



**Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo**  
**Facultad de Enfermería**

PROCESO DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ENFERMERÍA APLICADO A UNA USUARIA DE DIABETES  
MELLITUS TIPO II. CON EL REFERENTE FILOSÓFICO DE VIRGINIA  
HENDERSON

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA

P .L.E. JESSICA CITLALLI ACOSTA OCHOA.

ASESORAS:

M.C. MA. MARTHA MARÍN LAREDO

M.E. MA. LILIA ALICIA ALCÁNTAR ZAVALA

Morelia Mich., Diciembre de 2010

DIRECTIVOS

M .E.M. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA  
DIRECTORA

M. E. RUTH ESPERANZA PÉREZ GUERRERO  
SECRETARIA ACADÉMICA

M. E. ANA CELIA ANGUIANO MORÁN  
SECRETARIA ADMINISTRATIVA

MESA SINODAL

PRESIDENTA

M. C. MA. MARTHA MARIN LAREDO

VOCAL 1

ME. MA. LILIA ALICIA ALCÁNTAR ZAVALA

VOCAL 2

MA. DOLORES LÓPEZ CALVILLO

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS**

Por que me diste el regalo más bello que es la vida, me diste la oportunidad de realizar este sueño y fortaleza para terminar mi Carrera de Licenciatura en Enfermería, por escuchar siempre mi oración y por que me has dado la oportunidad de aprender de mis experiencias.

Toda la felicidad y los beneficios que he recibido en mi vida, te los debo sin duda a ti dios.

### **A MIS PADRES JOSÉ RAMÓN Y MARÍA EUGENIA:**

Manifiesto mi profundo reconocimiento a ustedes que en mi niñez me inculcaron el deseo de superación y gracias a ello he llegado a la meta.

Por darme vida, cariño y comprensión sin. pedirme nada a cambio, solamente verme triunfar en la vida.

### **A MIS HERMANAS:**

Diana Estefania, Brenda, y Jazmin: Gracias a ustedes por que siempre me brindaron su apoyo emocional e incondicionalmente para que yo culminara este sueño anhelado que es mi profesión.

Gracias por estar conmigo en los momento buenos y malos de mi vida y trayecto de mi Carrera.

**A LA ESCUELA:**

Gracias al personal docente y administrativo de la Facultad de Enfermería por su apoyo , cariño y paciencia al formarme en mi profesión y por impulsar mis inquietudes y confiar en mi. A mis maestros que durante el transcurso de mi Carrera me apoyaron, de los cuales obtuve diferentes conocimientos.

A cada una de las personas que me instruyeron y me brindaron su apoyo y compartiendo sus conocimientos conmigo..

**A MIS ASESORAS:**

Ma. Marin Larédo Y Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala

Por aceptar ser mis asesoras y guías en el ámbito profesional, les agradezco la paciencia y confianza que en mi depositaron, así como el apoyo que me brindaron, gracias por su tiempo y dedicación y por alentarme durante este proyecto.

### DEDICATORIA

Dedico esta proyecto a todas aquellas personas que fueron participes en mi desarrollo profesional.

Aquellas personas que dia con dia fueron testigos de mi formación, que me apoyaron en cada momento y confiaron en que podia lograr todo lo que me propusiera.

Principalmente a Dios ya que me há dado tantas cosas hermosas y una de ellas, realizar este sueño y fortaleza para terminar mi Carrera de Licenciatura En Enfermeria. Por escuchar siempre mis oraciones, por que me há dado La oportunidad de aprender de mis experiéncias.

Toda La felicidad y beneficios que he recibido en la vida te lo debo sin. duda a ti Dios. Por estar conmigo en los momentos más dificiles infundiendome ánimo para seguir adelante y renovando mis fuerzas.

#### **A MIS PADRES:**

Dedico este trabajo a mis padres por que me han dado todo su amor incondicional, confianza, nobreza, comprensión, paciencia y por su amistad, este logro lo dedico a ellos que me han apoyado en momentos muy gratos de mi profesión.

No puedo expresar con palabras cuanto les agradezco todo lo que han hecho por mi. Sin su apoyo no seria posible este gran sueño que ahora veo por poco convertido en realidad, es la herencia más grata que puedo recibir de ellos, Gracias a mis padres que se esforzaron mucho y además de ser un padre y una madre son mis amigos en quienes puedo confiar.

A ustedes les doy las gracias, nunca podre pagarles todo lo que han hecho por mi, por sus cuidados, por amarme y guiarme en la vida. Son las personas más maravillosas que he conocido, Gracias por todo."LOS AMO".

***INTRODUCCIÓN***

La integración de los conocimientos teóricos prácticos del estudiante de Licenciatura en Enfermería son los elementales para elaborar cualquier proceso de atención de enfermería a problemas relacionados con el estado de salud-enfermedad de los seres humanos; por ello se ha utilizado estos conocimientos en el presente caso clínico de Diabetes Mellitus tipo 2.

Es difícil dejar de integrar los cuidados de enfermería con la finalidad de brindar una atención con calidad que se requiere en el proceso de enfermería a usuarios diabéticos, Este trabajo contiene los antecedentes, clasificación, y complicaciones de la Diabetes Mellitus, tratamientos, y acciones de enfermería, con lo que se proporcione un cuidado íntegro a una usuario de Diabetes Mellitus, tomando en cuenta el Proceso de Enfermería.

Se identificaron necesidades reales y potenciales; y se establecieron planes de cuidados para actuar y orientar a la usuaria en todas sus dimensiones: biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales que ayudaron a controlar su enfermedad.

El proceso de enfermería que a continuación se presenta se trata de una usuaria diagnosticada clínicamente con Diabetes Mellitus tipo 2 en donde se aplican las intervenciones de enfermería, tomando como referencia a la teórica Virginia Henderson.

## INDICE

**AGRADECIMIENTOS**

**DEDICATORIA**

**INTRODUCCIÓN**

<b>I. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>II. OBJETIVOS.....</b>	<b>3</b>
2.1 General.....	3
2.2 Específicos.....	3
<b>III. METODOLOGÍA.....</b>	<b>4</b>
<b>IV. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>5</b>
4.1 Proceso de Enfermería .....	5
4.2 Antecedentes Proceso de Enfermería.....	8
4.3 Etapas del Proceso de Enfermería .....	9
4.3.1 Valoración.....	10
4.3.2 Diagnóstico.....	16
4.3.3 Planeación.....	21
4.3.4 Ejecución.....	24
4.3.5 Evaluación.....	26
4.4 Antecedentes Históricos del Modelo de Virginia Henderson.....	27
4.5 Diabetes Mellitus .....	36
<b>V. Presentación de la Caso Clínico .....</b>	<b>51</b>
5.1 Valoración General.....	51
5.2 Valoración por Necesidades.....	53
5.3 Desarrollo del caso clínico .....	57
5.4 Diagnósticos de Enfermería.....	59
<b>VI. Conclusiones.....</b>	<b>74</b>
<b>VII. Sugerencias.....</b>	<b>76</b>
<b>VIII. Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>78</b>
<b>IX. Glosario de Términos.....</b>	<b>81</b>
<b>X. Anexos.....</b>	<b>84</b>



**I.- JUSTIFICACIÓN**

En México, en el año 2008 según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) las enfermedades endócrinas ocupan los primeros lugares en morbilidad, ocupando uno de los primeros 5 cinco lugares a nivel nacional, tomando en cuenta que afecta en mayor número a las mujeres; y el grupo más vulnerable respecto a la edad es el de 30 -59 años de edad, aunque también se presenta en grupos de edad de 19 – 30 años según el tipo de Diabetes.

La Diabetes Mellitus tipo II, en los adultos es una de las enfermedades más frecuentes y es de alto riesgo para toda la persona que no sigue un tratamiento específico y concreto, por esto se desencadenan varios padecimientos secundarios a la Diabetes Mellitus tipo II. (Guyton,A,y ,Hall John, 2001, p.1075 )

Intervienen varios factores para que se presente la enfermedad, una de ellas se caracteriza por una incapacidad metabólica para mantener la glucosa en niveles adecuados, ocasiona daño vascular y nervioso, que con el transcurso del tiempo afectan el funcionamiento de riñones, corazón, retina, y miembros pélvicos (Heitkemper, Dirksen L, 2004, p. 1307).

La enfermera juega un papel importante en el cuidado del usuario durante la presencia de signos y síntomas de la Diabetes Mellitus y sus complicaciones, al prevenirlas, se logra la importancia de realizar el proceso de enfermería.

El personal de enfermería se basa en programas ya establecidos por la Secretaría de Salud, para prevención y tratamientos, así como de normas oficiales a nivel nacional. Las intervenciones de enfermería tienen un impacto en la población, ya sea para prevenir o tratar.

El detectar nuevos casos de Diabetes Mellitus en la población es una de las funciones importantes de enfermería, así como el control de la población que presenta la enfermedad y casos que se presentan.

Con la aplicación del proceso de enfermería se adquieren habilidades de enfermería, con lo cual la usuaria recibirá atención integral y cuidados de enfermería con calidad y calidez, fundamentos teóricos–prácticos, y científicos; con esto se logrará la identificación como un miembro del equipo multidisciplinario de salud.

Se realizó la investigación y aplicación del proceso de enfermería, por la importancia de la morbilidad y mortalidad a nivel mundial y nacional de la Diabetes Mellitus. Basándose en las catorce necesidades que plantea la filósofa Virginia Henderson.

## **II. OBJETIVOS**

### **2.1 General:**

Aplicar la metodología de enfermería fundamentada en la Filosofía de Virginia Henderson, a una usuaria con Diabetes Mellitus Tipo 2.

### **2.2 Específico:**

- ✚ Valorar las necesidades de la usuaria, a través de las catorce necesidades de Virginia Henderson.
- ✚ Elaborar diagnósticos de enfermería, basado a problemas reales y potenciales de salud de la usuaria.
- ✚ Elaborar planes de cuidados de acuerdo a los diagnósticos de enfermería, para mejorar y favorecer su auto cuidado a fin de que sea independiente en su tratamiento.
- ✚ Establecer estrategias certeras para satisfacer necesidades alteradas, y favorecer su recuperación.
- ✚ Evaluar el impacto de las intervenciones de enfermería.

### **III. METODOLOGÍA**

Esta investigación requirió de diversas fuentes bibliográficas, así como base de datos en páginas Web, para estructurar el marco teórico el cual está conformado: proceso de enfermería, filosofía de virginia henderson, patología diabetes mellitus tipo 2, además de sustentar científicamente las intervenciones de enfermería llevadas a cabo; se procede a la aplicación de los pasos del proceso de enfermería en los meses febrero - septiembre 2010. respetando el orden de sus etapas.

Para la ejecución del trabajo, se acudió a un curso taller del proceso de enfermería en la facultad de enfermería, utilizando el referente filosófico de Virginia Henderson basado en las 14 necesidades humanas, en él se identificaron los problemas de salud que determinan el grado de dependencia de la usuaria.

La usuaria se eligió en el Hospital General Dr. Miguel Silva. Tomando en cuenta los problemas identificados a causa de la Diabetes Mellitus Tipo II, previamente se solicito su consentimiento informado para aplicar la nomenclatura del proceso de atención de enfermería. Se empleo el proceso enfermero en sus 5 etapas, La primera constituye a la valoración de las necesidades de la usuaria, llevándose a cabo a través de la aplicación de una guía estructurada de acuerdo a dicha necesidad y por medio de la entrevista directa, una vez obtenida la información se llevo a cabo el análisis de enfermería, diseñadas en base a la taxonomía de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (N A N D A.)

Los diagnósticos se elaboraron bajo el formato PES (problema, etiología, sintomatología) y problemas interdependientes, tomando en cuenta la naturaleza del problema y los criterios utilizados por la NANDA.

La planeación se realizó ponderando los diagnósticos según las necesidades encontradas de la usuaria, se determinaron objetivos e intervenciones con razonamiento y fundamento científico, la ejecución incluye las acciones de enfermería planeadas y llevadas a cabo

#### **IV. MARCO TEÓRICO**

##### **4.1 Proceso de enfermería**

El proceso de enfermería ( PE ) es un método por el cual se analiza al individuo, a la familia y la comunidad, incluyendo su entorno, de una manera ordenada y sistemática, para poder planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por lo tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería. utiliza una metodología que exige al profesional de enfermería conocimientos en las áreas de las ciencias biológicas, sociales, de comportamiento, y además, habilidades para poder valorar, decidir, realizar y evaluar la respuesta humana del sujeto de atención, hasta que alcance su potencial máximo de salud. Este proceso está basado en reglas y principios científicos, durante la planeación y la ejecución de la atención de enfermería a las necesidades y problemas de salud de un individuo, familia y comunidad, así como la evaluación de los resultados obtenidos. (Rosales Barrera S, y Reyes Gómez E, 1999, p.199)

El proceso de enfermería requiere del desarrollo de una relación terapéutica entre el personal de enfermería, el paciente y sus familiares, no solamente en estado de enfermedad y en el aspecto biológico; más bien esta relación debe abarcar al individuo sano en su ámbito familiar y comunitario de manera integral.

Para llevar a cabo el proceso de enfermería, se necesita del apoyo de modelos y teorías, para establecer un marco de referencia y comprender al, familia y comunidad, y en el ámbito que los rodea. Estos modelos sirven de guía en la observación y clasificación de los individuos y situaciones en cada etapa del proceso (Rosales Barrera S, y Reyes Gómez E, 1999. p.200)

El proceso de enfermería, es importante porque permite al personal de enfermería asegurar la calidad de atención del individuo, familia y comunidad, por ser un método en el que podríamos analizar ordenadamente los aspectos de la salud que están alterados, para poder intervenir y luego evaluar el impacto de la

intervención de enfermería. Además proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar, y hacer investigación de enfermería.

Las características de este método son: una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera, que permite organizar el trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.

Es *sistemático* porque está conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados, valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación). Es *humanista* por considerar al hombre como un ser holístico, que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar. Es *intencionado* porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones a resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y el de la propia enfermera.

Es *dinámico* por ser sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre. Es *flexible* por que puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería, y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería. Es *interactivo* por requerir de la interrelación humano- humano con el usuario, para acordar y lograr objetivos comunes. (Rodríguez Sánchez, B, 2002, p. 29)

Este proceso tiene ventajas tanto para el profesional de enfermería, como para el sujeto de atención.

**Ventajas para el cliente:**

- 1.-Calidad con el cuidador: el cuidador de enfermería, se planifica para encontrar y satisfacer las necesidades particulares del cliente, la evaluación continua asegura un nivel de calidad.
- 2.-Continuidad con el cuidado: el hecho de contar con un plan por escrito, facilita que las personas implicadas puedan acceder a él.
- 3.-Participación de los clientes en el cuidado de su salud: el proceso permite que los clientes desarrollen sus capacidades y sus habilidades en su propio cuidado. (Sánchez, B, 2002, p.17)

**Ventajas para la enfermera:**

- 1.- Incrementa la satisfacción laboral. Las recompensas obtenidas por la práctica de la enfermería, generalmente se derivan de la capacidad de este profesional para ayudar al cliente a cubrir sus necesidades.
- 2.-Facilita el desarrollo de una relación enfermera – cliente significativa.
- 3.-Potencia el desarrollo profesional. La aplicación del proceso de enfermería favorece el desarrollo de las capacidades cognitivas, técnicas e interpersonales.
- 4.- Evita acciones legales.
- 5.-Proporciona un marco de responsabilidad (condición de responder y ser responsable de conductas específicas, que son parte del rol profesional) (Delgado, Ledezma, Ma, E. y Díaz, Ortiz, Ma, 2000, pp. 14-18)

## 4.2 ANTECEDENTES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

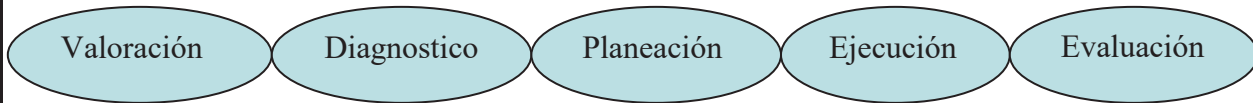
El proceso de enfermería, ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. “Hall en 1955 lo describió como un proceso distinto. Johnson (1959) y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso de tres fases diferentes, que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actuales. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto, en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los 70, Blasch (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases.(W, Iyer, P. y J, Taptich, B. y Bernochi, Losey, D, 2002, p.9)

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



### 4.3 ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA:

Las etapas del proceso se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente.



La *valoración* permitirá reunir la información necesaria referente al usuario, familia y comunidad, con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas, así como los recursos con los que cuenta.

El *diagnóstico* consiste en el análisis de la información obtenida, para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud del usuario, familia y comunidad.

La *planeación* es el desarrollo de un proyecto, donde se establecen objetivos y acciones, encaminados a predecir, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud.

La *ejecución* consiste en llevar a la práctica el plan, mediante acciones que conduzcan al logro de los objetivos establecidos.

La *evaluación* permite determinar el progreso del usuario, familia y comunidad hacia el logro de objetivos, y valorar las competencias de la enfermera, en el desarrollo de las cuatro etapas anteriores.

Para la aplicación del proceso de enfermería: La enfermera debe reunir una serie de competencias profesionales en las áreas del saber, saber hacer y saber ser y convivir para aplicar el proceso con facilidad, y lograr cambios que favorezcan la salud del usuario, familia y comunidad.

Las competencias del área del saber, se refieren al dominio de conocimientos propios de la enfermería, y de disciplinas afines y complementarias a la profesión, que son sustento teórico de los cuidados enfermeros, y permiten abordar la problemática del usuario desde diferentes puntos de vista (biológico, psicológico, sociológico, antropológico y fisiológico).

Son competencias del área del saber hacer las actividades de carácter intelectual, que constituyen el pensamiento crítico; es decir, los razonamientos lógicos, analíticos y reflexivos, “en relación con lo que hacemos u opinamos” a fin de ser “competentes, flexibles y creativos”, en la aplicación de proceso enfermero se requieren de este tipo de competencias, por tal razón “se convierte en el sistema del cual puede aplicar su capacidad de razonamiento critico” así mismo son competencias en esta área las habilidades practicas, que apoyadas en el conocimiento, reflexión y experiencia, permiten valorar al usuario, planear y ejecutar funciones independientes e interdependientes del cuidado de enfermería.

#### 4.3.1 VALORACIÓN

Es la primera etapa del proceso de enfermería que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad. Con la valoración se reúnen “todas las piezas necesarias del rompecabezas, correspondientes a respuestas humanas y fisiopatológicas, con lo que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo”. (Rodríguez Sánchez, B, 2002, p. 35). Se inicia con la obtención o recopilación de aquellos datos del paciente, que involucran acciones de enfermería y termina con el diagnóstico de enfermería. Esta etapa comprende obtención y recolección de datos, organización y análisis de la información, y elaboración del diagnóstico de enfermería. (Rosales Barrera S, y Reyes Gómez E, 1999, pp. .203-204)

**Valoración:**

Obtención y recolección de datos; existe información tanto directa, como indirecta, a través de 3 métodos que son los siguientes.

**Entrevista:** al usuario, familiares y personas significativas (directas), es un proceso que tiene 4 finalidades.

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero, y la planeación de los cuidados.
- Facilitar la relación entre enfermera / usuario.
- permitir al usuario informarse y participar en la identificación de sus problemas, y en el planteamiento de sus objetivos.
- ayudar a la enfermera qué otras áreas requiere análisis específico, a lo largo de la valoración.

Se logra a través de herramientas que son:

**Observación:**

Consiste en describir minuciosamente el estado de salud o enfermedad del paciente, y el entorno físico o psicodinámico que lo rodea. Dicha observación debe iniciar desde el primer encuentro con el paciente, para comenzar desde este momento la fase de recolección de datos, y este debe continuar a través de la relación enfermera – paciente.

Una descripción detallada de lo observado es básica para el cuidado del paciente, y requiere de todos los sentidos (vista, oído, tacto, olfato y gusto), los que son utilizados en diversas formas para observar al paciente con relación a las características generales de apariencia, actividad física, el contenido y proceso de las interacciones y relaciones, y el ambiente. (Rosales Barrera S, y Reyes Gómez E, 1999, p. 203)

**Exploración física.** Tiene 4 técnicas principales que son:

- Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del usuario para determinar estados o respuestas normales o anormales, se centra en las características físicas, o los comportamientos específicos (tamaño, forma,

posición, situación, anatómica, color, textura, aspecto, movimiento, y simetría).

➤ **Palpación:**

Consiste en la utilización del tacto, para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, humedad, pulsos, variaciones, consistencia y movilidad) esta técnica se utiliza para la palpación de órganos del abdomen, los movimientos corporales y la expresión facial, son datos que nos ayudan en la valoración.

➤ **Percusión:**

Implica en dar golpes con uno o con varios dedos sobre su superficie corporal, con el fin de obtener sonidos, los tipos de sonidos se pueden diferenciar son los siguientes:

Mates: aparecen sobre el hígado y bazo.

Hipésonoras: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire.

Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara

Sordos: se percuten músculos o huesos

➤ **Auscultación:**

Consiste en escuchar sonidos producidos por los órganos del cuerpo, por medio del estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino, también se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando la oreja sobre la zona a explorar. (W, Iyer, P. y J, Taptich, B. y Bernochi, Losey, D, 2002, pp.-56 y 60-63)

La valoración que realiza la enfermera del usuario tiene que ser total e integradora por lo que se debe de seguir un enfoque holístico; es decir un modelo enfermero para la identificación de respuestas humanas y la integración de elementos de un modelo médico para la identificación de respuestas fisiopatológicas.

La elección del modelo enfermero a utilizar depende de la preferencia hacia determinado enfoque o marco teórico, (respuestas humanas, necesidades humanas, patrones funcionales de salud, o alguna teoría de enfermería en

específico); así como de las características particulares de los usuarios (niños, adultos, embarazadas, personas sanas o enfermas, etc.) y de las normas de la institución donde se elaboran.

Para realizar la valoración se siguió un proceso, el cual proporciona información valiosa del usuario, permitiéndonos emitir juicios sobre el estado de salud, a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo, y de los recursos existentes para conservar y recuperar la salud.

Son tres los pasos que se deben realizar en la etapa de valoración:

- 1.-Recolección de la información
- 2.-Validación de la información
- 3.-Registro de la información

#### **Recolección de la información:**

Da inicio desde el primer encuentro con el usuario, continúa en cada encuentro subsiguiente, hasta que la persona sea dada de alta. Por lo que es indispensable aprovechar cada momento en que se esté con el usuario y su familia, para recolectar datos que nos permitan reconocerlos.

La recolección de los datos del usuario puede ser general y específica, así primero tendrá un conocimiento de todos los aspectos relacionados con el estado de salud; y una vez detectado un problema real o de riesgo, centrar la valoración en un área específica.

Durante la valoración el profesional de enfermería recoge 4 tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales. Los datos subjetivos son aquellos que el usuario nos refiere y que manifiestan una percepción de carácter individual, (ejemplo: el dolor, el temor, la debilidad, la impotencia etc.) Son datos objetivos, la información que se puede observar y medir a través de los órganos de los sentidos, (ejemplo: la frecuencia cardiaca, el color de piel, el peso y la talla, la tensión arterial, la presencia de edema etc.). Los datos históricos se refieren a

hechos del pasado y que se relacionan con la salud del usuario, (ejemplo: antecedentes familiares y personales de enfermedad, conductas que se han tenido para el cuidado de la salud, hospitalizaciones, tratamientos médicos recibidos, etc.), y los datos actuales son hechos que suceden en el momento y que son motivo de consulta u hospitalización, (ejemplo: la hipertermia, la deshidratación, el sangrado, el insomnio, el alcoholismo, la ansiedad, etc.).

Toda la información se recolecta por medio de la entrevista y del examen físico, ambas “se complementan y clarifican mutuamente”, en consecuencia se pueden realizar en forma simultánea.

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

b) El aspecto físico permite obtener una serie de datos para valorar el estado de salud de un individuo, y determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería y médicas. Éste debe ser completo, sistemático y preciso, con un modelo por sistemas corporales o de cabeza a pies:

Para efectuar “el examen físico se requieren cuatro técnicas principales: inspección, palpación, percusión y auscultación”, además de la medición de las constantes vitales y somatometría.

Son aspectos imprescindibles del examen físico, la medición de las constantes vitales (temperatura corporal, pulso/ frecuencia cardiaca, respiración y tensión arterial), éstas deben ser valoradas en conjunto, ya que reflejan el funcionamiento general del organismo, permitiéndonos detectar problemas de salud reales o de riesgo.

Por último el examen físico incluye la somatometría (estatura, peso, perímetros y segmentos corporales), estos parámetros nos permiten valorar en forma general el estado de salud del usuario, al identificar el crecimiento normal y anormal de las estructuras corporales; al mismo tiempo que sirven para calcular dosis de medicamentos por parte del médico.

### **Validación de la información.**

Una vez reunida la información del usuario tiene que ser válida para estar seguros de que los datos obtenidos sean correctos.

La validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada y “cometer errores al identificar los problemas”.

Para la validación de datos es necesario revalorar al usuario, solicitar a otra enfermera que recolecte aquellos datos en los que no se esté seguro, comparar datos objetivos y subjetivos, consultar al usuario/ familia y a otros integrantes del equipo sanitario.

Es de suma importancia porque si no se realiza es probable que la etapa del diagnóstico se presente dificultad para la agrupación e interpretación de la información.

### **El registro de la información**

Es el último paso de la etapa de valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y examen físico.

La comunicación verbal con el equipo sanitario es prioritaria al registro de la información, sobre todo si se tratan de datos que representen alteraciones o cambios en el estado de salud, por permitir medidas oportunas para la prevención, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud.

### 4.3.2 DIAGNÓSTICO

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una “función intelectual completa”, al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como de los recursos existentes. (Capacidades). (Rodríguez Sánchez, B, 2002, p. 51)

Para realizar esta etapa se requieren de un razonamiento diagnóstico

#### **Razonamiento diagnóstico.**

Es la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas, la enfermera durante razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales, integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir un juicio clínico.

Los puntos a seguir durante el razonamiento diagnóstico son los siguientes:

- 1.- Realizar un listado de todos los datos significativos; subjetivos, objetivos, históricos y actuales que aportó la valoración, incluyendo los recursos (capacidades).
- 2.- Analizar y agrupar los datos significativos que creé que se relacionan, y realizar las deducciones correspondientes.
- 3.-Comparar los datos significativos: (subjetivos, objetivos, históricos, y actuales) con los factores relacionados / riesgo y con las características definitorias de las categorías diagnósticas de la (NANDA)
- 4.- Efectuar revaloración si existen dudas y lagunas de información.



5.- Determinar si la enfermera tiene “la autoridad para hacer el diagnóstico definitivo y ser el principal responsable de la predicción, prevención y tratamiento del problema”.

6.- Proceder a dar el nombre correspondiente a las 14 necesidades de Virginia Henderson (diagnósticos enfermeros) y a las respuestas fisiopatológicas (problemas interdependientes).

7.- Determinar los factores relacionados o de riesgo (etiología del problema)

Para formular diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, se requiere haber realizado la valoración y el razonamiento diagnóstico antes de iniciar con la formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes. También es preciso conocer las categorías diagnósticas de la NANDA. Y la estructura que deben tener los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes de acuerdo a sus características.

Los diagnósticos enfermeros, están dentro del ámbito independiente de la práctica profesional, ya que se refieren a situaciones que la enfermera identifica, valida y trata independientemente, siendo ella la responsable del logro del resultado deseado, por lo tanto, únicamente en los diagnósticos enfermeros deben utilizarse las categorías diagnósticas de la N A N D A.

Un problema interdependiente o de colaboración, es un juicio clínico sobre la respuesta fisiopatológica del organismo, a problemas de salud reales o de riesgo en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en colaboración con el equipo sanitario.

En redacción de los problemas interdependientes se utiliza terminología médica, por consiguiente no deben emplearse las categorías diagnósticas de la N A N D A.

Las diferencias que existen entre el diagnóstico enfermero y un problema interdependiente, es que ambos son juicios clínicos, pero el diagnóstico enfermero se centra en las respuestas humanas, que es el campo de acción específico de la enfermería, en donde la enfermera tiene la autoridad para la predicción, prevención y tratamiento en forma independiente; mientras que un problema interdependiente se centra en las respuestas fisiopatológicas, en donde el médico es el principal responsable, la enfermera y el resto de los integrantes del equipo sanitario colaboran en la predicción, prevención y tratamiento.

### **Clasificación de los diagnósticos:**

Los diagnósticos enfermeros se clasifican en reales, de riesgo y de salud.

1.-El diagnóstico enfermero real “Describe la respuesta actual de una persona, una familia o una comunidad, y se apoya en la existencia de característica definitorias, (datos objetivos y subjetivos).

2.-El diagnóstico enfermero de riesgo (potencial), Describe respuestas humanas, que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables, no existen características definitorias (datos objetivos y subjetivos), solo se apoya en los factores de riesgo (etiología).

3.-El diagnóstico enfermero de salud es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel mayor a su bienestar.

Para redactar un diagnóstico enfermero, el primer paso es utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana, según las categorías diagnósticas de la NANDA. previamente identificado por el profesional de enfermería durante el razonamiento diagnóstico.

En el caso del diagnóstico enfermero real “se aconseja un formato en tres partes: problema + *factores relacionados y datos objetivos y subjetivos.*”

El problema es la respuesta humana, los factores relacionados son la causa del problema (Etiología), cuyo origen puede obedecer a trastornos “fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales”, y los datos objetivos y subjetivos, (características definitorias / sintomatología), son las evidencias de que el problema existe).

El problema se une a los factores relacionados con las palabras RELACIONADO CON, y éstos se unen con las características definitorias mediante las palabras MANIFESTADO POR.

Para estructurar un diagnóstico enfermero de riesgo se emplean únicamente dos partes: *problema + factores de riesgo*, ya que no existen datos objetivos y subjetivos (características definitorias). los factores de riesgo son “aquellos que predisponen a un individuo, familia o comunidad a un acontecimiento nocivo”.

En cuanto a la formulación de los diagnósticos de salud éstos únicamente llevan un solo elemento, que es el nombre correspondiente a la respuesta humana, a la cual se le antepone las palabras “potencial de aumento de (...) o potencial de mejora de (...)

Los problemas interdependientes, se estructuran precisando el empleo de terminología médica y de la participación conjunta de los integrantes del equipo sanitario, razón por la cual no debe emplearse la taxonomía diagnóstica enfermera para renombrar situaciones fisiopatológicas, ya que tienen un nombre.

En redacción de problemas interdependientes *reales*, se necesita del problema, etiología del problema y sintomatología; los problemas interdependientes de *riesgo* únicamente requieren del problema y etiología; así como de las palabras *riesgo de*: al inicio de su formulación.

**DIFERENCIAS DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y LOS  
DIAGNÓSTICOS MÉDICOS**

<i>Diagnósticos de Enfermería</i>	<i>Diagnósticos Médico</i>
Describe la respuesta de una persona ante un problema, una situación o una enfermedad.	Describe un proceso específico de una enfermedad.
Está enfocado al individuo	Está enfocado a la patología.
Varía según cambia las respuestas del cliente.	Permanece constante mientras dura la enfermedad.
Orienta las actividades de enfermería independientes: planificación ejecución y evaluación.	Orienta las actividades médicas, muchas de las cuales realiza la enfermera.
Es complementario al diagnóstico médico.	Es complementario al diagnóstico enfermero.
El sistema de clasificación no está universalmente aceptado, varios sistemas están a desarrollo.	Tiene un sistema de clasificación bien desarrollado y aceptado universalmente por la profesión médica.
Consiste de tres partes, en las que se incluye la etiología cuando se conoce.	Consta de dos a tres palabras.
Es de juicio de enfermería y hace referencia a lo que las enfermeras están autorizadas a tratar.	Está hecho y tratado por el médico.
Hacen referencia a condiciones físicas, socioculturales, psicológicas y espirituales.	Se refiere solo a la enfermedad.

(Rosales Barrera S, y Reyes Gómez E, 1999, pp. 210-211)

### 4.3.3 PLANEACIÓN

Es la tercera etapa del proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, y que consiste en “la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano, o para evitar, reducir, o corregir las respuestas del cliente enfermo”.

**Esta etapa consta de cuatro fases.**

- ✚ Establecer prioridades
- ✚ Elaborar objetivos
- ✚ Determinar acciones de enfermería
- ✚ Documentar el plan de cuidados

#### ***Establecimiento de prioridades:***

El establecimiento de prioridades es posterior a la valoración y etapa de diagnóstico, se concluye con un número determinado de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, lo que hace indispensable la identificación de los problemas de salud, en los cuales se debe centrar la atención y realizar acciones inmediatas, porque representan una amenaza para la vida del usuario.

Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer a qué prioridad pertenecen, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas. Es importante señalar que en la mayoría de las ocasiones los problemas interdependientes son prioritarios, sobre todo si el usuario se encuentra hospitalizado y grave, sin embargo, los diagnósticos enfermeros se pueden tratar en forma simultánea a los problemas interdependientes.

***Elaborar objetivos:***

Los objetivos son una parte indispensable dentro de la etapa de planeación, ya que con ellos “se mide el éxito de un plan determinado” al valorar el logro de los resultados. También permiten dirigir las acciones de enfermería, para dar solución a los problemas de salud encontrados, y “son factores de motivación” al generar numerosas acciones de las enfermeras.

Los objetivos para un plan de cuidados deben reunir las siguientes características:

1. Resultar del diagnóstico enfermero o problema interdependiente; es decir centrarse en dar soluciones al problema, (objetivo final), y en “la modificación o desaparición de los factores causales del problema, o de sus efectos”.
2. Estar dirigidos al usuario, familia o comunidad, por que en ellos se esperan los resultados; también pueden referirse a una parte del organismo o a una función, como es el caso de algunos diagnósticos enfermeros, y cuando se trata de problema interdependientes.
3. Ser claros y precisos con los siguientes elementos en su redacción: sujeto (persona), verbo (conducta), condición (circunstancia en que debe realizarse la conducta) y criterios de realización (tiempo y grado de tolerancia, o dificultad para realizar la acción).
4. Haber involucrado al usuario y su familia, para perseguir el mismo fin y tener mayores posibilidades de éxito. En el caso de los objetivos para problemas interdependientes es conveniente la coparticipación de todos los integrantes del equipo sanitario, además del usuario y familia.
5. Utilizar un solo verbo (conducta) para cada objetivo.
6. Ser realistas, es decir, que consideren las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario, para que se puedan alcanzar.

7. Considerar en los objetivos conductas de los dominios: cognitivo, afectivo y psicomotriz, de acuerdo a las características del problema de salud.

***Acciones de enfermería:***

“Las intervenciones de enfermería, son estrategias concretas, diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos”, y están encaminadas a tratar los factores relacionados de riesgo del problema de salud señalado en el diagnóstico enfermero, o problema interdependiente.

***Documentar plan de cuidados***

Los planes de cuidado de enfermería, son documentos que contienen el problema de salud encontrado (diagnóstico enfermero, o problema interdependiente), objetivos, acciones de enfermería y evaluación. Existen dos tipos de planes de acuerdo a sus componentes: para diagnósticos enfermeros y para problemas interdependientes; la diferencia entre ambos, es que uno se refiere a una respuesta humana (diagnóstico enfermero), y el otro a una respuesta fisiopatológicas (problema interdependiente); y que las funciones interdependientes de enfermería únicamente se incluyen en los planes de cuidado para problemas interdependientes.

La *Individualidad* es característica de los planes del cuidado; es decir cada plan debe responder a problemas y factores relacionados/ riesgo específico, la *participación* del usuario, familia y comunidad en su elaboración; la *actualización* con respecto a los cambios del usuario y a los avances de la enfermería como disciplina científica; la *fundamentación* científica de las acciones con fines didácticos, y ser *fuentes de comunicación* entre los profesionales de la enfermería.




La documentación del plan de cuidados, es el registro que la enfermera realiza de los componentes de dicho plan en un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registra resultados alcanzados

#### 4.3.4 **EJECUCIÓN:**

Es la cuarta etapa del proceso enfermero, que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados” y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados. Este contribuye a un cuidado integral y progresivo, ya que el plan considera los aspectos biopsicosociales del paciente.

Tanto el paciente como su familia, deben participar en la planeación del cuidado, ya que son fuentes clave de información y su compromiso en esta, es de vital importancia. La comunicación terapéutica es otro aspecto de particular importancia en esta etapa, por que ayuda al paciente a identificar sus problemas, a explorar las posibles soluciones y a resolverlos. (Rosales Barrera S, y Reyes Gómez E, 1999, p. 215)

##### *Pasos de la ejecución*

-  Preparación
-  Intervención
-  Documentación

Para la preparación de la ejecución antes de llevar un plan de cuidados se debe:

- 1.-Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario, y que sean “compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria”,
- 2.-Analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarias para realizar actividades planeadas, en caso de no ser así, es indispensable solicitar asesoría.
- 3.-Tener en mente las complicaciones que se pueden presentar, al ejecutar cada actividad de enfermería.
- 4.-Reunir el material y equipo necesario, para llevar a cabo cada intervención de cada actividad.



5. Delegar cuidados enfermeros que se apeguen a “los cuatro puntos clave de la delegación: tarea correcta, persona correcta, comunicación correcta y evaluación correcta.”.

Posterior a la fase de preparación, pueden llevarse acabo las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes planeadas que incluyen: la valoración; “la prestación de cuidados para conseguir los objetivos, la educación del usuario, familia y comunidad, y la comunicación en otros miembros del equipo de atención sanitaria”. Es fundamental considerar las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario durante la ejecución de las acciones de enfermería, para lograr su participación e independencia.

**Las acciones de enfermería son:**

Dependientes: son aquellas que para ser realizadas se necesita no solo de enfermería, sino que para ser llevadas a cabo dependen también de otros profesionales.

Independientes: son las que lleva a cabo enfermería, específicamente las acciones.

Interdependientes: son las que se llevan a cabo en conjunto multidisciplinario.  
(Potter B. kozier, 2001, p.669)

En cada intervención de enfermería: “somos tan responsable de los resultados emocionales, como de los físicos”, por lo que es necesario actuar siempre “con pleno conocimiento de los principios y razones, observando atentamente la respuesta del usuario y familia”.

(Rodríguez Sánchez, B, 2002, p.90).

Para la documentación es un registro que realiza la enfermera: *mantener* informados a otros profesionales del área de la salud sobre datos de valoración del usuario, cuidados proporcionados, y las respuestas del usuario / familia; ser

base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados. *Respaldar* legalmente las actuaciones de la enfermera, y *servir* para estimar “el apego de los servicios prestados”.

#### **4.3.5 EVALUACIÓN**

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

La enfermera evalúa el estado y progreso de un cliente de forma diferente para los diagnósticos de enfermería que para los problemas interdisciplinarios. Al evaluar un diagnóstico de enfermería, la enfermera:

- ❖ Valora el estado del cliente.
- ❖ Compara esta respuesta con los criterios de resultados.
- ❖ Concluye si el cliente está o no progresando hacia el logro de resultados.

Por lo tanto, la evaluación de los diagnósticos de enfermería, está centrada en el progreso hacia el logro de los objetivos del cliente.

(Carpenito, L, J, 1995, p.44).

La evaluación en el proceso enfermero es útil para: “determinar el logro de los objetivos; identificar las variables que afectan, decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado”, por consiguiente, es necesario la valoración del usuario, familia y comunidad, para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos.

La evaluación es compleja; sin embargo al emplear la metodología del proceso enfermero se facilita por ser sistemática y continua, ya que “Brinda una base cognoscitiva para la práctica humana de la enfermería, y requiere de la interrelación con el usuario y su familia”.

#### 4.4 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON



#### **VIRGINIA HENDERSON**

VIRGINIA HENDERSON nació en 1897 en Kansas (Missouri), pasó su infancia y adolescencia en Virginia, ya que su padre era abogado en Washington.

Durante la primera guerra mundial, Henderson desarrolló su interés por la enfermería, y en 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington. Se graduó un 1921, aceptando un puesto de enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1922 inicio su actividad como docente de enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. En 1929 Henderson trabaja como supervisora de enfermería en el Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. Vuelve al Teachers College en 1930 como miembro de la facultad, impartiendo cursos sobre el proceso analítico en enfermería y sobre el ejercicio profesional hasta 1948. Durante su estancia en el Teachers College, reescribió la cuarta edición de la obra de Bertha Harmer, *Textbook of the principles and practice of nursing*, tras la muerte de la autora, siendo publicada esta edición en 1939. La quinta edición de este libro de texto se publicó en 1955 y contenía la definición de Henderson sobre la enfermería.

Henderson falleció de muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años.

Esta Filósofa de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Henderson define 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 contribuyen a su salud, su recuperación o muerte tranquila, que este 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. (Marriner, Tomey, A, 1994, p. 103)

### **FUENTES TEÓRICAS PARA EL DESARROLLO DE LA TEORÍA**

Henderson publicó por primera vez su definición de la enfermería en la revisión que en 1955 hizo junto con Harmer de la obra *Los principios y practica de enfermería*.

Henderson considera su trabajo una definición más que una teoría, ya que la teoría no estaba de moda en esa época. Describe su interpretación como la “síntesis de muchas influencias, unas positivas y otras negativas”

Annie W. Goodrich era la decana de la Army School Of Nursing, donde Henderson recibió su formación básica de enfermería, y sirvió de inspiración para Henderson. Henderson se refiere a Goodrich cuando dice: “Mi descontento inicial con la atención al paciente, excesivamente reglamentada. En la que participaba y el concepto de enfermería como mera labor auxiliar de la medicina.

Caroline Stackpole era profesora de filosofía del Teachers College de la Universidad de Columbia cuando Henderson era una estudiante graduada, le transmitió la importancia de mantener un equilibrio fisiológico.

Jean Broadhurst era profesora de microbiología en el Teachers College. La importancia de la higiene y de la asepsia impactó a Henderson.

El Dr. Edward Thorndike era un psicólogo del Teachers Collage, dirigía trabajos de investigación sobre las necesidades fundamentales de los seres humanos. Henderson reconocía que la enfermedad era más que un estado patológico.

Bertha Harmer era una enfermera canadiense. La definición de Harmer de 1922 comienza así: “La enfermería se basa en las necesidades de la humanidad”.

Henderson considera que Ida Orlando influye en su concepto de la relación enfermera- paciente. Dice: me ha hecho comprender con qué facilidad la enfermera puede actuar, basándose en una idea equivocada de las necesidades del paciente si no comprueba su interpretación de las mismas con él. (Marriner, Tomer, A, 1994, p. 104)

Para la aplicación de datos empíricos Henderson incorporó principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de la enfermería. Sus referencias en estos campos proceden de su relación con Stackpole y Thorndike durante sus estudios de graduación en el Teachers College. Stackpole basaba su curso de fisiología en el dictamen de Claude Bernard de que la salud depende de que la célula este rodeada de linfa .A partir de esto Henderson supone que una definición de enfermería debe llevar implícito el principio de equilibrio fisiológico.

Henderson no identifica las teorías precisas apoyadas por Thorndike, tan solo dice que se refieren a las necesidades fundamentales de los seres humanos, se observa una correlación entre la jerarquía de Necesidades de Abraham Maslow y los 14 componentes de la asistencia de enfermería de Henderson, comenzando con las necesidades físicas hasta los componentes psicosociales (Marriner, Tomey, A, 1994, pp.102-104)

**PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES**

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

**Enfermería**

Es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o una muerte tranquila), y que el realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude hacer independiente lo antes posible.

**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 potencial 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.

**Persona**

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

La persona es una unidad corporal, física y mental. Que esta constituida por componentes biológicos, psicológicos, y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables. Tanto en individuo sano y el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

**Entorno**

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

**NECESIDADES**

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera, y a partir de ella, Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, Así cada persona se considera como un ser único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica), y promover su desarrollo y crecimiento.

Dichas necesidades son:

- 1.- Respirar con normalidad.
- 2.-Comer y beber adecuadamente.
- 3.-Eliminar los desechos del organismo.
- 4.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5.-Descansar y dormir.
- 6.-Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7.-Mantener la temperatura adecuada.
- 8.-Mantener la higiene corporal
- 9.-Evitar los peligros del entorno
- 10.-Comunicarse con otros expresar emociones, necesidades u opiniones.
- 11.-Ejercer culto a dios acorde con la religión.
- 12.-trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13.-Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- 14.-Estudiar, descubrir y satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida

(Fundamentos de enfermería –antología, 1997, pp.223-245)

## SUPUESTOS PRINCIPALES

Virginia Henderson no cita directamente los que creé que constituyen sus supuestos fundamentales. Los siguientes supuestos han sido adaptados a partir de las publicaciones de Henderson.

### Enfermería

- ✚ La enfermera tiene la función de única de ayudar a los individuos sanos o enfermos.
- ✚ La enfermera actúa como un miembro de un equipo sanitario.
- ✚ La enfermera actúa independientemente del médico, pero apoya su plan si hay algún médico de servicio.
- ✚ La enfermera está formada en ciencias biológicas y sociales.
- ✚ La enfermera puede apreciar las necesidades humanas básicas.

Los 14 componentes de la asistencia de enfermería abarcan todas las funciones posibles de la enfermería.

### Persona

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



### Salud

- ✚ La salud representa calidad de vida.
- ✚ La salud es necesaria para el funcionamiento humano.
- ✚ La salud requiere independencia e interdependencia
- ✚ La promoción de la salud es más importante que la atención del enfermo.
- ✚ Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen fuerza de voluntad y conocimientos necesarios.

### Entorno

- ✚ Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno pero la enfermedad puede interferir en esta capacidad.
- ✚ Las enfermeras deben proteger a los pacientes de las lesiones mecánicas.
- ✚ Los médicos utilizan las observaciones y recomendaciones de las enfermeras como base para la prescripción de dispositivos protectores.
- ✚ Las enfermeras deben conocer los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

### AFIRMACIONES TEÓRICAS

#### La relación enfermera- paciente.

Se pueden identificar en la relación enfermera-paciente que varían desde una relación muy dependiente a otra marcadamente independiente:

- 1.- La enfermera como un sustituto de algo necesario para el paciente.
- 2.- La enfermera como ayuda para el paciente.
- 3.- La enfermera como compañera del paciente.

En caso de enfermedad grave la enfermera está considerada como “un sustituto de lo que el paciente carece para considerarle “completo”, “íntegro” o “independiente” por la ausencia de fuerza física, voluntad o conocimiento.

Durante la convalecencia, la enfermera ayuda al paciente a adquirir o recuperar su independencia, Henderson afirma “la independencia es un término relativo, ninguno de nosotros es independiente de los demás aunque luchamos por una interdependencia sana, no por una dependencia enferma”.

Como compañeros, la enfermera y el paciente elaboran juntos el plan terapéutico. Las necesidades básicas existen a pesar del diagnóstico, aunque se hallan modificadas por la patología y otras circunstancias como la edad, el temperamento, el estado emocional, el nivel sociocultural y la capacidad física e intelectual.

La enfermera debe ser capaz de apreciar no solo las necesidades del paciente sino también las circunstancias y estados patológicos que las alteran. La enfermera y el paciente siempre trabajan con un objetivo, sea éste la independencia o una muerte tranquila.

#### **La relación enfermera – médico.**

Henderson insiste en que la enfermera tiene una función única, distinta a la de los médicos. El plan de cuidados, elaborado por la enfermera junto con el paciente, se debe llevar a cabo de forma que facilite el plan terapéutico prescrito por el médico. Henderson subraya que las enfermeras siguen las órdenes de los médicos, ya que “cuestiona una filosofía que permita al médico dar órdenes a los pacientes o a los profesionales sanitarios”.

También indica que muchas de las funciones de las enfermeras y médicos se solapan.

**La enfermera como miembro del equipo sanitario.**

La enfermera trabaja en interdependencia con los profesionales sanitarios. Y los demás miembros del equipo se ayudan mutuamente a realizar el conjunto de programa de asistencia, desarrollando cada uno de su trabajo. Henderson nos recuerda que “nadie del equipo debe hacer tales exigencias a los demás miembros, que alguno de ellos sea incapaz de realizar su función específica” . .

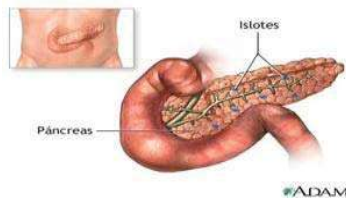
Al igual que varían las necesidades del paciente, lo mismo ocurre con la definición de enfermería. Henderson admite que: “esto no significa que exista una definición para siempre. Creo que la enfermera se modifica con la época en la que ejerce y depende en gran medida de lo que hagan los demás trabajadores sanitarios.

La enfermería debe desarrollarse y aprender a identificar las nuevas necesidades sanitarias de la población a medida que se nos vayan planteando.

**Método lógico.**

Parece que Henderson ha utilizado el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su definición de enfermería. Deduce su definición y las 14 necesidades a partir de principios fisiológicos y psicológicos.

#### 4.5 DIABETES MELLITUS



La diabetes mellitus o diabetes sacarina es un grupo de trastornos metabólicos, que afecta a diferentes órganos y tejidos, dura toda la vida y se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre, es una enfermedad crónica debida a una producción inadecuada de la insulina que elaboran las células beta de los islotes de langerhans del páncreas, a un defecto de la acción o mala utilización de la hormona en los tejidos orgánicos, o a ambas circunstancias, con lo que resulta un metabolismo inadecuado de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas cuyo principal indicador es la h́iper glucemia. La causa puede ser genética, vírica, ambiental o autoinmune, o bien una combinaci3n de tales factores. (Manual de enfermería, 2002, pp.295-305)

La diabetes es la principal causa de cardiopatía, ictus, ceguera del adulto y amputaciones de origen no traumático de las extremidades inferiores. Las personas con diabetes mellitus presentan, como un ḿnimo, un riesgo dos veces superior para desarrollar arteriopatía coronaria y ḿs del 65 % tienen hipertensi3n. La insulina es una de las hormonas ḿs importantes producida por el páncreas. (Heitkemper L, 1994, p. 1307)

**FISIOPATOLOGÍA**

Es un trastorno del páncreas caracterizado por la presencia de glucosa en la orina. En la diabetes tipo II, hay 2 aspectos principales relacionados con la insulina: resistencia insulínica y alteración de la secreción de insulina. La resistencia insulínica es la disminución de la sensibilidad de los tejidos a la insulina. Normalmente, la insulina se fija a los receptores especiales de las superficies celulares por lo que aparece una serie de reacciones en el metabolismo de la glucosa dentro de la célula. La resistencia se acompaña de disminución de estas reacciones intracelulares, por lo que la insulina se vuelve menos eficaz para estimular la captación de glucosa por los tejidos. Para superar la resistencia insulínica y evitar la formación gradual de glucosa en sangre, debe aumentarse la cantidad de insulina secretada. En las personas con intolerancia a la glucosa, esto se debe a una secreción excesiva de insulina; el nivel de glucosa es normal o ligeramente elevado. (Heitkemper, Dirksen, L, 2004, p. 307)

Sin embargo, si las células beta son incapaces de continuar con la creciente demanda de insulina, la leucemia se eleva y se desarrolla diabetes *tipo II*.

La diabetes *tipo II* es más común en obesos mayores de 30 años de edad, debido a la intolerancia progresiva lenta (por años) a la glucosa, el inicio de la diabetes *tipo II*, quizá pase inadvertido por muchos años.

Si se experimentan síntomas por lo regular son ligeros e incluyen fatiga, irritabilidad, poliuria, polidipsia y heridas en la piel que cicatrizan mal, infecciones vaginales o visión borrosa (sí la glucemia es muy alta). En la mayoría de los pacientes (cerca del 75%), la diabetes *tipo II* se descubre de manera incidental cuando se realizan pruebas de laboratorio sistémicas.

Las consecuencias de la diabetes no descubierta durante muchos años son las complicaciones a largo plazo por ejemplo: Oculopatías, Neuropatías periféricas,

Vasculopatías periféricas, las cuales se desarrollan antes de efectuar el diagnóstico real de diabetes.

Debido a que la resistencia insulínica se relaciona con obesidad, el tratamiento básico de la diabetes tipo II consiste en que el paciente baje de peso.

### **CLASIFICACIÓN:**

Actualmente existen dos clasificaciones principales. La primera, correspondiente a la OMS, en la que sólo reconoce tres tipos de diabetes (tipo 1, tipo 2 y gestacional)

### **DIABETES TIPO 2**

Es la forma con mayor prevalencia y ocurre en individuos que tienen resistencia a la insulina más un defecto en la capacidad secretora de la misma. El espectro patógeno de esta clase de diabetes abarca desde los casos en que predomina la resistencia a la insulina, con un defecto hasta cierto punto menor en la secreción, hasta pacientes con defectos predominantes secretores y resistencia a la insulina de manera adicional.

### **PREVALENCIA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2**

La prevalencia de esta forma de diabetes varía enormemente de una población a otra y en diversas zonas del mundo.

Las frecuencias varían en grado considerable en diferentes grupos étnicos que viven en el mismo país. Difiere entre los que emigran y los que pertenecieron en su país natal. En casi todos los casos las cifras corresponden a migrantes han sido mayores que las de la población nativa o indígena, y tales incrementos reflejan el efecto que tienen en la enfermedad los cambios del entorno. En algunas poblaciones, en lapsos bastantes breves se han observado incremento extraordinario en la prevalencia de diabetes Mellitus, aumento que pudiera depender de cambios rápidos en el modo de vida.

El perfil mundial de prevalencia de la diabetes hace pensar que las poblaciones con mayor propensión a la enfermedad son las que residen en países de crecimiento rápido y los sectores pobres de las naciones desarrolladas. En estados unidos, unos 16 millones de personas tienen el tipo 2 de la enfermedad. Alcanza su nivel máximo en la población indígena del país, pero las poblaciones afro-estadounidenses y de origen hispánico presentan cifras que rebasan las de la raza blanca. Muchas tribus indígenas estadounidenses tienen incidencia extraordinariamente alta en diabetes de tipo 2, pero las Pimas de Arizona son las que muestran la mayor prevalencia en todo el mundo.

(Derek, Le, R, Simeón, I, T y Olefsky, M, J, 2003, pp.674-678)

Según los datos que proporciona la Secretaria de Salud sobre la diabetes mellitus tipo 2 en los últimos 4 años, esta enfermedad sufrió un aumento de casos en habitantes en Michoacán durante el año 2007, siendo 436 habitantes con esta enfermedad siendo mayor el número de casos de diabetes mellitus que en los años 2005 -2006 que fue de 321 y 340 habitantes padeciendo esta enfermedad simultáneamente.

En el año 2008 los casos de diabetes mellitus en habitantes sufrieron un descenso considerable cayendo hasta 114 casos en este año, debido al esfuerzo del personal de salud en la promoción ala salud. En el año 2009 la cifra de habitantes en Michoacán con diabetes mellitus tipo 2, se elevo a 225 habitantes con esta enfermedad. Debido a que no llevan a cabo la educación para su enfermedad como es la educación sanitaria del paciente respecto a su nutrición, la farmacoterapia, el ejercicio y el autocontrol de la glucemia.(Secretaria de salud, Dirección General de Epidemiologia, 2008)

**CUADRO CLÍNICO**

- Pérdida de peso. (en ocasiones voluntaria).
- Debilidad y fatiga.
- Visión borrosa.
- El bulbo vaginitis y el prurito.
- Glucosuria (azúcar elevada en sangre)
- Cetonuria. (presencia de cuerpos cetónicos en orina).
- Elevación de la glucemia en más de una ocasión por encima de 120 mg/dl, ya sea sangre venosa o capilar.
- Hemoglobina glucosilada.
- Poliuria. (se elimina un gran volumen de orina)
- Polidipsia. (sensación anormal de sed)
- Polifagia. (es el aumento anormal de la necesidad de comer)
- Hipertensión e insuficiencia renal.
- Evidencias de patología periférica de las extremidades inferiores.
- Predisposición a las infecciones.
- Impotencia en el varón.
- Neuropata principalmente en manos, pies, piernas y cabeza.
- Falta de sensibilidad al frío y al calor.
- Sensación de hormigueo y adormecimiento de los miembros.
- Embarazos complicados.
- Trastornos cardiovasculares. (la posibilidad de sufrir cardiopatía isquémica y accidentes vasculocerebrales).



**MÉTODOS DIAGNÓSTICO**

Hay tres formas posibles de establecer el diagnóstico de diabetes y en cada una de ellas éste debe confirmarse en un día subsecuente. Así, el diagnóstico puede hacerse si un individuo presenta en más de una ocasión.

1.-Síntomas característicos de diabetes (poliuria, polidipsia, pérdida de peso) con una concentración plasmática de glucosa igual o mayor de 200 mg/dl, en una muestra aleatoria de sangre. Una muestra aleatoria es la que se obtiene en cualquier momento del día, Sin importar cuándo se ingirió el último alimento.

2.-Concentración plasmática de glucosa en ayunas igual o mayor de 126 mg/ dl. Para este fin el estado de ayuno se define como la ausencia de ingreso de calorías por lo menos durante las últimas 8 horas.

3.-Glucemia en ayunas menor del valor diagnóstico, pero un valor de glucosa plasmática igual o mayor de 200 mg/dl. 2 horas después de administrar por vía oral una carga de 75 g de glucosa. (Lerman, Garber, I, 1994, p.360)

La diabetes no es curable. El objetivo inmediato del tratamiento es estabilizar el azúcar en la sangre y eliminar los síntomas producidos por el alto nivel de azúcar en la sangre. El objetivo a largo plazo, es prolongar la vida, mejorar la calidad de vida, aliviar los síntomas y prevenir las complicaciones a largo plazo como la enfermedad cardíaca y la insuficiencia renal. (Lerman, Garber, I, 1994, p.12)

**TRATAMIENTO**

Existen 2 tipos de terapia no farmacológica: nutricional y ejercicio físico

En general, todos los pacientes con diabetes necesitan ser educados acerca de Una dieta acorde a sus necesidades.

El diabético debe trabajar estrechamente con su médico para aprender cuantas grasas, proteínas, y carbohidratos necesita para su dieta. Los planes específicos de comida deben estar adaptados a sus hábitos y preferencia. Las personas con diabetes tipo I deben comer más o menos a l misma hora todos los días y tratar de ser consistentes con el tipo de alimentos que eligen. Esto ayuda a prevenir que los niveles de azúcar se eleven o bajen demasiado. Los diabéticos tipo II deben seguir una dieta balanceada y baja en grasa.

\* Los requerimientos alimentarios de cada paciente serán ajustados individualmente por el médico. El principio básico del control dietético consiste en el mantenimiento del peso corporal.

\* Las dietas recomendadas se basan en 6 grupos, o lista de intercambio, de alimentos.

Cada lista consiste en alimentos que, en las cantidades específicas, contienen una cantidad equivalente de calorías, hidratos de carbono, proteínas y grasas. Los de intercambio son: leche, vegetales, frutas, pan, carne, y grasa. Los alimentos que pertenecen a la misma lista de intercambio son susceptibles entre sí. Las sustituciones pueden realizarse dentro del mismo grupo, pero no entre ellos.

\* Los dos grupos de alimentos que tienen restricciones importantes son los azúcares libres y las grasas animales.

\* Son recomendables las dietas con un elevado contenido de fibra.

\* Debe procurarse mantener una ingesta calórica diaria global adecuada.

\* En caso de enfermedad, estrés o ejercicio habitual deben reajustarse las dietas.

\* La dieta y el ejercicio pueden controlar la hiperglucemia en los pacientes diabéticos del tipo II.

### **EJERCICIO FISICO**

El ejercicio físico debe implicar un incremento en la actividad física hasta el nivel que una persona con diabetes pueda tolerar.

El ejercicio regular es particularmente importante para las personas diabéticas, por que ayuda a controlar la cantidad de azúcar en la sangre, a perder peso y controlar la presión sanguínea alta.

Los diabéticos que hacen ejercicio tienen menos probabilidades de experimentar un ataque cardiaco o un accidente cerebro vascular que los que no lo hacen regularmente. Antes de iniciar un programa de ejercicios, el diabético debe ser evaluado por un médico. Algunas consideraciones acerca del ejercicio son:

- ✚ Escoger una actividad física que el paciente pueda disfrutar y que sea apropiada para su nivel de salud actual.
- ✚ Ejercitarse en lo posible todos los días y a la misma hora.
- ✚ Verificar los niveles de glucosa en sangre, antes y después del ejercicio.
- ✚ Llevar alimentos que contengan un carbohidrato de acción rápida en caso de que el paciente se ponga hipoglicémico durante o después del ejercicio.
- ✚ Portar una tarjeta de identificación como diabético y un teléfono portátil o monedas para hacer una llamada en caso de emergencia.
- ✚ Beber líquidos adicionales que no contengan azúcar antes, durante y después del ejercicio

**EJERCICIO PARA LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS.**

1.- El ejercicio no tiene que ser vigoroso para ser eficaz. Los efectos hipoglucemiantes del ejercicio pueden conseguirse con una actividad como caminar rápidamente. Los ejercicios seleccionados deben fomentarse la regularidad.

2.- El ejercicio se realiza mejor después de las comidas, cuando está aumentando el valor de la glucemia.

3.-La planificación del ejercicio debe ser individualizada en cada paciente y controlada por el profesional sanitario.

4.-Es importante auto controlar los valores de glucosa antes, durante y después del ejercicio para determinar el efecto del ejercicio sobre el valor de la glucemia en momentos concretos del día.

5.-Estar atento a la posibilidad de hipoglucemia retardada debida al ejercicio, que puede presentarse diversas horas después de acabar el ejercicio.

6.-Tomar una medicación hipoglucemiante no significa que no pueda realizarse un ejercicio planeado o espontaneo.

7.-Es importante compensar las actividades planeadas y espontáneas mediante el control de la glucemia para realizar los ajustes en la dosis de insulina (si se toma ) y la ingesta de alimentos.

(Heitkemper, Dirksen L, 1994, p. 322)

**TERAPIA FARMACOLOGICA:****Antidiabéticos orales**

Con frecuencia la planificación de las comidas a fin de controlar el nivel de glucosa (azúcar) en la sangre, la pérdida de peso y actividad física. En algunas ocasiones, esas medidas no alcanzan para reducir el nivel de glucosa en la sangre y acercarlo al nivel normal. El paso siguiente es administrar un medicamento para reducir el riesgo de glucosa en la sangre.

Existen 4 grandes grupos de fármacos orales:

- 1.- **Biguanidas:** como la Metformina. Aumentan la sensibilidad de los tejidos periféricos a la insulina, actuando como normoglicemiante
- 2.-**Sulfonilureas.** Como la clorpropamida y glibenclamida. Reducen la glucemia intensificando la secreción de insulina. En ocasiones se utilizan en combinación con Metformina.
- 3.-**Glinidinas.** Como la repaglinida y nateglinida. Estimulan la secreción de insulina. Se administra antes de cada una de las tres comidas
- 4.-**Inhibidores de  $\alpha$ -glucosidasa.** Como la acarbosa. Reducen el índice de digestión de los polisacáridos en el intestino delgado proximal, disminuyendo principalmente los niveles de glucosa postprandial. (Heitkemper, Dirksen L, 1994, pp.1318-1319)

Para conseguir un buen control de la Diabetes Mellitus, en todos los tipos de ésta, es imprescindible la Educación Terapéutica en Diabetes que, impartida por profesionales sanitarios específicamente formados en Educación Terapéutica en Diabetes (médicos o enfermeros/as-Educadores Terapéuticos en Diabetes-), persigue el adiestramiento de la persona con Diabetes y de las personas cercanas a ella, para conseguir un buen control de su enfermedad, modificando los hábitos que fuesen necesarios, para el buen seguimiento del tratamiento (Dieta + Ejercicio Físico + Tratamiento medicamentoso-si precisa).

## COMPLICACIONES

La frecuencia, gravedad y progresión de las complicaciones agudas y crónicas están relacionadas con el grado de hiperglucemia, los trastornos metabólicos asociados, la duración de la enfermedad, la exposición a otros factores de riesgo y el ambiente genético.

Independiente del tipo de diabetes mellitus, un mal nivel de azúcar en la sangre conduce a las siguientes enfermedades. Bases son las modificaciones permanentes de las estructuras constructoras de proteínas y el efecto negativo de los procesos de reparación, p.ej.: la formación desordenada de nuevos vasos sanguíneos.

- Daño de los pequeños vasos sanguíneos (microangiopatía)
- Daño de los nervios periféricos (poli neuropatía)
- Pie diabético: heridas difícilmente curables y la mala irrigación sanguínea de los pies, puede conducir a laceraciones y eventualmente a la amputación de las extremidades inferiores.
- Daño de la retina (retinopatía diabética)
- Daño renal Desde la nefropatía incipiente hasta la Insuficiencia renal crónica terminal.
- Hígado graso o Hepatitis de Hígado graso (esteatosis hepática)
- Daño de los vasos sanguíneos grandes (macroangiopatía): trastorno de las grandes Arterias. Esta enfermedad conduce a infartos, apoplejías y trastornos de la circulación sanguínea en las piernas. En presencia simultánea de poli neuropatía y a pesar de la circulación sanguínea crítica pueden no sentirse dolores.
- Cardiopatía: Debido a que el elevado nivel de glucosa ataca el corazón ocasionando daños y enfermedades coronarias.
- Coma diabético: Sus primeras causas son la Diabetes avanzada, Hiperglucemia y el sobrepeso.

- Dermopatía diabética: o Daños a la piel.
- Hipertensión Arterial: Debido a la cardiopatía y problemas coronarios, consta que la hipertensión arterial y la diabetes son enfermedades "Hermanadas".

### **COMPLICACIONES AGUDAS DE LA DIABETES MELLITUS**

Son complicaciones agudas el coma Hiperosmolar, la Cetoacidosis diabética y la hipoglucemia

#### **Hipoglucemia**

Niveles de glucosa anormalmente bajos (glucosa menos a 45-50 mg/dl), producidos por la administración excesiva de insulina, por la secreción excesiva de insulina por los islotes pancreáticos, por el incremento de la actividad física o por la ingesta de una dieta deficiente.

Los síntomas pueden ser experimentados a diferentes niveles por cada paciente en particular y fundamentales son: cefalea, náuseas, fatiga, bostezos, ansiedad, vértigo, hormigueo, piel pálida, diaforesis, hambre, letargo, laxitud.

Una forma grave de hipoglucemia es el shock insulínico caracterizado por visión borrosa, hipotermia, taquicardia, irritabilidad, confusión, pérdida del conocimiento, convulsiones y hasta la muerte si no se trata a tiempo. (Manual de la Enfermería, 2002, p. 286)

#### **Cetoacidosis Diabética**

Complicación aguda de la Diabetes Mellitus caracterizada por hiperglucemia (glucosa 300-600 mg / dl), acidosis metabólica, aumento de la cetona plasmática y deshidratación severa

Los factores desencadenantes incluyen el estrés de toda índole (físico y emocional). Omisión de la dosis de insulina e infección. Es más usual en pacientes

con diabetes tipo I insulino dependientes. Sus manifestaciones más usuales son: apatía, parestesias, parálisis, debilidad, deshidratación, hipertermia, hipotensión, taquicardia, taquipnea, anorexia, polidipsia, piel caliente seca, ojos hundidos, prurito.

### **Estado Hiperosmolar no Cetónico**

Trastorno metabólico en el cual las concentraciones de glucosa son extremadamente elevadas (600 -1200 mg / dl), aumentando la osmolaridad plasmática y ocasionando una deshidratación hipertónica; normalmente no existe cuerpos cetónicos séricos presenta en pacientes con diabetes tipo II no insulino dependientes.

Se producen por la administración de una insuficiente dosis de hipoglucemiantes orales, por factores estresantes (cirugía, lesión e infección), disminución repentina del programa de ejercicio, alimentación enteral o parenteral alta en calorías o proteínas, toxicidad por fármacos, ingesta de alcohol, embarazo.

Las manifestaciones clínicas incluyen sed intensa, poliuria, deshidratación, taquipnea, respiraciones superficiales, hipotensión ortostática, taquicardia, piel fría, seca, enrojecida, somnolencia, confusión, desorientación, coma. (Manual de la enfermería, pp.286- 288).



**COMPLICACIONES CRÓNICAS DE LA DIABETES MELLITUS****Retinopatía Diabética**

Es una complicación ocular de la diabetes, causada por el deterioro de los vasos sanguíneos que irrigan la retina del fondo del ojo. El daño de los vasos sanguíneos de la retina puede tener como resultado que estos sufran una fuga de fluido o sangre. Cuando la sangre o líquido que sale de los vasos lesiona o forma tejidos fibrosos en la retina, la imagen enviada al cerebro se hace borrosa. Es la causa de nuevos casos de ceguera entre los diabéticos de 20 a 64 años de edad. (Heitkemper, Dirksen L, 1994, p.1337)

**Neuropatía Diabética:**

La neuropatía diabética afecta al sistema nervioso autónomo y periférico y su frecuencia aumenta con la edad del paciente y la duración de la enfermedad. Existen variadas manifestaciones clínicas como la hipotensión ortostática, impotencia sexual, cambios pupilares, sudoración nocturna, parálisis vesical, diarrea nocturna.

La neuropatía periférica suele localizarse en los miembros inferiores produciendo dolor y parestesia que suele intensificarse en la noche. La pérdida de la sensación puede producir a veces una infección, gangrena o amputación.

**Infecciones**

El paciente diabético es muy lábil a presentar heridas que se infectan con facilidad y tienen un retardo en las fases de la cicatrización, el estado general se agrava en la medida que persiste la infección.

**Nefropatía Diabética**

La insuficiencia renal aparece en el 46 % de los pacientes que padecen la enfermedad antes de los 20 años y en el 6% de los que desarrollan la enfermedad después de los 40 años. Se incrementa el índice de filtración glomerular que es reversible con un adecuado control de la glicemia.

**Angiopatía Diabética**

Es una enfermedad de los vasos sanguíneos relacionada con el curso crónico de la diabetes Mellitus, la principal causa de insuficiencia renal a nivel mundial. La angiopatía diabética se caracteriza por una proliferación del endotelio, acumulos de glicoproteínas en la capa íntima y espesor de la membrana basal de los capilares y pequeños vasos sanguíneos. Ese espesamiento causa tal reducción de flujo sanguíneo, especialmente a las extremidades del individuo, que aparece gangrena que requiere amputación, por lo general de los dedos del pie o el pie mismo. Ocasionalmente se requiere la amputación del miembro entero. La angiopatía diabética es la principal causa de ceguera. (Heitkemper, Dirksen L, 1994, pp.1337-1340)

**V. PRESENTACIÓN DEL CASO CLINICO**

**5.1 Valoración General Acorde a las Necesidades de Virginia Henderson**

DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tiene 49 años</li> <li>➤ Mide 1.44 mts</li> <li>➤ Pesa 50 kg.</li> <li>➤ Padece diabetes mellitus tipo 2</li> <li>➤ Sedentaria</li> <li>➤ Fatigada</li> <li>➤ Falta de fuerza</li> <li>➤ Mucha debilidad</li> <li>➤ Vista borrosa u opaca</li> <li>➤ No consume una dieta especial para padecimiento</li> </ul> <p>No tiene buena educación para padecimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Consume carnes rojas y blanca</li> <li>➤ Consume frutas y verduras</li> <li>➤ Ingiere litro y medio de agua</li> <li>➤ Realiza tres comidas al día</li> <li>➤ Se baña cada tercer día</li> <li>➤ Cambio de ropa interior y exterior</li> <li>➤ Se lava los dientes una vez al día</li> <li>➤ Niega tabaquismo</li> <li>➤ Niega alcoholismo</li> <li>➤ Toxicomanías negados</li> <li>➤ Niega alérgicos</li> </ul>
NO PRESENTA PROBLEMAS DE	DATOS HISTORICOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Esquema de vacunación</li> <li>➤ Pie plano</li> <li>➤ Defectos posturales (columna vertebral )</li> <li>➤ No problemas agudeza visual</li> <li>➤ No presente problemas de audio logia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se conoce con padecimiento de diabetes mellitus tipo 2, desde hace 20 años</li> <li>➤ Hija de padre que padeció diabetes mellitus tipo 2.</li> <li>➤ Su madre padeció hipertensión Arterial.</li> </ul>
CUENTA CON	DATOS ACTUALES
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Casa propia tipo urbana</li> <li>➤ Casa de material construida de tabique y lamina</li> <li>➤ Letrina normal</li> <li>➤ Luz eléctrica</li> <li>➤ Agua potable</li> <li>➤ Agua purificada</li> <li>➤ Sin promiscuidad</li> <li>➤ Ni hacinamiento</li> <li>➤ Cocina con gas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tiene 49 años</li> <li>➤ Mide 1.44 mts</li> <li>➤ Pesa 50 kg.</li> <li>➤ Padece Diabetes Mellitus tipo 2</li> <li>➤ Sedentaria</li> </ul>

**NO PRESENTA PROBLEMAS DE**

- Esquema de vacunación
- Pie plano
- Defectos posturales ( columna vertebral )
- No problemas agudeza visual
- No presente problemas de audiología.

**5.2 VALORACIÓN POR NECESIDADES**

***En esta parte se valoraron las necesidades de Virginia Henderson acorde a las insuficiencias requeridas por paciente.***

**1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:**

La respiración es de 20 respiraciones / minuto, frecuencia cardiaca de 65 latidos por minuto, su pulso es fuerte sin ruidos cardiacos anormales, presenta una T/A 130 / 80mmHg., sin ruidos espiratorios a la auscultación, no presenta tos ni secreciones, sin dificultad para respirar, refiere que nunca a fumado.

**2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN**

M.O.M Pesa 50 kg, talla 1.44 mts, IMC 24.1, su dieta es deficiente en calidad ya que consume pocos alimentos de contenido proteico.

Realiza tres comidas al día y entre ellas toma agua, no consume cereales, consume carnes rojas y blanca solo una vez a la semana, poco verdura y frutas, generalmente desayuna leche y pan, con 2 tacos de frijoles, comida; pollo o carne con sopa y tres tortillas diarias, merienda; 1 taco de guisado y leche, ingiere un litro de agua al día, menciona que no consume una dieta especial para su padecimiento y refiere no tener una buena educación en cuanto a la alimentación para su padecimiento, por que menciona no tener los recursos económicos para satisfacer sus necesidades.

Sin presentar problemas de masticación ni dolor a la deglución de los alimentos, no presenta prótesis dentales, su piel se encuentra seca y mucosas hidratadas

**3.-NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:**

Menciona que su frecuencia intestinal es una vez al día o cada tercer día, heces duras de eliminación difícil. Su frecuencia urinaria es 3 o 4 veces al día con una consistencia amarilla clara sin olor y molestia alguna, refiere que ha padecido de infecciones en vías urinarias.

**4.-NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA**

Expresión facial alerta, se encuentra con buen tegumento muscular.

La usuaria no practica ningún deporte es sedentaria, solo camina cuando va a la tienda, manifiesta mucha fatiga, falta de fuerza y mucha debilidad, refiere que manifiesta dolor y rigidez en miembros inferiores.

**5.-NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO**

Manifiesta duerme 9 horas interrumpidas y se levanta cansada, manifiesta que padece insomnio algunas veces tiene pesadillas (no refiere de que tipo) tiene interrupción 1 o 2 veces con un espacio de media hora.

**6.-NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE**

Actualmente es auto-dependiente se viste sola, no requiere de ayuda para hacerlo

**7.-NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN**

Su temperatura es de 36.6°C, no ha presentado fiebre, refiere que se adapta a cualquier tipo de cambios, pero su temperatura favorable es el frío.

**8.-NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN**

Su baño es cada tercer día igual que su cambio interior y exterior, refiere que su baño el momento preferido es a medio día, se cepilla los dientes una vez al día sin necesidad de ayuda, su cabello es seco y graso, se le cae un poco, su piel y mucosas están hidratadas, sin resequedad.

**9.-NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.**

M.O.M. se encuentra consciente, alerta, bien orientada en tiempo (sabe perfectamente que día es hoy, y sabe en qué lugar se encuentra), con lenguaje fluido y coherente

Cursa con Diabetes Mellitus Tipo 2 desde hace 20 años aproximadamente y es tratada con Glibenclamida, se encuentra ansiosa y preocupada por padecimiento,

Acude al servicio de urgencias por una descompensación de glucosa presentando una glicemia capilar de 439 mg/ dl, presentando adinamia, astenia.

No presenta alteraciones auditivas, olfativas ni táctiles, refiere que pocas veces presenta alteraciones en la visión ya que hay ocasiones en que la vista se le hace borrosa u opaca, como si trajera aire en el ojo.

#### **10.-NECESIDAD DE COMUNICARSE.**

Su lenguaje es fluido y coherente vive con su hija, nietos y yerno. Menciona buenas relaciones familiar. Se siente aceptada por los demás.

Expresa que le gusta convivir mucho con sus 2 nietos

**Sexualidad:** Menarca a los 12 años, la fecha de su ultima menstruación fue el 18 de noviembre del 2009 con un ritmo de 29/4 eumenorreica, números de embarazos 1, inicio de vida sexual activa a los 14 años no utilizo ningún método de planificación familiar. Refiere que nunca se ha realizado detección oportuna de cáncer mamario y cervicouterino.

#### **11.-NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES**

Es de religión católica

#### **12.-NECESIDADES DE TRABAJAR Y REAIZARSE**

Su situación económica es de bajos recursos, menciona que el yerno es quien cubre los gastos de la casa, lo cual no alcanza para solventar los gastos de la casa y para surtir sus medicamentos para su control de Diabetes Mellitus Tipo2.

Refiere que no está satisfecha con el rol que juega en la familia porque se siente impotente de no poder trabajar y cubrir los gastos del hogar.

**13.-NECESIDAD DE JUGAR / PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS**

La usuaria reserva poco tiempo para divertirse, refiere que el tiempo libre trata de aprovecharlo en atender a los nietos y menciona que cose (suéter con gancho), refiere que antes su diversión favorita era el futbol...

**14.-NECESIDAD DE APRENDIZAJE:**

Madre con escolaridad primaria, refiere que tiene interés en sabe cómo cuidarse y resolver sus problemas de salud, conocer más sobre los riesgos de su enfermedad.

La usuaria está adaptada al momento, escucha con atención, participa en la conversación, conoce un poco de su padecimiento DM de tipo 2.



### **5.3 DESARROLLO DEL CASO CLINICO**

M.O.M. Usuaría de 49 años de edad, originaria de Morelia Michoacán. Que habita en misma localidad, su escolaridad es primaria completa, dedicada al hogar, de religión católica y se casó a los 18 años de edad, vive con su hijas, 2 nietos, y yerno. Es madre de una hija aparentemente sana. Depende económicamente de hija y yerno lo cual le permite cubrir los gastos de los servicios de casa.

Habita casa propia tipo urbana, vive en una casa de material construida de tabique y lamina, su tipo de sanitario es letrina normal cuenta con luz eléctrica, agua potable y agua purificada, con todos los servicios básicos intradomiciliarios, sin promiscuidad ni hacinamiento. Pesa 50 Kg. talla 1.44 mts.

Su dieta es deficiente en calidad ya que consume pocos alimentos de contenido proteico y de fibra, no consume cereales, consume carnes rojas y solo una vez a la semana carne blanca, verdura y fruta, ingiere litro y medio de agua al día, generalmente desayuna leche y pan con tacos de frijoles, comida: pollo o carne con sopa y 3 tortillas diarias. Merienda; 1 taco de guisado, leche.

Cocina con gas su alimentación no incluye los grupos básicos de la alimentación, refiere que no consume una dieta especial para su padecimiento por que menciona no tener los recursos económicos para satisfacer sus necesidades.

Evacua una vez al día o cada tercer día, heces duras y de eliminación difícil. Orina 3 o 4 veces al día con una consistencia amarilla clara sin olor y molestia alguna. Menciona estar muy descontrolada en su glucemia por que no ha llevado una dieta adecuada, ya que es de bajos recursos económicos, menciona no tener una buena educación en cuanto a su alimentación para su padecimiento. Se conoce con el padecimiento de Diabetes Mellitus tipo II desde hace 20 años aproximadamente, lleva su control lo cual se le hace difícil surtir sus medicamentos.

Acudió al servicio de urgencias el día 08 de septiembre del 2009 como a las 18 horas del Hospital General Dr. Miguel Silva por una descompensación de glucosa y como resultado su glucemia capilar fue de 439 mg / dl. Es tratada de hiperglucemia y después se realizan estudios correspondientes lo cual se observa y se ingresa al servicio de urgencias en el Hospital General Dr. Miguel Silva

En cuanto a su aseo personal se baña cada tercer día igual que su cambio interior y exterior de ropa, refiere que el momento preferido para el baño es a medio día, su cepillado de dientes es una vez al día, la higiene de lavado de manos y pies es inadecuado (sucios, uñas largas y sucias) en relación al ejercicio es sedentaria. Solo camina cuando va a la tienda.

Se le realizaron distintas preguntas para detectar problemas de salud, su esquema de vacunación esta aparentemente completo, no presenta pie plano, no problemas posturales (columna vertebral), presenta problemas de dentadura (caries), no presenta problema de agudeza visual ni auditiva. Manifiesta que le da mucha fatiga, aumento del volumen de orina, excesiva sed en ocasiones, mucha hambre en ocasiones, falta de fuerza y mucha debilidad.

Niega tabaquismo, alcoholismo y toxicomanías, desconoce grupo RH, niega alérgicos. Conoce perfectamente sus antecedentes heredo- familiares, ya que es hija de padre que padeció de diabetes mellitus tipo II, su madre hipertensión arterial , el resto de la familia aparentemente sanos. No practica ningún deporte, Se interrogan crónico degenerativas negados, toxicomanías y enfermedades y son negados. Malos hábitos higiénicos. Realiza tres comidas al día, no tiene un horario para tomar sus alimentos.

**5.4 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA****1.-Datos significativos:**

No consume una dieta adecuada para su padecimiento y refiere no tener una buena educación en cuanto a su alimentación para su padecimiento con la Diabetes Mellitus tipo II, no tiene recursos económicos para satisfacer sus necesidades.

***Necesidad***

Nutrición e hidratación (evitar peligros)

**Dominio 1.**

Promoción a la salud

***Clase 2***

Manejo de la salud

***Etiqueta***

Manejo inefectivo del régimen terapéutico (00078)

***Factor relacionado***

Déficit de conocimientos / dificultades económicas.

***Manifestado por***

Elecciones de la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos de un programa de prevención, no consume una dieta especial para su padecimiento, ni educación en cuanto a su alimentación para padecimiento con diabetes mellitus tipo II.

**Redacción del diagnóstico**

Manejo inefectivo del régimen terapéutico, relacionado con déficit de conocimientos / dificultades económicas manifestado por elecciones de la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos de un programa de prevención, no consume una dieta especial para su padecimiento, ni educación en cuanto a su alimentación para padecimiento con diabetes mellitus tipo II.

**Objetivo Final:**

Fomentar a la usuaria un comportamiento de adaptación en su vida cotidiana, educarla a que mejore sus hábitos alimenticios por medio de pláticas individuales.

**Plan de Intervención**

- 1.-Explicar a la usuaria el propósito de la dieta.
- 2.-Instruir a la usuaria sobre las comidas permitidas y prohibidas
- 3.-Proporcionar información, si es necesario, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud: pérdida de peso, ganancia de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos, etc.
- 4.-Mejorar la dieta añadiendo proteínas lácticas o vegetales
- 5.-Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos de alimenticios básicos, así como la percepción de la necesaria modificación de la dieta
- 6.-Mejorar la hidratación aumentando la toma de líquidos.

***Ejecución:***

Se realiza una serie de indicaciones a la usuaria y familia, mencionando el riesgo que existe si no lleva el cumplimiento de su régimen terapéutico

Por medio de pláticas se oriento sobre la capacidad para mejorar los conocimientos o habilidades actuales sobre su salud

***Evaluación***

La usuaria mostro en todo momento una conducta adecuada para mantener y mejorar el logro de los objetivos de salud propuestos

Expreso su interés en perseverar en el cumplimiento del régimen terapéutico prescrito

Participo en forma activa en su plan terapéutico en conjunto con su familia.

**2.-Datos significativos**

Poco ejercicio, heces duras de eliminación difícil, vida sedentaria, poca ingesta de agua.

**Necesidad**

Eliminación

**Dominio 3**

Eliminación e intercambio

**Clase 2**

Función gastrointestinal

**Etiqueta**

Estreñimiento (00011)

**Relacionado con**

Aporte insuficiente de líquidos / actividad física insuficiente.

**Manifestado por**

Defecación dificultosa, heces duras, eliminación difícil, poca agua y vida sedentaria.

**Redacción del diagnóstico**

Estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de líquidos / actividad física insuficiente manifestado por defecación dificultosa, heces duras, eliminación difícil, poca agua y vida sedentaria.

**Objetivo Final:**

Fomentar a la usuaria a mejorar su hábito intestinal y hábitos higiénicos mediante incrementos alimenticios ricos en fibra.

***Plan de Intervención***

1.-Fomentar la educación nutricional en relación a hábitos nutricionales, higiene personal, conservación de alimentos.

2.- Explicar la importancia de comer despacio y triturar bien los alimentos.

3.-Proporcionar alimentos ricos en fibra y /o que hayan sido identificados por el paciente como medio de ayuda

4.-Instruir a la usuaria acerca de los alimentos con alto contenido de fibra

5.-Revisar conjuntamente la dieta diaria y fomentar la toma de alimentos ricos en residuos y fibra (frutas, verduras, hortalizas, cereales), de acuerdo con las preferencias individuales

6.-Establecer una pauta para la toma de un mínimo de 2.000 ml/ día de líquidos

7.-Establecer un plan de ejercicio diario moderado y regular.

8.-Discutir la eficacia de la toma de 1 -2 vasos de agua tibia en ayunas

9.-Si tolera el salvado, iniciar su toma con moderación, aumentando gradualmente la cantidad.

10.-Aconsejar técnicas de relajación para reducir / eliminar el estrés.

11-Recomendar la ingesta de verduras y frutas de temporada.

12.-Si hay dolor al defecar, aconsejar el uso de lubricantes, compresas frías y baños de asientos.

### ***Ejecución***

Se le informo y se capacito a la usuaria y familiares, sobre la importancia de la ingesta de alimentos ricos en residuos y fibra, y alimentos nutricionales sobre todo en los grupos de cereales (frutas, verduras) así como la importancia de consumir mínimo 2 litros de agua al día, sin embargo siguió las sugerencias propuestas ya que pudo recuperar su habito intestinal.

Se le capacito prácticamente a la usuaria de los ejercicios abdominales, y se aplicaron técnicas de relajación para eliminar, controlar o disminuir el estrés.

### ***Evaluación***

El objetivo se logro parcialmente ya que la usuaria en ocasiones presentaba nuevamente estreñimiento.



**3.-Datos significativos**

No practica ningún deporte, es sedentaria, solo camina cuando va a la tienda, manifiesta mucha fatiga, falta de fuerza y mucha debilidad.

**Necesidad**

Moverse y mantener una buena postura

**Dominio 4**

*Actividad y reposo*

**Clase 2**

Actividad / ejercicio

**Etiqueta**

Sedentarismo (00168)

**Relacionado con**

Desconocimiento de los beneficios que para la salud conlleva la realización de ejercicio físico / carencia de interés.

**Manifestado por**

Elección de una rutina diaria de bajo contenido en actividad física; no practica ningún deporte, solo camina cuando va a la tienda.

**Redacción del diagnóstico**

Sedentarismo relacionado con desconocimiento de los beneficios que para la salud conlleva la realización de ejercicio físico / carencia de interés manifestado por elección de una rutina diaria de bajo contenido en actividad física; no practica ningún deporte, solo camina cuando va a la tienda.

**Objetivo final:**

Combatir el sedentarismo en la medida posible y motivar a la usuaria a que participe en actividades recreativas

**Plan de Intervención**

- 1.-Facilitar un ambiente seguro para la práctica de los ejercicios
- 2.-Instruir a la usuaria sobre la importancia de la terapia de ejercicios en el mantenimiento y la mejora del equilibrio
- 3.-Determinar actividades que aumenten la atención en consulta con la terapia ocupacional
- 4.-Ayudarle a la usuaria a identificar sus preferencias en cuanto a sus actividades
- 5.-Observar los ejercicios realizados por la usuaria para su correcta ejecución
- 6.-Determinar la capacidad d la usuaria para participar en actividades que requieran equilibrio
- 7.-Instruir a la usuaria sobre ejercicios de equilibrio, como ponerse de pie con una pierna, inclinarse adelante, estirarse y resistencia.
- 8.-Proporcionar instrucciones paso a paso para cada actividad motora durante el ejercicio o actividades de la vida diaria
- 9.-Proporcionar un ambiente relajado a la usuaria después de cada periodo de ejercicio

10.-Animar a la usuaria a practicar ejercicios de forma independiente.

11.-Ayudar animar a la usuaria a que practique actividades de precalentamiento y relajamiento antes y después del protocolo de actividades

### ***Ejecución***

Para llevar a cabo esta intervención se realizaron muchas invitaciones a la usuaria se tuvo que esperar varios días para que esta se encontrara dispuesta, se le pregunto acerca de cuáles son las actividades que más le gustaría o le agraria hacer.

Se le sugirió que podía empezar a caminar poco a poco hasta llegar a trotar o bien caminar un periodo de 20 minutos para su relajación y ejercitación.

Se le proporcionó platicas y folletos con información acerca de los ejercicios y las actividades recreativas, además de explicarle la importancia que es para la salud, acepto las sugerencias y las llevo a cabo saliendo a caminar por las mañanas durante 20 minutos además de realizar otras actividades recreativas. Manifestó que la práctica le sirvió mucho que se siente bastante emocionada y mejorada.

### ***Evaluación***

Se logra objetivo la usuaria logra tener mayor motivación y mejora en el cuidado de su salud, produjo una mayor distracción y satisfacción en la participación de las actividades planeadas.

**4.-Datos significativos:**

Padece insomnio algunas veces, tiene pesadillas (no refiere que tipo) tiene interrupción 1 0 2 veces con un espacio de media hora.

**Necesidad**

Descanso y sueño

**Dominio 4**

Actividad y reposo

**Clase 1**

Reposo / sueño.

**Etiqueta**

Insomnio (00095)

**Relacionado con**

Estrés (tiene pesadillas no refiere que tipo)

**Manifestado por**

La usuaria informa de dificultad conciliar el sueño, tiene interrupción 1 0 2 veces con un espacio de media hora.

**Redacción diagnóstico**

Insomnio relacionado con estrés manifestado por la usuaria informa de dificultad conciliar el sueño, tiene interrupción 1 0 2 veces con un espacio de media hora

**Objetivo final:**

La usuaria lograra descansar y dormir sus horas de sueño disminuirá su estrés.

**Plan de Intervención**

- 1.- Identificar formas de descanso que usualmente realiza la usuaria
- 2.- Aumentar las actividades del día, como realizar ejercicio regular para promover el sueño
- 3.- Enseñar a la usuaria las medidas para promover el sueño: como tomar un apetito alto en proteínas, evitar la cafeína.
- 2.- Conocer el ciclo de vigilia. Sueño
- 3.- Conocer las practicas ordinarias que utiliza la usuaria para dormir
- 5.- Animar a la usuaria a que exprese sus sentimientos
- 6.- Crear un ambiente confortable y seguro.
- 7.- Brindar baño tibio de regadera antes de dormir
- 8.- Proporcionar un vaso con leche tibia
- 9.- Ayudarla a relajarse
- 10.- Orientar a la usuaria sobre el estrés y sus repercusiones.
- 11.- Reducir la estimulación ambiental: ruido, luces, personas

***Ejecución:***

En cuanto al ruido se procuro cerrar puertas y ventanas, así como platicar con los familiares sobre la importancia de mantener su habitación tranquila y sin ruido.

Se realiza la planeación de actividades en las que la usuaria pudiera expresar sus miedos y ansiedades, ya que era la causa de su impedimento para la conciliación del sueño.

En más de cuatro ocasiones se realizó ejercicio de lectura, así como baño de regadera con agua tibia antes de dormir, se le explico y oriento al familiar en proporcionar un vaso de leche tibia todas las noches para facilitarle el dormir.

Se le informo que aumentara sus actividades durante el transcurso del día para favorecer el sueño.

***Evaluación:***

Este objetivo se cumplió parcialmente ya que sus familiares refirieron que la usuaria,

La mayoría de las veces la usuaria se mostraba muy ansiosa y no conseguía conciliar el sueño, las medidas de relajación no tenían mucho éxito.

**5.- Datos significativos**

La usuaria se encuentra ansiosa y preocupada por su padecimiento, cursa diabetes Mellitus tipo II, desde hace aproximadamente 20 años

**Necesidad**

Evitar peligros

**Dominio 9**

Afrontamiento / tolerancia al estrés.

**Clase 2**

Respuestas de afrontamiento

**Etiqueta**

Ansiedad

**Factor relacionado**

Cambios en el estado de salud / crisis situacional

**Manifestado por**

Expresión de preocupación debida a cambios en acontecimientos vitales / angustia.

**Redacción del diagnostico**

Ansiedad relacionado con cambios en el estado de salud / crisis situacional manifestado por expresión de preocupación debida a cambios en acontecimientos vitales / angustia.

**Objetivo final:**

La usuaria disminuirá su nivel de ansiedad, experimentara un aumento en su nivel de bienestar emocional mediante estrategias para animar a la usuaria a que exprese sus sentimientos resolviendo todas sus dudas.

**Plan de intervención**

- 1.-Valorar estado emocional de la usuaria
- 2.-Ayudar a la usuaria a identificar los factores estresantes
- 3.-Ayudar a la usuaria a identificar las manifestaciones de la ansiedad y sus posibles fuentes (situaciones o personas)
- 4.-Ayudar a buscar formas de canalizar la energía excesiva: practicar deporte, pasear, dedicara algún pasatiempo.
- 5.-Evitar en la medida posible, el contacto con las personas o situaciones que desencadenen o aumenten la ansiedad, o bien facilitar el contacto paulatino, a medida que la persona se vaya sintiendo capaz de afrontarlo.
- 6.-Animar a la usuaria a expresar sus sentimientos en un ambiente que para ella no resulte amenazador.
- 7.-Darle tranquilidad y comodidad, pasar tiempo con la usuaria, animarla a compartir sus sentimientos y preocupaciones, escuchar atentamente y trasmitirle empatía y comprensión
- 8.-Fomentar la participación en sus cuidados de acuerdo a su capacidad y habilidad.



9.-No formular preguntas, dejar que la usuaria se exprese libremente.

10.-Cuando el nivel de ansiedad se haya reducido, animar a comentar la experiencia

***Ejecución:***

Se le proporciono a la usuaria formas de canalizar su energía en actividades para evitar factores estresantes y ayudarla a que aterrorizara sus sentimientos.

Se trato de disminuir o controlar el contacto con personas que agravaran su situación, se animo a los familiares y amigos a que permanezcan al lado de la usuaria el mayor tiempo posible para que exprese sus temores y preocupaciones.

***Evaluación***

El objetivo se cumplió, se logró disminuir su ansiedad, mejoró su nivel de bienestar y llevó a cabo compartir sus sentimientos y preocupaciones con sus familiares

## **VI. CONCLUSIONES**

Se obtuvieron resultados favorables en el auto cuidado de su salud a través de la aplicación y ejecución de las actividades que se planearon con la participación de la usuaria.

Los objetivos planteados en este trabajo no se cumplieron en su totalidad, los que se lograron poner en práctica en conjunto con la familia, que ayudaron a la usuaria a mejorar su enfermedad

El proceso de enfermería es una herramienta que le permite al profesional de enfermería, proporcionar el cuidado integral al usuario (a) con diferentes patologías

Los cuidados de enfermería están sujetos, al diagnóstico integral del usuario, se enfocaron principalmente a lograr un control metabólico adecuado y a prevenir el desarrollo de complicaciones agudas o tardías, por ello fue de gran importancia considerar cada una de sus acciones en función a una detección de signos y síntomas y necesidades de atención al usuario.

La utilización de un modelo de enfermería nos ayudo a definir claramente cuál es nuestro trabajo y nos sirvió como guía para la realización del proceso de atención de enfermería.

La enfermera interactuó con los integrantes del equipo de salud para mantener estable al usuario diabético, sus enseñanzas fueron basadas en conocimientos científicos que aunados a la práctica nos permitió establecer una relación enfermera – usuario- familia, lo que bajo su orientación podrán aprender el autocontrol basado en principios como : la alimentación , ejercicio, prevención de infecciones, cuidado de los pies, la realización de auto exámenes y al final el uso de medicamentos.

Todo esto con el fin de retardar la aparición de las complicaciones y lograr que el individuo disfrute de una vida completa y llena de satisfacciones por lo que el proceso de enfermería es una rama importante en el área de la salud.

**VII. SUGERENCIAS**

- Se sugiere al personal de enfermería del Hospital General Dr. Miguel Silva, poner énfasis, en la aplicación de proceso de enfermería para evitar y retardar las complicaciones de patologías con Diabetes Mellitus tipo II.
  
- Que el personal de enfermería del Hospital General Dr. Miguel Silva y Facultad de Enfermería aplique en su quehacer profesional el proceso de enfermería en base a cualquier modelo o filosofía de enfermería.
  
- Que el personal de salud identifique a los niños que están en riesgo de padecer Diabetes Mellitus y así mismo canalizarlos a los servicios de salud correspondientes para su prevención.
  
- Que el personal de salud del Hospital General Dr. Miguel Silva realice campañas en medios de comunicación, que difundan la problemática de la Diabetes Mellitus, sus factores de riesgo, así como los fundamentos y prácticas de una alimentación y ejercicio saludable.

- Que el Proceso de Enfermería sea aplicado a los licenciados (a) de enfermería, para brindar cuidados tanto clínicos como preventivos de manera oportuna.
- Priorizar e implementar en la Facultad de Enfermería talleres intergrupales y actividades dinámicas a través de la elaboración y presentación de casos clínicos, desarrollando la metodología del Proceso de Enfermería a toda la comunidad estudiantil.
- Enfatizar la importancia del Proceso de Enfermería en las aulas de clase y practicarlo antes de realizar la práctica clínica y de campo.

**VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

Carpenito, L.J. (1994). *Planes de cuidado y documentación en enfermería diagnósticos de enfermería y problemas asociados*. España: MCgraw. Hill Interamericana

Carpenito, L.J. (1995). *Diagnósticos de enfermería*. (5a.ed). Madrid: Océano Centrum.

Cervera P, Clapés J, y Rodolgas R. (2004) *Alimentación y dietoterapia*. (4a.ed.).España: Mosby.

Canobbio Paquete T, W. (1998) *Normas de cuidados del paciente*. España: Harcourt Brace

Delgado, Ledezma, Ma, E. y Díaz, Ortiz, Ma.Elena. (2000). *El proceso de enfermería, metodología para la práctica profesional*. Gto México: Universidad de Guanajuato.

Derek, Le, R, Simeón, I, T y Olefsky, M, J. (2003). *Diabetes mellitus fundamentos y clínica* (2a.ed).Madrid: Mosby.

Éneo. (1997). *Fundamentos de enfermería*.Mexico: Antología.

Guyton Arthur. (2001). *Tratado de fisiología medica*.(10a. ed). México DF: Mc Graw Hill

Heitkemper, Dirksen L. (2004). *Enfermería Medico quirúrgica, Valoración de Cuidados de Problemas Críticos*. (6a.ed.)Madrid: Mosby

Johnson, M, Maas, M. y Moor, S. (2001). *Clasificación de resultados de enfermería*. (2a.ed.) Madrid: Harcourt.

Lerman, Garber, I. (1994). *Atención integral del paciente diabético*. (2a.ed ) España: MCgraw. Hill Interamericana

Mccloskey Dochterman J, M Buleckek G, y Howard K. (2009). *Clasificación de intervenciones de enfermería*. (5a.ed).España: Evolve.

Mccloskey Dochterman J, Y M Bulechek G. (2001). *Clasificación de intervenciones de enfermería*. (3a. ed). Madrid: Harcourt.

Marriner, Tomey, A. (1994). *Modelos y teorías de enfermería*. (3a.ed).España: Mosby.

Manual de enfermería. (2002). Océano- centrum.

Nordunark, R. (2005). *Bases científicas de la enfermería*. (2a.ed.) México Df: Manual Moderno.

Potter, Kosierg. (2001) *Fundamentos de enfermería* (4a.ed.)México: Mcgraw Hill Interamericana.

Rosales Barrera S, y Reyes Gómez E. (1999). *Fundamentos de enfermería*. (2a.ed.)Sonora: Manual moderno.

Rodríguez Sánchez, B. (2002). *Proceso enfermero*. México: Ediciones Cuellar.

Rosales Barrera S, y Reyes Gómez E. (1999). *Fundamentos de enfermería*. (2a. ed.).Sonora: El manual moderno.

Secretaria de Salud, Dirección General de Epidemiología (2008).Morelia.

W, Iyer, P, J, Taptich, B, Bernochi y Losey, D. (2002).*Proceso y Diagnostico de Enfermería*. (3a.ed.)México Df: Mcgraw-Hill Interamericana.



**IV. GLOSARIO DE TÉRMINOS**

INSULINA: Es una hormona que controla la cantidad de glucosa en el Cuerpo

HIDRATOS DE CARBONO: carbohidratos, azúcares y almidones

HIPERGLUCEMIA: cifras elevadas de la glucosa en la sangre.

HIPOGLUCEMIA: concentración de glucosa en sangre es más baja de lo normal

POLUIRIA: El volumen urinario excesivo, se refiere a la emisión anormal de grandes cantidades de orina cada día.

POLIDIPSIA: sed excesiva

POLIFAGIA: comer mucho

GLUCOSA: Es una forma de azúcar que nuestro cuerpo usa para dar energía.

GLUCEMIA: como el valor de los niveles de azúcar presentes en un litro de sangre

CETONURIA: Presencia de una cantidad excesiva de cuerpos cetónicos en orina

NORMOGLICEMIANTE:

PIE DIABETICO: Es una infección, ulceración y/o destrucción de los tejidos profundos relacionados con alteraciones neurológicas y distintos grados de enfermedad vascular periférica en las extremidades inferiores

COMA DIABETICO:

parece cuando la glucemia es de 40 mg/dl o menor, o puede ser desencadenado en el sujeto insulino dependiente, por ejercicio excesivo, estrés, sobre dosificación de insulina y por retrasos en las comidas.

**ESTADO HIPERESMOLAR NO CETONICO:** Se caracteriza por hiperglicemia, severa deshidratación, hiperosmolaridad asociada a compromiso de conciencia y ausencia de acidosis metabólica significativa.

**HIPOSENSIÓN ORTOSTÁTICA:** es una caída de la presión arterial sanguínea que viene como resultado de cuando una persona ha estado de pie durante un tiempo prolongado, o cuando se pone de pie después de haber estado sentada o acostada

**RETINOPATIA DIABÉTICA:** Se trata de un daño progresivo que afecta a los vasos sanguíneos de la retina (la parte del ojo sensible a la luz) y que puede llegar a causar la ceguera total.

**NEUROPATIA DIABÉTICA:** se presenta cuando se daña los nervios como resultado de una hiperglucemia. Las lesiones en los nervios son causadas por una disminución del flujo sanguíneo y por los altos niveles de azúcar en sangre. ...:

**CARDIOPATIA:** padecimiento del corazón o del resto del sistema cardiovascular

**ICTUS:** suceso repentino con pérdida de la conciencia

**CELULAS BETA:** son un tipo de células del páncreas

**ISQUEMIA:** interrupción del flujo sanguíneo

**POLIFAGIA:** Hambre excesiva.

**DIAFORESIS:** sudoración profusa que puede ser normal (fisiológica), resultado de la actividad física, una respuesta emocional.

**PARESTESIAS:** sensación anormal de los sentidos o de la sensibilidad general que se traduce por una sensación de hormigueo, adormecimiento, acorchamiento

**HIPERTERMIA:** incremento de la temperatura interna del cuerpo

**HIPOTENSIÓN:** Tensión o presión baja o reducida, especialmente de la sangre

**TAQUIPNEA:** consiste en un aumento de la frecuencia respiratoria por encima de los valores normales

**PRURITO:** Picazón, incomodidad en la piel que produce deseo de rascarse en el área afectada

**HIPOGLUCEMIANTES ORALES:** Pastillas o cápsulas que los diabéticos toman para disminuir sus niveles de glucosa en sangre.

# X ANEXOS

**ANEXO 1**

**GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA CON BASE EN LAS CATORCE NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON**

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre: M.O. M. Edad: 49 Peso: 50 Talla: 1.44  
 IMC: 24.11  
 Fecha de nacimiento: 19/01/1960 Sexo: femenino Ocupación: Ama de casa  
 Escolaridad: Primaria Completa Fecha de admisión: 08/09/09 Hora: 18 hrs  
 Procedencia: Urgencias Fuente de información:  
 Fiabilidad (1-4): 4 Miembro de la familia / persona significativa: hija

**Valoración de necesidades humanas**

**I. Necesidades básicas de: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.**

**a) Oxigenación:**

Subjetivo:

Disnea debido a: Tos productiva/seca: Dolor asociado con la

Respiración: Fumador:

Desde cuando fuma/cuántos cigarrillos al día/varía la cantidad según su estado emocional:

Objetivo:

Registro de signos vitales y características:

T/A130/80\_presión en parámetros estable ,

Fr20X”

Fc65X”, \_\_\_\_\_

Tos productiva/seca: \_\_\_\_\_

Estado de Conciente  
conciencia: \_\_\_\_\_

Coloración de piel/lechos Hidratados \_\_\_\_\_

ungueales/peribucal: \_\_\_\_\_

Circulación del retorno venoso: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**b) Nutrición e hidratación:**

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): Desayuno: leche y pan.  
Tacos de frijoles.

Numero de  
comidas diarias: 3

Comida: pollo con sopa,

3 tortillas, uno o dos  
vasos de refresco.

Cantidad de líquidos Litro y medio de  
consumidos en 24 hrs.: agua.

Cena: leche con pan

1 taco de guisado.

Trastorno digestivos: \_\_\_\_\_

Intolerancia alimentaria/alergias \_\_\_\_\_

Problemas de masticación y deglución: \_\_\_\_\_

Patrón de ejercicio: Camina solo cuando va a la tienda al mandado.  
\_\_\_\_\_

Objetivo:

Turgencia de la piel: Seca

Membranas mucosas hidratadas/secas: Secas

Características de uñas/cabello: La higiene de manos y pies es inadecuada ya que se encuentran sucios, y uñas largas y sucias.

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Buen tegumento muscular.

Aspecto de los dientes y encías: Limpieza insuficiente de dientes...

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: Herida abierta en pie izquierdo por cortadura de vidrio. Refiere buena cicatrización.

Otros: \_\_\_\_\_

**c) Eliminación:**

Subjetivo:

Hábitos intestinales: Estreñimiento Características de las heces, orina y

Menstruación: Menarca a los 12 años con un ritmo de 29/4 eumenorreica, FUM 18 / 11/ 2008,

Orina 304 veces al día, orina amarilla clara, Sin olor alguno, heces duras de eliminación difícil.

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: \_\_\_\_\_

Uso de laxantes: \_\_\_\_\_ Hemorroides: \_\_\_\_\_

Dolor al defecar/ Si por estreñimiento.

menstruar/orinar: \_\_\_\_\_

Como influyen las emociones Refiere que se pone de malas por no poder satisfacer sus  
 en sus patrones de eliminación: necesidades.

Objetivo: \_\_\_\_\_

Abdomen/características:

\_\_\_\_\_

Ruidos intestinales: Perístalsis

Palpación de la vejiga urinaria:

\_\_\_\_\_

Otros:

\_\_\_\_\_

**d) Termorregulación:**

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Si se adapta a cualquier tipo de cambios

Ejercicio/tipo y frecuencia: No solo camina cuando va a la tienda.

Temperatura ambiental que le es agradable: Invierno.

Objetivo:

Características de la piel: Hidratada

Transpiración:

Condiciones del entorno físico: Casa tipo urbana, que cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, construida de tabique y lamina, no hacinamiento ni promiscuidad,

Otros: Cuenta con luz eléctrica, agua potable ,y agua purificada

Cuenta con 2 habitaciones servicios separados.

**II. Necesidades básicas de: moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.**

**a. Moverse y mantener una buena postura:**

Subjetivo:



Capacidad física cotidiana: Solo cuando va a la tienda.  
 Actividades en el tiempo libre: Coceé y le gusta bordar en gancho ( suéter y camisas ) y atender a sus nietos  
 Hábitos de descanso: Duerme 9 horas ininterrumpidas. Descansada  
 Hábitos de trabajo:  
 Objetivo:  
 Estado del sistema músculo esquelético/fuerza:  
 Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: firme  
 Posturas: Erecta  
 Ayuda para la deambulación: No. camina por si sola  
 Dolor con el movimiento:  
 Presencia de temblores: Estado de conciencia: Alerta consiente.  
 Estado emocional: Alegre  
 Otros:

**b. Descanso y sueño:**

Subjetivo:  
 Horario de descanso: 12 pm a 9 am. Horario de sueño:  
 Horas de descanso: 9 Horas de sueño:  
 Siesta: No Ayudas:  
 ¿Padece insomnio? A veces  
 A que considera que se deba: Por problemas familiares y del hogar.  
 ¿Se siente descansado al levantarse? Si

Objetivo:  
 Estado mental/ansiedad/estrés/lenguaje:  
 Ojeras: Atención: Bostezos: Concentración:  
 Respuestas a estímulos:  
 Otros:

**c. Uso de prendas de vestir adecuadas:**

Subjetivo:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus vestidos? No \_\_\_\_\_

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir? Si \_\_\_\_\_

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? No \_\_\_\_\_

¿Necesita ayuda para la selección de su vestido? No \_\_\_\_\_

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: Si \_\_\_\_\_

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: \_\_\_\_\_

Vestido incompleto: \_\_\_\_\_ Sucio: X Inadecuado: X Otros: \_\_\_\_\_

**d. Necesidad de higiene y protección de la piel**

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: Baño cada tercer día al igual que su cambio de ropa tanto interior como exterior. \_\_\_\_\_

Momento preferido para el baño: A medio día \_\_\_\_\_

Cuantas veces se lava los dientes al día: Una ves al día \_\_\_\_\_

Aseo de manos antes y después de comer: No Después de eliminar: si \_\_\_\_\_

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos? \_\_\_\_\_

Objetivos:

Aspecto general: \_\_\_\_\_

Olor corporal: \_\_\_\_\_

Halitosis: \_\_\_\_\_

Estado del cuero cabelludo: Seco y graso y refiere que se rompen con facilidad \_\_\_\_\_

Lesiones dérmicas, tipo: \_\_\_\_\_

(Anote su ubicación) \_\_\_\_\_

Otros: Presenta en extremidad inferior izquierda presenta en dedo edema hiperemia, secreción purulenta

**e. Necesidad de evitar peligros**

Subjetivo:

¿Que miembros componen su familia? Ella, hija con sus 2 hijos y yerno

Familia de pertenencia?

¿Cómo reacciona ante una situación de urgencia? Si sabe a quien acudir en caso de emergencia, sabe sobre los riesgos que le pueden ocasionar

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? Si

En el hogar: Si

En el trabajo:

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados? Si cada semana

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida:

Objetivo:

Deformidades congénitas:

Condiciones del ambiente en su hogar: Desagradable

Trabajo:

Otros:

**III. Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas y aprendizaje.**

**a. Necesidades de comunicarse**

Subjetivo:

Estado civil: Casada. Años de 30 años Vive con: Hija, nietos y yerno.  
relación:

Preocupaciones/estrés: \_\_\_\_\_ Familiares: \_\_\_\_\_  
Otras personas que pueden ayudar: \_\_\_\_\_  
Rol en la estructura familiar: \_\_\_\_\_  
Comunica sus problemas debido a la enfermedad/estado: \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo pasa sola (o): No la deja hija sola debido a su enfermedad  
Frecuencia de los diferentes contactos sociales: \_\_\_\_\_  
Historia Gineco obstétrica: Menarca a los 12 años, ritmo 29/4 eumenorreica, IVSA 19 años, refiere que sede noviembre no menstrua. numero de embarazo 1.

Objetivo:  
Habla claro: Claro y legible Confuso: \_\_\_\_\_  
Dificultad en la visión: \_\_\_\_\_ Audición: \_\_\_\_\_  
Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas significativas: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**b. Necesidad de vivir según sus creencias y valores**

Subjetivo:  
Creencia religiosa: Ninguna solo cree en los santos  
¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales? \_\_\_\_\_  
Principales valores en su familia: Respeto, igualdad., \_\_\_\_\_

Principales valores personales: Humildad  
¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? \_\_\_\_\_

Objetivo:  
Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): \_\_\_\_\_

¿Permite el contacto físico? \_\_\_\_\_

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**c. Necesidad de trabajar y realizarse**

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente? No, hace 3 años dejo Tipo de trabajo: Vendía tortas en escuelas.  
por su enfermedad

Riesgos: \_\_\_\_\_ Tiempo que le dedica al trabajo: \_\_\_\_\_

¿Está satisfecho con su trabajo? \_\_\_\_\_ ¿Su remuneración le permite cubrir sus necesi-  
dades básicas y/o las de su familia? \_\_\_\_\_

¿Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega? No por que me siento impotente de no poder  
trabajar para cubrir gasto del hogar.  
\_\_\_\_\_

Objetivo:

Estado emocional/calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico: \_\_\_\_\_

Calmada \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**d. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas**

Subjetivos:

Actividades recreativas que realiza Cocer.

en su tiempo libre: \_\_\_\_\_

¿Las situaciones de estrés influyen en la No \_\_\_\_\_

Satisfacción de su necesidad? \_\_\_\_\_

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación? Si, como clases de manualidades  
 ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Participa en alguna actividad lúdica o recreativa? No , refiere que antes su diversión favorita era el fútbol.  
 \_\_\_\_\_

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular:

¿Rechaza las actividades recreativas? No \_\_\_\_\_

¿Su estado de ánimo es apático/aburrido/participativo?: Participativo en ocasiones aburrido de llevar ls misma rutina  
 \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**e. Necesidad de aprendizaje**

Subjetivo:

Escolaridad: Primaria \_\_\_\_\_

Problemas de aprendizaje: No \_\_\_\_\_

Limitaciones Tipo: \_\_\_\_\_

cognitivas: \_\_\_\_\_

Preferencias: leer/escribir: Leer \_\_\_\_\_

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad? \_\_\_\_\_

¿Sabe cómo utilizar las fuentes de apoyo? \_\_\_\_\_

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud? Le interesa cuidarse sobre su salud y conocer mas sobre los riesgos de su enfermedad  
 \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: \_\_\_\_\_

Órganos de los sentidos: \_\_\_\_\_

Estado emocional/ansiedad/dolor: \_\_\_\_\_

Memoria reciente \_\_\_\_\_

Memoria remota: \_\_\_\_\_

Otras manifestaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Observaciones:**