, o deje de hacerlo.
- Orientar al familiar que tenga todos los elementos necesarios para la higiene al alcance, como ropa limpia, jabón, agua caliente, pasta de dientes, rastrillo etc.
- Enseñarle técnicas de aseo bucal.
- Con ayuda del familiar iniciaremos el baño cada tercer día y así ir convenciendo hasta lograr que lo haga diariamente.
- Motivar al paciente al aseo con regalos como loción para afeitar, un espejo rastrillos, utensilios que él no tiene en casa.

ACCIÓN

Con el paso de los días observé que a don Gustavo no le gustaba bañarse y que era un tanto descuidado en su aseo personal. En una sesión informal con la esposa, ella me platica que el paciente no se baña por falta de ganas o simplemente por que se le olvida por su trabajo. Le comenté que para mejorar la salud del paciente era necesario mejorar las actividades de autocuidado en

especial el aseo y para ello era importante que ciertas actividades se llevaran a cabo conjuntamente con ayuda del familiar. Se habló con el paciente acerca de la importancia y los beneficios de que se bañara más seguido, aunque me escuchó con mucha atención, no le dio mucha importancia al asunto; así que posteriormente lo cite en su domicilio para darle una sesión formal a la que también invite a los familiares que podían asistir ese día, se acordó la fecha el día 25 de enero 2007.

EJECUCIÓN

El día 25 de enero en la casa de don Gustavo, empecé a acomodar y pegar las láminas; el lugar de la reunión fue la cocina; solo se encontraba presente su hija menor y don Gustavo se dispuso a tomar asiento con su esposa. En esta plática formal acerca del aseo personal todos estuvieron muy atentos, también se incluyó una demostración práctica del lavado de dientes, al terminar mi plática y les pregunte si tenían dudas, también les hable sobre la disponibilidad que tienen del agua y los implementos necesarios y que por tal motivo no debe haber excusa, también que se debe planear tiempo, no solo para el trabajo si no para dedicarse a él mismo y a su autocuidado, su hija menor expreso el compromiso de ayudar al paciente en todo lo posible para que esta intervención se llevara a cabo. Me despedí y me retiré, la plática duró 40 minutos y observé que no habría necesidad de retomar el tema ya que observé a don Gustavo dispuesto a realizar las indicaciones; tres días después de la plática le llevé artículos para ayuda de su aseo. Los recibió muy agradecido y ya lo observé un poco mas aseado.

EVALUCIÓN

Al evaluar esta intervención llegué a la conclusión de que a don Gustavo solo le faltaba que alguien estuviera pendiente de él, que le recordara que tiene que cuidarse y que el baño y el aseo personal deben realizarse con frecuencia. No hubo mucha dificultad para que el paciente decidiera cambiar de hábitos, claro que el baño diario no se ha logrado pero se baña cada tercer día y es más cuidadoso con su apariencia personal, ahora lo observo más limpio y con una mejor imagen así que puedo decir que se corrigió el déficit.

FUNDAMENTACIÓN

La higiene personal es una parte importante para conservar la salud, se consigue mediante una adecuada adaptación del ser humano al medio en que vive, la higiene individual protege e incrementa el bienestar del individuo. Las normas de aseo es mantener una correcta higiene corporal es una base fundamental de la vida diaria, es el cumplimiento básico de aseo y limpieza y cuidado de nuestro cuerpo.

DIAGNÓSTICO No. 7

Patrón 7 Percepción

7 - NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

DATOS QUE MUESTRAN DEPENDENCIA

- No escucha del oído izquierdo.
- Exceso de cerumen en oídos.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Alteraciones sensorial de la audición en relación con el exceso de cerumen y alteración orgánica previa manifestado por hipoacusia izquierda.

OBJETIVOS:

- Mejorará don Gustavo la sensorial auditiva en la medida de lo posible.
- De ser posible adquirirá aparatos de ayuda y los utilizará cuando los tenga a la mano.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Ayudar al paciente con su problema, como sobrellevarlo y brindar el apoyo informativo de las complicaciones.
- aconsejar a los familiares para ayudar a don Gustavo en la vida cotidiana haciendo hincapié de que le hablen claro y un poco fuerte para que el paciente capte la información.
- Se informará a la familia de aparatos auditivos que puede utilizar.
- Realizar el lavado y limpieza de oídos para ayudar a mejorar su hipoacusia.
- aconsejar a su familiar que evite gritarle, eso le ocasiona mas confusión al paciente.

EJECUCIÓN

Desde que inicié este trabajo el paciente me informo que no escucha bien con el oído izquierdo por una enfermedad de la niñez, pero tambien observé que su oído tiene exceso de cerumen al retomar las actividades se programó darle una platica en relación a lo que es la hipoacusia para el día 13 de enero del 2007; tambien

le hable del cuidado y la limpieza de oídos y de que si él me daba su consentimiento procedería a realizarle un lavado, lo cual aceptó, Además de ello conseguí información por medio de personal del DIF de mi comunidad con respecto a una campaña de audición que se llevaría a cabo del 16 al 19 de enero, por lo que le informé al paciente para que asistiera y también se le informó a su familiares.

El día 13 de enero se realizó la actividad educativa programada con don Gustavo en su domicilio; se mostró interesado y estuvo muy atento durante la plática, para la cual elabore láminas ilustrativas con información didáctica sobre la hipoacusia. Ese mismo día se realizó el lavado de oídos con la técnica correspondiente, el paciente se mostró muy interesado ante la información y dispuesto ante el procedimiento realizado, se sintió mucho mejor y estaba muy satisfecho con mi ayuda, sin embargo para el proceso de daño orgánico le sugerí a su familia que no dejaran de llevarlo a la campaña ya mencionada y el hijo mayor se comprometió a llevarlo él mismo.

El día 17 de Enero asistieron a la campaña de salud auditiva en la Comunidad, donde don Gustavo en compañía de su hijo y su esposa se mostraron muy interesados en información que se les dio y el paciente no dudó en dejarse revisar. Después de que le realizaron la valoración, le tomaron sus datos y se anotó en un padrón de personas que padecen este tipo de problemas. Don Gustavo salió muy contento del lugar y me informó que lo trataron muy bien, que le explicaron las complicaciones y que va esperar su aparato.

EVALUACIÓN

Ahora que el paciente sabe más acerca de su problema auditivo y de su enfermedad realiza periódicamente la limpieza de sus oídos con la técnica que le enseñe.

Al finalizar las intervenciones se integró a la campaña y está en espera de su aparato auditivo, él está muy entusiasmado al enterarse que escuchará mejor. Esta intervención la daré por cumplida hasta el momento en que consiga el aparato y pueda ayudarlo a adaptarse a su uso. En lo personal me siento muy satisfecha ya que el paciente ignoraba que pudiera utilizar un aparato auditivo, y de que la ayuda de organizaciones como el DIF facilitara este proceso, el entusiasmo de don Gustavo se puede apreciar a simple vista.

FUNDAMENTACIÓN

La hipoacusia se denomina a la incapacidad de oír normalmente cualquiera que sea el grado de esta. El oído humano normal funciona adecuadamente para percibir los sonidos cuyas frecuencias estén comprendidas entre 125 y 800 c/seg. y en un rango de intensidad comprendido entre 0 y 20 decibeles (dB). Los oídos deben limpiarse diariamente para eliminar sus secreciones, pero evitando la introducción de palillos, bastoncillos de algodón, etc., en el conducto auditivo, ya que esto facilita la formación de tapones de cera y puede dañar fácilmente el conducto, e incluso perforar el tímpano.

DIAGNÓSTICO No 8

Patrón 3 Relaciones

8.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

DATOS QUE MUESTRAN DEPENDENCIA

- Es tímido, le cuesta trabajo relacionarse con sus semejantes y expresar sus sentimientos.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Deterioro de la interacción social relacionado con la falta de expresión de sentimientos, manifestado por no tener facilidad de palabra y ser muy tímido.

OBJETIVO:

- Mejorará la comunicación con su familia y la sociedad en general.
- Intercambiará conversaciones con personas más allegadas a él como hijos o hermanos.
- La familia en general se acercará a él para incrementar la convivencia y fomentar una comunicación amena.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Identificar conjuntamente los factores causales por las que don Gustavo no tiene una buena comunicación con su familia.
- Si existe una cantidad insuficiente de actividades sociales planificar conjuntamente su aumento progresivo con hijos, personas cercanas, platicas etc.

- Fomentar la buena comunicación y ayudar a identificar soluciones a la mala comunicación.
- Hablar con la familia acerca de del acercamiento que debe haber con don Gustavo.
- Darle su lugar de esposo y padre, de cabeza de familia a don Gustavo para que se sienta comprendido y no se aíse.
- Fomentar una buena comunicación, y si existe una cantidad insuficiente de contactos sociales, planificar conjuntamente pláticas con amigos, hijos, personas cercanas.
- Orientar al familiar que evite faltarle al respeto, escuchar con atención su conversación para que no se sienta ignorado.

ACCIÓN

Se habló con los hijos sobre la poca comunicación que tienen con su papá; se les hizo ver que como familia para la toma de cualquier decisión primero se consulta a la señora de la casa; cuando se les preguntó a los hijos el porqué de esa situación, contestaron que su papá siempre ha sido muy serio y de trato difícil: “Desde que estábamos chicos no tuvimos ni un acercamiento con él, solo con mi mamá” y mencionaron que ni un regaño, ni siquiera una opinión habían recibido de él , así que la relación era inexistente aunque reiteraron que lo respetaban y que de todas formas lo querían. Como parte de la intervención de enfermería se elaboraron algunos folletos acerca de la buena comunicación y la familia. Se les pidió el apoyo para compartir una experiencia familiar y estuvieron de acuerdo;

solo faltaba el consentimiento de don Gustavo al que posteriormente le comunique el plan y aceptó de buen grado.

Se programa la reunión familiar para el día 2 de febrero, se busca concientizar a la familia acerca de la importancia y los beneficios de tener una buena comunicación.

EJECUCIÓN

Para llevar acabo esta actividad aproveché un festejo familiar que se realizó en la casa de don Gustavo por el día de la Candelaria, estando toda la familia presente les explique el contenido del folleto, se mostraron muy emotivos y expresaron entender perfectamente el contenido; todos participaron en algunos juegos y don Gustavo mencionó que trataría de platicar mas; durante la convivencia se mostró muy emotivo y durante las misma se llegaron a expresar los sentimientos de los miembros de la familia e incluso algunas de sus fallas, la esposa del paciente también expresó verbalmente su deseo de darle su lugar Don Gustavo; poco después me retire del domicilio.

EVALUACIÓN

Ahora el paciente se ha mostrado más expresivo, intercambia conversaciones con sus hijos y lo toman más en cuenta, sin embargo esta intervención no se corrigió al 100% el deterioro existente; ya que es muy difícil cambiar el carácter y la manera de ser sobretodo con la edad, pero de cierta manera por medio de las intervenciones la familia se dio cuenta de la importancia y el cariño de don

Gustavo, mencionaron así lo aceptan por que es su papá, su esposa, hermano etc y lo conocen, saben cual es su forma de ser. La comunicación familiar mejoró.

FUNDAMENTACIÓN

Es importante brindar apoyo y comprensión al paciente diabético es primordial la buena comunicación con la familia. Quizás el aspecto básico de una relación familiar exitosa sea la comunicación. Es importante que el paciente discuta sus ideas y sentimientos con la persona que más apoyo le brinda y busquen soluciones juntos la ayuda mutua para el control de la diabetes puede lograr un acercamiento y contribuye a obtener una relación familiar sana.

IX-CONCLUSIONES

La metodología de enfermería es una herramienta indispensable y útil, para la profesión de enfermería, por lo que al emplearla se puede brindar una mejor calidad de atención a los pacientes. Al plantear los objetivos se espera tener mejores resultados.

La elaboración de la presente metodología fue de gran satisfacción personal para mí, ya que me enriqueció mucho como persona y como ser humano, me dio la oportunidad de brindar cuidados de mayor calidad al paciente.

Respecto al caso clínico, don Gustavo logro aceptar su condición de salud y de forma gradual adaptarse a ella. Está conciente que tiene Diabetes tipo II y tendrá que saber vivir con ésta. Para tener una mejor calidad de vida se mantendrá controlado para evitar complicaciones, debe alimentarse adecuadamente, ejercitarse y seguir llevando al corriente lo que se le ha enseñado.

De la metodología aplicada en el caso de don Gustavo no todos los objetivos fueron logrados al 100% o de manera satisfactoria, algunos solo se alcanzaron de forma parcial debido a la dificultad que surge en ciertas ocasiones e impide conseguir una participación favorable, continua y sostenida de los miembros de la familia, y del mismo paciente, ya sea por su idiosincrasia personal o características de su (s) personalidades, elementos fundamentales para el logro

de los objetivos. La enfermera juega un papel de mediador en ciertos problemas, y le es difícil luchar contra diferentes ideologías, costumbres y creencias.

A pesar de ello don Gustavo mostró interés y disposición para efectuar un cambio tanto físico, emocional y personal, lo que favoreció que los objetivos logrados para el paciente sean de gran satisfacción y agradecimiento.

X.-SUGERENCIAS

- Fomentar la aplicación de esta herramienta, que cada día más profesionales de enfermería hagan uso del proceso enfermero. Para brindar una mejor calidad de atención.
- Las escuelas de enfermería instituyan en sus planes de estudios la metodología de enfermería y se desarrolle la práctica sistematizada del mismo, con el fin de que al egresar el estudiante para su inserción al mercado laboral, lleve las bases integradas y de una mejor atención.
- En cuanto al proceso patológico enfatizar que la solución a este y muchas otras enfermedades es la prevención, la educación y el conocimiento de la enfermedad.
- Que el sector educativo involucre a los estudiantes tanto en el conocimiento de la patología, como en el énfasis de tratamiento a través de la prevención, para que sean capaces de dar información pertinente y completa sobre el tema. Favorecer la convivencia de pacientes, promover el ejercicio, evitar el sedentarismo y complicaciones, ser capaces de cambiar ciertos esquemas socioculturales en el personal de salud y en general en toda la comunidad.

XI.- GLOSARIO

Anamnesis: Conjunto de los datos clínicos relevantes y otros del historial de un paciente.

Glucógeno: Polisacárido que constituye el componente más importante de almacenamiento de carbohidratos, y se almacena fundamentalmente en el hígado y en las células musculares.

Jerarquización: Graduación de personas, valores o dignidades.

Juicio: Operación de entendimiento que consiste en comparar dos ideas para conocer y determinar sus relaciones.

Langerhans: islotes: agrupaciones de células en el páncreas que producen insulina, glucagón y polipéptidos pancreáticos, constituyen la porción endocrina de la glándula y sus secreciones hormonales se liberan a la corriente sanguínea de forma regulada para desempeñar un papel importante en el control del metabolismo.

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería).

Necesidad: Requisito fisiológico, psicológico y social fundamental del hombre para mantener su equilibrio interno con su entorno.

Ósmosis: Movimiento de un solvente puro como el agua desde una solución que tiene una concentración de soluto más baja a otra que la tiene más alta.

Patrón de respuesta humana: Son todas aquellas acciones que tiene el individuo para manifestar sus sentimientos.

Proceso: Es una serie de pasos para obtener un fin, debe llevar un orden estructurado.

Soaper: Son las variaciones frecuentes del formato original SOAP. I. Intervenciones, E: Eficacia, O: Observación, R: Revisión y anotación de cambios, P: Ejecución, S: subset.

Somatostatina: Hormona que producida en el hipotálamo, inhibe el factor estimulante de la liberación de la somatotropina de la hipófisis. También se llama hormona inhibidora.

Taxonomía: Estudio teórico de la clasificación sistemática incluyendo sus bases, principios, reglas y procedimientos. Es la ciencia de cómo clasificar e identificar.

Teoría: Es un enunciado con apoyo científico que describe, explica o predice las interrelaciones entre los conceptos: estos conceptos y enunciados teóricos se interrelacionan y están sujetos a comprobación.

XII.- BIBLIOGRAFÍA

ATIKINSON L, MURRAY ME. Proceso de atención de Enfermería. 2ª ed. El manual moderno; México, D.F. 1999. pp. 123-128.

CARPENITO LJ. Manual de diagnóstico de Enfermería. McGraw-Hill, interamericana; Madrid. 1996. Pág. 1196.

CARPENITO LJ. Planes de cuidado y documentación de enfermería. McGraw-Hill interamericana; Madrid. 1994. pp. 145-146.

DEREK. Le Roith. Simeón I. Taylor Jerrold. M. Olefs Ky. Diabetes mellitus Fundamentos y clínica McGraw- Hill segunda edición Mexico D.F. 2003. Págs. 75-954-1001.

GRIFFIT JW, CHRISTENSEN PJ. Proceso de atención de enfermería. Aplicación de teorías y guías y modelos. México: El manual Moderno; 1996. Pág. 6.

HARRINSON. Principios de Medicina Interna, Volumen II; McGraw-Hill Interamericana Editorial 15ª edición Madrid. 1998. Pág. 2464.

IYER P, TAPICH B, BERNOCCHI-LOSEY D. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. Interamericana McGraw-Hill; México D. F. 1999. Págs. 13-16-17.

LESLIE Y MARY. Proceso de atención de enfermería, tercera edición. Editorial Manual moderno, México D.F, 1996.

LERMAN Israel. Atención Integral del paciente diabético. McGraw-Hill Interamericana. 3a Ed. México D.F. 2003. pp. 55-110.

LERMAN. Atención integral del paciente diabético. McGraw- Hill; Interamericana. 2a Ed. México D.F. 1998. pp. 25-109.

LUIS MT. Diagnósticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. Mosby, Doyma Libros; Barcelona. Pp. 14-62.

LUIS RODRIGO MA. TERESA. Diagnósticos enfermeros. Tercera edición Editorial Harcourt Brace. Barcelona.

MARRINER_ TOMEY. Modelos y Teorías de Enfermería. Tercera edición. Editorial Mosby/ Doyma Libro, México D. F. 1998.

PAMPLONA Roger Jorge D. Nuevo estilo de vida. Ed. Safeliz S.L. Madrid, España. 1994. Pág. 11-12.

Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. El proceso de Atención de enfermería. Madrid : Interamericana; 1998. Pág. 139.

REVES, ROUX, LOCKHART, Medico Quirúrgica, Editorial McGraw-Hill;
Interamericana. Pág. 412.

XIII- ANEXOS

ANEXO 1

La técnica del autocontrol de glucosa sanguínea implica de una gota de sangre capilar a partir de la yema de un dedo y su colocación en una tira de reactivo. Con los medidores de reflectancia, la glucosa en una gota de sangre reacciona con la enzima de la tira con reactivo y cambia de color. Se necesita que la sangre permanezca en la tira durante un tiempo prescrito de 60-120seg. Se han desarrollado varios medidores y tiras para medir la glucosa en sangre, los nuevos medidores que utilizan la nueva tecnología de sensores, miden pequeñas corrientes eléctricas producidas por las interacciones químicas que se producen entre la glucosa en la sangre y las sustancias químicas en la tira de la prueba, sin embargo la capacidad de la persona para realizar el procedimiento es un factor importante para determinar que medidor es adecuado.

ANEXO 2

El tipo de dieta más recomendable para la mayor parte de pacientes; para que sea equilibrada se deben consumir las siguientes raciones de alimentos en un día: 2 raciones de alimentos proteicos, 6-8 raciones de grasa, 2 raciones de fruta y una de hortalizas, 5-6 raciones de farináceos, 1-2 raciones de verduras y 2-4 raciones de lácteos.

Una ración de cada grupo de alimentos corresponde a:

Alimentos proteicos

100- 130g de carne

150g de pescado

2 huevos

1 plato de legumbres 60-80 g crudo

Lácteos

200cm³ de leche

125g de requesón

2 yogures

60g de queso semicurado

Fruta y hortalizas

Una fruta mediana

Un plato de ensalada mediana

Verdura

Un plato

Cereales y féculas

Un plato de arroz, pasta, legumbres (60-80g) en crudo

El pan de un bocadillo 50- 60g)

Grasas

Contiene una ración:

10g de aceite (una cucharada sopera)

12g de mantequilla

100g de ternera, pollo, pescado azul 400cm³ de leche

4 yogures

2 huevos

Contienen 2 raciones:

Aceite contenido en frito

100g de cordero, cerdo

65g de queso semicurado

La reducción de la ingesta calórica debe ser fundamentalmente a expensas de grasa y proteínas manteniendo un mínimo de hidratos de 50% del aporte calórico.

Una vez conseguidos los objetivos pactados debe mantenerse un seguimiento activo con esfuerzos periódicos para evitar la recuperación del peso.

Cuando se han agotado todas las posibilidades de pérdida de peso, no se debe insistir innecesariamente en este aspecto. En estos casos es preferible pactar con el paciente el mantenimiento del peso y asegurarse que la alimentación sea cualitativamente correcta.

Alimentos especiales y sustitutos de azúcar. El uso de alimentos especiales o costosos no es necesario. Los alimentos asignado para diabético a menudo contienen mucho sodio no deben adquirirse.

ANEXO 3

El tipo de ejercicio a realizar dependerá de la edad, preparación física y preferencias del paciente. Es conveniente que sea de tipo aeróbico y de intensidad moderada (caminar, nadar, etc.) En general, la intensidad máxima de esfuerzo a realizar se controla mediante la frecuencia cardiaca máxima. Si no es posible tomar el pulso se aconsejará al paciente una intensidad que permita hablar durante el ejercicio sin dificultad respiratoria.

El ejercicio ideal para la mayoría de los diabéticos es caminar de 45-60min/día, 3-5 días por semana. Aunque no existe contra indicación formal para la práctica deportiva, deben desaconsejarse aquellos que no llevan un riesgo intrínseco.

ANEXO 4

La metformina se ha constituido en el tratamiento de elección en el paciente con sobrepeso, en caso de normo peso es preferible un secretagogo, sulfonilureas o reglinida, aunque por su mayor experiencia de uso y menor coste serian preferibles las primeras. Los inhibidores de las alfa glucosidasas constituyen una alternativa valida cuando predominan las glucemias posprandiales o cuando existe contraindicación para alguno de los fármacos de primera elección.

El cumplimiento del tratamiento y la normalización, mejora de todos estos parámetros , necesario para reducir la incidencia de complicaciones específicas y especialmente la macroangiopatía principal causa de muerte en los diabéticos tipo II, el cumplimiento y normalización es necesaria para reducir el riesgo cardiovascular de estos pacientes.

ANEXO 5

El cerumen esta formado por cebo, secreción de las glándulas ceruminosas de la porción externa del conducto auditivo externo. En la mayoría de los casos los pacientes, buscando limpieza a utilizar elementos extraños como conitos o palos para extraer el cerumen con esto consiguen. Introducir más la cera e impactarla en

la profundidad del conducto auditivo externo. Alterar el PH del conducto auditivo y el contenido de ácidos grasos y lisosimas del cerumen disminuyendo la capacidad de defensa contra los gérmenes.

El tratamiento es la extracción por medio de la cual debe realizarse a través de la técnica de irrigación que se hace con agua (en algunos casos se puede utilizar antiséptico) a 37° C para evitar la respuesta calórica vestibular. Se utiliza una jeringa especial de gran capacidad con punta de redondeada. El chorro tiene que tener un potencia suficiente de impactar el tapón y debe ser dirigida a la pared posterior de conducto para evitar perforación timpánica traumática.

Si a pesar de la técnica usada persiste el cerumen impactado, el paciente puede utilizar gotas de agua oxigenada para ablandar el cerumen.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Valoración de acuerdo al modelo de virginia Henderson basado en las 14 necesidades humanas

1.- VALORACIÓN GENERAL

Nombre y apellido _____

Fecha de nacimiento _____ edad _____ sexo _____

Familiar / persona para contactar _____ teléfono _____

T/A _____ F.C. _____ Ta _____ F.R. _____

Piel:

Color. Normal _____ pálida _____ cianótica _____ otras _____

Edemas: Si _____ No _____ descripción / localización _____

Lesiones: Si _____ No _____ descripción / localización _____

Prurito: Si _____ No _____ descripción / localización _____

Sentidos corporales vista _____ Oído _____ Olfato _____

Gusto _____ Tacto _____

Enfermedades graves / operacionales: si _____ no _____ cuales _____

Secuelas : Si _____ no _____ especificar _____

Tabaquismo _____ Abuso de alcohol _____ cafetismo _____ Uso
de sustancias tóxicas _____

Diabetes _____ HTA _____ Alergias _____ Especificar _____

VALORACIÓN POR NECESIDADES

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Respiración

Frecuencia _____ 7 min.

Calidad: normal _____ superficial _____ rápida _____ otros _____

Ruidos a la auscultación: si _____ no _____ Dolor al respirar si _____ no _____

Tabaco: si _____ no _____ Lo dejo especificar fecha _____

Consumo: < de 1 paquete al día _____ 1-2 paquetes al día _____

< de 2 paquetes al 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 HIDRATACIÓN

Peso _____ Talla _____

Ingesta habitual: desayuno _____

Comida _____

Merienda _____

Cena _____

Dieta especial: si _____ no _____ tipo de dieta _____

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

Intolerancia a alimentos: si _____ no _____ ¿cuáles? _____

Apetito: normal ____ Disminuido ____ aumentado ____ náusea ____ 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 deshidratada? (¿cuándo de pellizca?, ¿la marca dura un rato?) si ____
no _____

¿Come entre comidas?: rara vez ____ con frecuencia ____ con mucha frecuencia

¿Necesita ayuda?: rara vez _____ con frecuencia _____ trocear los alimentos ____

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Intestinal:

Frecuencia: _____

Estreñimiento: _____ diarrea _____ incontinencia _____

Ostomía: si ____ no ____ tipo _____ autocuidado: si _____ no _____

Problemas de hemorroides _____ sangrado ____ heces negras ____ otros ____

Uso de laxantes o rutinas: si _____ no _____ ayudas empleadas _____

Urinaria:

Frecuencia _____

Disuria ____ nicturia ____ retención ____ incontinencia ____ pañal _____

Color: amarillo claro _____ amarillo oscuro _____ naranja ____ rojo _____

¿Ha sufrido una enfermedad urinaria? Si ____ no ____ ¿cuál? _____

Sonda vesical _____ fecha de último sondaje _____

Cutánea:

Sudoración cutánea: si _____ no ____ sudoración profusa: si _____ no _____

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Expresión facial: adecuado ____ alerta ____ inexpresivo ____ hostil ____ inadecuado_

Comportamiento motor inhibido: inhibición ____ agitación ____ temblores ____

Rigidez _____ incoordinación _____ inquietud _____ tics _____

Postura: erecto ____ decaído _____

Modo de andar: normal ____ acelerado ____ tambaleante ____ lento _____

Limitaciones físicas: temporales ____ permanentes ____ ¿cuales? _____

Aparatos de ayuda: ninguno ____ bastón ____ muletas ____ andador ____ otros _____

Vértigo: si _____ no _____ tipo _____

¿Cuánto tiempo? _____ ¿practica algún deporte? Si _____ no _____

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Horas de sueño nocturno _____ otros descansos _____

Problemas de sueño:

Al inicio _____ interrumpido _____ (no de veces) _____ despertar temprano _____

Sueño excesivo _____ pesadillas _____ (tipo _____)

Sensación después de dormir: descansado _____ cansado confuso otros _____

Factores que afectan el sueño _____

Ayudas 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: si _____ no _____ ¿cuáles? _____

¿Qué importancia da a su aspecto? Poca _____ bastante _____ mucha _____

¿Su forma de vestir es adecuada al lugar, estación y circunstancias? _____ no _____

Otro dato de interés _____

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Temperatura corporal: normal _____ hipotermia _____ hipertermia ____ Ta _____

Sudoración cutánea: si ____ no ____ ¿están fríos su pies y / o manos? Si ____ no ____

¿Si fuese necesario sería usted capaz de mirarse usted mismo la Ta? Si ____ no ____

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Hábitos de higiene corporal: baño ____ ducha ____ frecuencia _____

Cepillado de dientes: si ____ no ____ frecuencia _____

Autónomo: si ____ no ____ necesita ayuda ____ no ____ especificar _____

Descuidado 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 ____ distraído ____

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 ____ tristeza ____
Culpabilidad ____ inutilidad ____ impotencia ____ ansiedad ____ miedo ____
Rabia ____ depresión ____ otros _____
Alergias a alguna sustancia o medicamento: si ____ no ____ cuales _____
El estado de la persona puede constituir un peligro para ella _____
O para otros _____ especificar _____
Precauciones: 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 _____ lacónico _____ 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 solo y por que _____

Tiempo que pasa con amigos y compañeros _____

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 SUS CREENCIAS Y VALORES

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

Religión: católica _____ protestante _____ judía _____ otra _____

Desea realizar practicas religiosas: si _____ no _____ ¿visita del capellán?: si _____ no _____

En caso de poder tomar decisiones. ¿Qué persona 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: si _____ no _____ cuales _____

Tiempo dedicado al trabajo _____ tiempo dedicado al ocio _____

Capacidad de decisión: si ____ no ____ resolución de problemas: si _____ no _____

Grado de incapacidad personal atribuida _____

13.- NECESIDAD DE JUGAR/ PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿Reserva algún tiempo para divertirse? Poco _____ mucho _____ suficiente _____

¿Cuál es su diversión preferida? _____

Pérdida de interés por las actividades recreativas: si _____ no _____

Cambios en las actividades o funciones físicas corporales _____

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Alteración de la memoria: reciente _____ remota _____

Inteligencia general: adaptado al 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? Si ____ no ____ cual es _____

¿Hay algo que usted desearía saber del medio hospitalario en el que se encuentra? _____