



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería



**Proceso de Enfermería con el Referente Teórico de Dorothea E. Orem
Aplicado a un Caso Clínico de Diabetes Mellitus Tipo II**

**Que para obtener el título de
Licenciada en enfermería**

Presenta:

Magaly López Gómez

Asesoras

DE María Leticia Rubí García Valenzuela

LAE María Magdalena Lozano Zúñiga

Revisora:

MC María Jazmín Valencia Guzmán

Morelia Michoacán Enero de 2012

DIRECTIVOS

DE María Leticia Rubí García Valenzuela

Directora de la Facultad de Enfermería

ME Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Secretaria Académica

ME Roberto Martínez Arenas

Secretario Administrativo

MESA SINODAL

Presidente de la mesa sinodal:

DE María Leticia Rubí García Valenzuela

Vocal 1:

ME Marbella Damián Gómez

Vocal 2:

MC María Jazmín Valencia Guzmán

AGRADECIMIENTOS

A Dios: por haberme dado la vida. Por ser mi sustentador en todo momento, por que en los instantes más difíciles de mi vida él ha estado ahí, porque me ha colmado de bendiciones, sobre todo porque si hoy soy enfermera, no es simplemente porque sí; sino porque dios ya lo tenía predicho.

A mis padres: a ellos quienes me han brindado todo su apoyo incondicional.

A mis asesoras de proceso de enfermería: quienes desde que las conocí han sido un ejemplo a seguir, por lo que les estoy agradecida por su tiempo y dedicación para el logro de este.

A mis hermanos: gracias por sus consejos, por su apoyo emocional. Por hacer de nuestra familia la mejor.

.

DEDICATORIA

A mi madre: Catalina Gómez Hernández

Gracias por ser el pilar de nuestro hogar, por ser mi amiga; mi inspiración para seguir, te estaré siempre agradecida por tus oraciones y por permitirme compartir contigo los mejores momentos de mi vida. Eres la mejor. Sin duda alguna.

Te amo mama.

Contenido

INTRODUCCIÓN	3
1 JUSTIFICACIÓN.....	4
2 OBJETIVOS	6
2.1 GENERAL.....	6
2.2 ESPECIFICOS	6
3 METODOLOGIA.....	7
4 CASO CLINICO	8
5 MARCO TEORICO	10
5.1 PROCESO DE ENFERMERÍA.....	10
5.1.1 CARACTERÍSTICAS.....	10
5.1.2 ANTECEDENTES DEL PROCESO ENFERMERO	11
5.1.3 ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA.....	11
5.1.4 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:	21
5.1.5 DIAGNOSTICO MEDICO:	22
5.2 TEORIA GENERAL DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM.....	22
5.2.1 FUENTES TEORICAS	23
5.2.2 CONCEPTOS PRINCIPALES Y DEFINICIONES.....	24
5.2.3 SISTEMAS ENFERMEROS	29
5.2.4 AFIRMACIONES TEORICAS.....	31
5.2.5 FORMA LOGICA	32
5.2.6 ACEPTACION POR PARTE DE LA COMUNIDAD ENFERMERA.....	32
5.2.7 PRACTICA PROFESIONAL	32
5.3 HISTORIA NATURAL DE LA DIABETES MELLITUS	33
5.3.1 PÁNCREAS	33
5.3.2 INSULINA	34
5.3.3 CONCEPTO DE DIABETES MELLITUS	34
5.3.4 CLASIFICACIÓN	35
5.3.5 CUADRO CLINICO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2	36
5.3.6 FACTORES DE RIESGO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	37

5.3.7 DIABETES TIPO 2. RESISTENCIA A LOS EFECTOS METABÓLICOS DE LA INSULINA.....	38
5.3.8 DIAGNOSTICO.....	38
5.3.9 TRATAMIENTO.....	39
5.3.10 COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2	41
6 APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA	43
6.1 VALORACION	44
6.2 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA Y PLANES DE INTERVENCION	45
6.3 EJECUCIÓN.....	85
6.4 EVALUACIÓN	90
7 CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	92
8 BIBLIOGRAFIA	93
9 GLOSARIO DE TERMINOS	97
10 ANEXOS	100
11 APENDICES.....	116

INTRODUCCIÓN

Enfermería es “la ciencia” y “el arte” de proporcionar cuidados de “predicción, prevención y tratamiento” de las respuestas humanas del “individuo, familia y comunidad a procesos vitales/ problemas de salud reales o potenciales “así como la colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario en la solución de las respuestas fisiopatológicas (Rodríguez, 2001).

Como ciencia porque requiere de los conocimientos de la propia disciplina; la enfermería posee un cuerpo cognoscitivo uniforme y sistemático, ordenado y consensual para buscar, confirmar y clarificar nuevos conocimientos. Como arte, porque requiere y cuenta con un conjunto de habilidades, que dependen del sello personal de quien las realice (Ledesma, 1999).

Así mismo la enfermería reúne las siguientes características sistemáticas de la ciencia: paradigma para dar respuesta a los problemas de la enfermería de acuerdo al momento histórico, con supuestos, normas, métodos y técnicas que evolucionan pero al mismo tiempo se complementan (Rodríguez, 2001).

El Proceso Enfermero se emplea para identificar, diagnosticar y tratar las respuestas humanas ante la salud y la enfermedad (Potter et al.2002).

El Proceso de Enfermería es de vital importancia ya que gracias a este la paciente llega a una pronta recuperación; llegando a ser autosuficiente, de la misma forma se adapta a su enfermedad. Como también se le brinda un cuidado de calidad.

Se aplica este Proceso en el cuidado de una paciente con Diabetes Mellitus tipo 2, considerando la importancia que tiene esta enfermedad, ya que en la comunidad de Jéruco la morbilidad en esta tiene un alto porcentaje.

1 JUSTIFICACIÓN

La Diabetes es una enfermedad crónico degenerativa, con pronóstico poco favorable entre la población mexicana, pues en ella influyen factores tanto sociales y heredo familiares que pueden favorecer la aparición de este padecimiento en la población (INEGI, 2010). La OMS, estima que a nivel mundial, existen 250 millones de personas con esta enfermedad y considera que más de 300 millones están en riesgo de presentarla; además plantea que 95% del tratamiento de un paciente diabético recae directamente en él (INEGI, 2010).

La OMS, menciona que en el mundo hay más de 220 millones de personas con Diabetes, guarismo que muy probablemente, de no mediar intervención alguna, para 2030 se habrá más que duplicado. Casi el 80% de las muertes por Diabetes se producen en países de ingresos bajos o medios (OMS, 2011).

En México, en 2008 casi 3% de los egresos hospitalarios a nivel nacional fueron debidos a la Diabetes Mellitus, porcentaje similar al reportado en 2003.

La tasa de mortalidad observada por Diabetes Mellitus en 2008 es de 70.9 por cada 100 mil habitantes. Siendo los estados de Distrito Federal (99), Coahuila (87.4), Morelos (84.3), Guanajuato (82.9) y Michoacán (80.4) quienes presentan las mayores tasas de mortalidad por esta afección. Por el contrario, los estados con la menor tasa de mortalidad fueron Quintana Roo (35.7), Chiapas (45), Baja California Sur (51.3), Baja California (51.6) y Sinaloa (56.5). Por otro lado, la tasa de mortalidad observada por sexo, muestra que son las mujeres quienes mueren en mayor medida a causa de Diabetes Mellitus. De 2000 a 2008, la mortalidad femenina se ha incrementado en 21.9 casos, al pasar de 51.8 a 73.7 por cada 100 mil mujeres, respectivamente (INEGI, 2010).

Durante el período transcurrido del año 2010 en la comunidad de Jéruco se reportaron 5 defunciones, 3 fueron mujeres y 2 masculinos, todas ellas personas de la tercera edad únicamente, obteniendo como las principales causas de mortalidad: complicaciones de enfermedades crónico-degenerativas (Diabetes

Mellitus tipo 2, hipertensión arterial). Infarto agudo al miocardio, insuficiencia renal crónica, evento vascular cerebral.

En cuanto a la morbilidad en general; dentro del período enero 2010 a diciembre 2010 se registraron 1590 consultas, dentro de las cuales se registraron 530 de primera vez y 1060 subsecuente:

- Infecciones respiratorias agudas altas
- Control y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2
- Control y tratamiento de hipertensión arterial sistémica (Hernández et al. 2010).

La Diabetes tipo 2 es mucho más común que la de tipo I, y supone del 80 al 90% de todos los casos de la Diabetes. En general, empieza a partir de los 40 años, a menudo en la década de los 50 a los 60 y se instaura de manera gradual, por eso a este síndrome se le conoce como Diabetes del adulto.

La Diabetes Mellitus es un síndrome en donde se alteran el metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas, o bien por falta de secreciones de insulina o por disminución de la sensibilidad tisular a esta hormona (Guyton, 2001).

2 OBJETIVOS

2.1 GENERAL

Analizar la evolución de la paciente Diabética, a través de la aplicación del Proceso de Enfermería para mejorar la salud de la paciente a fin de proporcionar cuidados holísticos; como un método científico que permite fortalecer la calidad del cuidado de enfermería.

2.2 ESPECIFICOS

- Proporcionar a la paciente los cuidados necesarios a fin de favorecer la salud y el control de la enfermedad de la paciente mediante una buena interacción enfermera- paciente.
- Identificar las necesidades reales y potenciales de la paciente para su satisfacción a fin de lograr su pronta recuperación.

3 METODOLOGIA

Para la realización de este trabajo cursé un Taller Proceso de Enfermería con el referente teórico de Dorothea E. Orem, basado en requisitos universales impartido en la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo Facultad de Enfermería. Para su elaboración se realizó la investigación bibliográfica e internet así como también se obtuvo el caso clínico de una paciente con Diabetes Mellitus en la unidad de salud de Jéruco Municipio de Cuitzeo del Porvenir, Michoacán en el servicio de consulta externa, con el fin de conformar el Marco Teórico y su sustentación, se eligió a la paciente de acuerdo a su patología y fisiología, para realizar las intervenciones de enfermería para el cuidado de la paciente llevándola a la recuperación e interdependencia, para todo esto se le proporciono previamente una solicitud de consentimiento informado, aplicándole la guía de valoración en su domicilio, para obtener los diagnósticos objetivos y subjetivos, en base a la taxonomía de la NANDA y para elaborar las estrategias en base a la NOMENCLATURA de intervenciones de enfermería NIC.

4 CASO CLINICO

A.N.C. Es una mujer de 30 años originaria de México, actualmente radica en la comunidad de Jéruco, Municipio de Cuitzeo del Porvenir, escolaridad primaria terminada, dedicada al hogar, religión católica, casada desde los 14 años, madre de 3 hijos. Los cuales están aparentemente sanos, habita en casa propia, con todos los servicios, a excepción del drenaje. Vive con sus tres hijos ya que su esposo emigro a los Estados Unidos por cuestiones de trabajo por lo que depende de él económicamente.

Como antecedentes tiene: abuelo materno diabético, madre diabética.

En este último mes ha perdido 4, 500kg, no consume una dieta especial para su padecimiento, consume aproximadamente 3 litros de agua al día, evacua 1 vez al día, heces duras color café, orina de 3 a 4 veces al día, color ámbar; sin molestias. Baño y cambio de ropa interior, exterior diariamente, cepillado dental 3 veces al día, acostumbra al lavado de manos antes de comer y después de ir al baño.

Pesa 82.5 kg, talla 163 cm, IMC 25.30 lo que la lleva a encontrarse en sobrepeso. Acostumbra a desayunar: 1 vaso de leche o 1 vaso de café con 1 pan, a la comida acostumbra caldo de pollo, sopa, 3 tortillas y 1 vaso de agua y en la cena toma 1 vaso de té, refiere síntomas de anorexia. Por lo que no acepta su aspecto físico, manifiesta verbalmente desacuerdo o desaprobación de su aspecto corporal en relación con la forma en que le queda la ropa o percibirse más delgada de lo que es o percibirse más pálida.

Duerme de 6 a 8 horas por la noche y despierta descansada, no presenta dificultad para conciliar el sueño, ella refiere que acostumbra a tomar pequeñas siestas por periodos cortos de 30 minutos rara vez.

En su tiempo libre le gusta caminar, ver la TV, bordar y visitar a su madre.

Inicio su vida sexual activa a los 14 años, no utiliza método de planificación familiar, se realizo papanicolaou hace 2 años con resultado negativo.

Presenta miopía desde hace 10 años por lo que usa lentes de armazón.

Cursa con Diabetes Mellitus de tipo 2 desde hace 3 años por presentar Glicemia 129mg/ dl. Fue tratada con: Metformina tabs 850mg.

Refiere que hace 20 días, presento disnea en reposo por lo que tuvo que ser hospitalizada en el H. Regional de Uriangato, Guanajuato. El día de hoy 03/02/11, en su control mensual en el centro de salud de Jéruco se encuentra consciente, orientada en tiempo lugar y espacio, presentando estudios de laboratorio para valoración y manejo.

Resultados de laboratorio del 22/01/11 muestran: eritrocitos $3.8 \times 10^6/\mu\text{L}$, hemoglobina 9.7 g/dl, hematocrito 29.3%, VGM 25.3 %, plaquetas $614 \times 10^3/\text{mm}^3$, glucosa 333 mg/dl, triglicéridos 261mg/dl, glucosuria de 2000, bacterias abundantes, resto normal.

Sus signos vitales T/A= 110/ 80 F/C= 120X" T= 37 °C F/R= 22X" Glicemia capilar de 203mg / dl.

Se refiere asintomática, actualmente tratada hace un mes con esquema de insulina, el cual ya suspendió por que se le termino y no lo ha comprado pero toma hipoglucemiantes orales (metformina tabs 850mg).

Tratamiento:

Glibenclamida tabs 5mg v.o tomar 2 con el almuerzo y 2 con la comida por 1 mes.
Metformina tabs 850mg v.o 1 cada 12 horas por un mes.

Acido fólico tabs 0.4mg tomar 4 cada 8 horas por v.o.

Fumarato ferroso suspensión 2 cucharadas después de cada comida.

Complejo B tabs 1 c/24horas v.o.

Dx: Diabetes Mellitus Tipo 2 descontrolado

Dislipidemia, anemia moderada, plaquetosis.

5 MARCO TEORICO

5.1 PROCESO DE ENFERMERÍA

El Proceso de Enfermería “es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos, de forma eficiente” (Rodríguez, 2001).

El Proceso Enfermero se emplea para identificar, diagnosticar y tratar las respuestas humanas ante la salud y la enfermedad.

Se trata de un Proceso dinámico y continuo que se adapta a las necesidades del cambio del cliente (Potter et al.2002).

5.1.1 CARACTERÍSTICAS

Es un **método** porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o), que le permiten organizar su 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** por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnostico, planeación, ejecución y evaluación).

Es **humanista** por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

Es **intencionado** porque se centra en el logro del objetivo, permitiendo guiar las acciones para 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 (o).

Es **dinámico** por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Es **flexible** porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería y para acordar y lograr objetivos comunes.

Es **interactivo** por requerir de la interrelación humano-humano con el (los) usuario (s) para acordar y lograr objetivos comunes (Rodríguez, 2001).

5.1.2 ANTECEDENTES DEL PROCESO ENFERMERO

El Proceso de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, ejecución y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales ("el Proceso atención de enfermería," 2011).

5.1.3 ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA

Constan de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente.

1.- **Valoración:** consiste en recoger, organizar, ponderar y registrar los datos sobre el estado de salud de un cliente. Esos datos se obtienen de diversas fuentes y sirven de base para las actualizaciones y decisiones que se toman en fases posteriores (kozier et al. 1999).

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

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

4.-**Ejecucion:** consiste en llevar a la práctica el plan mediante acciones que conduzcan el logro de los objetivos establecidos (Rodríguez, 2001).

5.-**Evaluacion:** es la valoración de la respuesta del cliente a las intervenciones enfermeras y la comparación ulterior de la repuesta con los criterios que rigen los objetivos o resultados que se redactaron en la fase de planificación (kozier et al. 1999).

Pensamiento crítico: Adaptación de la teoría a la práctica

Se define como “el proceso de disciplina intelectual de conceptualizar, aplicar, analizar, sintetizar y evaluar en una forma activa y especializada la información recopilada o generada por la observación, experiencia, la reflexión, el razonamiento o la comunicación, como norma de creencia y acción”. El pensamiento crítico requiere habilidades cognitivas, psicomotoras y afectivas para utilizar como herramientas una base global de conocimientos, el Proceso de Enfermería y las normas de cuidados establecidas, así como la investigación en enfermería, con el fin de analizar datos y planificar un programa de actuación basado en nuevas percepciones y conocimientos (Murr et al. 2008).

5.1.3.1 VALORACION

Es la primera parte del Proceso Enfermero que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad. Correspondientes a respuestas humanas y fisiopatológicas.

Permitiéndonos emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo.

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 (Rodríguez, 2001).

1.-RECOLECCION DE LA INFORMACION

Esta etapa va dirigida al registro de hechos, fenómenos o datos que permitan conocer y analizar lo que realmente suceden al individuo, familia o comunidad en relación con su salud.

Para obtener la información se recurre tanto en fuentes directa como indirectas.

Las fuentes directas para la obtención de la información son: el paciente, la familia, la comunidad, el equipo de salud (Ledesma, 1999).

Las fuentes indirectas de la información a las que también se deben recurrir son el expediente clínico y la bibliografía relevante (Rodríguez, 2001).

Durante la valoración, la enfermera obtiene dos tipos de datos, subjetivos y objetivos. Los datos subjetivos son las percepciones de los clientes sobre su

problema de salud. Los datos objetivos son observaciones o mediciones realizadas por quien obtiene los datos (Potter et al.2002).

2.-VALIDACION DE LA INFORMACION

Consiste en un doble examen o inspección de los datos para confirmar que son exactos y objetivos. La validación de los datos permite a la enfermera:

- Asegurarse de que la información recogida durante la valoración sea completa.
- Asegurarse de que los datos objetivos y los subjetivos relacionados son coherentes.
- Distinguir entre indicios y deducciones.
- Evitar conclusiones precipitadas y tomar una dirección equivocada al identificar los problemas (Kozier et al.1999).

3.-REGISTRO DE LA INFORMACION

Consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico (“el proceso atención de enfermería,” 2011).

Los objetivos del registro de la información son: favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería.

5.1.3.2 DIAGNOSTICO

Es la segunda etapa del Proceso, constituye una función intelectual compleja, al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad (Rodríguez, 2001).

Para realizar esta etapa se requieren de cuatro pasos fundamentales:

1.- Razonamiento diagnostico: aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas. La Enfermera (o) durante el razonamiento diagnostico realiza diversas funciones intelectuales integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico (Rodríguez, 2001).

2.- Formulación de los diagnósticos enfermeros. En función del tipo de problema o de situación a la que se refiera, el diagnostico de enfermería puede ser real, potencial o de salud (Gisper et al. 2003).

También es preciso conocer las categorías diagnosticas de la N.A.N.D.A y la estructura que deben tener los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes de acuerdo a sus categorías.

Para determinar cuando un Proceso vital o un problema de salud deben ser considerados como diagnostico enfermero, es necesario contestar dos preguntas:

¿La enfermera (o) tiene la autoridad para hacer el diagnostico definitivo?

¿La enfermera (o) es la principal responsable de la predicción, prevención y tratamiento del problema?

En caso afirmativo se trata de un diagnostico enfermero, en caso negativo nos encontramos ante un problema interdependiente que solo podrá ser resuelto con la participación de todos los integrantes del equipo sanitario.

Un problema interdependiente es un juicio clínico sobre la respuesta fisiopatológica del organismo a problemas de salud reales o de riesgo (Rodríguez, 2001).

Los diagnósticos enfermeros se clasifican en tres:

Un diagnostico **real** es un juicio clínico sobre la respuesta de un paciente a un problema de salud que existe en el momento de la valoración de enfermería. Se basa en la presencia de signos y síntomas asociados (Kozier et al.1999).

El diagnostico 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, se apoya en los factores de riesgo (etiología).

El diagnostico enfermero **de salud**: se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor.

3.- Validación: consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, durante la validación la enfermera (o) debe consultar al usuario para corroborar que este en lo cierto.

4.- Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes. Una vez validados los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, pueden escribirse en la hoja de notas de enfermería y en los planes de cuidados para iniciar con la etapa de planeación (Rodríguez, 2001).

5.1.3.3 PLANEACION

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 (Rodríguez, 2001).

Los pasos para realizar la planeación son:

- Establecer prioridades
- Establecer los objetivos del cliente/ criterios de resultados.
- Determinar acciones de enfermería.
- Seleccionar las estrategias de enfermería.
- Desarrollar planes de cuidados de enfermería.

El establecimiento de prioridades. En lugar de ordenar los diagnósticos de forma sucesiva, las enfermeras pueden agruparlos en tres categorías: prioridad alta, media o baja (Kozier et al.1999).

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

- 1.-Resultar del diagnostico enfermero o problema interdependiente; es decir centrarse en dar solución al problema (objetivo final), y en “la modificación o desaparición de los factores causales del problema o de sus efectos” (objetivo específico).
- 2.-Estar dirigidos al usuario, familia o comunidad, también pueden referirse a una parte del organismo o a una función, como es el caso de algunos diagnósticos enfermeros, y cuando se tratan de problemas interdependientes.

Determinar 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 o de riesgo del problema de salud señalado en el diagnóstico enfermero o problema interdependiente (Rodríguez, 2001).

Selección de estrategias de enfermería.

Las estrategias concretas que se eligen deben concentrarse en eliminar o reducir la etiología (causa) del diagnóstico enfermero. En caso de los diagnósticos enfermeros potenciales, las estrategias deben concentrarse en medidas para reducir los factores de riesgo para el paciente y/o sus signos o síntomas (Kozier et al.1999).

Desarrollo de los planes de enfermería

Permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados.

Pueden ser: individualizados, cuando se utiliza un formato dividido en columnas en donde la enfermera procede a escribir el diagnóstico enfermero / problema interdependiente, objetivo y acciones de enfermería y evaluación; estandarización, en caso que estén impresos y respondan a problemas específicos, permitiendo hasta cierto punto su individualización al dejar espacios en blanco para que la enfermera (o) realice anotaciones particulares del usuario; y los computarizados, que surgen de planes creados por ordenador, que después de introducir información del usuario, familia y comunidad ofrecen los planes de cuidado respectivos (Rodríguez, 2001).

5.1.3.4 EJECUCION

La ejecución del plan de cuidados de enfermería consiste en verificar y/o delegar las actividades para lograr los objetivos de la atención planeada (Ledesma, 1999).

Los pasos de la ejecución son: preparación, intervención, documentación.

Preparación

Antes de llevar a cabo un plan de cuidados se debe:

- 1.-Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario.
- 2.-Analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarias para realizar las actividades planeadas.
- 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.
- 5.-Crear un ambiente confortable y seguro para el usuario durante la realización de cada actividad.
- 6.-Delegar cuidados enfermeros que se apeguen a “los cuatro puntos clave de la delegación” (Rodríguez, .2001).

Intervención

Pueden llevarse a cabo 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 con otros miembros del equipo de atención sanitaria.

Documentación

Es el registro que realiza la enfermera (o) en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del usuario. Deben reunir ciertas características como son: fecha y hora; datos de valoración, intervenciones de enfermería; resultados obtenidos y nombre/firma de la enfermera (o). Las notas deben ser concisas, claras, completas, legibles, relevantes y oportunas (Rodríguez, 2001).

5.1.3.5 EVALUACION

La evaluación, el paso final del Proceso Enfermero, es crucial para determinar si, tras la aplicación del Proceso Enfermero, el estado o la salud del cliente mejoran (Potter et al.2002)

La evaluación puede ser continua, intermitente o terminal. La **evaluación continua** se realiza durante o inmediatamente después de ejecutar una orden de enfermera, y permite realizar modificaciones puntuales en una intervención. La **evaluación intermitente**, realizada a intervalos determinados muestra el grado de progreso hacia la consecución del objetivo y permite corregir cualquier deficiencia, así como modificar el plan de cuidados en función de las necesidades. La **evaluación final** indica el estado, la consecución de objetivos y la evaluación de la capacidad del cliente para cuidarse con respecto a la atención de seguimiento. (Kozier et al.1999).

La aplicación del Proceso Enfermero se evalúa con las siguientes preguntas:

¿La valoración estuvo completa y la información fue validada?

¿El razonamiento diagnóstico fue correcto?

¿La formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes fue acertada?

¿Los planes de cuidados dieron solución al problema y etiología de los problemas señalados?

¿Las acciones de enfermería realizadas permitieron el logro de los objetivos?
(Rodríguez, 2001)

GUIAS DE VALORACION

Son un instrumento que permite la recolección metódica y sistemática de datos del usuario, familia y comunidad, facilitando la valoración y el desarrollo de las etapas de diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación del Proceso Enfermero (Rodríguez, 2001).

5.1.4 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre respuestas individuales, familiares o comunitarias a problemas de salud/ procesos vitales reales y potenciales. Los diagnósticos de enfermería suponen la base para la selección de intervenciones de enfermería con el fin de lograr los resultados; documenta el estado del paciente y debería reflejar los cambios a medida que cambia la situación del mismo (Murr et al. 2008).

5.1.5 DIAGNOSTICO MEDICO:

Se apoya el diagnóstico médico: Con una buena relación médico-paciente.

La anamnesis: es la base fundamental para el diagnóstico de los problemas de salud de nuestros pacientes.

El examen físico: complementa al interrogatorio, los signos físicos son marcas objetivas y verificables de la enfermedad y representan hechos indiscutibles.

Asociación de los síntomas y signos: Para realizar el ejercicio diagnóstico, para ello construimos determinadas asociaciones: tríadas, tétradas, y sobre todo, síndromes (Novás, 2006).

5.2 TEORIA GENERAL DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

Dorothea Elizabeth Orem, una de las enfermeras americanas más destacadas, nació en Baitimore, Maryland, en 1914. Orem empezó su carrera de enfermera en la escuela de enfermería del providence Hospital en Washington D.C., donde recibió un diploma de enfermería a principios de la década de 1930. Orem recibió posteriormente un B.S.N.E. de la Catholic University of América (CUA) en 1939 y, en 1946, obtuvo un M.S.N.E. de la misma universidad (Marriner et al.2003).

Sus experiencias enfermeras más tempranas incluyen actividades de enfermería quirúrgica, enfermera de servicio privado, miembro del personal hospitalario en unidades medicas pediátricas y de adultos, profesora de ciencias biológicas, Orem ostento el cargo de directora de la escuela de enfermería y del departamento de enfermería en el Providence Hospital, Detroit, de 1940 a 1949. De 1958 a 1960 trabajo en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras, En 1970, Orem abandono la CUA y empezó a dedicarse a su propia empresa

consultora. El primer libro publicado por Orem, en 1971, fue Nursing: Concepto of Practice (Orem, en 1971). Mientras preparaba y revisaba concept formalización in Nursing: process and product, Orem era editora de la NDCG. Orem se jubilo en 1984 y vive en savnnah, Georgia. Sigue trabajando, sola o con sus colaboradores en el desarrollo de la teoría enfermera del déficit de autocuidado (TEDA).

La Georgetown University le confirmo a Orem el título honorario de doctor of science en 1976. Recibió el premio Alumini Association Award for Nursing theory de la CUA en 1980, entre los demás títulos recibidos (Marriner et al.2003).

5.2.1 FUENTES TEORICAS

Aunque Orem no reconoce haber recibido ninguna influencia importante, sí que cita muchos de los trabajos de otras enfermeras, según sus contribuciones a la enfermería, entre ellas Abdellah, Henderson, Johnson, King, Levine, Nightingale, Orlando, Peplau, Riehl, Rogers, Roy, Travelbee y Wiedenbach. También cita numerosos autores de otras disciplinas, entre ellos Gordon Allport, Chester Barnard, René Dubos, Erich Fromm, entre otros.

En la edición más reciente, Orem (2001) identifico dos conjuntos de ciencias enfermeras especulativas; las ciencias de la práctica enfermera y las ciencias que sirve de fundamento. Las ciencias enfermeras que sirven de fundamento incluyen las ciencias de la enfermería completamente compensatoria, enfermería parcialmente compensatoria y la de apoyo educativo o de desarrollo de la enfermería. Las ciencias enfermeras que sirven de fundamento incluyen las ciencias del autocuidado, agencias de autocuidado y el cuidado humano.

5.2.2 CONCEPTOS PRINCIPALES Y DEFINICIONES

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

- 1.- La teoría de autocuidado, que describe el por qué y el cómo las cosas cuidan de sí mismas.
- 2.- La teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica como la enfermera puede ayudar a la gente.
- 3.- La teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero (Marriner et al.2003).

AUTOCUIDADO

Consiste en la práctica de las actividades que las personas que están maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo, sano y continuar (Marriner et al.2003).

.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

Son los medios para llevar a cabo las acciones que constituyen el autocuidado. Los requisitos de autocuidado se pueden desglosar en tres categorías (Marriner et al.1994).

1. Requisitos de autocuidado universales

Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o está en Proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital. Se proponen ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños.

- 1.-El mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
- 2.-El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
- 3.-El mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
- 4.-La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
- 5.-El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
- 6.-El mantenimiento entre un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
- 7.-La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
- 8.-La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal. (Marriner et al.2003).

2. Requisitos de autocuidado de desarrollo

Hay tres conjuntos de requisitos de autocuidado de desarrollo:

- 1.- Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo.
- 2.-Implicacion en el autodesarrollo.

3.-Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa el desarrollo humano (Marriner et al.2003).

3. Requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud

Existen para aquellas personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. (Marriner et al.2003).

NECESIDADES DE AUTOCUIDADO TERAPEUTICO

Están constituidas por el conjunto de medidas de cuidado, necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona.

Se utilizan métodos adecuados para:

- Controlar o dirigir factores identificados en las necesidades, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano.
- Cubrir el elemento de actividad de la necesidad (Marriner et al.2003).

ACTIVIDAD DE AUTOCUIDADO

Habilidad adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano.

AGENTE

Es la persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tiene el poder de comprometerse en un curso de acción.

AGENTE DE AUTOCUIDADO DEPENDIENTE

Es el adolescente o adulto que acepta asumir la responsabilidad de conocer y cubrir las demandas terapéuticas de autocuidado de otras personas importantes para él, que dependen socialmente de él, o que regula el desarrollo o el ejercicio de la actividad de autocuidado de estas personas.

DEFICIT DE AUTOCUIDADO

Es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o prevista (Marriner et al.1994).

ACTIVIDAD ENFERMERA

Es la capacidad desarrollada por las enfermeras, dentro del marco de una relación interpersonal legítima, para actuar, saber y ayudar a las personas implicadas en esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado (Marriner et al.2003).

DISEÑO ENFERMERO

Actividad profesional desarrollada, para sintetizar los elementos de una situación concreta de relaciones ordenadas a unidades operativas de estructura.

El objetivo del diseño enfermero es ofrecer guías para alcanzar los resultados necesarios y previstos en la producción de la enfermería hacia el logro de las metas enfermeras (Marriner et al.2003).

5.2.3 SISTEMAS ENFERMEROS

Son las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes, y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes (Marriner et al.2003).

Sistema de enfermería completamente compensador

Son necesarios cuando la enfermera esta compensando una capacidad total (o una prescripción en contra) del paciente para realizar actividades de autocuidado que requieren movimientos de ambulación y de manipulación (Marriner et al.1994).

Sistemas de enfermería parcialmente compensadores

Son aquellos en los que tanto la enfermera como el paciente realizan medidas de asistencia y actividades que impliquen labores manipulativas o deambulatorios.

Sistema de apoyo educativo

Son para aquellas situaciones en que el paciente es capaz de realizar o puede y debe aprender a realizar las medidas requeridas de autocuidado terapéutico interno o externo, pero que no puede hacerlo sin ayuda (Marriner et al.1994).

METODOS DE AYUDA

Es una serie secuencial de acciones que resolverá o compensará las limitaciones asociadas a la salud de las personas que se comprometen a realizar acciones para regular su propio funcionamiento y desarrollo, o el de sus dependientes. (Actuar o hacer por cuenta de otro, guiar o dirigir, ofrecer apoyo físico o psicológico, ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal y enseñar)

PRINCIPALES SUPUESTOS

Orem identifica las cinco premisas subyacentes en la teoría general de la enfermería:

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

experimentan las privaciones, con el fin de ofrecer estímulos requeridos, deliberados, a uno mismo y a los demás (Marriner et al. 2003).

5.2.4 AFIRMACIONES TEORICAS

La TEDA se expresa mediante tres teorías:

1. Teoría de sistemas enfermeros

Son sistemas de acción humana; formados por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente.

2. Teoría del déficit de autocuidado

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

3. Teoría del autocuidado

El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben, deliberadamente, llevar a cabo por si solas o haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. (Marriner et al. 2003).

5.2.5 FORMA LOGICA

El consejo de Orem llevo a la formalización inicial y a la expresión subsiguiente de un concepto general de enfermería. Más tarde, esta generalización permitió el pensamiento inductivo y deductivo en la enfermería. Orem describió los modelos y su importancia en el desarrollo y la comprensión de la realidad de las entidades (Marriner et al.2003).

5.2.6 ACEPTACION POR PARTE DE LA COMUNIDAD ENFERMERA

La TEDA de Orem ha alcanzado un nivel importante de aceptación por parte de la comunidad enfermera y prueba de ello es todo el material publicado. Revisando la búsqueda realizada utilizando la TEDA o sus componentes, el número de estudios y la calidad del trabajo han mejorado con el paso del tiempo (Marriner et al. 2003).

5.2.7 PRACTICA PROFESIONAL

La enfermería es una disciplina práctica; la mayor parte de la investigación está relacionada con cuestiones prácticas. Los artículos de investigación sobre el uso de la TEDA o sus componentes en la práctica clínica incluyen la docencia del

autocuidado a las personas con Diabetes Mellitus y con insuficiencia renal avanzada, hemodiálisis y diálisis peritoneal, y trasplante de riñón (Marriner, 2003).

5.3 HISTORIA NATURAL DE LA DIABETES MELLITUS

5.3.1 PÁNCREAS

Es una glándula endocrina y exocrina, consta de cabeza, cuerpo y cola. Las secreciones pancreáticas pasan de las células secretoras del páncreas a pequeños conductos, el mayor de los dos es el conducto pancreático o de wirsung, el menor de los dos conductos pancreáticos el de Santorini, se vacía en el duodeno unos 2.5 cm en el sentido proximal a la ampolla de Váter.

El páncreas se compone de pequeños grupos de células epiteliales glandulares, de las cuales casi 99% está dispuesto en grupos llamados acinos, que contribuyen la porción exocrina de la glándula. La célula de los acinos secretan una mezcla de líquidos y enzimas digestivas, el jugo pancreático. El 1% restante de las células está organizado en los grupos llamados islotes de langerhans, porción endocrina del páncreas. Dichas células secretan glucagon, insulina, somatostatina y polipeptido pancreático (Tortara et al.2000).

Cada día, el páncreas produce 1 200 a 1 500 ml de jugo pancreático, líquido transparente e incoloro formado en su mayor parte de agua, algunas sales, bicarbonato de sodio y varias enzimas. Entre las enzimas del jugo pancreático, se incluyen la amilasa pancreática, que desdobla hidratos de carbono; varias enzimas proteolíticas como, tripsina quimotripsina, carboxipeptidasa y elastasa; la lipasa pancreática, que es la principal enzima en la digestión de triglicéridos, y la ribonucleasa y desoxirribonucleasa, que se encargan de desdoblar ácidos nucleicos. (Tortara et al. 2000).

5.3.2 INSULINA

Es una hormona que se produce en las células beta de los islotes de langerhans del páncreas. Su acción fundamental consiste en permitir la utilización de glucosa en los tejidos y por tanto es indispensable para el metabolismo normal de carbohidratos, proteínas y grasas.

La insulina está indicada en los pacientes con Diabetes Mellitus insulino dependientes (Diabetes tipo 1). Los pacientes con Diabetes tipo 2 no dependen de insulina aunque pueden requerirla en situaciones especiales como infecciones graves, durante el posoperatorio, donde la nutrición se realiza por vía parenteral; también es necesario en algunos casos de diabetes secundaria a otros padecimientos como la pancreatitis crónica, entre otros (Lerman, 1998).

Tipos de insulina	Tiempo de acción		
	Inicio	Máximo	Final
Insulinas rápidas	0.25	3	6-7
Insulinas intermedias	1	4-8	8-12
Insulinas lentas	2	5-12	20-24

5.3.3 CONCEPTO DE DIABETES MELLITUS

Según la OMS. La Diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce (OMS, 2011).

La Diabetes Mellitus es un síndrome en donde se alteran el metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas, o bien por falta de secreciones de insulina o por disminución de la sensibilidad tisular a esta hormona (Guyton, 2001).

5.3.4 CLASIFICACIÓN

5.3.4.1 DIABETES MELLITUS DE TIPO 1

También se denomina muchas veces Diabetes Mellitus juvenil. Puede empezar de manera muy brusca, en tan solo unos días o semanas, con tres secuelas especiales: 1) hiperglucemia, 2) aumento de la utilización de las grasas con fines energéticos y de la síntesis de colesterol en el hígado y 3) reducción de las proteínas orgánicas (Guyton, 2001).

Causada por la destrucción de la células beta, a menudo de tipo inmunitario, que origina la pérdida de la secreción de insulina y deficiencia insulínica absoluta (Leroith et al. 2003).

5.3.4.2 DIABETES MELLITUS DE TIPO 2

También denominada Diabetes Mellitus no insulínica dependiente (DMNID), obedece a una menor sensibilidad de los tejidos efectores a las acciones metabólicas de la insulina. Esta menor sensibilidad a la insulina suele conocerse como resistencia a la insulina (Guyton, 2001).

5.3.4.3 DIABETES GESTACIONAL

Durante el embarazo se puede desarrollar y descubrir por primera vez intolerancia a la glucosa. La resistencia a la insulina relacionada con las alteraciones metabólicas del final del embarazo aumenta las necesidades de insulina y puede provocar hiperglucemia o intolerancia a la glucosa. La mayoría de las mujeres al final del embarazo recuperan una tolerancia a la glucosa (Kasper et al.2006).

5.3.4.4 OTROS TIPOS DE DIABETES

Comprenden un grupo causal heterogéneo que abarca los casos de diabetes en que las causas se establecen o por lo menos se conocen. Estas causas comprenden defectos genéticos que alteran el funcionamiento de las células beta o la acción insulínica, trastornos del páncreas exocrino, endocrino, endocrinopatías, cambios pancreáticos medicamentosos o químicos y enfermedades y situaciones en que la frecuencia de la diabetes se eleva a un grado considerable.

5.3.5 CUADRO CLINICO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

- Poliuria
- Polidipsia
- Polifagia

- Astenia
- Somnolencia
- Visión borrosa
- Adelgazamiento (Cervera, 2004).

5.3.6 FACTORES DE RIESGO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

- Antecedentes familiares de diabetes.
- Obesidad (BMI 25 kg/m²).
- Inactividad física habitual.
- Raza o etnicidad (p. ej., afroestadounidense, hispanoestadounidense, amerindio, ascendencia asiática, isleño del Pacífico).
- Trastorno de la glucosa en ayunas o trastorno de la tolerancia a la glucosa previamente identificados.
- Antecedentes de GDM o nacimiento de un niño que pesa >4 kg.
- Hipertensión arterial e Hipertrigliceridemia.
- Síndrome de ovario poliquístico o acantosis nigricans, antecedentes de enfermedad vascular (Kasper et al. 2006).

5.3.7 DIABETES TIPO 2. RESISTENCIA A LOS EFECTOS METABÓLICOS DE LA INSULINA

La resistencia a la acción de la insulina altera la utilización de glucosa por los tejidos sensibles a la insulina y aumenta la producción hepática de glucosa; ambos efectos contribuyen a la hiperglucemia de la diabetes. El aumento de la producción hepática de glucosa es responsable predominantemente de los elevados niveles de FPG, mientras que el decremento de la utilización periférica de glucosa produce hiperglucemia postprandial (Kasper et al. 2006).

La insulina plasmática esta aumentada en la diabetes de tipo 2. Se asocia con un incremento de la insulina plasmática; esto se debe a una respuesta compensadora de las células betas del páncreas por el descenso en la utilización y propósito de los hidratos de carbono y el incremento consiguiente de la glucemia.

Los medicamentos que aumentan la sensibilidad de la insulina son tiazolidindionas y la metformina, o aquellas que determinan una liberación adicional de insulina por el páncreas, como las sulfonilureas (Guyton, 2001).

5.3.8 DIAGNOSTICO

Bases fisiológicas de las pruebas diagnosticas: Los métodos habituales para el diagnostico de la diabetes se basan en diversas pruebas químicas con la orina o con la sangre.

Glucosuria: Un enfermo con Diabetes pierde glucosa de forma variada.

Glucosa e insulina sanguínea en ayunas; en las primeras horas de la mañana varía entre 80 a 90 mg/100ml; el límite superior de la normalidad se considera de 100 a 110 ml. Todo valor de la glucemia mayor a este se considera Diabetes Mellitus. Los valores plasmáticos de insulina de la Diabetes de tipo 1 son muy bajos o indetectables en ayunas o incluso después de las comidas.

Prueba de tolerancia a la glucosa (sobre carga de glucosa): Cuando una persona sana ingiere 1 gramo de glucosa por kilogramo de peso corporal en ayunas, la glucemia se eleva desde aproximadamente 90mg/100ml hasta 120 a 140 mg/100ml y luego retorna a la normalidad en unas 2 horas.

La glucosa sanguínea en ayunas de una persona Diabética suele encontrarse por encima de 110mg/100ml y muchas veces por encima de 140mg/100ml. Además, la sobrecarga de glucosa suele resultar anormal. El diagnostico de Diabetes Mellitus se suele establecer basándose en la curva de tolerancia a la glucosa (Guyton, 2001).

5.3.9 TRATAMIENTO

Dieta terapéutica

La dieta cumple un papel fundamental y muy distinto según se trate de una persona con DM2. Especialmente si es obesa o con DM1.

Orientado a reducir calorías globales, limitar las grasas y controlar los hidratos de carbono (Figuerola, 2003).

Insulina

Su utilización es obligada en el tratamiento de la DM1 y debe valorarse cuidadosamente en la DM2. En el primer caso representara la sustitución de una

sustancia que es deficitaria en el organismo, de modo que se precisaran pautas de administración que se asemejen el máximo posible a la secreción fisiológica.

En el segundo caso la insulina exógena complementara la acción de la endógena y podrá, en ocasiones, contribuir a la administración de la resistencia a la insulina (Figueroa, 2003).

Farmacología oral

Disminuyen la glucosa por mecanismos diversos según se trate de sulfonilureas, glinidas, biguanidas, glitazonas o inhibidores de la alfa glucosidasa. Esto dependerá de las características clínicas del paciente (Figueroa, 2003).

Ejercicio

Tiene múltiples beneficios, entre ellos descenso del riesgo cardiovascular, decremento de la presión arterial, conservación de la masa muscular, reducción de la grasa corporal y pérdida de peso. Tanto en los diabéticos de tipo 1 como en los de tipo 2, el ejercicio también resulta útil para disminuir la glucosa plasmática (durante el ejercicio y después de él) y aumentar la sensibilidad a la insulina (Kasper et al. 2006).

5.3.10 COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Complicaciones agudas

Cetoacidosis

El organismo, al no disponer de glucosa (consecuencia de una falta total o parcial de insulina), va a utilizar todas sus reservas para producir energía. Esta energía la va a obtener del glucógeno hepático y muscular, de la combustión de las reservas lipídicas, con aparición de cuerpos cetónicos, y de la proteólisis para la formación de glucosa (neoglucogénesis) en el hígado, que hará aumentar aún más la glucemia. Al aumentar los niveles de los ácidos en sangre, se rompe el equilibrio ácido-base, con la consiguiente disminución del pH. Como compensación hay intentos de eliminar cuerpos cetónicos, mediante un aumento de la frecuencia y profundidad de la respiración para equilibrar la acidosis metabólica (respiración de Kussmaul).

El próximo paso es el coma, si no se insulina al paciente (Cervera, 2004).

Hipoglucemia: descenso de la glucemia por debajo de su nivel normal puede ser debido a:

- Sobredosis de insulina o hipoglucemiantes orales.
- Error en la dieta (consumo de alcohol).
- Exceso de actividad física sin haber tomado un suplemento de glúcidos, o sin haber disminuido la insulina.
- Aparición de una situación de estrés (infección, tensión emocional).

- Vómitos o diarreas abundantes.

Cuando se produce una hipoglucemia entran en funcionamiento los mecanismos de compensación: adrenalina, glucagón, cortisona y hormona del crecimiento, si esos mecanismos no son suficientes y no se inicia un tratamiento el enfermo puede sufrir graves trastornos, ya que el cerebro es el órgano más afectado (Cervera, 2004).

Complicaciones crónicas

Las complicaciones crónicas pueden dividirse en vasculares y no vasculares. A su vez, las complicaciones vasculares se subdividen en microangiopatía (retinopatía, neuropatía y nefropatía) y macroangiopatía (cardiopatía isquémica, enfermedad vascular periférica y enfermedad cerebro vascular). Las complicaciones no vasculares comprenden problemas como gastroparesia, disfunción sexual y afecciones de la piel (Guyton, 2001).

6 APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA

6.1 VALORACION

1. VALORACION DE ACUERDO AL MARCO CONCEPTUAL DE LA TEORIA DE D. OREM

Factores condicionantes básicos	Requisitos de autocuidado universales	Requisitos de desarrollo de autocuidado	Requisitos de desviación de la salud
Sexo: femenino Edad: 30 años Edo. Civil: casada Religión: católica Escolaridad: primaria terminada Ocupación: Ama de casa Familia nuclear: esposa. Principal poyo del paciente: esposo	Apoyo suficiente de aire. FR= 22X" SPO2 98% Mantenimiento de un aporte suficiente de agua > A 2000ml Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos. Peso:82,500 Talla:164 IMC: 25.31 Dextrostix: 203mg/dl	Etapa de desarrollo Rol (es) madre de 3 hijos Orientación sexual (no. Parejas sexuales) 1 pareja sexual Historia ginecológica. 3 embarazos (cesarías).	Diabetes Mellitus tipo 2

6.2 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA Y PLANES DE INTERVENCION

DIAGNOSTICO 1

DATOS SIGNIFICATIVOS (Evidencia)	ANÁLISIS DEDUCTIVO (Dominio, clase involucrados)	PROBLEMA (Etiqueta diagnóstica NANDA II) P	FACTOR RELACIONADO (Etiología) E	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas) S
Pesa 82,500 kg, talla 163 cm, IMC 25.30 lo que la lleva a encontrarse en sobrepeso. Acostumbra a desayunar: 1 vaso de leche o un vaso de café con 1 pan, a la comida acostumbra caldo de pollo, sopo, 3 tortillas y un vaso de agua y en la cena toma 1 vaso de té, refiere síntomas de anorexia.	Dominio 2 Clase 1. Ingestión. Requisitos de autocuidado universales: Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.	(00001) Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades.	_Aporte excesivo en relación a las necesidades metabólicas.	_Factores biológicos _Factores psicosociales _Anorexia.

Dx. (00001) Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades, relacionado con el aporte excesivo en relación a las necesidades metabólicas, manifestado por factores biológicos, factores psicosociales y anorexia

Objetivo: La paciente adecuara la ingesta calórica y nutritiva de acuerdo a sus necesidades metabólicas y expresara sentimiento de bienestar.

Desequilibrio nutricional por exceso

Definición: Aporte de nutrientes que exceden las necesidades metabólicas.

Plan de intervención

Asesoramiento nutricional

Definición: Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

La comunicación entre la enfermera y el enfermo es esencial. Es central para lo que hacen las enfermeras, y sin una comunicación eficaz, verbal, no verbal o paralingüística, la enfermera no podría llevarse a cabo (Hogston et al.2008).

- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios de la paciente

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

La nutriología identifica las necesidades corporales de proteína, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales, y de la misma importancia, también el agua. Muchos de los hábitos de alimentación los aprende el sujeto en los comienzos de su vida y varían de una cultura a otra (Wolff, 1992).

- Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.
- Determinar el conocimiento por parte de la paciente de los cuatro grupos alimentarios básicos, así como la percepción de la necesaria modificación de la dieta.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Esta estrategia enseña técnicas de autocontrol para futuros retos en la vida, cuando mayor sea la modificación en el estilo de vida del paciente, la incomodidad y el costo, menor será la probabilidad de que siga el régimen terapéutico (Carpenito, 1994).

- Discutir las necesidades nutricionales y la percepción de la paciente de la dieta prescrita/ recomendada.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

El alimento es fundamental para la supervivencia física. El alimento está compuesto de nutrientes, los cuales se requieren en las cantidades adecuadas para que el cuerpo tenga un funcionamiento eficaz (Hogston et al.2008).

- Valorar el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Esto anima al paciente a determinar sus propios objetivos y recompensas, pudiendo ayudar a mejorar el seguimiento (Carpenito, 1994).

- Ayudar a la paciente a registrar lo que come normalmente en un periodo de 24 horas.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Un registro de alimentos indica con qué frecuencia se consumen grupos generales de alimentos y alimentos específicos (Kozier et al. 1999).

Ayuda para disminuir el peso

Definición: facilitar la pérdida de peso corporal y o grasa corporal.

- Pesar a la paciente semanalmente.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Es fundamental medir con precisión la talla del paciente, el peso corporal actual (PA) y el peso corporal habitual (PH) (Kozier et al.1999).

- Fomentar la sustitución de hábitos deseables por hábitos favorables.
- Ayudar a ajustar las dietas al estilo de vida y nivel de actividad.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Muchas dietas especiales pueden prescribirse para satisfacer las necesidades de los procesos patológicos o causa de alteraciones metabólicas (Kozier et al.1999).

- Desarrollar un plan de comidas diarias con una dieta bien equilibrada, disminución de calorías y de grasas.
- Enseñar a seleccionar las comidas, en restaurantes y reuniones sociales, que sean coherentes con la ingesta nutritiva y calórica planificada.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Esta intervención puede mejorar el cumplimiento y reducir las complicaciones (Carpenito, 1994).

Manejo del peso

Definición: facilitar el mantenimiento del peso corporal óptimo y el porcentaje de grasa corporal.

- Discutir los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso.
- Determinar el peso corporal ideal de la paciente.
- Determinar el porcentaje de grasa corporal ideal de la paciente.
- Animar a la paciente a escribir metas semanales realistas en cuanto a ingesta de alimentos y ejercicios y colocarlas en un sitio en el que pueda revisarlas todos los días.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

El paciente obeso tiene menos receptores insulínicos disponibles. La pérdida de peso recupera el número de receptores insulínicos en las células, aumentando también el nivel de energía y la tolerancia del ejercicio (Carpenito, 1994).

Fomento del ejercicio

Definición: facilitar, regularmente, la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.

- Informar a la paciente acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
- Ayudar a la paciente a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

El acondicionamiento físico puede y el ejercicio, sin importar la edad, ayuda a moderar la degeneración del envejecimiento y compensar muchas de las enfermedades más graves asociadas a la vida demasiado sedentaria (Hogston et al.2008).

- Instruir a la paciente acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseadas de los ejercicios programados.
- Preparar a la paciente en técnicas para evitar lesiones durante el ejercicio.
- Enseñar a la paciente técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno durante el ejercicio.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

El ejercicio regular puede proporcionar una sensación de bienestar y efectuar positivamente la autoestima (Carpenito, 1994).

Monitorización nutricional

Definición: Recogida y análisis de los datos de la paciente para evitar o minimizar la mal nutrición.

- Observar si la piel está seca, descamada, con despigmentación.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

La piel y las mucosas son las primeras líneas de defensa contra agentes patógenos (Rosales et al.1991).

- Vigilar los niveles de energía, malestar, fatiga y debilidad.
- Controlar la ingesta calórica y nutricional.
- Observar cualquier llaga, edema y papilas hiperemias e hipertróficas de la lengua y de la cavidad bucal.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

La evaluación del estado nutricional de un individuo o colectividad consiste en la determinación del nivel de salud y el bienestar desde el punto de vista de su nutrición, y depende del grado en la que las necesidades fisiológicas, bioquímicas y metabólicas de nutrientes estén cubiertas por la ingestión de alimentos en la dieta (Martínez, 1999).

- Vigilar los niveles de albumina, proteína total, hemoglobina y hematocrito.
- Comprobar niveles de linfocitos y electrolitos.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Los análisis bioquímicos y hematológicos constituyen una parte importante de la valoración del estado nutritivo (Martínez, 1999).

DIAGNOSTICO 2

DATOS SIGNIFICATIVOS (Evidencia)	ANÁLISIS DEDUCTIVO (Dominio, clase involucrados)	PROBLEMA (Etiqueta diagnóstica NANDA II) P	FACTOR RELACIONADO (Etiología) E	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas) S
Resultados de laboratorio del 22/01/11 muestran: eritrocitos 3.8, hemoglobina 9.7, hematocrito 29.3, VGM 25.3	Dominio 2: Nutrición Requisitos de autocuidados universales: Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos	(00002) Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades.	_Factores biológicos. _Incapacidad para absorber los nutrientes.	_Palidez de las membranas mucosas. _Bajo tono muscular

Dx. (00002) Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades, relacionado con factores biológicos e incapacidad para absorber los nutrientes, manifestado por palidez de las membranas mucosas y bajo tono muscular.

Objetivo: A.N.C. Adecuara la ingesta de nutrientes conforme a sus necesidades metabólicas, mediante el asesoramiento nutricional de una dieta prescrita y expresara el deseo de formarlo un hábito.

DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO

Definición: ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas

Plan de intervención

Asesoramiento nutricional

Definición: Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.

- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios de la paciente.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

En caso de una dieta insuficiente la persona sufre las consecuencias de la nutrición inadecuada y se dice esta desnutrida (Wolff, 1992).

- Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Esta estrategia enseña técnicas de autocontrol para futuros retos en la vida, cuando mayor sea la modificación en el estilo de vida del paciente, la incomodidad y el costo, menor será la probabilidad de que siga el régimen terapéutico (Carpenito, 1994).

- Determinar el conocimiento por parte de la paciente de los cuatro grupos alimentarios básicos, así como la percepción de la necesaria modificación de la dieta.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Los alimentos consisten en varios tipos de nutrientes, los cuales aprovecha el cuerpo de formas diferentes. Los nutrientes pueden clasificarse en dos grandes categorías: macronutrientes y micronutrientes (Hogston et al.2008).

- Discutir las necesidades nutricionales y la percepción de la paciente de la dieta prescrita/ recomendada.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Existen alteraciones orgánicas que requieren de la utilización de dietas específicas que contribuyen a la conservación o recuperación de la salud o bien el control del padecimiento (Rosales et al.1991).

- Revisar con la paciente la medición de ingesta y eliminación de líquidos, valores de hemoglobina, lectura de presión sanguínea, ganancias o pérdidas de peso.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

El volumen hídrico en un ser humano es constante por la ingestión y equilibrada por la excreción. Este corresponde al 60% del peso corporal y está distribuido en un espacio intercelular en un 40% y en el extracelular en

un 20% este a su vez lo conforma el plasma (5%) y el líquido intersticial (15%) (Rosales et al. 1999).

- Valorar el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Esto anima al paciente a determinar sus propios objetivos y recompensas, pudiendo ayudar a mejorar el seguimiento (Carpenito, 1994).

Enseñanza: dieta prescrita

Definición: preparación de un paciente para seguir correctamente una dieta prescrita.

- Evaluar el nivel actual de conocimientos de la paciente acerca de la dieta prescrita.
- Explicar el propósito de la dieta.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

La nutrición está determinada por edad, actividad y estado fisiológico. Existen alteraciones orgánicas que requieren de la utilización de dietas específicas que contribuyan a la conservación o recuperación de la salud o bien el control del padecimiento (Rosales et al.1991).

- Ayudar a la paciente a acomodar sus preferencias de comida en la dieta prescrita.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

La enseñanza en relación al buen funcionamiento del aparato gastrointestinal, tiene como base una dieta equilibrada, nutritiva y variada que sea compatible con los gustos del paciente (Rosales et al.1991).

- Instruir a la paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Enseñar lo que está permitido, resalta los aspectos positivos en vez de los negativos del tratamiento (Carpenito, 1994).

- Enseñar a la paciente a planificar las comidas a adecuadas.
- Incluir a la familia/ ser querido.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Un ambiente emotivo y socialmente positivo favorece la nutrición (Rosales et al.1991).

Monitorización nutricional.

Definición: Recogida y análisis de los datos de la paciente para evitar o minimizar la mal nutrición.

- Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

El ejercicio desempeña diferentes papeles en la regulación del peso: quemar calorías. También mantiene a los mecanismos de regulación de peso a tono para que funcionen de manera adecuada ("Fundamentos de enfermería," 2007).

- Observar si la piel está seca, descamada, con despigmentación.
- Observar si el pelo está seco, es fino y resulta fácil de arrancar.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Un aporte sanguíneo y una nutrición inadecuada, deshidratación o edema, traumatismos y exposición prolongadas a agentes físicos o químicos son causas de trastornos en piel y mucosa (Rosales et al.1991).

- Observar si se producen nauseas y vómitos.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

La nausea es la sensación de malestar con el deseo de vomitar, que también puede acompañarse de debilidad o desmayo. A menudo aparecen mareos, sudación excesiva, palidez de la piel, taquicardia (Wolff, 1992).

- Vigilar niveles de albumina, proteína total, hemoglobina y hematocrito.
- Comprobar niveles de linfocitos y electrolitos.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Los análisis bioquímicos y hematológicos constituyen una parte importante de la valoración del estado nutricional (Martínez, 1999).

- Vigilar los niveles de energía, malestar, fatiga y debilidad.
- Observar si hay palidez, enrojecimiento y sequedad del tejido conjuntivo.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

La evaluación del estado nutricional de un individuo o colectividad consiste en la determinación del nivel de salud y el bienestar desde el punto de vista de su nutrición, y depende del grado en la que las necesidades fisiológicas, bioquímicas y metabólicas de nutrientes estén cubiertas por la ingestión de alimentos en la dieta (Martínez, 1999).

Manejo de la hiperglucemia

Definición: prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre superior a lo normal.

- Vigilar los niveles de glucosa en sangre.
- Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letárgia, visión borrosa o jaquecas.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

La elevación de los niveles de glucosa provoca una grave deshidratación debido a una diuresis osmótica, la elevación del potasio sérico se debe a la hemoconcentración. Como no se metabolizan los hidratos de carbono, el paciente sigue teniendo hambre y pierde peso a pesar de comer (Carpenito, 1994).

- Instruir a la paciente y seres queridos en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglucemia.
- Administrar insulina, según la prescripción.
- Fomentar el autocontrol de los niveles de glucosa en sangre.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

El aumento de la ingesta de alimentos requiere de incremento de la insulina o un mayor ejercicio, si no, persistirá. La insuficiente cantidad de insulina o su incorrecta absorción provoca hiperglucemia (Carpenito, 1994).

- Instruir a la paciente y seres queridos acerca de la actuación con la Diabetes durante la enfermedad, incluyendo el uso de insulina y/o antidiabéticos orales, control de la ingesta de líquidos, reemplazo de los carbohidratos y cuando debe solicitarse asistencia sanitaria profesional.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Esta información puede fomentar el seguimiento y la preparación para los cuidados personales (Carpenito, 1994).

Manejo de la hipoglucemia: prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre inferiores a lo normal.

- Determinar signos y síntomas de la hipoglucemia.
- Vigilar los niveles de glucosa en sangre.
- Monitorizar si hay signos y síntomas de hipoglucemia (palidez, diaforesis, taquicardia, palpitaciones, hambre, parestesia, temblores, incapacidad de concentración, confusión, habla con mala articulación, conducta irracional o incontrolable, visión borrosa, somnolencia, incapacidad para despertarse del sueño o ataques convulsivos) (debilidad, nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, impaciencia, escalofríos, frío, mareos, náuseas, cefaleas, cansancio, calor, pesadillas, gritos durante el sueño, mala coordinación, cambios de conducta, coma).

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

La hipoglucemia puede deberse a una excesiva cantidad de insulina, escasa comida o excesiva actividad física. Cuando hay una rápida caída de la glucemia, se estimula el sistema simpático para producir adrenalina, apareciendo diaforesis, piel fría, taquicardia e intranquilidad. Cuando el nivel de glucemia desciende lentamente, existe una depresión del sistema nervioso central, la falta de disponibilidad de glucosa puede producir hambre y malestar gastrointestinal (Carpenito, 1994).

- Informar a la paciente del aumento de riesgo y/o normalización de los niveles de glucosa en sangre tras el ejercicio intensivo.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

El ejercicio está contraindicado cuando los niveles de glucemia superan los 300 mg/dl ya que el ejercicio provoca un aumento de la glicemia. Resaltar las ventajas del ejercicio puede ayudar a mejorar el cumplimiento del régimen de ejercicios prescritos (Carpenito, 1994).

- Aconsejar a la paciente que disponga de carbohidratos simples en todo momento.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Resulta crítico un autocontrol de la hipoglucemia. Los hidratos de carbono que se digieren lentamente conservan los niveles de glucosa en cifras apropiadas hasta la hora de comer (Carpenito, 1994).

DIAGNOSTICO 3

DATOS SIGNIFICATIVOS (Evidencia)	ANÁLISIS DEDUCTIVO (Dominio, clase involucrados)	PROBLEMA (Etiqueta diagnóstica NANDA II) P	FACTOR RELACIONADO (Etiología) E	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas) S
Ella no acepta su aspecto físico.	Dominio 6: Autopercepción Clase 3: Imagen corporal. Requisitos de autocuidado Universales: funcionamiento humano y grupos sociales.	(00118) Trastorno de la imagen corporal	_Verbalización de percepciones que reflejan una visión alterada de la propia apariencia corporal _Verbalización de sentimientos que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo (p. ej., aspecto, estructura, Función).	_Enfermedad _Biofísico _Manifestaciones verbales de desacuerdo o desaprobación de su aspecto corporal en relación a la forma en que le queda la ropa o percibirse más delgada de lo que es o percibirse más pálida.

Dx. Trastorno de la imagen corporal, relacionado con, verbalización de percepciones que reflejan una visión alterada de la propia apariencia corporal, manifestado por la enfermedad, factores biofísicos y verbales de desacuerdo o desaprobación de su aspecto corporal en relación a la forma en que le queda la ropa, percibirse más delgada de lo que es o percibirse más pálida.

Objetivo: la paciente podrá expresar que se siente mejor con su imagen corporal mediante el apoyo emocional de su familia e identificando sus propias virtudes.

Plan de intervención

Trastorno de la imagen corporal.

Definición: confusión en la imagen mental del yo físico.

Apoyo emocional: proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

- Comentar la experiencia emocional con la paciente.
- Ayudar a la paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

La relación enfermera-paciente es la conexión entre la enfermera y su enfermo. A menudo la conducta del paciente; es decir, el tono de su voz, la potencia de la marcha, una sonrisa o el guiño de sus ojos, es la que indica la forma en que se siente (Wolff, 1992).

- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Representa una filosofía de la atención y no solo se relaciona con la comunicación, sino que la comunicación misma debe adoptar un abordaje que coloque al paciente y a su familia en el centro de la atención (Hogston et al.2008).

- Permanecer con la paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Un paciente preocupado tiene una menor capacidad de percepción. Es posible que el paciente note síntomas debido a un momento de tensión muscular. La ansiedad tiende a autoalimentarse atrapando al paciente en una espiral cada vez mayor de ansiedad y el temor (Carpenito, 1994).

- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

La religión permite al hombre entender la relación que guarda con el universo. Algunas personas no aceptan una fe religiosa particular, merecen respeto por sus ideas (Wolff, 1992).

Clarificación de valores:

Definición: Ayudar a una persona a clarificar sus valores con el objetivo de facilitar la toma de decisiones efectivas.

- Crear una atmosfera de aceptación, sin juicios.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Trasmitir la aprobación de los sentimientos de la persona, ayuda a que esta se acepte así misma (Carpenito, 2002).

- Utilizar una técnica escrita de clarificación de valores (situación y cuestiones escritas).
- Plantear cuestiones reflexivas, clarificadoras, que den a la paciente algo en que pensar.
- Animar a la paciente a hacer una lista de lo que es y no es importante en la vida y del tiempo que ocupa en cada aspecto.
- Ayudar a la paciente a definir alternativas y sus ventajas y desventajas.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

La clarificación de los valores puede favorecer una toma de conciencia que hace que los clientes identifiquen las prioridades personales, reconozcan las ambigüedades de los valores y resuelvan los conflictos importantes entre los valores y las conductas ("Valores y conductas," 2002).

Manejo del peso:

Definición: facilitar el mantenimiento del peso corporal óptimo y el porcentaje de grasa corporal.

- Discutir con la paciente las condiciones médicas que pueden afectar el peso.
- Discutir los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

La ausencia externa de actividad lleva a la sobrealimentación y al exceso de peso. Las personas obesas son a menudo relativamente inactivas ("Fundamentos de enfermería," 2007).

- Determinar el peso corporal ideal de la paciente.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

El peso corporal ideal (PI) es el peso recomendado para una salud óptima. Para determinar el peso ideal próximo la enfermera puede consultar tablas estandarizadas, o calcular rápidamente un valor empleado la regla del 5 en las mujeres o la regla de 6 en los varones (Rosales et al.1991).

- Animar a la paciente a escribir metas semanales realistas en cuanto a ingestas de alimentos y ejercicios y colocarlas en un sitio en el que pueda revisarlas todos los días.
- Tratar con la paciente la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

El ejercicio regular puede proporcionar una sensación de bienestar y efectuar positivamente la autoestima (Carpenito, 1994).

Potenciación de la autoestima:

Definición: Ayudar a la paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.

- Observar las frases de la paciente sobre su propia valía.
- Fomentar el aumento de responsabilidad de sí misma.
- Animar a la paciente a identificar sus propias virtudes.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Identificar el momento en que mejor se realizan las actividades puede contribuir a su continuidad. Esto puede ayudar a fomentar la sensación de valía personal y dignidad (Carpenito, 1994).

- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

El compromiso (acuerdo escrito entre dos partes) se ha venido usando con éxito en la atención sanitaria para mejorar la participación de la paciente (Carpenito, 1994).

- Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

La autoestima de una persona es la clave para su conducta e influye en el proceso de pensamiento, emociones, deseos, valores y metas. Es decir la confianza en sí mismo y ser competente y capaz de hacer las cosas (Dugas, 2002).

Potenciación de la imagen corporal:

Definición: Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes de la paciente hacia su cuerpo.

- Ayudar a la paciente a discutir los cambios causados por la enfermedad o cirugía
- Determinar si se ha producido un cambio físico reciente en la imagen corporal de la paciente.
- Determinar si el disgusto percibido por ciertas características físicas crea parálisis disfuncional social en adolescentes y otros grupos de alto riesgo.
- Señalar la importancia de la cultura, religión, raza, género y edad de la paciente en la imagen corporal.
- Ayudar a la paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

La alteración de la imagen corporal constituye una pérdida y puede afectar a la paciente en diferentes formas. La paciente puede experimentar enojo o negación como parte de la reacción de su imagen corporal alterada (Hogston et al.2008).

Potenciación de la conciencia de sí mismo:

Definición: Ayudar a un paciente a que explore y comprenda sus sentimientos, motivaciones y conductas.

- Ayudar a la paciente a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos.
- Ayudar a la paciente a ser consciente de sus frases negativas sobre sí misma
- Ayudar a la paciente a identificar los sentimientos habituales de sí misma.

- Ayudar a la paciente a darse cuenta de que cada ser es único.
- Ayudar a la paciente a identificar la fuente de motivación.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

La motivación forma parte de las creencias o las actitudes individuales de la salud que influyen en las conductas relacionadas con ella (Potter et al. 2002).

DIAGNOSTICO 4

DATOS SIGNIFICATIVOS (Evidencia)	ANÁLISIS DEDUCTIVO (Dominio, clase involucrados)	PROBLEMA (Etiqueta diagnóstica NANDA II) P	FACTOR RELACIONADO (Etiología) E	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas) S
Ella no acepta su aspecto físico	Dominio; 6 Autopercepción Clase 2: Autoestima Requisito universales: funcionamiento humano y grupos sociales	(00120) Baja autoestima situacional.	_Alteración de la imagen Corporal.	_Expresiones de impotencia. _Verbalización de negación de sí misma. _Manifestaciones verbales de desacuerdo o desaprobación de su aspecto corporal en relación a la forma en que le queda la ropa o percibirse más delgada de lo que es o percibirse más pálida.

Dx. (00120) Baja autoestima situacional, relacionado con alteración de la imagen Corporal, manifestado por expresiones de impotencia, verbalización de negación de sí misma y verbales de desacuerdo o desaprobación de su aspecto corporal en relación a la forma en que le queda la ropa o percibirse más delgada de lo que es o percibirse más pálida.

Objetivo: la paciente aumentara su autoestima situacional mediante el apoyo emocional de su familia.

Plan de intervención

BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL

Definición: Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual (Diabetes tipo 2).

Potenciación de la autoestima

Definición: ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.

- Animar a la paciente a identificar sus virtudes.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Identificando las cualidades y las capacidades personales se puede conseguir que el cliente entre en atención en las características positivas

que contribuyen al concepto global de uno mismo, y no solamente en el cambio de la imagen corporal (Carpenito, 2002).

- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
- Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

La motivación hacia la salud es un estado generalizado de intención que da origen a conductas destinadas a mantener o mejorar la salud (Potter et al. 2002).

- Abstenerse a realizar críticas negativas y de quejarse.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Una responsabilidad primaria de la enfermera es cuidar a la persona para ayudarle a sentirse segura, y apoyar su confianza y respeto en sí misma. (Dugas, 2002).

- Recompensar o alabar el progreso de la paciente en la consecución de objetivos.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Esto anima al paciente a determinar sus propios objetivos y recompensas, pudiendo ayudar a mejorar el seguimiento (Carpenito, 1994).

Apoyo emocional

Definición: proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

- Ayudar a la paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

La confirmación de las percepciones del cliente proporciona confianza y puede disminuir la ansiedad (Carpenito, 2002).

- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Escuchar obliga no solo a oírlo, sino a interpretar lo que se ha oído. Un buen interlocutor presta atención minuciosa a todo detalle de lo que se le dice (Wolff, 1992).

- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Las enfermeras con experiencia en comunicación pueden expresar el cuidado llegando a ser sensibles a sí mismas y a los demás, promover y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos y desarrollar relaciones de ayuda- confianza (Potter et al. 2002).

- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Una relación de ayuda entre la enfermera y el cliente se crea con cuidado y pericia y se constituye sobre la confianza del cliente en la enfermera (Potter et al. 2002).

Potenciación de la imagen corporal

Definición: Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes de la paciente hacia su cuerpo.

- Determinar si el disgusto por cierta característica física crea parálisis disfuncional social en adolescentes y otros grupos de altos riesgos.
- Ayudar a la paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal.
- Ayudar a la paciente a discutir los cambios causados por la enfermedad o cirugía.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Algunas enfermedades provocan cambios en el aspecto físico y los clientes y los familiares reaccionan de maneras diferentes a estos cambios (Potter et al. 2002).

- Observar si hay frases que identifican las percepciones de imagen corporal que tiene que ver con la forma y el peso corporal.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Toda enfermedad tiene componentes psicológicos y al causar un efecto nocivo para el cuerpo del paciente también deja cicatrices en su personalidad; puede predisponer a la enfermedad o intensificar o prolongar un trastorno existente (Lerman 1998).

- Determinar las percepciones de la paciente y de la familia sobre la alteración de la imagen corporal frente a la realidad.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

La familia es un recurso importante. A menudo, el éxito de la intervención de enfermería depende de la voluntad de la familia de compartir información sobre el cliente, su aceptación y comprensión de los tratamientos, de si las intervenciones encajan bien con las practicas diarias de la familia, y si la familia puede ayudar y ofrecer los tratamientos recomendados (Potter et al.2002).

Aumentar los sistemas de apoyo

Definición: Facilitar el apoyo de la paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.

- Determinar el grado de apoyo familiar
- Determinar el grado de apoyo económico de la familia.
- Observar la situación familiar actual.
- Implicar a la familia / seres queridos/ amigos en los cuidados y la planificación.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

La familia es un recurso importante. A menudo, el éxito de la intervención de enfermería depende de la voluntad de la familia de compartir información sobre el cliente, su aceptación y comprensión de los tratamientos, de si las intervenciones encajan bien con las practicas diarias de la familia, y si la familia puede ayudar y ofrecer los tratamientos recomendados (Potter et al.2002).

- Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y apoyo.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Una atención basada en la comprensión, aceptación y apoyo, estimula el comportamiento para disminuir, controlar o eliminar problemas emocionales o espirituales (Rosales et al.2004).

DIAGNOSTICO 5

DATOS SIGNIFICATIVOS (Evidencia)	ANÁLISIS DEDUCTIVO (Dominio, clase involucrados)	PROBLEMA (Etiqueta diagnóstica NANDA II) P	FACTOR RELACIONADO (Etiología) E	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas) S
Glucosuria de 2000, bacterias abundantes.	Dominio 11 Clase 1: infección Requisitos Universales: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	(00004) Riesgo de infección	_Defensas secundarias inadecuadas (hemoglobina, leucopenia, glucosuria)	

Dx. Riesgo de infección, relacionado con las defensas secundarias inadecuadas (Hemoglobina, leucopenia, glucosuria).

Objetivo: la paciente evitara infecciones mediante el control de estas y la monitorización de sus signos vitales.

Plan de intervención

Control de infecciones

Definición: minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.

Prescribir medicación

Definición: Prescribir medicación para un problema de salud.

- Evaluar los signos y síntomas del problema de salud actual.
- Identificar las alergias conocidas.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

En adolescentes, jóvenes y adultos de edad avanzada a menudo ocurren alergias a fármacos, y la enfermera debe estar particularmente pendiente a esto. Es común que la enfermera abogue por el paciente, explique al medico los problemas que tiene el paciente (Dugas, 2002).

- Recetar medicamentos de acuerdo con el médico y/o el protocolo.

- Seguir las recomendaciones para el comienzo de las dosis de la medicación (Miligramos por peso corporal en kilos, área de superficie corporal o dosis mínima efectiva).
- Explicar a la paciente y / o a la familia la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

La enfermera es responsable de valorar, planear, aplicar y evaluar las terapias farmacológicas, así como el de instruir a los pacientes acerca de sus regímenes medicamentosos (Hogston et al.2008).

Protección contra las infecciones

Definición: prevención y detección precoz de la infección en un paciente de riesgo.

- Fomentar una ingesta nutricional suficiente.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Las personas necesitan los nutrientes esenciales contenidos en los alimentos para el crecimiento y el mantenimiento de los tejidos corporales, y para el desarrollo normal de todos los procesos que se llevan a cabo en el organismo (Kozier et al. 1999).

- Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
- Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad/ malestar.
- Instruir a la paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informar de ellos al cuidador.
- Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Es necesario un rápido diagnóstico y tratamiento de la infección en una persona diabética ya que la infección es una causa importante de anomalías metabólicas, descendentes del coma diabético (Carpenito, 1994).

Monitorización de los signos vitales

Definición: Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.

- Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

La piel está fría y pálida. Es importante observar con minuciosidad si la temperatura del paciente disminuye a límites por debajo de lo normal. Y si la temperatura llega a 41°C o la excede, se considera que el paciente está en peligro y rara vez sobrevive si la temperatura alcanza 43°C (Hogston et al. 2008).

- Observar la presencia y calidad de los pulsos.
- Controlar periódicamente el ritmo y la frecuencia cardíaca.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Los cambios de la frecuencia del pulso pueden ser explicados por diversas causas como ejercicio, emociones (ira y temor), dolor e hipertermia (Wolff, 1992).

- Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

El control de la temperatura, se realiza con frecuencia para vigilar el desarrollo de infecciones (infecciones respiratorias y urinarias) (Hogston et al.2008).

- Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

La medición de los signos vitales de parte de la enfermera es una responsabilidad importante, porque constituye un índice sensible del estado general de un enfermo (Wolff, 1992).

Manejo de la nutrición

Definición: ayudar a proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos.

- Fomentar la ingesta de calorías adecuada al tipo corporal y estilo de vida.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

La nutrición está determinada por edad, actividad y estado fisiológico. Existen alteraciones orgánicas que requieren de la utilización de dietas específicas que contribuyan a la conservación o recuperación de la salud o bien el control del padecimiento (Rosales et al.1991).

- Favorecer la ingesta de alimentos ricos en hierro.
- Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en hierro para evitar el estreñimiento.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

El hierro es fundamental para la formación de eritrocitos, el transporte y la transferencia de oxígeno, la activación de enzimas y el metabolismo de los fármacos, la falta de hierro causa anemia ferropénica (Hogston et al.2008).

- Proporcionar información adecuada acerca de las necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.
- Enseñar a la paciente a llevar un diario de comidas.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Una forma de verificar si una persona está bien nutrida es pedirle que lleve un diario de alimentos y después compararlo con el plato modelo, este tipo de registro puede ayudar a la enfermera a destacar en donde pueden hacer cambios en la actualidad (Hogston et al.2008).

DIAGNOSTICO 6

DATOS DIGNIFICATIVOS (Evidencia)	ANALISIS DEDUCTIVO (Dominio, clase, involucrados)	PROBLEMA (etiqueta diagnostica NANDAII)	FACTORES RELACIONADOS (Etiología)	CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (signos y síntomas)
Glicemia: 203mg/dl Presenta miopía por lo que usa lentes de armazón desde hace 10 años.	Dominio 11: seguridad y protección Clase 2: lesión física Requisitos de autocuidado universales -La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano. -Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción.	(2000) Riesgo de caídas	Fisiológicos: _Cambio de la glicemia postprandial. _Dificultades visuales	

Dx. (2000) Riesgo de caídas relacionado con factores fisiológicos como el cambio de la glicemia postprandial y Dificultades visuales.

Objetivo: la paciente evitara sufrir algún tipo de caída mediante la orientación de los efectos secundarios de la Diabetes Mellitus tipo 2.

Riesgo de caída: estado en el cual una persona tiene una mayor predisposición a sufrir caídas.

Plan de intervención

Enseñanza proceso de enfermedad

Definición: ayudar a la paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.

- Evaluar el nivel actual de conocimientos de la paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

La opinión que el paciente tenga de la salud, y su tratamiento influyen enormemente sobre la posibilidad de seguimiento de régimen terapéutico (Carpenito, 1994).

- Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Esta información puede fomentar el seguimiento y la preparación para los cuidados personales (Carpenito, 1994).

- Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Como enfermedad crónica que habitualmente provoca graves complicaciones o muerte prematura y requiere un completo régimen terapéutico de por vida, la diabetes normalmente desencadena sentimientos de vulnerabilidad y falta de control, afectando el estilo de vida, la personalidad y el bienestar emocional global del paciente (Carpenito, 1994).

- Instruir a la paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

El riesgo de lesión puede ser inexistente para unos, pero un importante problema para otros. Con una valoración individualizada se pueden identificar las necesidades concretas de cada paciente (Carpenito, 1994).

- Remitir a la paciente a los centros/ grupos de apoyo comunitarios locales.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

Compartir con personas que están en situaciones similares puede proporcionar oportunidades de mutuo apoyo y resolución de problemas (Carpenito, 1994).

6.3 EJECUCIÓN

Diagnostico 1

11 de abril 2011

- Se le brinda atención, confianza, respeto a la paciente para una buena relación terapéutica aplicando así asesoramiento nutricional.
- Mediante la conversación, la paciente refiere la ingesta de sus hábitos alimentarios.
- Se invita a la paciente para el cambio de su estado nutricional. Por lo que se fijan metas a corto y largo plazo.
- Discutimos la importancia de una dieta prescrita o recomendada.
- Se pesa diariamente a la paciente.
- Discutimos los riesgos asociados con el hecho de estar por encima del peso corporal. Por lo que determinamos el peso ideal de la paciente.
- Se desarrollo junto con ella un programa de ejercicios adecuados a sus necesidades.
- Se Instruyo a la paciente acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseada de los ejercicios programados.
- Se observa continuamente si la piel de la paciente está seca, descamada, con despigmentación.
- También se vigilar los niveles de energía, malestar, fatiga y debilidad.
- Observamos cualquier llaga, edema y papilas hiperemicas e hipertróficas de la lengua y de la cavidad bucal para el control de la nutrición.

Diagnostico 2

10 de abril 2011

- Se determina el conocimiento por parte de la paciente de los cuatro grupos alimentarios básicos, así como la percepción de la necesaria modificación de la dieta.
- Se valora el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares.
- Se le mencionan las comidas permitidas y prohibidas; posteriormente en una pizarra ella las redacta de esta forma se observa si la información proporcionada ha sido clara y explícita.
- Se le explica el propósito de la dieta.
- Se vigila semanalmente las tendencias de pérdida y ganancia de peso.
- Se mantiene en observación constantemente a la paciente para ver si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa o jaquecas.
- Se le administra insulina a la paciente según el tratamiento indicado.
- Se instruye a la paciente y seres queridos acerca de la actuación con la Diabetes durante la enfermedad, incluyendo el uso de insulina y/o antidiabéticos orales, control de la ingesta de líquidos, reemplazo de los carbohidratos y cuando debe solicitarse asistencia sanitaria profesional.
- Monitorizamos periódicamente si hay signos y síntomas de hipoglucemia (palidez, diaforesis, taquicardia, palpitaciones, hambre, parestesia, temblores, incapacidad de concentración, confusión, habla con mala

articulación, conducta irracional o incontrolable, visión borrosa, somnolencia, incapacidad para despertarse del sueño o ataques convulsivos) (debilidad, nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, impaciencia, escalofríos, frío, mareos, náuseas, cefaleas, cansancio, calor, pesadillas, gritos durante el sueño, mala coordinación, cambios de conducta, coma).

Diagnostico 3

06 de Mayo 2011

- En conversación con la paciente se le ayuda a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Con una buena confianza terapéutica se logra escuchar de la paciente sentimientos y creencias.
- Se crea y fortalece una atmosfera de aceptación, sin juicios.
- Se invita a la paciente a realizar una lista de lo que es y no es importante en la vida y del tiempo que ocupa en cada aspecto.
- Se anima a la paciente para que anote en una libreta sus propias virtudes, de tal forma que ella las identifica.
- Se le ayuda a la paciente a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
- Se sugiere a la paciente a que realice actividades en un ambiente que puedan aumentar su autoestima.
- Con la paciente se discuten cambios causados por la Diabetes Mellitus tipo 2.
- Determinamos si se ha producido un cambio físico reciente en la imagen corporal de la paciente.

- Se le ayuda a la paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal.
- Se orienta a la paciente a ser consciente de sus frases negativas sobre sí misma.
- Se le dan ejemplos a la paciente sobre las fuentes de motivación y así mismo ella logra identificar estas.
- Se ayuda a la paciente a darse cuenta de que cada ser es único.

Diagnostico 4

11 de Mayo 2011

- Se brindan elogios a la paciente por cada progreso o logro de objetivos.
- Determinamos junto con la paciente el grado de apoyo económico de la familia.
- En las visitas domiciliarias observo la situación familiar actual.
- Se le invita a la familia a participar en los cuidados y a la planificación mostrándoles la importancia de esta.
- Se observa si hay frases que identifican las percepciones de imagen corporal que tiene que ver con la forma y el peso corporal.

Diagnostico 5

16 de Mayo 2011

- Se evalúa los signos y síntomas del problema de salud actual.

- Se le imparte a la paciente y a la familia un pequeño taller usando cartulinas acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informar de ellos al cuidador.
- Se observa el grado de vulnerabilidad de la paciente a las infecciones.
- Se observa si hay cambios en el nivel de vitalidad/ malestar.
- Se registra periódicamente la temperatura corporal de la paciente observando así si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Se le toma periódicamente la frecuencia cardiaca para el control de esta.
- Se observa periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
- Nuevamente se le proporciona una ingesta de calorías adecuada al tipo corporal y estilo de vida.
- Se le proporciona información adecuada acerca de las necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.
- Se reviso su dieta para verificar que incluya alimentos ricos en hierro para evitar el estreñimiento.

Diagnostico 6

16 de mayo 2011

- Se evaluó el nivel actual de conocimientos de la paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.
- Se instruye a la paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.

6.4 EVALUACIÓN

Diagnostico 1

21 de Julio 2011

En una visita domiciliaria, reunida la familia de la paciente; se observa una mejor nutrición por lo que ella expresa sensación de bienestar con su dieta ya que su peso ha disminuido.

Diagnostico 2

25 de Julio 2011

Se realizo una comida con la familia de la paciente en donde todos compartimos su dieta a fin de convivir con ella. De forma que se observa un ambiente cálido y de mucho apoyo por parte de su misma familia. Por lo que ella expresa su deseo de continuar con su dieta y seguir realizando ejercicios.

Diagnostico 3

26 de Julio 2011

Conversando con la paciente, logra expresar sentimientos de bienestar sobre su aspecto físico por lo que ella misma trata de arreglarse y verse mejor; por lo que su familia refleja apoyo incondicional.

Diagnostico 4

28 de Julio 2011

Se le proyecta a la paciente diapositivas para elevar su autoestima situacional, ella respondió favorablemente a esta y expresa que ya no se siente mal por su aspecto físico, en cuando a su peso ella ve una mejoría y comienza a agradecerle como le queda su ropa. También expresa que sus familiares comentan que actualmente ella se ve mejor.

Diagnostico 5

28 de Julio 2011

La paciente ha evitado infecciones atreves de la identificación de los signos y síntomas de esta, refiere saber la importancia de evitar las infecciones.

Diagnostico 6

04 de Agosto 2011

Se instruyo a la paciente mediante diapositivas acerca de las medidas para prevenir/ minimizar los efectos secundarios de la Diabetes Mellitus tipo 2 logrando así evitar alguna caída.

7 CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

- El Proceso de Enfermería es sumamente fundamental para la enfermera ya que permite aplicar acciones e intervención al paciente según lo amerite. Al mismo tiempo la relación del paciente-enfermera con lleva a una atención de calidad y calidez.
- La teoría general de E. Dorothea Orem. Déficit de autocuidado permite valorar de una forma general el estado de salud de las personas. Llevándolas a una pronta recuperación e interdependencia. Según sea el caso.
- Las acciones requieren de tiempo, paciencia y mucha dedicación para un buen resultado.
- El Proceso de Enfermería es una buena forma de titulación ya que es lo que aplicamos con el paciente día a día.
- La aplicación del Proceso de Enfermería en todas las instituciones de salud para una mejor calidad en el cuidado del paciente.
- Promover más cursos del Proceso de Enfermería para todo el profesional y alumnos. Ya que es la base de la enfermería para el cuidado del paciente.
- Educar a la población desde la niñez acerca de la Diabetes es fundamental, ya que es una de las causas más frecuentes de muerte en la población mexicana. Por lo que esta educación debe empezar en el primer nivel de atención.

8 BIBLIOGRAFIA

1. Carpenito, L.J. (1994). *Planes de cuidados y documentación en enfermería, Diagnósticos de enfermería y problemas asociados*. Madrid: McGRAW-HILL INTERAMERICANA de España.
2. Carpenito, J.L. (2002). *Diagnósticos de enfermería aplicaciones a la práctica clínica 9° ed.* Madrid España: McGRAW-HILL INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S.A.U.
3. Dugas, W.B. (2002). *Tratado de enfermería práctica 4° ed.* México, D.F: McGraw-HILL interamericana, S.A de C.V.
4. *El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall 1955.* (n.d). extraído el 8 de enero 2011 desde www.terra.es/personal/duenas/pae.htm
5. *Estadísticas a Propósito del Día Mundial de la diabetes INEGI.* (2010). Extraído el 8 de enero 2011 desde www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/.../2010/diabetes0.doc
6. Figuerola, D. (2003). *Diabetes*. Barcelona: ADITORIAL MASSON, S.A.
7. *Fundamentos de enfermería.* (2007). Extraído el 11 de mayo 2011 desde www.aibarra.org/Apuntes/Fundamentos/default.htm
8. Gispert, C., & Gay, J. (2003). *Manual de la enfermería*. España. Oceano grupo editorial, S.A.
9. Guyton, A. y Hall, J. (2001). *Tratado de fisiología medica GUYTON HALL*. México DF: Mc Graw Hill INTERAMERICANA.
10. Heather, H.T. (2010). *NANDA internacional diagnósticos enfermero Definiciones y clasificaciones 2009-2011*, Barcelona España. Elsevier.

11. Hernández. D., López, G., (2010). *Diagnostico de salud del centro de salud de Jéruco. Secretaria de salud jurisdicción sanitaria N°1 Morelia*. P 1- 45. (Inédito).
12. Hogston, R. & Marjoram, A. B. (2008). *Fundamentos de la práctica de enfermería 3ªed. México, D.F: McGraw –Hill INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.*
13. Kasper, L.D., Braunwald., Frauci, S.A., Hauser, L.S., Longo, L.D., Jameson, J.L & Isselbacher, J.K. (2003). *Harrison principios de medicina interna vol.II 16 ed. España. McGRAW-HILL. S.A. de. C.V.*
14. Kozier, B., Erb, G., Blais, K. & Wilkinson, M. J. (1999). *Fundamentos de enfermería Conceptos, proceso y práctica. España: McGRAW-HILL/ INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S.A.U.*
15. Ledesma, P. M. (1999). *Fundamentos de enfermería. México D.F: LIMUSA, S.A. de C.V.*
16. Lerman, G.I. (1998). *Atención integral del paciente diabético. México: McGraw-Hill Interamericana, S.A. de C.V.*
17. Leroith, D., Taylor, I.S. & Olefsky, M.J. (2003). *Diabetes Mellitus Fundamentos y clínica. México: McGraw-Hill Interamericana, S.A. de C.V.*
18. Martínez, J.A. (1999). *Fundamentos teorico-practicos de nutrición y dietética. Aravaca Madrid: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S.A.U.*
19. Marriner, T.A. & Tomey. (1994). *Modelos y teorías en enfermería. Madrid España: Mosby/ Doyma Libros, S.A.*
20. Marriner, T.A., & Raile, A.M. (2003). *Modelos y teorías en enfermería. España: ELSEVIER.*

21. McClosKey, C.J; Bulechek, M.G. (2001). *NIC Clasificación de intervenciones de Enfermería, NOC clasificación de resultados de enfermería 3°ed.* Madrid España. Harcourt, S.A.
22. Murr, A C., & Moor H.A., Doenges, M.E. (2008). *Planes de cuidado de enfermería.* México DF: MCGRAW-HILL interoamericana.
23. Heather, H.T. (2009-2011) *NANDA internacional Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones:* Barcelona España. Elseiver España, S.L.
24. OMS (2011). *La diabetes de tipo 1 anteriormente denominada diabetes insulino dependiente o juvenil se caracteriza por la ausencia de síntesis de insulina* extraído el 21 de julio de 2011 desde <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>
25. Potter, P.A., & Griffin, A. (2002). *fundamentos de enfermería.* Madrid España: Harcourt, S.A.
26. Potter, A.P. (2002). *Fundamentos de enfermería, valores y conductas.* extraído el 23 de marzo de 2011 desde books.google.com.mx/books?isbn=848174560X...
27. Rosales, B.S., & Reyes, G.E. (1991). *Fundamentos de enfermería.* México D.F: Editorial el Manual Moderno, S.A. de C.V.
28. Rosales, B.S., & Reyes, G.E. (1999). *Fundamentos de enfermería 2° ed.* México D.F: Editorial el Manual Moderno, S.A. de C.V
29. Rosales, B.S., & Reyes, G.E. (2004). *Fundamentos de enfermería 3° ed.* México D.F: Editorial el Manual Moderno, S.A. de C.V.
30. Rodríguez, B.A. (2001). *Proceso Enfermero.* Guadalajara Jalisco México: CUELLAR.
31. Tortara, J.G. & Reynolds, G.S. (2000). *Principios de anatomía y fisiología.* México: university S.A. de C.V.

32. Wolff, L.L. (1992). Fundamentos de enfermería 2° ed. México D.F: Editorial:
HARLA S.A. de C.V.

9 GLOSARIO DE TERMINOS

ANOREXIA: falta o pérdida del apetito, lo que ocasiona abstinencia de comer a la falta de apetitos.

AMILASA: enzima que catalina la hidrolisis del almidón en moléculas de carbohidratos más pequeñas, la amilasa a, que se encuentra en la saliva, jugo pancreático, malta y algunas bacterias y hongos catalina la hidrolisis de los almidones a dextrinas, maltosa y maltotriosa. La amilasa b de los cereales, vegetales y malta hidroliza el almidón a maltosa.

ASTENIA: falta o pérdida de fuerza o energía; debilidad.

CETOACIDOSIS: acidosis que se acompaña de una acumulación de cetonas en el organismo, resultado de un metabolismo defectuoso de los glúcidos o carbohidratos. Sucede fundamentalmente como complicación de la Diabetes Mellitus y se caracteriza por el mal olor a frutas de la acetona en el aliento, confusión mental, disnea, nauseas, vómitos, deshidratación, pérdida de peso.

CETOSIS: acumulo anormal de cetonas en el organismo como resultado de una deficiente o inadecuada utilización de los carbohidratos. En su lugar, se metabolizan los ácidos grasos, y los productos finales, las cetonas, comienzan a acumularse.

ENZIMA: proteína producida por las células vivas que catalina las reacciones químicas en la materia orgánica. La mayoría son producidas en cantidades mínimas que catalizan las reacciones químicas en la materia orgánica.

GASTROPARESIA: parálisis del estomago grado máximo de atonía gástrica. Gastroplesia.

GLUCAGON: hormona producida por las células alfa de los islotes pancreáticos de Langerhans que estimula la conversión de glucógeno en glucosa en el hígado. Su secreción es estimulada por la hipoglucemia y por la hormona de crecimiento de la hipófisis anterior.

HIPERGLUCEMIA: elevación de la cantidad de glucosa en sangre por encima de lo normal.

HIPOGLUCEMIA: cifras de glucosa sanguínea inferiores a las normales. Puede estar provocada por la administración de dosis excesivas de insulina, por una hipersecreción de esta hormona en los islotes pancreáticos o por deficiencias dietéticas. La hipoglucemia provoca debilidad, cefaleas, hambre, alteraciones visuales, ataxia, ansiedad, cambios de la personalidad, y, si no se trata, conduce al delirio, coma y muerte.

INSULINA: hormona secretada por las células de los islotes de Langerhans del páncreas como respuesta al aumento del nivel de glucosa en sangre. Se encarga de regular el metabolismo de la glucosa y el metabolismo intermediario de las

grasas, glúcidos y proteínas. Disminuye el nivel sanguíneo de glucosa y favorece la entrada de glucosa en los músculos y otros tejidos.

METABOLISMO: conjunto de procesos químicos que tiene lugar en los organismos vivos y conducen al crecimiento, la generación de la energía, la eliminación de los desechos y otras funciones fisiológicas, como la distribución de nutrientes por la sangre después de la digestión.

NANDA: sociedad científica de enfermería cuyo objetivo es estandarizar el diagnóstico de enfermería fue fundada en 1982 para desarrollar y refinar la nomenclatura. Criterios y la taxonomía de diagnósticos de enfermería.

NOMENCLATURA: método sistemático y uniforme para asignar nombres, utilizado en las disciplinas científicas para hacer clasificaciones, y evitar ambigüedades en los nombres.

POSTPRANDIAL: después de una comida.

RESPIRACION DE KUSSMAL: respiración, rápida, profunda y laboriosa de personas con cetoacidosis y coma diabético.

SOMATOSTATINA: inhibe el factor estimulante de la liberación de somatotropina de la hipófisis anterior. Inhibe la liberación de ciertas hormonas, como la tirotropina, la adrenocorticotropina, el glucagon, la insulina y la colecistoquina, y ciertas enzimas, como la pepsina, la renina, y la secretina.

10 ANEXOS

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO

FACULTAD DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN CELAYA

MAESTRA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

GUIA DE VALORACION

(DOROTHEA ELIZABETH OREM)

I. Factores condicionantes básicos

a) Descriptivos de la persona

Fecha: _____ Nombre: _____ Sexo: (M) (F)

b) Edad: _____ Religión: _____ Estado civil: _____ Escolaridad: _____

Lugar de residencia: _____ (calle, numero, colonia): _____

Características de la vivienda:

Renta: _____ Propia: _____ Otros _____

Material de construcción:

Adobe: _____ Ladrillo: _____ Otros: _____

Cuenta con los servicios básicos de vivienda:

Agua potable: _____

Luz eléctrica: _____

Drenaje: _____

Pavimentación: _____

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios básicos:

Alumbrado público: () Recolección de basura () Drenaje y alcantarillado ()

Rol que ocupa en la familia:

Padre () Madre () Hijo () Esposa/o ()

Cuantos hijos tiene: 0 () 1 () 2 () más de 3 ()

Como percibe la relación con su familia:

Buena () Regular () Mala ()

Nivel de educación:

Analfabeta () Primaria () Secundaria () Bachillerato () Licenciatura ()

Otros _____

Ocupación:

Antecedentes Laborales: _____

Ingreso económico familiar

Menos de 1S.m. () 1-2S.m () Mas de 3S.m. ()

Dependencia económica: Si () No ()

De quien: Padres () Esposo/a () Otros _____

¿Qué hace usted para cuidar su salud? _____

C) Estado de sistema de salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno () Regular () Deficiente ()

¿A qué servicio de salud acude usted regularmente?

IMSS () ISSSTE () SALUBRIDAD ()

PARTICULAR () otros _____

Diagnostico medico: _____

Estado de salud:

Grave ()

Delicado ()

Estable ()

Valorar la existencia de recursos disponibles para la atención del cliente:

D) Estado de desarrollo

¿Tiene la capacidad de tomar decisiones respecto a su tratamiento médico?

Si ()

No ()

¿Cuáles son los factores que afectan la toma de decisiones?

¿Quién autoriza su tratamiento médico? _____

II. Requisitos de autocuidado universales

Mantenimiento del aporte suficiente de aire

Frecuencia respiratoria: _____ Llenado capilar: _____

Cianosis: _____

Si ()

No ()

Especifique: _____

Tabaquismo:

Si ()

No ()

Especifique: _____

¿Cocina con leña? Si () No ()

Cuanto tiempo? _____

Alergias: Si () No () especifique: _____

Tipo de respiración:

Normal () Disnea () Bradipnea () Polipnea ()

Otros: _____

Nariz:

Desviación de tabique () Pólipos () secreciones () Dolor () Edema ()

Otros: _____

Tórax:

Tonel () En quilla () En embudo ()

Otros: _____

Ruidos respiratorios:

Estertores () Sibilancias () Murmullo Vesicular ()

Padece alguna enfermedad pulmonar:

SI () No () Especifique: _____

Cardiovascular: T/A: _____ F/C: _____ Soplos () Arritmias ()

Otras alteraciones: _____

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta Disnea:

Si () No () Apoyo Ventilatorio: _____

B) Mantenimiento de aporte de agua suficiente:

Valore datos de Deshidratación:

Mucosa oral: Seca () Hidratada ()

Piel: Seca () Escamosa () Normal ()

Turgencia: Normal () Escamosa ()

¿Qué cantidad de agua ingiere usted al día?

300- 500 ml () 500- 1000 ml () 1500-2000 ml () > a 2000ml ()

De donde proviene el agua que consume:

Llave pública () Pipa () Entubada () Garrafón ()

Otros: _____

Utiliza algún método para purificar el agua:

Si () No () Especifique: _____

Ingiere algún otro tipo de líquido durante el día:

Si () No () Especifique: _____

Especifique cantidad: _____

Aporte de líquidos parenterales: Especifique: _____

C) Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos:

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ Cintura: _____

Ha observado variaciones en el peso:

Si () No () Perdida () Ganancia ()

1-3 Kg () 4-6 Kg () 7-9Kg () > 10 Kg ()

Dentadura:

Completa () Faltan piezas ()

Prótesis fija () Prótesis extraíble ()

Especifique: _____

Estado de las mucosas:

Presenta algún problema en la mucosa oral Si () No ()

Especifique:

Lengua en tónica () Estomatitis () Xerostomía ()

Tumor oral () Leucoplaquia () Edema () Lesión oral ()

Drenaje purulento () Gingivorragia () Ulceraciones ()

Otros: _____

Alteraciones en cara y cuello:

Abdomen:

Peristaltismo: Ausencia () Disminuido ()

Aumentado () Normal ()

Distensión Abdominal ()

Otros: _____

Presenta algún problema en la alimentación: Si () No ()

Cual: Acidez () Nauseas () Vomito () Hematemesis () Disfagia ()

Pirosis () Regurgitaciones () Polidipsia () Polifagia () Bulimia ()

Anorexia () Reflujo () Sialorrea () Saciedad () Eructos ()

Otros:

Necesita de algún tipo de ayuda para alimentarse: Si () No ()

Especifique: _____

Tipo de nutrición:

Sonda nasogastrica () Sonda nasoyeyunal () Gastroclisis () Nutrición
parenteral ()

Que tan frecuente usted come:

1= cada día 2= una vez a la semana 3= una vez al mes 4= nunca

Alimentos/frecuentes	1	2	3	4
Leche				
Deriv. De la leche				
Carnes				
Cereales				
Verduras				
Frutas				
Huevos				
Pescado				
Pastas y Harina				

¿Con que guisa los alimentos?

Aceite () Manteca () Otros: _____

¿Cómo es su dieta habitual?

Sin restricciones () Diabética () Hiposódica () Hipoproteica () Hiperproteica ()

Otros: _____

D) Provisión de los cuidados asociados a los procesos de eliminación y los excrementos.

Grupo de evacuación intestinal.

Presencia de:

Estoma intestinal: Colostomía () Ileostomía () Hemorroides () Pólipo rectal ()

Rectorragia () Otros NO

Incontinencia () Retención urinaria () Tenesmo ()

Disuria () Alteraciones Útero-vesicales _____

Alteración en la micción: No

Polaquiuria () Oliguria () Anuria ()

Apoyo para la evacuación vesical:

Movilización () Cateterismo vesical () Higiene () Otros:

Características de la micción:

Ámbar () Coluria () Hematuria () Turbia ()

Otros _____

Grupo perspiración:

Cambio en los patrones normales de sudoración

Disminuida () Ausente () Aumentada ()

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal: _____ Dolor () Alt. Emocionales ()

Temperatura ambiental: _____ Otros: _____

Grupo menstruación:

Menarca: _____ Días del ciclo menstrual: _____

Tipo, cantidad y características del flujo: _____

Presenta algún problema durante su menstruación:

Si () No () Ocasional () Especifique: _____

E) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

REPOSO

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

< 6 Hrs () 6-8 Hrs () 8-10 Hrs () >10 Hrs ()

¿Cómo se encuentra al despertar?

Cansado () Descansado () Fatigado () Otros: _____

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?

Si () No ()

¿Ha sufrido algún cambio en su patrón de sueño?

Si () No ()

¿Desde cuándo?

1 semana () 15 días () 1 mes () > 1 mes ()

Presencia de:

Bostezo () Insomnio () Hipersomnia () Pesadillas ()

Alucinaciones () Ojeras () Ronquidos () Enuresis ()

Sonambulismo () Terrores nocturnos ()

Factores que interrumpan su descanso y sueño: _____

¿Acostumbra a tomar siestas? Si () No ()

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?

Si () No () especifique _____

ACTIVIDAD

Sistema musculo esquelético:

Presencia en articulaciones de:

Dolor () Rigidez () Inflamación () Limitaciones () contracturas ()

Especifique: _____

Tratamiento: _____

¿Alguna actividad física le produce dolor?

SI () No () especifique _____

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si () No () Cual: _____

Frecuencia/duración: _____

F) Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción.

Sistema auditivo:

Presencia problemas de audición

Si () No () especifique: _____

Utiliza apoyo para escuchar: Si () No ()

Presencia de: Mareo () Vértigo () Acufenos () Malformaciones ()

Tumoraciones () lesiones ()

Sistema ocular:

Presencia problemas visuales:

Si () No () especifique: _____

Utiliza lentes:

Armazón () Contacto () Tiempo: _____

Presencia de alteraciones oculares:

Si () No () especifique _____

¿Con quienes convive diariamente?

Familia () Amigos () Compañeros de trabajo ()

¿Cómo considera sus relaciones con las personas con las que convive?

Buena () Regular () Mala ()

¿A quienes recurre para platicar de sus problemas?

Familia () Amigos () Nadie () otros: _____

Razones por las que le impiden socializar

Lejanía () Enfermedad () Rechazo () Miedo ()

Dificultad para comunicación () otros: _____ninguno_____

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

Sistema neurológico:

Estado de conciencia:

Consiente () Inconsciente () Sopor () Estupor () Confusión () Coma ()

Glasgow: _____

Problemas con:

Concentración () Razonamiento () especificar: _____

¿Utiliza algún dispositivo de ayuda para realizar la de ambulación?

Bastón () Silla de rueda () Andador () otros: _____

Antecedentes heredo familiares patológicos:

Si () No () especifique: _____

Toxicomanías:

Si () No () especifique: _____

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y en su familia?

Si () No () especifique: _____

h) funcionamiento humano y grupos sociales

¿Se acepta en su aspecto físico?

Si () No () especifique: _____

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad?

Si () No ()

¿Necesita ayuda para realizar las actividades para satisfacer las necesidades básicas?

Si () No () especifique: _____

¿Considera que su vida es o ha sido productiva?

Si () No () especifique _____

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales?

Si () No () Depresión () Ansiedad () Vergüenza ()
Temor () Desesperanza y negatividad ()

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

Negación () Inadaptación () Irritabilidad () Culpa () Agresión () Cólera ()

III. REQUISITOS DEL AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO

a) Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promueven los procesos del desarrollo

1. Etapas del ciclo vital.

Recuerda usted algún problema o aspecto relevante referente a su salud en algunas de las siguientes etapas de su vida.

Niñez Si () No () Especifique _____

Edad escolar Si () No () especifique: _____

Adolecente Si () No () especifique _____

Adulto joven Si () No () especifique _____

Edad fértil Si () No () especifique: _____

2. Salud sexual

Sistema reproductor:

Ha recibido educación sexual

Si () No () Especifique

¿Cuál es su orientación sexual? _____

¿Con que frecuencia tiene actividad sexual? _____

¿Está satisfecho con su vida sexual? _____

Números de parejas sexuales: _____

Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales

Si () No () especifique/tratamiento _____

Utiliza algún método de planificación familiar:

Si () No () especifique: _____

Número de hijos: _____

Tiene problemas de infertilidad:

Si () No () especifique: _____

Causa/tratamiento: _____

Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual

Si () No () especifique: _____

Tratamiento: _____

Cirugías realizadas en aparato reproductor:

Si () No () especifique: _____

Hombre:

¿Acude a examen próstata/testicular?

Si () No () frecuencia: _____

¿Presenta problemas de erección?

Si () No () tratamiento _____

¿Presenta problemas de eyaculación precoz?

Si () No () tratamiento: _____

Mujer

Menarca: _____ Días del ciclo menstrual: _____

Tipo cantidad y características del flujo: _____

Presenta algún problema durante su menstruación:

Si () No () Ocasional () especifique: _____

Embarazos: _____ Partos: _____ Cesáreas: _____ Óbitos _____ Partos prematuros _____ Embarazo de alto riesgo: _____

Periodo intergenesico _____ Menopausia _____ Fecha de último Papanicolaou: _____

Presencia de flujo/hemorragia transvaginal: _____ Características _____

¿Existe alteración del crecimiento físico?

Si () No () Especifique: _____

IV. REQUISITOS DE DESVIACION DE LA SALUD

¿Con que frecuencia se realiza usted chequeos generales de salud?

4-6 meses () 6-12 meses () -12 meses () no se realiza ()

Especifique: _____

¿Sabe usted de que está enfermo? Si () No ()

¿Qué conoce acerca de su enfermedad? _____

¿Cuándo hay campañas de salud orientadas a la detección oportuna de enfermedades usted acude?

Si () No ()

¿En caso de déficit o incapacidad física, cual es su sentimiento respecto a su situación? _____

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación?

Si () No () Especifique: _____

¿Identifica algún obstáculo que le impida continuar o llevar a cabo los cuidados para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación?

Ambientales () Familiares () Personales ()

Especifique: _____

11 APENDICES

DIETA 1800 CALORÍAS

DESAYUNO:

2 panes o 2 rosquillas o 1 y 1/2 taza de cereales integrales

1 pieza de fruta

1 taza de leche descremada o 1 yogur sin azúcar

1 cucharada de crema de queso

ALMUERZO:

1 galleta tostada o 2 tortas de arroz son grasas

6 almendras o 6 nueces

COMIDA:

2 onzas de pechuga de pavo desmenuzada y cocida

1 onza de queso rallada bajo en grasa

1/2 taza de tomate fresco picado

1/2 taza de salsa suave

Lechuga a trozos

2 cucharadas de salsa ranchera para ensaladas

2 tostadas integrales

1 pieza de fruta

Gaseosa sin azúcar

MERIENDA:

1 taza de leche descremada o 1 yogur descremado y sin azúcar

Galletas graham o cereales

CENA:

3 onzas de salmón o bacalao al horno

2/3 de taza de arroz moreno cocido

1 taza de espárragos al vapor y 1/2 taza de zanahoria cocida con una cucharadita de aceite de olivo

3/4 de taza de piña fresca

1 taza de leche descremada

ANTES DE ACOSTARSE:

3 tazas de palomitas de maíz

1/4 de requesón sin grasa o 1 onza de pechuga de pavo

TABLA DE EQUIVALENCIAS PARA DIABETICOS

Alimentos con 10 gramos de hidratos de carbono (1= ración de HC):

I. Grupo de farináceos:

Pan blanco.....20g

Pan integral.....20g

Arroz (perlado).....15g

Pan tostado (biscotes).....15g

Pastas alimenticias.....15g

Harina de trigo.....15g

Sémola de trigo.....15g

Harina de maíz.....15g

Tapioca.....15g

Patatas.....50g

Puré de patatas 8 en copos.....15g

Boniato.....50g
 Lentejas secas.....20g
 Garbanzos secos.....20g
 Judías blancas secas.....20g
 Habas secas.....20g
 Guisantes secos.....20g
 Guisantes frescos.....60g
 Guisantes congelados.....80g
 Guisantes en lata.....80g

II. Grupo de verdura.

Acelgas.....300g
 Alcachofas.....300g
 Apio.....300g
 Berenjena.....300g
 Calabacín.....300g
 Cardo.....300g
 Cebolla.....100g
 Col.....300g
 Coles de Bruselas.....100g
 Coliflor.....300g
 Champiñón.....300g
 Espárragos.....300g
 Espinacas.....300g
 Escarola.....300g

Grellos.....300g
 Judías verde.....200g
 Lechuga.....300g
 Nebos.....200g
 Pepino.....300g
 Pimiento rojo- verde.....300g
 Puerro.....200g
 Rábano.....300g
 Remolacha.....100g
 Soja germinada.....300g
 Tomate.....300g
 Zanahorias.....100g

III. A. Grupo de frutas:

Albaricoque.....100g
 Cereza.....50g
 Ciruela.....100g
 Chirimoya.....50g
 Fresa.....100g
 Higos.....50g
 Limón.....100g
 Mandarina.....100g
 Manzana.....80g
 Melocotón.....100g
 Melón.....200g

Moras.....	80g
Naranjas.....	100g
Nísperos.....	50g
Pera.....	80g
Piña.....	100g

III. B.

Frutos secos y varios:

Aguacate.....	200g
Aceitunas.....	250g
Ajos.....	50g
Almendras.....	50g
Avellanas.....	50g
Cacahuates.....	50g
Castañas.....	50g
Nueces.....	50g

IV. Grupos de productos lácteos:

Leche desnatada.....	200g
Leche entera.....	200g
Leche semidesnatada.....	200g
Queso fresco tipo burgos.....	250g
Requesón.....	250g

Plátano.....	50g
Pomelo.....	200g
Sandia.....	200g
Uva blanca-negra.....	50g

Yogur.....	200g
Yogur desnatado.....	200g

V. Grupo de carnes, pescado y huevos:

Carnes 10g proteína (1 ración), 2 a 5 g grasas:

Callos (vacuno).....	50g
----------------------	-----

Carne de caballo e hígado de ternera...50g

Filete de buey.....	50g
Filete de ternera.....	50g
Hígado de cerdo.....	50g
Galantina.....	20g
Gallina.....	50g
Jamón cocido.....	60g
Jamón serrano.....	50g

Lengua vacuno, cerdo.....50g

Mollejas de ternera.....50g

Pierna de cordero.....50g

Sesos vacuno, cerdo.....50g

**Carnes (y charcutería) 10g proteína
(1 ración), 13 a 25 g grasas:**

Chuleta de cerdo.....50g

Jamón fresco.....50g

Morcilla.....50g

Mortadela.....75g

Oca.....50g

Panceta de cerdo.....75g

Pato.....50g

Salchichas (frescas).....75g

Salchichón.....50g

**Pescados 10g proteínas (1 ración),
6 a 8g grasas:**

Anguilas.....65g

Huevas esturión.....40g

Reo.....65g

Salmon.....65g

**Pescados 10g proteínas (1ración),
3 a 6g grasas:**

Anchoas.....65g

Anguilas.....65g

Arenques.....65g

Atún.....65g

Bonito.....65g

Boquearon.....65g

Jurel-chicharrón.....65g

Sardinas.....65g

**Pescados 10g proteínas (1 ración),
1 a 3 g grasas:**

Abadejo-bacalao.....65g

Almejas-chirlas.....100g

Bacaladilla.....65g

Besugo.....65g

Breca-faneca.....65g

Calamar sepia.....65g

Caracoles.....65g

Centollo-gambas-langosta.....65g

Chanquete.....100g

Congrillo.....65g

Dorada.....65g

Esturión.....65g

Gallos.....65g

Huevas frescas.....65g

Lenguado.....65g

Lubina.....65g

Mejillones.....65g

Merluza.....65g

Mero.....65g

Nécoras.....65g

Ostras.....100g

Palometas.....65g

Percebes.....65g

Pescadillas.....65g

Pez espada.....65g

Pulpo.....100g

Rana.....65g

Rape.....65g

Raya.....65g

Salmonete.....65g

Trucha.....65g

Vieira.....65g

**Huevos 10g proteínas (1 ración),
12g grasas**

Huevos.....2
unidades medianas

**VI. Grupos de alimentos con 10g
de grasa (=1 ración de lípidos)**

Aceite de girasol.....10g

Aceite de maíz.....10g

Aceite de oliva.....10g

Aceite de soja.....10g

Manteca de cerdo.....10g

Mantequilla.....12g

Margarina (mixta, vegetal).....12g

Mayonesa.....12g

Nata.....12g

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO



FACULTAD DE ENFERMERIA



Consentimiento informado para participantes en el Proceso de
Enfermería con el referente Teórico de D. Orem.

Yo A.N.C. doy mi consentimiento para participar en la metodología de intervención de enfermería, que tiene como finalidad conocer e identificar las respuestas humanas, fundamentada en la teoría de Dorotea Orem y estructurar un trabajo académico, con fines de titulación, para obtener el grado de licenciado en Enfermería a través del cual se me brindarán cuidados integrales que beneficiarán mi estado de salud.

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

Enterado (a) que el responsable de dicho proceso de enfermería es el (la)

PLE Magaly López Gómez doy mi consentimiento para colaborar en el trabajo académico solicitado.

Acepto participar

PLE

Testigo

Morelia, Mich. a _____ de _____ 2011