



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN  
NICOLÁS DE HIDALGO**



**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**“PROCESO DE ENFERMERÍA CON REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E.  
OREM A UNA PERSONA CON DIABETES MELLITUS TIPO II”**

**PROCESO DE ENFERMERÍA**

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

**PRESENTA: ROCIO ANGÉLICA SIXTOS ROMÁN**

**ASESORA: MAESTRA EN ENFERMERIA AZUCENA LIZALDE HERNÁNDEZ**

**MORELIA, MICHOACÁN.**

**ENERO DE 2013**

## Contenido

INTRODUCCIÓN .....	7
JUSTIFICACIÓN .....	9
OBJETIVOS.....	13
General.....	13
Específicos.....	13
METODOLOGÍA .....	14
CASO CLINICO .....	16
Guía de valoración con referente Teórico de Dorotea E. Orem .....	16
MARCO TEÓRICO .....	18
Proceso de Enfermería.....	18
Teoría del autocuidado de Dorothea E. Orem.....	44
Diabetes Mellitus.....	52
Complicaciones de la Diabetes .....	54
Glibenclamida.....	64
VALORACIÓN GENERAL CON EL REFERENTE TEÓRICO DE OREM.....	66
DESARROLLO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA Y SUS ETAPAS.....	70
Desarrollo del PE, requisitos de autocuidado universal: Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo. 00095 Insomnio .....	70
Desarrollo del PE, requisitos de autocuidado universal: Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo. 00162 Disposición para mejorar la gestión de la propia salud. ....	85
Desarrollo del PE, requisitos de autocuidado universal: Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente. 00179 Riesgo de nivel de glucemia inestable. ....	92
CONCLUSIONES .....	110
SUGERENCIAS .....	111
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	112
BIBLIOGRAFÍA .....	114
GLOSARIO DE TÉRMINOS .....	117
ANEXOS .....	121

## **DIRECTIVOS**

**Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela**  
Directora

**M.E. Ruth E. Pérez Guerrero**  
Secretaria Académica

**M.C.E. Roberto Martínez Arenas**  
Secretario Administrativo

# **MESA SINODAL**

**Asesor**

**ME. Azucena Lizalde Hernández**

**Vocal 1**

**Dra. Ma. Elizabeth Medina Castro**

**Vocal 2**

**Dra. María Jazmín Valencia Guzmán**

**Suplente**

## **AGRADECIMIENTOS**

Antes que todo agradezco a Dios por brindarme la oportunidad de vivir, por permitirme disfrutar cada momento de mi vida y guiarme por el camino que ha trazado para mí.

A mi padre y mis hermanos por enseñarme a luchar en esta vida llena de adversidades, a conquistar las metas que me proponga hasta agotar los recursos que sean necesarios, por estar conmigo cuando he caído y motivarme a seguir adelante, por brindarme su confianza y sus consejos que sirvieron de ayuda para comprender y entender mejor las cosas, por brindarme la fortaleza estímulo necesaria para la elaboración de mi Trabajo.

A mi familia y mi novio por su apoyo durante mi carrera.

A mis maestros que durante la carrera me brindaron su apoyo, sus conocimientos, sus experiencias y por haber compartido su tiempo y paciencia conmigo.

A mi asesor Azucena Lizalde Hernández por su dedicación, paciencia, y por haber compartido sus conocimientos y experiencia que contribuyeron en la formación profesional de mi persona, por hacer posible la realización de este trabajo.

A todos ellos gracias, "Muchas Gracias".

## DEDICATORIA

### ***A mi Familia:***

Por haberme apoyado todo el tiempo, por su amor, su fe, por su comprensión en los momentos malos y buenos, paciencia y entusiasmo, por haberme motivado e impulsado a seguir adelante.

### ***A mi padre:***

Por su fortaleza, por su paciencia y porque lo quiero mucho.

### ***A Dios:***

Por permitirme vivir y despertar cada día, abrir mis ojos y seguir adelante, por la fuerza necesaria y la fe para lograr las cosas.

### ***A mi madre:***

Por qué sé que aunque no esté en este momento aquí conmigo ella le pide a dios por mí.

### ***A mi novio:***

Por su ayuda, compañía, comprensión y apoyo.

“A todos ellos muchas gracias de todo corazón”.

## INTRODUCCIÓN

La enfermería profesional requiere del Proceso Enfermero (PE) como método de atención, al permitir identificar problemas de salud, capacidades, objetivos reales e intervenciones individualizadas para la atención de calidad y holística del paciente, familia y comunidad. “El proceso de enfermería es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente” (Alfaro, 1999), de tal forma que aplicar el proceso enfermero en nuestro medio es un verdadero reto por el sin número de factores que caracterizan la formación y práctica de la enfermería en nuestro país y que la ubican en una situación de desventaja en relación con la de otros países. El objetivo de la teoría de Orem es ayudar al cliente a realizar el autocuidado. Según Orem, el cuidado enfermero es necesario, cuando el cliente es incapaz de satisfacer las necesidades biológicas, psicológicas, de desarrollo o sociales. La enfermera determina por qué un cliente es incapaz de satisfacer estas necesidades, que tiene que hacerse para que el cliente pueda satisfacerlas y qué cantidad de autocuidado es capaz de realizar el cliente. El objetivo de la enfermera es aumentar la capacidad del cliente de satisfacer estas necesidades de forma independiente.

La diabetes Mellitus es definida como un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia, a consecuencia de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina o ambos. Diabetes Mellitus tipo 2: representa el 90% de los casos de diabetes en el país. Es ocasionada por resistencia a la acción de la insulina y por falla de las células  $\beta$ .

La epidemia de la diabetes Mellitus (DM) es reconocida por la OMS como una amenaza mundial. Se calcula que en el mundo existen más de 180 millones de personas con diabetes y es probable que esta cifra aumente a más del doble para 2030. OMS en 2005 se registraron 1.1 millones de muertes debidas a la diabetes, de las cuales alrededor de 80% ocurrieron en países de ingresos bajos o medios, que en su mayoría se encuentran menos preparados para enfrentar esta epidemia. En México la DM ocupa el primer lugar en número de defunciones por año; las tasas de

mortalidad muestran una tendencia ascendente en ambos sexos, con más de 60 mil muertes y 400,000 casos nuevos anuales. Por lo antes citado se plantea desarrollar un PE con referente teórico de Dorothea E. Orem a una persona con Diabetes Mellitus tipo II.

El presente Proceso de Enfermería a una persona con Diabetes Mellitus Tipo II, está estructurado de una justificación donde se plantean datos de morbilidad, mortalidad de la diabetes mellitus; se continúa con el objetivo general y específicos, la metodología que describe como se desarrolló el proceso de enfermería en cada una de sus cinco etapas, como se eligió la persona y los pasos que se siguieron para lograr el objetivo, el caso clínico, marco teórico planteando el proceso de enfermería, describiendo la teoría del autocuidado de Orem, fisiopatológica de la diabetes mellitus y sus principales complicaciones. El desarrollo del proceso de enfermería que abarca la primera etapa de valoración en la cual se recopilaron, analizaron e interpretaron los datos para determinar las necesidades del paciente emitiendo juicios clínicos o Diagnósticos de Enfermería, por otra parte, la planificación de los Resultados Esperados e Intervenciones con sus actividades, para de esta manera poder ejecutar las actividades necesarias para contribuir al mejoramiento del estado de una persona con Diabetes Mellitus tipo II. Una vez aplicadas esas cuatro etapas se prosiguió con la evaluación, que no fue más que la medición de los resultados obtenidos durante todo el proceso, generando a si las conclusiones y sugerencias, finalizando con referencias bibliográficas, bibliografía, glosario de términos, anexos y apéndices.



## JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS), 2011 estima que actualmente hay más de 346 millones de personas diabéticas; sin embargo, la Federación Internacional de la Diabetes (IDF por sus siglas en inglés) estima 20 millones más, que en conjunto generan un gasto en tratamiento y control de 465 billones de dólares, asimismo refiere que a causa de esta enfermedad mueren 4.6 millones de personas en el mundo, es decir, aproximadamente una persona cada 7 segundos fallece.

Anteriormente se consideraba que las enfermedades infecciosas eran propias de los países en desarrollo y las enfermedades crónicas de los países desarrollados; actualmente, debido a los cambios en el estilo de vida de la población, esta brecha ya no existe. En países en desarrollo como México se sufre tanto de enfermedades infecciosas como de crónicas. Tener una dieta saludable, realizar regularmente una actividad física, mantener un peso adecuado y evitar el tabaco, son factores que pueden prevenir la Diabetes Mellitus (diabetes) Tipo II, o bien retrasar su aparición.

- Tres de cada cien egresos hospitalarios en el país son por Diabetes Mellitus.
- La tasa de morbilidad hospitalaria más elevada se presenta en la población de 75 a 79 años (754.10 por cada 100 mil personas del mismo grupo de edad).
- Las mujeres de 30 a 34 años reportan la tasa de diabetes gestacional más alta (97.31).
- 21 de cada 100 recién nacidos de mujeres con diabetes durante el embarazo presenta *Síndrome del recién nacido de madre diabética*.
- En los jóvenes de 10 a 14 años y de 15 a 19, la tasa de morbilidad hospitalaria se ha duplicado entre 2005 a 2009 (al pasar de 1.80 y 2.49, en 2005 a 2.16 y 4.51 en 2009, respectivamente).
- A nivel nacional en 2009 mueren por Diabetes Mellitus 72 de cada 100 mil habitantes.

- La tasa de mortalidad observada por cada 100 mil habitantes en 2009, es de 69.92 para los hombres y 74.35 para las mujeres.

Morbilidad. INEGI (2010) Durante 2009, del total de egresos hospitalarios en México, 2.8% fue por diabetes, siendo las mujeres las más afectadas con 53% de los casos en comparación con los hombres (47 por ciento).

Por grupos de edad, la tasa de morbilidad hospitalaria por diabetes es mayor en las mujeres menores de 25 años en relación con la presentada por los hombres, mientras que entre la población de 25 a 64 años la relación se invierte. Es importante resaltar que la tasa se va incrementando conforme avanza la edad de la población, siendo las personas de entre 75 y 79 años quienes presentan las tasas más altas (1,019.31 hombres y 1,038.84, mujeres). Aunque llama la atención la tasa de morbilidad que se registra para la población menor de 20 años.

Al respecto, en México durante 2009, la población femenina de 30 a 34 años presentó la tasa más alta de morbilidad hospitalaria por diabetes gestacional (97.31 por cada 100 mil mujeres de 30 a 34 años), seguidas de las mujeres de 35 a 39 años (88.72 de cada 100 mil mujeres 35 a 39 años).

Mortalidad. La OMS estima que en 2004 a nivel mundial fallecieron 3.4 millones de personas a consecuencia de la diabetes; más del 80% de estas muertes ocurren en hogares de ingresos bajos y medios, y 55% son mujeres.

En México, de 2005 a 2009 la tasa de mortalidad por diabetes aumentó de 64.54 a 72.18 por cada 100 mil personas. La entidad federativa que supera en casi 30 puntos la media nacional es el Distrito Federal, con tasas de 93.81 en 2005 y de 100.78 en 2009, seguida por Coahuila (86.59 en 2005 y 88.44 en 2009). Por el contrario, los estados que el menor número de defunciones por esta causa son Quintana Roo (con tasas de 30.16 en 2005, 37.14 en 2009); Chiapas (con 37.73 en 2005 y 46.68 en 2009), y Baja California Sur (con 38.86 en 2005 y 50.76 en 2009).

En cuanto a las tasas de mortalidad en 2009 por tipo de diabetes, a nivel nacional es mucho mayor la debida a la diabetes Tipo II (42.56), que la causada por diabetes Tipo I (1.15); sobresale el hecho de que la diabetes no especificada ocupa el segundo lugar con una tasa de 26.52 (esto es importante ya que más de una cuarta parte de las defunciones por diabetes, no están bien diagnosticadas o identificadas).

Por edad y sexo, se observar un comportamiento similar a la morbilidad: las tasas de mortalidad tienden a aumentar conforme aumenta la edad; sin embargo, resalta que antes de los 25 años, las mujeres presentan tasas más altas que los varones; y posteriormente en algunos grupos de edad la tasa de mortalidad de los hombres alcanza valores superiores que las mujeres, siendo la diferencia más alta entre las personas de 55 a 59 años.

El presente proceso enfermero fue realizado con el propósito de precisar y solventar de manera eficaz las necesidades del paciente. El cual está integrado por diferentes etapas o fases ordenadas lógicamente, que tiene como objetivo fundamental, la adecuada planificación y ejecución de los cuidados orientados al bienestar del paciente. No solo en la dimensión física o biológica sino también desde la perspectiva psicológica, sociológica, cultural y espiritual. Se pretende mejorar el bienestar del usuario mediante el estudio de la historia natural de la enfermedad, así como la utilización de la teoría de Dorothea Orem la cual ayudará a plantear los cuidados.

Por otra parte este proceso nos proporciona las herramientas para identificar el comportamiento de la enfermedad, así como obtener las bases para intervenir en la orientación hacia el usuario. Además de que la aplicación será útil para beneficiar la calidad de vida del usuario(s) con la misma enfermedad, presenta además la oportunidad de recopilar datos para posibles casos bajo las mismas características. Así mismo con la información recopilada se lograra llevar a cabo la correcta atención del usuario para su mejora, e implementar nuevos cuidados lo que permitirá tener más acciones referentes al tema de diabetes Mellitus tipo II.

Para el profesional de enfermería se hace sumamente importante la aplicación del proceso del cuidado de enfermería, el cual es una metodología de trabajo consistente en un sistema son pasos relacionados que permite identificar y satisfacer necesidades interferidas y resolver problema de salud que afecten al ser humano en su contexto, familia y comunidad, ya que de ser bien aplicado ayudara a prevenir complicaciones y reducir la hospitalización de pacientes diabéticos por complicaciones mismas de la enfermedad (pie diabético, retinopatía, nefropatía, neuropatía).

# OBJETIVOS

## General

Desarrollar el Proceso de Enfermería a una persona con Diabetes Mellitus tipo II, fomentando así la prevención de complicaciones y la mejora de la calidad de vida.

## Específicos

- Obtener información objetiva y subjetiva a través de la aplicación de la Guía de valoración con referente teórico de Dorothea E. Orem en una persona con diabetes mellitus tipo II.
- Analizar la información obtenida e identificar el dominio, la clase, la etiqueta diagnóstica para determinar los diagnósticos de enfermería, real, potencial o de salud de acuerdo a los factores relacionados y características definitorias identificadas en la valoración.
- Planear los resultados esperados en base al NOC, estableciendo los indicadores y puntuación diana del resultado esperado, así como las intervenciones/acciones de enfermería de acuerdo al NIC.
- Ejecutar las intervenciones y acciones de enfermería planeadas y que conduzcan al logro del resultado esperado.
- Evaluar los resultados esperados midiendo los indicadores de la puntuación diana y valorar el impacto de las intervenciones y acciones ejecutadas para demostrar la mejora de la persona.

## **METODOLOGÍA**

Es presente trabajo se inició con el objetivo de desarrollar el proceso de enfermería a una persona con diabetes mellitus tipo II, esto debido a que la diabetes es un problema de salud pública a nivel mundial como se menciona en la justificación de este trabajo. Se realizó una búsqueda bibliográfica para sustentar el estudio y la patología a desarrollar es este trabajo, se seleccionó la diabetes mellitus justificando que es una de las enfermedades crónico degenerativas que ocupa el primer lugar en morbilidad y mortalidad en personas adultas, se identificó la persona con diabetes Mellitus tipo II la cual forma parte de mi familia, se desarrolló cada una de las etapas como fueron la valoración, en cual se utilizó la guía de valoración con referente teórico de Dorothea E. Orem, se identificaron los requisitos alterado, se continuo con la etapa de diagnóstico que en base a la información obtenida se determinó el dominio, la clase, la etiqueta diagnostica y se emitieron juicios clínicos de enfermería, reales, potenciales y de salud considerando los factores relacionados y características definitorias identificadas en la valoración. A continuación se planificaron los resultados esperados estableciendo los indicadores y la puntuación diana del resultado esperado de acuerdo al NOC, si como la planeación de las intervenciones y acciones de enfermería de acuerdo al NIC. La ejecución se llevó a cabo al aplicar cada una de las intervenciones y acciones de enfermería para lograr el resultado esperado; para lo cual se agendarón varias citas en horarios vespertinos durante algunos sábados consecutivos y en horarios de 18 a 20 horas en los cuales se impartieron platicas de temas como son; diabetes Mellitus signos y síntomas, factores de riesgo y complicaciones, manejo del estreñimiento, dieta prescrita, con ayuda de un rotafolio y la retroalimentación, se brindó asesoramiento donde se estableció una relación basada en la confianza y respeto con la persona. Para evaluar los resultados esperados se midieron cada uno de los indicadores y se obtuvo una puntuación diana, se valoró el impacto de las intervenciones y acciones ejecutadas. Finalizando con las conclusiones y recomendaciones.



## CASO CLINICO

### Guía de valoración con referente Teórico de Dorotea E. Orem

F.S.C. es un hombre de 47 años, el cual es artesano, vive en unión libre, de religión católica residente de Paracho, Mich., con escolaridad de nivel primaria, tiene tres hijos (dos mujeres y un varón), habita en una casa propia construida de ladrillo y techo de lámina, cuenta con cuatro habitaciones en la cual vive con su pareja e hijos. Cuenta con luz eléctrica, agua potable y drenaje, consumen agua de garrafón. En su tiempo libre practica futbol.

**Se le diagnosticó diabetes Mellitus tipo II hace tres años, se ha venido controlando con glibenclamida tabletas de 5mg cada 12 horas, metformina tabletas de 850mg cada ocho horas vía oral. Desde que le diagnosticaron su enfermedad ha llevado una dieta apropiada, realiza ejercicio y asiste a sus citas de control en el IMSS el cual es considerado estable, no tiene problemas para tomar decisiones sobre su tratamiento autorizado por su médico.**

Exploración física: Tipo de respiración normal, su frecuencia respiratoria es de 17x', su llenado capilar es de 2 segundos sin signos de cianosis. Refiere haber cocinado con leña 15 años, tiene una desviación de tabique en la nariz, tórax normal, tensión arterial 110/70, frecuencia cardiaca 67x', mucosa oral hidratada, piel normal, turgencia normal, **consume de 500 a 1000 ml de agua de garrafón al día y una taza de café.**

Peso 68,500 kg, talla 165 cm, su índice corporal es de 25.1, cintura 93 cm, en los últimos meses ha perdido aproximadamente 3 kg, no presenta problemas en la alimentación, peristaltismo aumentado, su alimentación vía oral, consume leche una vez al mes, derivados de la leche, carnes, pescado, huevos una vez a la semana, cereales, verduras, frutas, pastas y harinas cada día, su dieta habitual es diabética e hiposódica, guisa sus alimentos con aceite.



Por lo regular evacua tres veces al día, heces fecales café pastosa, presencia de alteraciones al evacuar (pujo, cólico), sin alteraciones en la micción.

Sudoración normal, temperatura corporal 36 grados centígrados. **Duerme de 6 a 8 horas con dificultad para conciliar el sueño, desde hace más de un mes presenta insomnio debido a preocupaciones, refiere que al despertar se encuentra cansado, presenta dolor en articulaciones, sin problemas de audición.**

La comunicación con su familia es buena, convive con ellos diariamente, lleva buena relaciones familiares sin razones que le impidan socializar. Consiente con antecedentes de padre con ácido úrico, acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad, considera que su vida si ha sido productiva, refiere irritabilidad ante una situación estresante. Expresa no haber recibido educación sexual, se encuentra satisfecho con su vida sexual, número de parejas una.

Asiste a chequeos generales de salud cada 6 meses, sabe de qué está enfermo y cuáles son los cuidados generales sobre su enfermedad, cuando hay campañas de salud orientadas a la detección oportuna acude, sin obstáculos que le impidan continuar o llevar a cabo los cuidados para su diagnóstico.

## MARCO TEÓRICO

### Proceso de Enfermería

Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centran en la identificación y tratamiento de las repuestas humanas de las personas o grupos a las alteraciones de salud (Alfaro, R 1995).

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, diagnóstico, 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 de objetivos, 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.

Es **interactivo** por requerir de la interrelación humano con el (los) usuario (s) para acordar y logra objetivos comunes.

### **Antecedentes del proceso enfermero**

El proceso enfermero ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. "Hall en 1955 lo describió como un proceso distinto. Jonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso de tres fases diferentes, que contenían elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura Y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los años 70, Blach (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases" (Iyer, 1997 p.9).

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

Así en muchos países, la aplicación del proceso es un requisito para el ejercicio de la enfermería profesional; en el nuestro, cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras (os) y en su aplicación durante la práctica; sin embargo todavía nos falta camino por recorrer en este terreno, el cual resulta desconocido para muchas compañeras (os) aun en nuestros días.

### **Etapas del Proceso Enfermero**

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

La **valoración** nos permite reunir la información necesaria referente al usuario, familia y comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas así como los recursos (capacidades) con los que se cuentan.

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

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

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

La **evaluación** permite determinar el progreso del usuario, familia y comunidad hacia el logro de objetivos y valorar las competencias de la enfermera (o) en el desarrollo de las cuatro etapas anteriores, lo que posibilita hacer las modificaciones necesarias.

## **Valoración.**

“Es la primera etapa del método enfermero e incluye la obtención, confirmación, clasificación y organización de datos de manera sistemática, además de la debida documentación” (Potter, P.1996).

Es la primera etapa del proceso enfermero que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad. Con la valoración se reúnen “ todas las piezas necesarias del rompecabezas” (Alfaro 1999, p.30) correspondiente a respuestas humanas y fisiopatológicas con lo que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo.

La valoración que realiza la enfermera del usuario (s) tiene que ser total e

integradora por lo que se debe seguir un enfoque holístico; es decir un modelo enfermero para la identificación de respuestas humanas y la integración de elementos de un modelo médico para la identificación de respuestas fisiopatológicas.

La valoración por un modelo enfermero puede derivarse de la aplicación de cualquier teoría de enfermería, de tal forma que puede valorar al usuario (s) siguiendo las catorce necesidades de Henderson, los cuatro principios de conservación de Levine, los subsistemas de Jonson, los requisitos de autocuidado de Orem etc... o bien optar por valorar siguiendo la perspectiva de las necesidades humanas, de los patrones funcionales de la salud y de los patrones de respuesta humana. Asimismo la valoración por un modelo médico, puede utilizar la metodología de exploración de cabeza a pies o por sistemas corporales.

### **Pasos para la realización de la Valoración.**

La valoración como proceso continuo proporciona información valiosa del usuario, permitiéndonos emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo, y de los recursos (capacidades) existentes para conservar y recuperar la salud.

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

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

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

Da inicio desde el “primer encuentro con el usuario, y continúa en cada encuentro subsiguiente hasta que la persona sea dada de alta”, (Alfaro, 1999, p.30) por lo que es indispensable aprovechar cada momento en que se esté con el usuario y su familia para recolectar datos que nos permitan conocerlos.

Para obtener la información se recurre tanto a fuentes directas como indirectas. Son fuentes directas primarias el usuario y su familia (ellos contribuyen la principal fuente de información), los amigos y otros profesionales del área de la salud son fuentes directas secundarias por que aportan datos valiosos sobre el usuario y su familia. Las fuentes indirectas de información a las que también se debe recurrir son el expediente clínico y la bibliografía relevante.

Es indispensable contar con una guía durante la recolección de la información, para seguir una metodología específica durante la valoración, evitar omisiones y facilitar a la vez la agrupación de datos.

Esta guía debe considerar: datos bibliográficos del usuario o la familia (ejemplo: nombre, edad, sexo, estado civil, ocupación, religión, etc...); antecedentes personales y familiares de enfermedad (ejemplo: enfermedades anteriores, enfermedades de la familia, enfermedad actual, tratamiento medicamentoso, etc...); aspectos a valorar según el modelo enfermero que se vaya a utilizar (ejemplo: patrones de la respuesta humana, patrones funcionales de salud, necesidades humanas, etc...) y los datos para el examen físico.

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

“Durante la valoración el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales” (Iyer, 1997 p.36). Los datos subjetivos son aquellos que el usuario nos refiere y que manifiestan una percepción de carácter individual (ejemplo: el dolor, el temor, la debilidad, la impotencia, etc...). Son datos objetivos la información que se puede observar y medir a través de los órganos de los sentidos (ejemplo: frecuencia cardiaca, el color de la piel, el peso y la talla, la

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

Toda información se recolecta por medio de la entrevista y del examen físico ambas “se completan y clarifican mutuamente” (Alfaro, 1998 p.41), en consecuencia se pueden realizar en forma simultánea.

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

Toda entrevista por más sencilla que sea debe tener una *introducción*, para saludar al usuario (s), proceder a presentarse y explicar la razón de la entrevista; también debe poseer un *núcleo*, caracterizado por el dialogo y por seguir la estructura de la guía de valoración (es recomendable un orden para evitar emisiones). Por último la entrevista debe presentar un *cierre* para informar al usuario sobre su término, agradecer la colaboración y establecer objetivos comunes.

El éxito de una entrevista depende de muchos factores, por consiguiente la enfermera (o) con poca experiencia debe pedir asesoría para lograr obtener información completa y veraz. Conforme exista mayor practica en la entrevista, el profesional de la enfermería se ha competente, al reunir las capacidades (conocimientos, habilidades y actitudes), necesarios para llevar a cabo con éxito.

Entre los aspectos que se deben tener presentes para realizar una entrevista están los siguientes:

1. Seguir la valoración para llevar orden y saber exactamente lo que se va a preguntar al usuario (evitar improvisar)
2. Asegurar un entorno con las características de privacidad y tranquilidad.
3. Valorar el momento para realizar la entrevista, el usuario debe encontrarse en condiciones físicas y emocionales ideas para poder contestar a las preguntas.
4. Mantener durante la entrevista una distancia de 1 a 2 metros con relación al usuario, porque lo puede intimidar (demasiado cerca) o demostrar falta de interés (demasiado lejos). También hay que procurar que tanto la cabeza de la enfermera como la del usuario estén a la misma altura, para facilitar la atención de ambos y evitar sentimientos de inconformidad por parte del usuario al percibirla (lo) por arriba de él.
5. Dedicar el tiempo necesario para la entrevista, si no es posible valorar en un solo momento al usuario, fraccionar la entrevista y centrar la atención en aquellas áreas que son de mayor problema: sin olvidar completar la valoración general en la primera oportunidad que se tenga.
6. Ser amable, cordial y respetuoso (evitar nombres y diminutivos).
7. Formular preguntas claras y sencillas, considerando el nivel educativo del usuario) evitar términos desconocidos).
8. Escuchar con atención todo lo que dice el usuario (evitar escribir cuando le está ablando).
9. Conseguir la información sin presionar al usuario (verbal o no verbal): porque puede obtener información errónea o perderse de la misma.
10. Poner atención en el lenguaje no verbal del usuario, este nos dice más que las palabras.
11. Dejar que el usuario exprese sus ideas para poder conocer su verdad (evitar completar o adivinar).
12. Desarrollar la capacidad de empatía (tratar de ver el mundo, como lo ve el otro) con el fin de comprender mejor la actitud y conducta del usuario.



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

Para efectuar “el examen físico se requieren cuatro técnicas principales: inspección, palpación, percusión y auscultación” (Kozier 1993, p.393), además de la medición de las constantes vitales y de la somatometría.

Las enfermeras (os) colaboran con el médico durante el examen físico y muchas (os) consideran que es una actividad inherente a la medicina, por lo que suelen practicarlo solo en situaciones específicas y asignadas de acuerdo a las manifestaciones fisiopatológicas o a la terapéutica médica que se esté empleando.

“La **inspección** consiste en la valoración utilizando los sentidos de la vista, olfato y oído” (Kozier, 1993 p.393). Es un proceso activo en donde la enfermera debe saber que va a inspeccionar y el orden a seguir; con la inspección se puede valorar: la forma del cuerpo, expresiones faciales, características de la piel, movimientos realizados, olor y ruidos que emite el usuario etc...

“La **palpación** es un examen del cuerpo utilizando el sentido del tacto”(Kozier,1993 p.393), es decir las yemas de los dedos, ya que por su innervación las ase sensibles para determinar: textura, temperatura, posición y tamaño de órganos, pulsos periféricos etc... la palpación puede ser superficial (extensión de los dedos de la mano dominante en forma paralela a la superficie de la piel con presión suave en sentido circular) y profunda (intervienen las dos manos la mano dominante para presionar y la otra para sujetar un órgano desde abajo). Para tener éxito en la palpación es necesario que el usuario se encuentre relajado, que las manos del explorador estén tibias e inicia con la palpación superficial y en las zonas que no sean dolorosas.

“La **percusión** es un método de valoración en el que la superficie del cuerpo es golpeada para producir sonidos o vibraciones” (Kozier, 1993 p.394) y se emplea para estimar el tamaño y la forma de órganos, la presencia de líquido, aire o algún sólido. La percusión puede ser directa al golpear el área que ha de percutir con las yemas de los dedos o indirecta cuando coloca contra la piel el dedo medio de la mano dominante y procede a golpear con el dedo de la otra mano.

“La **auscultación** es el proceso de escuchar los sonidos producidos por el cuerpo” (Kozier, 1993 p.395) y sirven para valorar el funcionamiento de diversos órganos. Al igual que la percusión esta puede ser directa cuando únicamente se emplea el sentido de la audición e indirecta empleando un estetoscopio.

Son aspectos imprescindibles del examen físico la medición de las constantes vitales (temperatura corporal pulso-frecuencia cardiaca, respiración y tensión arterial), estas deben ser valoradas en conjunto ya que reflejan el funcionamiento general del organismo, permitiéndonos detectar problemas de salud reales y de riesgo. La valoración y las constantes vitales debe considerar el estado de salud previo y actual del usuario y compararse con los estándares aceptados como normales, esta actividad de enfermería tiene que realizarse al ingreso del usuario cuando esté presente cambios en su estado de salud, y antes y después de realizar cualquier acción de enfermería, por consiguiente jamás deben considerarse como una rutina.

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

En la recolección de la información la enfermera (o) también tiene que identificar los recursos del usuario, es decir las capacidades físicas, psicológicas y personales que son determinantes para las etapas de diagnóstico y planeación. Entre los recursos se

pueden mencionar: el gozar de buena salud, la capacidad de adaptación, el ejercicio diario, la alimentación acorde a requerimientos, la motivación para el cuidado de la salud, el ambiente familiar favorable para la conservación de la salud y el afrontamiento efectivo al estrés entre otros. Recuerde que los recursos se refieren a todo aquello que el usuario su familia consideran como factores que contribuyen a mantener procurar su salud y para su identificación basta con hacer dos preguntas. “¿Puede decirme algo de sí mismo que considere como recursos, como aspectos saludables?” (Alfaro, 1999 p.93) “¿Puede decirme otras cosas que aunque no sean realmente problemas, le gustaría manejar mejor?” (Alfaro, 1999 p.93)

### **Validación de la información.**

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

La validación evita interpretaciones erróneas, o misiones, centrar la atención en la dirección equivocada y “cometer errores al identificar los problemas” (Alfaro, 1998 p.53).

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

La validación de los datos es de suma importancia porque si no se realiza es probable que en la etapa diagnóstica presenten dificultades para la agrupación e interpretación de la información.

### **Registro de la información.**

Es el último paso de la etapa de valoración y consiste en informar y registrar los

datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico.

Los objetivos que percibe el 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 para enfermería” (Iyer, 1997 p.81).

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

Con respecto al registro de los datos, este varía de un centro laboral a otro pero el “saber cómo y anotar es importante en extremo para el paciente y para protegerse misma de posibles demandas por mala práctica profesional” (Alfaro, 1999 p.66).

Entre las recomendaciones a tener en cuenta en el momento de efectuar anotaciones se encuentran las siguientes: cumplir con las normas del centro laboral en cuanto a registros.

1. Evitar juicios de valor.
2. Escribir textualmente lo que el usuario expresa (entrecorillado).
3. Acompañar las inferencias con las evidencias respectivas.
4. Señalar y escribir la palabra error y anotar continuación la apreciación correcta (evitar tachaduras o aplicación de corrector)
5. Procurar que la información sea importante y relevante.
6. Realizar anotaciones claras, concisas y completas.
7. Escribir con letra clara y con tinta indeleble.
8. Evitar dejar espacios en blanco porque pueden escribir en ellos algo que lo incrimine.

9. Cuidar la ortografía y evitar abreviaturas.
10. Anotar siempre la fecha y hora en que realiza el registro.
11. Escribir toda la información que proporcione al equipo sanitario.
12. Registrar cuando un usuario o su familia rechazan determinado cuidado o medida terapéutica.

## **Diagnóstico.**

“El diagnóstico es esencialmente un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o la comunidad ante problemas de salud, es una declaración del estado de una persona (respuesta humana) que las enfermeras son capaces y legalmente responsables de identificar” (Morritz, Iyer T y Tapich, B, p.1995).

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una “función intelectual compleja” (Iyer,1997 p.3), al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como los recursos existentes (capacidades).

Para realizar esta etapa se requiere de cuatro pasos fundamentales:

1. Razonamiento diagnóstico
2. Formulación de diagnóstico enfermeros y problemas interdependientes
3. Validación
4. Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes

## **Razonamiento diagnóstico**

Es la “aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas” (Alfaro, 1999 p.8). La enfermera(o) durante razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico.

Algunos autores sugieren hacer una clasificación de los datos “para dividir la información en clase concretas” (Iyer, 1997 p.96), este paso es indispensable siempre y cuando durante la valoración no se haya seguido un modelo enfermero para recolectar y organizar la información.

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

1. Realizar un listado de todos los datos significativos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales, que aporte la valoración incluyendo los recursos (capacidades).
2. Analizar y agrupar los datos significativos (indicios) que cree que se relacionan y realizar las deducciones correspondientes.
3. Comparar los datos significativos (subjetivos, objetivos, históricos y actuales) con los factores relacionados-riesgo y con las características definitorias de las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A.
4. Efectuar revaloración si existen dudas y lagunas de información.
5. Determinar si la enfermera (o) tiene “la autoridad para hacer el diagnóstico definitivo y ser el principal responsable” (Alfaro, 1999 p.89) de la predicción, prevención y tratamiento del problema (cuando la respuesta es SI es un diagnóstico enfermero si la respuesta es NO es un problema interdependiente).
6. Proceder a dar el nombre correspondiente a las respuestas humanas (diagnósticos enfermeros), y a las respuestas fisiopatológicas (problemas interdependientes).
7. Determinar los factores relacionados o de riesgo (etiología del problema).

Durante el razonamiento diagnóstico se puede cometer numerosos errores que conducen a juicios clínicos falsos y deficientes, estos en su mayoría obedecen a: la recolección incorrecta o incompleta de datos, por falta de una metodología durante la valoración, barreras en la comunicación, ocultación de información por parte del usuario, distracciones e interrupciones y carencia de habilidades para la entrevista y examen físico; también se deben a: la interpretación incorrecta de los datos al hacer

deducciones prematuras con poco sustento de datos significativos y por involucrar prejuicios personales; así mismo, la falta de conocimientos y de análisis son obstáculos para un razonamiento diagnóstico confiable; por consiguiente es recomendable la validación de los datos y la búsqueda de asesoría.

### **Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.**

Se requiere haber realizado la valoración y el razonamiento diagnóstico antes de iniciar con la formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes. También es preciso conocer las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A. y la estructura que deben tener los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes de acuerdo a sus características.

### **Diagnóstico enfermero.**

Es un “juicio clínico sobre la respuesta” (Alfaro, 1999 p.81) humana “de una persona, familia o comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales” (Luis, 1998 p.6), y de riesgo, en donde la enfermera (o) es responsable de su predicción prevención y tratamiento en forma independiente.

Para determinar cuándo un proceso vital o un problema de salud debe ser considerado como diagnóstico enfermero, es necesario contestar dos preguntas.

1. ¿La enfermera (o) tiene la autoridad para hacer el diagnóstico definitivo?
2. ¿La enfermera (o) es la principal responsable de la predicción prevención y tratamiento del problema?

En caso afirmativo sin lugar a duda se trata de un diagnóstico enfermero, en caso negativo nos encontramos ante un problema interdependiente, siendo ella la responsable del logro del resultado deseado, por lo tanto únicamente en los diagnósticos enfermeros deben utilizarse las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A.

## **Problema interdependiente o de colaboración.**

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

Los problemas interdependientes “se relacionan con la patología, con la aplicación del tratamiento prescrito por el médico y con el control de la respuesta a este como de la evolución de la situación patológica, lo que lo sitúa en el ámbito de la interdependencia con otro profesional, aunque nuestra atención siga centrada en el usuario” (Luis, 1998 p.6).

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

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

El diagnóstico enfermero real “describe la respuesta actual de una persona, una familia, o una comunidad y se apoya en la existencia de características definitorias, (datos objetivos y subjetivos)” (Luis, 1998 p.7), además de tener factores relacionados.

El diagnóstico enfermero de riesgo (potencial): “describe respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables” (Luis, 1998 p.7), no existen características definitorias (datos objetivos y subjetivos), solo se apoya en los factores de riesgo (etiología).

El diagnóstico enfermero de salud: “es un diagnóstico real que 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” (Luis, 1998 p.8).



Los problemas interdependientes se clasifican en reales y de riesgo. Cuando el problema se hace evidente a través de sus signos y síntomas, se trata de un problema interdependiente real, y si existen factores de riesgo pero aún no hay manifestaciones clínicas entonces se trata de un problema interdependiente de riesgo.

Hay que tener presente que los problemas interdependientes se refieren a respuestas fisiopatológicas y que deben redactarse con terminología médica.

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

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

El problema es la respuesta humana, los factores relacionados son la causa del problema (etiología), cuyo origen puede obedecer a trastornos “fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales” (Iyer, 1997 p.132) y los datos objetivos y subjetivos (características definitorias- sintomatología), son las evidencias del que el problema existe.

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

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

1997 p.132).

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

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

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

Para unir al problema a la etiología se recomienda utilizar las palabras secundario a: y para integrar la sintomatología a la formulación se emplean las palabras manifestado por.

### **Validación**

La validación consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, para lo cual se recomienda plantearse las siguientes preguntas:

1. La información recolectada del usuario-familia fue suficiente
2. El análisis y la agrupación de datos se hicieron en forma correcta
3. Las deducciones realizadas fueron acertadas.
4. La identificación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes fue correcta.

5. Para asignar el nombre a la respuesta humana se compararon los datos obtenidos con las características definitorias y factores relacionados de las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A.
6. Para asignar el nombre a la respuesta fisiopatológica se consultaron fuentes bibliográficas y a otros profesionales del área de la salud.
7. Los factores relacionados o de riesgo corresponden al problema que se identificó.
8. La estructura de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes se apegó a lo establecido.

Durante la validación, la enfermera (o) se debe consultar al usuario para corroborar que este en lo cierto, también es recomendable solicitar asesoría cuando no se reúnan los conocimientos o experiencias suficientes.

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.

## **Planeación**

Es la tercera etapa del proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes y que consiste en “la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo” (Iyer, 1997 p.157).

## **Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)**

La Clasificación de Intervenciones Enfermeras recoge las intervenciones de enfermería en consonancia con el diagnóstico enfermero, adecuadas al resultado que esperamos obtener en el paciente, y que incluyen las acciones que se deben

realizar para alcanzar dicho fin. La NIC utiliza un lenguaje normalizado y global para describir los tratamientos que realizan los profesionales de enfermería desde la base de que el uso del lenguaje normalizado no inhibe la práctica; sino que más bien sirve para comunicar la esencia de los cuidados de enfermería a otros y ayuda a mejorar la práctica a través de la investigación.

### **Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)**

La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), incorpora una terminología y unos criterios estandarizados para describir y obtener resultados como consecuencia de la realización de intervenciones enfermeras. Estos resultados representan los objetivos que se plantearon antes de efectuar estas intervenciones. También hace uso de un lenguaje estandarizado de cara a universalizar el conocimiento enfermero. Facilita la comprensión de resultados y la inclusión de indicadores específicos para evaluar y puntuar los resultados obtenidos con el paciente.

Su contenido favorece la optimización de la información para la evaluación de la efectividad de los cuidados enfermeros complementándose con la información aportada a través de otras clasificaciones.

Los pasos para realizar la Planeación son:

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

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

La priorización, siguiendo la jerarquía de las necesidades humanas de Maslow y Cálsh, resulta fácil cuando la enfermera (o) sigue el orden señalado por Alfaro:

Prioridad 1 problemas que amenazan la vida e interfieren con las necesidades fisiológicas.

Prioridad 2 problemas que interfieren con la seguridad y la protección

Prioridad 3 problemas que interfieren con el amor y la pertenencia

Prioridad 4 problemas que interfieren con la autoestima

Prioridad 5 problemas que interfieren con la capacidad para lograr objetivos personales.

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

#### Elaborar objetivos

Los objetivos son una parte indispensable dentro de la etapa de Planeación, ya que con ellos “usted mide el éxito de un plan determinado” (Alfaro, 1998 p. 121), al valorar el logro de los resultados. También permiten dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados, y “son factores de motivación” (Alfaro, 1998 p. 121) al generar numerosas acciones en las enfermeras (os).

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

1. Resultar del diagnóstico enfermero o problema interdependiente, es decir centrarse en dar solución al problema (objetivo final), y en “la modificación o desaparición de los factores causales del problema o de sus efectos” (Luis, 1998 p.9) (objetivo específico).
2. Estar dirigidos al usuario, familia o comunidad, porque en ellos se espera los resultados; también pueden referirse a una parte del organismo o a una función, como es el caso de algunos diagnósticos enfermeros, y cuando se tratan de problemas interdependientes.
3. Incluir verbos que se puedan observar y evaluar para tener la certeza de que se ha logrado el objetivo.
4. Ser claros y precisos con los siguientes elementos en su redacción: sujeto (persona), verbo (conducta), condición (circunstancias en que debe realizarse la conducta) y criterios de realización (tiempo y grado de tolerancia o dificultad para realizar la acción).
5. Haber involucrado al usuario y su familia, para perseguir el mismo fin y tener mayores posibilidades de éxito. En el caso de los objetivos para problemas interdependientes es conveniente la coparticipación de todos los integrantes del equipo sanitario, además del usuario y familia.
6. Utilizar un solo verbo (conducta) por cada objetivo
7. Ser realistas, es decir que consideren las capacidades físicas psicológicas y personales del usuario (s) par que se puedan alcanzar.
8. Considerar en los objetivos conductas de los dominios: cognitivo, efectivo y psicomotriz de acuerdo a las características del problema de salud.

#### Determinar acciones de enfermería

“Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos” (Iyer, 1997 p.186), y están encaminadas a tratar los factores relacionados o de riesgo del problema de salud señalado en el diagnóstico enfermero o problema interdependiente. En la determinación de dichas estrategias se emplea el pensamiento crítico para analizar la situación “problema” mediante cuestionamientos que conducen a la selección de acciones de enfermería

específicas.

Cuando el problema de salud es un diagnóstico enfermero, las preguntas a contestar son del 1 al 7 porque únicamente se necesitan acciones de enfermería independientes. En el caso de que el problema de salud corresponda a un problema interdependiente, se procede a contestar todas las preguntas por requerir tanto de acciones de enfermería independientes como interdependientes.

#### Cuestionamientos

- 1.Cuál es el problema
2. Cuáles son los factores relacionados o de riesgo
3. Que se debe valorar antes, durante y después de realizadas acciones de enfermería
4. Que acciones de enfermería específicas se tienen que alcanzar para prevenir o tratar la etiología del problema.
5. Que acciones de enfermería educativa se requieren
6. Cuales acciones de enfermería se tienen que incluir para consultar y derivar al usuario (s) al profesional de la salud adecuado y en qué momento
7. Que anotaciones de enfermería se deben realizar
8. Que acciones de enfermería derivadas de la prescripción médica están encaminadas a dar solución al problema y su etiología.

Los planes de cuidados de enfermería son documentos que contienen: el problema de salud encontrado (diagnóstico enfermero o problema interdependiente); objetivo (s), acciones de enfermería y evaluación. Existen 2 tipos de planes de acuerdo a sus componentes: para diagnósticos enfermeros y para problemas interdependientes; la diferencia entre ambos es que uno se refiere a una respuesta humana (diagnóstico enfermero), y el otro a una respuesta fisiopatológica (problema interdependiente): y que las funciones interdependientes de enfermería únicamente se incluyen en los planes de cuidados para problemas interdependientes.

Características de los planes de cuidados: La *individualidad*, es decir cada plan debe

responder a problemas y factores relacionados-riesgo específicos, la *participación* del usuario, familia y comunidad en su elaboración; la actualización con respecto a los cambios del usuario y los avances de la enfermería como disciplina científica; la *fundamentación* científica de la acciones con fines didácticos y ser *fuentes de comunicación* entre los profesionales de enfermería.

Documentación de plan de cuidados.

Es el registro que la enfermera (o) realizan de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permiten guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados.

De acuerdo con su registro los planes de cuidados pueden ser: individualizados cuando se utiliza un formato dividido en columnas en donde la enfermera (o) procede a escribir el diagnóstico enfermero-problema interdependiente, objetivos, acciones de enfermería y evaluación; estandarizados, 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” (Iyer, 1997 p.210), que después de introducir información del usuario, familia y comunidad ofrecen los planes de cuidados respectivos.

## **Ejecución.**

Es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que se ha elaborado los planes cuidados “y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados” (Iyer, 1997 p.224).

Pasos de la ejecución preparación.

- Preparación.
- Intervención.
- Documentación.



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

1. Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario y que sean “compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria” (Iyer, 1997 p.225), haciéndose necesaria la revaloración.
2. Analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarios para realizar las actividades planeadas, en caso de no ser así, es indispensable solicitar asesoría.
3. Tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería.
4. Reunir el material y equipo necesario para llevar a cabo cada intervención.
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” (Alfaro, 1999 p.160).

### Intervención

Posterior a la fase de preparación pueden llevarse a cabo las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes planeadas que incluyen; la valoración: “la prestación de cuidados para conseguir los objetivos” (Iyer, 1998 p.231); la educación del usuario, familia y comunidad, y “la comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria” (Iyer, 1998 p.231).

Es fundamental considerar las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario durante la ejecución de las acciones de enfermería para logra su participación e independencia.

Como las respuestas humanas y fisiopatológicas son cambiantes, es precisa la revaloración del usuario, familia y comunidad para estar seguros de que las intervenciones de enfermería son las apropiadas. Cada acción de enfermería debe

ser el resultado de una valoración y de la aplicación del pensamiento crítico, por consiguiente el termino RUTINA es inadecuado, cuando se emplea la metodología del proceso enfermero.

En cada intervención de enfermería “usted es tan responsable de los resultados emocionales como de los resultados físicos” (Alfaro, 1999 p.164), por lo que es necesaria actuar siempre “con pleno conocimiento de los principios y razones observando atentamente la respuesta” (Alfaro, 1999 p.163) del usuario y familia.

### Documentación

Es el registro que realiza la enfermera o en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del usuario y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud.

Son propósitos de los registros de enfermería: mantener informados a otros profesionales del área de la salud sobre datos de valoración del usuario cuidados proporcionados y las respuestas del usuario-familia; “ser base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados” (Alfaro, 1999 p.166); respaldar legalmente las actuaciones de la enfermera (o) servir para estimar “el pago de los servicios prestados” (Alfaro, 1999 p.166).

Existe gran diversidad en los registros de enfermería por obedecer a requisitos particulares de cada unidad de atención para el cuidado de la salud: sin embargo estos deben reunir ciertas características universales como son: fecha y hora; datos de valoración, intervenciones de enfermería; resultados obtenidos y nombre-firma de la enfermera (o). Así mismo las notas deben ser concisas, claras, completas, legibles, relevantes y oportunas.

### **Evaluación**

Corresponde a la quinta y última etapa del método de trabajo enfermero, sin

embargo, existe a lo largo de las etapas anteriores, ya que permite la reorientación de las intervenciones e incluso el replanteamiento de las hipótesis de trabajo o inferencias elaboradas por la enfermera, esta etapa suele comparar, por una parte, los resultados definitivos de la aplicación del plan de cuidados a la persona y, por la otra, los objetivos (Iyer, P y Tapich, P. 1995).

Puntuar el estado de un paciente individual para los indicadores seleccionados puede ayudar a la enfermera a determinar la puntuación global del paciente para el resultado (Puntuación diana).

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

La evaluación en el proceso enfermero es útil para: “determinar el logro de los objetivos; identificar las variables que afectan, decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado” (Alfaro, 1999 p.182), por consiguiente es necesario la valoración del usuario, familia y comunidad para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos.

Cuando los resultados no son los esperados o simplemente no hay una respuesta satisfactoria, la enfermera (o) debe revisar cada una de las etapas del proceso, detectar posibles fallas y proceder a corregirlas. Para el desarrollo de esta actividad “la enfermera y el paciente deben determinar el progreso o la falta de progreso hacia la realización de sus metas” (Leddy, 1989 p.263) en forma conjunta; identificando obstáculos y estrategias.

La evaluación es compleja; sin embargo al emplear la metodología del proceso enfermero se facilita por ser sistemática y continua, ya que “brinda una base cognoscitiva para la práctica autónoma” (Leddy, 1989 p.266) de la enfermería y requiere de la interrelación con el usuario y su familia.

## **Teoría del autocuidado de Dorothea E. Orem**

### **Fuentes teóricas**

Orem (2001) estableció: <<La enfermería pertenece a la familia de los servicios sanitarios que se organizan para prestar asistencia directa a personas con necesidades legítimas de diferentes formas de atención directa por sus estados de salud o por la naturaleza de sus necesidades de asistencia sanitaria>>. Como otros servicios sanitarios directos, la enfermería tiene funciones sociales e interpersonales que caracterizan a las relaciones de ayuda entre quienes necesitan la asistencia y quienes la prestan. Lo que diferencia estos servicios sanitarios de otros es el servicio de ayuda que ofrece. La teoría enfermera del déficit de autocuidado de Orem ofrece una conceptualización del servicio de ayuda característico que presta la enfermería.

Antes, Orem reconoció que si la enfermería tenía que avanzar como un campo de conocimiento y como un campo de práctica, se necesitaba un cuerpo de conocimientos enfermeros estructurado y organizado. Desde mediados de la década de 1950, cuando propuso por primera vez una definición de enfermería, hasta poco antes de su muerte, Orem se dedicó a desarrollar una estructura teórica que sirviera de marco organizador para este cuerpo de conocimientos.

La principal fuente de ideas sobre enfermería para Orem fueron sus experiencias en enfermería. A través de la reflexión sobre situaciones de la práctica enfermera, pudo identificar el objeto o foco real de la enfermería. La pregunta que siguió el pensamiento de Orem (2001) fue << ¿En Qué estado esta una persona cuando se decide que una enfermera o enfermeras intervengan en la situación? El estado que indica la necesidad de asistencia enfermera es < la incapacidad de las personas de proporcionarse por sí mismas y continuamente el autocuidado de calidad y cantidad necesario según las situaciones de la salud personal> (Orem, 2001, p.20). Es el objeto o foco real el que determina el dominio y los límites de la enfermería, como un campo de conocimiento y como un campo de práctica. La especificación del objeto real de la enfermería marca el inicio del trabajo teórico de Orem. Los esfuerzos de

Orem, trabajando individualmente y con otras compañeras, condujeron al desarrollo y perfeccionamiento de la teoría enfermera del déficit de autocuidado (TEDA). La TEDA está formada por diversos elementos conceptuales y tres teorías que especifican las relaciones entre estos conceptos y es una teoría general, <una que ofrece una explicación descriptiva de la enfermería en todos los tipos de situaciones practicas> (Orem, 2001, p.22).

Además de sus experiencias en situaciones de la práctica enfermera, Orem estaba muy versada en la bibliografía y el pensamiento de la enfermería. Su asociación con las enfermeras a lo largo de los años aportó numerosas experiencias formativas. La autora consideraba su trabajo con estudiantes licenciados y su colaboración con otras compañeras como valiosos compañeros. Orem citó el trabajo de otras muchas enfermeras en cuanto a sus contribuciones a la enfermería, como Abdellah, Henderson, Jhonson, King, Levine, Nightingale, Orlando, Peplau, Riehl, Rogers, Roy, Travelbee y Wiedenbach, entre otras.

La familiaridad de Orem con la bibliografía no se limitó a la enfermera. En su discusión de varios temas relacionados con la enfermería, Orem citó a autores de otras disciplinas. En las ideas y posturas de Orem puede verse la influencia de expertos como Allport (1955), Arnold (1960), Batnard (1962), Fromm (1962), Herre (1970), Macmurray (1957, 1961), Maritain (1959), Parsons (1949, 1951), Plattel (1965) y Wallace (1979, 1996). La familiaridad con estas fuentes ayuda a conocer más y mejor la obra de Orem.

Para la TEDA de Orem es fundamental el sistema filosófico del realismo moderado. Banfield (1997) realizó una investigación filosófica para explicar las bases del trabajo de Orem. Esta investigación mostró la coherencia entre las visiones de Orem respecto a la naturaleza de la realidad, la naturaleza de los seres humanos y la naturaleza de la enfermería como una ciencia, y las ideas y posturas asociadas a la filosofía del realismo moderado. Taylor, Geden, Isaramalai y Wongvatunyu (2000) también analizaron los principios filosóficos de la TEDA.

Según la postura realista moderada, existe un mundo independiente de los pensamientos del conocedor. Aunque la naturaleza del mundo no está determinada por los pensamientos del conocedor, es posible obtener conocimientos sobre el mundo.

Orem no estudió específicamente la naturaleza de la realidad; sin embargo, las afirmaciones y frases que utiliza reflejan una postura realista moderada. La ontología de la TEDA se basa en cuatro categorías de entidades postuladas (OREM, 2001, p.141). Estas cuatro categorías son:

- personas en localizaciones de espacio-tiempo,
- atributos o propiedades de estas personas,
- movimiento o cambio y productos llevados a cabo.

Respecto a la naturaleza de los seres humanos, <la visión de los seres humanos como seres dinámicos, unitarios, que viven en sus entornos, que están en proceso de conversión y que poseen libre voluntad, así como otras cualidades humanas esenciales> es el fundamento de la TEDA (Banfield, 1997, p.204). Esta postura, que refleja la filosofía del realismo moderado, puede verse en la obra de Orem.

Orem (1997) identificó <cinco amplias visiones de los seres humanos, necesarias para desarrollar el conocimiento de los constructos conceptuales de la teoría enfermera del déficit de autocuidado y para comprender los aspectos interpersonales y sociales de los sistemas enfermeros> (p.28). Son la visión de:

- I. persona,
- II. agente,
- III. usuario de símbolos,
- IV. organismo,
- V. objeto.

La visión de los seres humanos como persona refleja la postura filosófica del realismo moderado; esta postura relacionada con la naturaleza de los seres humanos es fundamental en la obra de Orem. La autora afirmaba que adoptar una

visión particular para cierto objetivo práctico no invalida la postura de que los seres humanos sean seres unitarios (Orem, 1997, p.31).

### **Utilización de pruebas empíricas**

Como ciencia práctica, el conocimiento enfermero se desarrolla para informar a la práctica enfermera. Orem (2001) afirmó: <La enfermería es una misión práctica, pero una misión práctica realizada por personas con un conocimiento especializado de enfermería teórica, con capacidades desarrolladas para aplicar este conocimiento a situaciones concretas de la práctica de enfermería (p.161). La provisión de la atención enfermera se produce en situaciones concretas. A medida que las enfermeras intervienen en situaciones de la práctica enfermera, utilizan sus conocimientos de la ciencia enfermera para dar su significado a las características de la situación, hacer juicios sobre qué puede y debe hacerse y diseñar e implementar sistemas de cuidados enfermeros. Desde la perspectiva de la TEDA, los resultados enfermeros deseados incluyen satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico del paciente y/o regular y desarrollar la actividad de autocuidado del paciente.

Los elementos conceptuales y las tres teorías específicas de la TEDA son abstracciones sobre las características comunes a todas las situaciones de la práctica enfermera. La TEDA se desarrolló y se mejoró a través del uso de procesos intelectuales que se centraron en situaciones de la práctica enfermera. Por ejemplo, Orem reflexionó sobre sus experiencias de la práctica enfermera para identificar el objetivo real de la enfermería. En su trabajo relacionado con la TEDA, el Nursing Development Conference Group (1979) inició un análisis de casos de enfermería y procesos de razonamiento analógico. En homenaje a Orem, Allison (2008) habla del Nursing Development Conference Group y dice que <estas enfermeras se juntaron porque tenían interés y deseos de comprometerse a examinar situaciones de la enfermería para formalizar vías de pensamientos sobre enfermería que creían eran descriptivas de la enfermería y contribuirían al conocimiento teórico, gran parte del cual se ha incorporado a la mejora continuada de la teoría; sin embargo, los puntos

básicos de la teoría permanecen intactos.

### **Principales supuestos**

Los supuestos básicos de la teoría general se formalizaron a principios de la década de 1970 y se presentaron por primera vez en la escuela de enfermería de la Marquette university en 1973. Orem (2001) identifica las cinco premisas subyacentes en la teoría general de la enfermería:

- 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.
- 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.
- Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y los demás, haciendo de la sostenibilidad de la vida los estímulos reguladores de las funciones.
- 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.
- Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas se agrupan las tareas y asignan las responsabilidades para ofrecer cuidados a los miembros del grupo que experimentan las privaciones, con el fin de ofrecer estímulos requeridos, deliberados, a uno mismo y a los demás (p.140).

Orem planteó presuposiciones y propuestas para la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas enfermeros. Estos elementos constituyen la expresión de las teorías que se resumen a continuación

### **Teoría de Dorotea E. Orem**

Dorothea Orem (1971) desarrollo una definición de enfermería que subraya las



necesidades de autocuidado del cliente. Orem define el autocuidado como una actividad aprendida, orientada al objetivo, consistente en el propio interés por mantener la vida, la salud, el desarrollo y el bienestar. Orem (1991) describe su filosofía de la enfermería de esta forma:

La enfermería tiene un compromiso especial con las necesidades del hombre de realizar acciones de autocuidado, y con la prestación y la gestión de estas, de forma continua, para mantener la vida y la salud, recuperarse de la enfermedad o las lesiones y afrontar sus efectos. El autocuidado es una necesidad de cualquier persona, hombre, mujer o niño. Cuando no se mantiene el autocuidado se producirá el malestar, la enfermedad o la muerte. Algunas veces las enfermeras gestionan y mantienen continuamente el autocuidado necesario de personas que están totalmente incapacitadas. En otras circunstancias, las enfermeras ayudan a las personas a mantener el autocuidado necesario realizando algunas, aunque no todas las actividades necesarias del cuidado, supervisando a otros que ayudan a los clientes, e instruyendo y guiando a los individuos a medida que avanzan gradualmente hacia el autocuidado.

### **Afirmaciones teóricas**

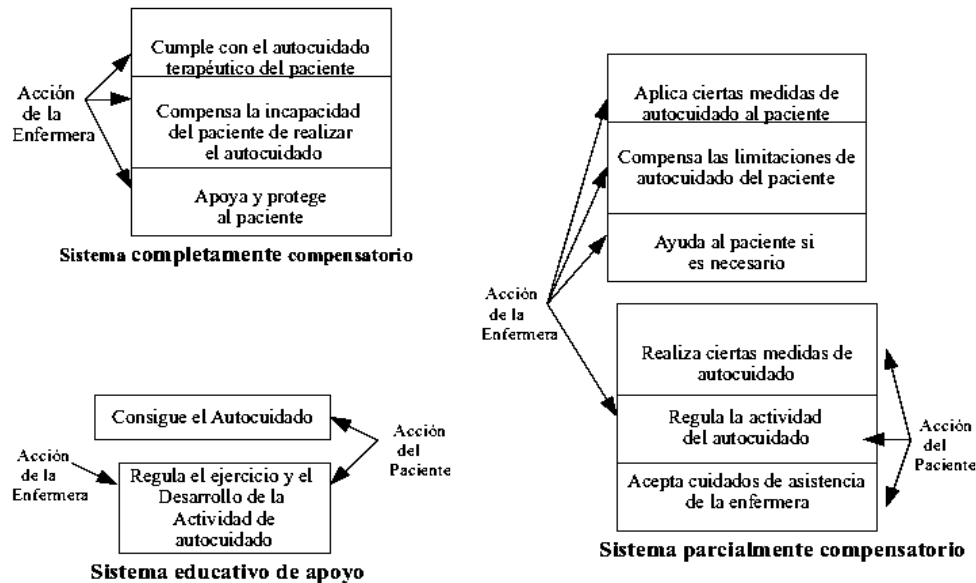
Presentada como una teoría general de la enfermería, que representa una imagen completa de la enfermería, la TEDA se expresa mediante tres teorías:

1. Teoría de sistemas enfermeros.
2. Teoría de déficit de autocuidado.
3. Teoría de autocuidado.

Las tres teorías constituyentes, tomadas conjuntamente y en relación, constituyen la TEDA. La teoría de los sistemas enfermeros es la teoría unificadora, e incluye todos los elementos esenciales. Comprende la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de autocuidado. La teoría del déficit de autocuidado desarrolla la razón por la cual una persona se puede beneficiar de la enfermería. La teoría del autocuidado sirve de fundamento para las demás, y expresa el objetivo, el método y los resultados de cuidarse a uno mismo.

## Teoría de los sistemas enfermeros

La teoría de los sistemas enfermeros señala que la enfermería es una acción humana; sistemas enfermeros son sistemas de acción formados (diseñados y producidos) 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. Las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación. Los sistemas enfermeros básicos se organizan según la relación entre la acción del paciente y la de la enfermera:



Los sistemas enfermeros pueden ser elaborados para personas, para aquellos que constituyen una unidad de cuidados dependiente, para grupos cuyos miembros tienen necesidades terapéuticas de autocuidado con componentes similares o limitaciones similares que les impiden comprometerse a desempeñar un autocuidado o el autocuidado dependiente, y para familias u grupos multipersonales.

## Teoría del déficit de autocuidado

La idea central de la teoría del déficit de 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 la 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. También tienen limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay que controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función o de la persona dependiente de ellos.

El déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado. Es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudaran a comprender el papel del paciente en el autocuidado.

### **Teoría del autocuidado**

El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben, deliberadamente, llevar a cabo por si solar o haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrecen la base para entender los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería. El autocuidado como función reguladora del hombre se distingue de otros tipos de regulación de funciones y de desarrollo humano, como la regulación neuroendocrina. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus periodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales. La teoría del autocuidado también se amplía con la teoría del autocuidado dependiente en la que se expresan el objetivo, los métodos y los resultados del cuidado de los otros.

## **Modelo de autocuidado de Orem**

El Modelo de Orem (1985) analiza la capacidad de cada individuo para ocuparse de su persona, lo cual se define como “la práctica de actividades que los individuos llevan a cabo por su cuenta para mantener la vida, salud y el bienestar. La capacidad de cuidar de sí mismo corresponde al *autocuidado*, en tanto que al cuidado proporcionado por otros se define como cuidado dependiente. Según el modelo de Orem, la meta de la enfermería consiste en ayudar a las personas en hacer frente a sus propias necesidades de autocuidado terapéutico.

Orem identifica tres tipos de sistemas de enfermería:

- ⤴ Totalmente compensatorio, donde la enfermera compensa la incapacidad total del paciente de ocuparse de sí mismo.
- ⤴ Parcialmente compensatorio, en la cual la enfermera compensa la incapacidad parcial del paciente.
- ⤴ De apoyo educativo, donde la enfermera ayuda al paciente a tomar decisiones y adquirir habilidades y conocimientos.

El modelo de autocuidado de Orem ha suscitado considerable interés entre los investigadores. Por ejemplo:

- Ailinger y Dear (1997) lo aplicaron para estudiar las necesidades de los pacientes con artritis reumatoide.
- Page y Ricard (1996) realizaron un estudio para describir los requisitos de autocuidado de mujeres tratadas contra la depresión.
- Aish e Isenberg (1996) exploraron el efecto de la atención de enfermería en el autocuidado nutricional entre pacientes con infarto miocárdico.

## **Diabetes Mellitus**

De acuerdo a la Guía Para Pacientes Diabéticos de la Secretaría de Salud (2008), La diabetes es una alteración del metabolismo, caracterizada por el aumento de los

niveles de glucosa en sangre (hiperglucemia), causada por un defecto (complejo) de la secreción o acción de la hormona: insulina. Esta se produce en unas formaciones especiales que se encuentran en el páncreas: los islotes de Langerhans.

Durante la digestión se descomponen los alimentos para crear glucosa, la mayor fuente de combustible para el cuerpo. Esta glucosa pasa a la sangre donde la insulina le permite entrar a las células. (La insulina es una hormona segregada por el páncreas, una glándula grande que se encuentra detrás del estómago.)

La insulina, a su vez, actúa como llave que abre las puertas de las células en los músculos, el tejido graso y el hígado, permitiendo la entrada de la glucosa para su metabolismo y producción de energía; lo que permite mantener la funciones de los órganos; disminuyendo, por tanto, su nivel en la sangre.

De acuerdo al boletín de práctica efectiva Diabetes Mellitus tipo II de la Secretaría de Salud (2006), **Diabetes Mellitus tipo 2**: representa el 90% de los casos de diabetes en el país. Es ocasionada por resistencia a la acción de la insulina y por falla de las células  $\beta$ . Estos dos trastornos suceden simultáneamente y se manifiestan de manera variable en cada persona que la padece.

Los factores de riesgo asociados con la **DM2** incluyen los siguientes

- Historia familiar de **DM2**
- Edad, sobre todo en personas mayores de 45 años
- Obesidad, sobre todo en personas con aumento en la circunferencia abdominal
- Antecedentes de diabetes gestacional o de haber tenido productos que pesaron más de 4 kg al nacer.
- Dislipidemia
- Sedentarismo

Criterios para el diagnóstico

- Síntomas típicos de diabetes (poliuria, polidipsia y pérdida de peso por causa desconocida), acompañado de glucemia plasmática casual > 200 mg/dl.
- Glucosa plasmática en ayuno > 126 mg/dl.

- Glucosa plasmática a las 2 horas durante la prueba de tolerancia a la glucosa oral > 200 mg/dl, utilizando 75 gr de glucosa anhidra disuelta en agua.

## **Complicaciones de la Diabetes**

Las **complicaciones agudas** son el resultado directo de anomalías en el nivel de glucosa en sangre que determinan cuadro de hiperglucemia o hipoglucemia.

### **Hipoglucemia**

El cuadro de hipoglucemia se presenta cuando existe un desequilibrio entre la utilización de la glucosa y su ingreso a la circulación.

#### **Causas**

Exceso de medicación, principalmente insulina y sulfonilureas, exceso de actividad física, disminución o retardo en la alimentación, uso concomitante de alcohol, medicaciones asociadas con sulfonilureas como los salicilatos, betabloqueadores, dicumarínicos, sulfamidas o insulina.

#### **Cuadro clínico**

Los síntomas iniciales son debidos a la respuesta adrenérgica; ansiedad, inquietud, irritabilidad, palpitaciones, taquicardia, palidez, debilidad, temblor, hambre, diaforesis, etc. Si la hipoglucemia no se corrige, aparecen los síntomas de neuroglucopenia que van desde cefalea, confusión, somnolencia, irritabilidad, comportamiento extraño, disminución de la atención, hasta cambios en el comportamiento con pérdida de la conciencia, convulsiones y focalidad neurológica.

## **Clasificación**

Asintomática. Es solo bioquímica sin síntomas.

Leve. Necesidad de alimento, sin alteración neurológica y el paciente puede tratarla.

Moderada. Presenta alteración motora, confusión o alteración conductual, puede requerir la ayuda de otra persona.

Severa o coma hipoglucémico. Cursa con coma, convulsiones o alteración neurológica grave que impiden al paciente auto tratarse, requiere siempre de ayuda de otra persona e incluso tratamiento hospitalario de urgencia.

## **Tratamiento**

Varía de acuerdo con el grado de compromiso. Con síntomas leves o moderados se recomienda la ingesta de carbohidratos de absorción rápida como: líquidos azucarados, miel de abejas, azúcar o confites. Para el tratamiento de la hipoglucemia severa con compromiso mental se utiliza la inyección de glucagón, 1mg subcutáneo o intramuscular, o un bolo de 100 cc de glucosa al 10% intravenoso.

## **Complicaciones**

La hipoglucemia puede cursar con algunas complicaciones tales como: precipitación de un accidente cardiovascular agudo como ángor, infarto agudo del miocardio, isquemia periférica de miembros inferiores o cerebrovascular (ACV), aparición de hemorragias retinianas en pacientes con retinopatía diabética previa, encefalopatía hipoglucémica o daño neurológico permanente por episodios severos repetidos, síndrome de hiperglucemia posthipoglucemia por respuesta contrarreguladora ante la hipoglucemia. (Brant, 2003 p.287)

## **Hiperglucemia**

Los síntomas iniciales de la hiperglucemia son polidipsia, poliuria, fatiga y visión borrosa, si esta no se corrige, finalmente conduce a cetoacidosis diabética o coma

hiperosmolar no cetósico.

### **Cetoacidosis diabética (CAD)**

Se relaciona con situaciones de estrés y es definida como un estado incontrolado de catabolismo activado por deficiencia relativa o absoluta de insulina circulante; se acompaña de elevación recíproca de las hormonas contrarreguladoras como el glucagón, epinefrina, hormona del crecimiento y cortisol, lo que hace que el hígado aumente la producción de glucosa y el catabolismo de las grasas.

Las **causas** más comunes son: presentación de *novo* de la diabetes, infecciones, omisión o disminución de la dosis de medicamentos, enfermedades graves concomitantes (infarto del miocardio, cirugías mayores, trauma importante, estrés, etc.) uso de esteroides, tiacidas.

### **Cuadro clínico**

El paciente con cetoacidosis presenta marcada deshidratación, con sed, poliuria, astenia y Polipnea. En muchas ocasiones se producen náuseas y vómitos inducidos por la cetosis, pérdida de peso, hipotensión, dolor abdominal, piel caliente y seca, olor cetósico en la respiración por la eliminación de la acetona por el pulmón y en casos más avanzados el paciente llega confuso o inconsciente.

### **Tratamiento**

Se basa en tres objetivos fundamentales

Corregir el trastorno hidroelectrolítico con reposición de líquidos e iones: la aplicación de suero es parte fundamental del tratamiento. Corregir el trastorno metabólico con reposición de insulina, se refiere a tratar los factores precipitantes. Observar medidas generales.



## **Complicaciones**

Choque por depleción de volumen, acidosis marcada, sepsis, infarto agudo del miocardio. Infección, trombosis vascular, edema cerebral, hipoglucemia por monitorización inadecuada. (Brant, 2003 p.289)

## **Coma hiperosmolar**

Es una descompensación hiperglucémica hiperosmolar no cetósica. Característica de la DM2, sobre todo en mayores de 65 años, que se presenta en 50% de los casos como primer episodio sintomático en individuos sin diagnóstico previo. Se caracteriza por hiperglucemia grave, generalmente superior a 600 mg/dl, glucosuria, osmolaridad, a 350 mOsm/L, deshidratación intensa, sin cetoacidosis.

El coma hiperosmolar, se debe a déficit insulínico que origina hiperglucemia, diuresis osmótica y con ello deshidratación e incluso coma, pero sin cetosis ya que los niveles de insulina son suficientes para impedir la formación de cuerpos cetónicos.

## **Tratamiento**

El tratamiento es similar a la cetoacidosis, es más importante la fluidoterapia ya que el déficit total de líquidos es mayor y la cantidad a reponer es superior entre 150 a 200 ml/kg peso, para lo cual requiere cuidadosa monitorización de la presión venosa centra, con medición de diuresis para evitar la sobrecarga de volumen, sobre todo en pacientes ancianos o con patología cardiovascular.

## **Complicaciones**

Las más frecuentes son de origen trombótico (arterial periférica, mesentérica y coagulación intravascular diseminada). (Brant, 2003 p.291)

## **Retinopatía Diabética**

La retinopatía, la nefropatía y la neuropatía son complicaciones relativamente específicas de la DM y se caracterizan por cambios endoteliales patológicos, como engrosamiento de la membrana basal y mayor permeabilidad vascular.

La retina es la estructura afectada con mayor frecuencia e importancia, tanto el segmento anterior (cornea, cristalino e iris) como el nervio óptico y los nervios oculomotores pueden verse afectados.

La retinopatía se presenta prácticamente en todos los diabéticos después de 30 años de evolución, 95% tienen algún grado de retinopatía, pero solo el 30% esta avanzara a estados más graves y ceguera. La retinopatía diabética evoluciona en tres fases correlativas, progresivamente de peor pronóstico.

### **Retinopatía no proliferativa**

Predominan las alteraciones de la permeabilidad vascular, se caracteriza por los microaneurismas, hemorragias y exudados duros, también se puede apreciar edema macular. Estas lesiones no comprometen la visión e excepción del edema macular y los exudados localizados en o cerca de la macula. (Brant, 2003 p.294)

Microaneurismas. Se observan como pequeños puntos rojos de bordes regulares que corresponden a aneurismas capilares.

Hemorragias. Algunas pequeñas pueden rodear a los microaneurismas otras más grandes pueden localizarse en la capa plexiforme externa por presión de tejido nervioso circundante de forma redonda y límites irregulares.

Exudados duros. Son depósitos intraretinianos de lípidos, de bordes nítidos, aislados o en grupos.

Exudados blandos (alodonosos) que corresponden a infartos en la capa de fibras nerviosas; el edema asociado da el aspecto de bordes indefinidos. (Uribe, 1998)

p.694).

### **Retinopatía preproliferativa**

Caracterizada por exudados algodonosos, anomalías venosas con duplicaciones, tortuosidades, anomalías arteriales como oclusiones, estrechamientos y capilares como dilataciones y tortuosidades.

### **Retinopatía proliferativa**

Es una neoformación de vasos en retina y humor vítreo, crecimiento de vasos insertados en superficie hialoidea del vítreo o hemorragias vítreas, y posteriormente esta hemorragia puede producir fibrosis y secundariamente desprendimiento de retina.

La clínica se caracteriza por: cuerpos flotantes o luces brillantes en el campo visual en la hemorragia vítrea o en el desprendimiento de retina, dolor ocular intenso en el ataque agudo de glaucoma, reducción tubular del campo visual en el glaucoma crónico.

### **Tratamiento**

El tratamiento de la retinopatía se puede dividir en dos tipos, el primero es el preventivo, con el cual se ha demostrado que depende del control estricto de la glucosa, lo que retarda la su progresión en un 50 a 75%. El segundo es el tratamiento fundamental de la retinopatía ya establecida; que es la fotocoagulación con láser, aislada o en rejilla panfotocoagulación. (Brant, 2003 p.295)

### **Nefropatía Diabética**

Es la primera causa de falla renal en la mayoría de los países. Los pacientes con DM1 son los que tiene mayor riesgo de padecerla, la cual afecta aproximadamente a 30% de ellos. En el caso de DM2, la probabilidad es 1<sup>o</sup> veces menor.

## **Factores de Riesgo**

Antecedentes familiares de hipertensión, hermanos con nefropatía diabética, antecedentes de tabaquismo, antecedentes de control glucémico deficiente.

El primer cambio morfológico que se observa en los riñones es el engrosamiento de la membrana basal glomerular, posteriormente se encuentra un engrosamiento del mesangio. Todas estas lesiones llevan a una pérdida de la superficie de filtración glomerular. El deterioro de la función renal en el diabético es un proceso progresivo en el tiempo que se manifiesta clínicamente en varios estadios.

Estadio I y II Hiperfiltración y renomegalia: se observa en diabéticos recién diagnosticados, en quienes existe un aumento del filtrado glomerular que puede llegar hasta 140% de los valores normales. Se observa hipertrofia renal, seguida de aumento en el grosor de la membrana glomerular.

Estadio III lesiones glomerulares tempranas o nefropatía diabética incipiente: está definida por la aparición de microalbuminuria, luego de los primeros cinco años del diagnóstico.

Estadio IV Nefropatía clínica, microalbuminuria y falla renal: en esta etapa aumenta la excreción de albumina que es inicialmente selectiva, pero luego se pierde esta selectividad, se pierde todo tipo de proteínas y llega a una fase de proteinuria que puede ir hasta un síndrome nefrótico con gran pérdida de proteínas diarias.

Estadio V Insuficiencia o falla renal: se define por los niveles de creatinina plasmática > 2 mg/dl. Hay elevación de la tensión arterial, la retinopatía siempre está presente y la afección cardiovascular es muy frecuente. (Brant, 2003 p.296)

## **Tratamiento**

Las medidas terapéuticas para la nefropatía diabética son: control de la glucemia, de la hipertensión arterial, de la hiperlipidemia, restricción proteica en la dieta, empleo de inhibidores de la ECA; evitar el tabaquismo, la infección urinaria y en etapas avanzadas: diálisis peritoneal y trasplante renal. (Asociación de medicina interna de

México 1998 p.549)

### **Neuropatía Diabética**

Es un término descriptivo que denota un trastorno demostrable, clínicamente evidente o subclínico, que ocurre en la diabetes Mellitus sin otras causas de neuropatía periférica. Existen factores predisponentes para el desarrollo de neuropatía diabética: diabetes prolongada, hiperglucemia crónica, talla alta, obesidad, tabaquismo, alcoholismo, hipertensión arterial, hiperlipidemia, insuficiencia renal, diálisis peritoneal y hemodiálisis.

Los signos objetivos de la neuropatía son la ausencia de reflejos osteotendinosos y la disminución del sentido de vibración. (Asociación de medicina interna de México 1998 p.549)

### **Diagnostico**

El interrogatorio se centra en: calambres, parestesias, dolor en las extremidades inferiores, falta de adaptación visual a la oscuridad. La exploración física debe contemplar sensibilidad térmica, dolorosa, vibratoria y profunda así como también fuerza muscular. (Brant, 2003 p.300)

### **Tratamiento**

El tratamiento preventivo a través del control adecuado de la glucemia es el aspecto más importante para evitar o retrasar el desarrollo de complicaciones. (Asociación de medicina interna de México 1998 p.549)

### **Pie diabético**

De acuerdo a Guía práctica clínica Prevención Diagnostico Y Tratamiento Del Pie Diabético de la Secretaria de Salud (2008).

El pie diabético, en particular, se define como la infección, la ulceración y la destrucción de los tejidos profundos, asociadas con anormalidades neurológicas (pérdida de la sensibilidad al dolor) y vasculopatía periférica de diversa gravedad en las extremidades inferiores. (OMS, 844,1994:81)

### **Factores asociados con un incremento en el riesgo de desarrollar pie diabético generales**

- Mal control glucémico (hiperglicemia persistente o hemoglobina glicosilada mayor de 7%)
- Tabaquismo
- Sedentarismo
- Tiempo de evolución de la diabetes mayor de 5 años
- Enfermedad vascular periférica.
- Neuropatía periférica.
- Ceguera o pérdida visual.
- Enfermedad renal crónica.
- Edad mayor de 40 años

### **Locales**

- Deformidad estructural del pie.
- Trauma y uso de zapatos inapropiados.
- Hiperqueratosis (callosidades).
- Historia previa de ulceración y/o amputación.
- Presión elevada o prolongada del pie.
- Movilidad articular limitada.

### **Prevención primaria, estilo de vida, informe al paciente**

- Los factores de riesgo que intervienen en la aparición de complicaciones en el pie.

- La importancia de la autoexploración y el examen clínico como intervenciones para la detección oportuna de las complicaciones en el pie. La revisión del pie por un profesional de la salud deberá ser por lo menos una vez al año.
- La importancia de usar el calzado adecuado.
- Los beneficios potenciales de un buen control de la glucosa y de la práctica habitual de ejercicio para disminuir la aparición de complicaciones en el pie.

## **Prevención secundaria**

### **Historia Clínica**

Realice una historia clínica completa e identifique los factores de riesgo del paciente, estos incluyen anomalías en el pie, hiperqueratosis (callosidades) presencia de úlcera, o antecedentes de ulceración, pérdida de la sensibilidad y presencia de enfermedad vascular.

### **Exploración física**

La autoexploración y el examen clínico del pie incrementan la posibilidad de detectar a tiempo factores de riesgo y complicaciones en el pie, por lo que deben realizarse en todos los pacientes. Se recomienda la inspección y autoexploración diaria del pie y la evaluación clínica cuando menos una vez al año.

### **Diagnóstico**

Los métodos para la evaluación de una anomalía o complicación en el pie incluyen el examen clínico y la clasificación del pie en alto o bajo riesgo de ulceración. **Alto riesgo** si presenta cualquier dato siguiente: úlcera previa, pérdida de la sensibilidad, deformidad en el pie por compromiso circulatorio, o que no tenga

autocuidado del pie. **Bajo riesgo** se considera la ausencia de los factores de riesgo mencionados.

Para la clasificación, el médico se puede ayudar con la glucosa sérica, la hemoglobina glicosilada, el examen general de orina y los estudios de imagen.

## **Glibenclamida**

**Farmacodinamia:** La glibenclamida disminuye la concentración de glucosa en sangre al estimular la liberación de insulina desde las células betas pancreáticas tanto en sujetos sanos como en paciente con diabetes Mellitus no insulino dependiente (tipo 2). Este efecto entra en funcionamiento al interactuar con la glucosa (mejorando la respuesta de las células betas pancreáticas ante el estímulo fisiológico de la glucosa). También se ha reportado que la glibenclamida tiene efectos extra pancreáticos ya que reduce la producción de glucosa hepática y aumenta la unión y la sensibilidad de insulina en tejidos periféricos.

Después de la administración de una dosis matutina el efecto hipoglucemiante permanece perceptible por aproximadamente 24 horas.

Durante la terapia prolongada el efecto hipoglucemiante de glibenclamida persiste mientras que las concentraciones de insulina regresan al rango normal.

La glibenclamida tiene una ligera acción diurética y aumenta la depuración de agua libre.

**Farmacocinética:** La glibenclamida se absorbe rápidamente después de su administración por vía oral. La biodisponibilidad de glibenclamida es de aproximadamente 70% a partir de las tabletas. Las concentraciones séricas máximas se alcanzan después de 2 a 4 horas.

La absorción de glibenclamida no se altera significativamente por la toma de alimentos.

La vida media sérica de glibenclamida es de aproximadamente 2 horas después de



la administración por vía intravenosa y de 2 a 5 horas después de la administración por vía oral; sin embargo algunos estudios sugieren que en pacientes con diabetes Mellitus la vida media puede ser más prolongada: de 8 a 10 horas.

No hay acumulación.

La unión de glibenclamida a proteínas es mayor que 98%; esta unión es predominantemente no iónica *in vitro*.

La glibenclamida se metaboliza completamente en el hígado. El metabolito principal es la 4-trans-hidroxiglibenclamida; otro es la 3-cis-hidroxiglibenclamida. Los metabolitos de la glibenclamida no contribuyen significativamente al efecto hipoglucemiante.

La excreción de los metabolitos tiene lugar por la orina y la bilis aproximadamente la mitad por cada vía y es completa después de 45 a 72 horas.

En pacientes con insuficiencia renal se incrementa la excreción de metabolitos por la bilis lo que depende de la gravedad de la insuficiencia renal. (Aventis Pharma)

# VALORACIÓN GENERAL CON EL REFERENTE TEÓRICO DE OREM

## FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS:

**Sexo:** Masculino

**Edad:** 47 años

**Edo. Civil:** Unión libre

**Religión:** Católica

**Escolaridad:** Primaria

**Ocupación:** Artesano

**Familia Nuclear:** 2 mujeres y 1 varón

**Persona que constituye el principal apoyo para el paciente:**

**Dependencia Económica:** Sin dependencia económica

**Condiciones del hogar:** Habita en una casa propia construida de ladrillo y techo de lámina, cuenta con cuatro habitaciones en la cual vive con su pareja e hijos. Cuenta con luz eléctrica, agua potable y drenaje

## REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES:

### **a. Mantenimiento del aporte de aire suficiente.**

FC 67x' T/A 110/70 mmHg, FR 17x' SPO2 0 %

### **b. Mantenimiento de un aporte de agua suficiente.**

Consumo agua de garrafón, de 500 a 1000 ml de agua al día ayuna taza de café

### **c. Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.**

Peso 68,500 kg Talla 165 cm IMC 25.1 Niveles de  
Glucosa ()

En los últimos meses ha perdido aproximadamente 3 kg, no presenta problemas en la alimentación, peristaltismo aumentado, su alimentación vía oral, consume leche una vez al mes, derivados de la leche, carnes, pescado, huevos una vez a la semana, cereales, verduras, frutas, pastas y harinas cada día, su dieta habitual es

diabética e hiposódica, guisa sus alimentos con aceite.

**d. *Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreción.***

Por lo regular evacua tres veces al día, heces fecales café pastosa, presencia de alteraciones al evacuar (pujo, cólico), sin alteraciones en la micción.

Sudoración normal, temperatura 36 grados centígrados.

**e. *Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.***

Duerme de 6 a 8 horas con dificultad para conciliar el sueño, desde hace más de un mes presenta insomnio debido a preocupaciones, refiere que al despertar se encuentra cansado, presenta dolor en articulaciones, sin problemas de audición.

**f. *Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social***

La comunicación con su familia es buena, convive con ellos diariamente, lleva buena relaciones familiares sin razones que le impidan socializar.

**g. *Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.***

Asiste a chequeos generales de salud cada 6 meses, sabe de qué está enfermo y cuáles son los cuidados generales sobre su enfermedad, cuando hay campañas de salud orientadas a la detección oportuna acude, sin obstáculos que le impidan continuar o llevar a cabo los cuidados para su diagnóstico.

Consiente con antecedentes de padre con ácido úrico, acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad, considera que su vida si ha sido productiva, refiere irritabilidad ante una situación estresante.

**h. *Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseo de ser normal.***

Lleva buenas relaciones familiares sin razones que le impidan socializar.

## REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO:

***a. Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los de desarrollo***

***Etapas de desarrollo:*** Adulto

***Rol (es):*** Hombre, Padre, esposo, artesano.

***Salud Sexual:*** Satisfecho con su vida sexual, una pareja sexual.

***Historia Gineco-obstétrica:*** -----

## REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD:

Se le diagnostica diabetes Mellitus tipo II hace tres años, en control el cual es considerado estable.



## DESARROLLO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA Y SUS ETAPAS

**Desarrollo del PE, requisitos de autocuidado universal: Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo. 00095 Insomnio**

### VALORACIÓN

Sudoración normal, temperatura corporal 36 grados centígrados. **Duerme de 6 a 8 horas con dificultad para conciliar el sueño, desde hace más de un mes presenta insomnio debido a preocupaciones, refiere que al despertar se encuentra cansado, presenta dolor en articulaciones, sin problemas de audición.**

### ETIQUETA DIAGNÓSTICA

**Requisitos de autocuidado Universal:** Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

**Dominio 4** Actividad / Reposo

**Clase 1** Sueño / Reposo

**00095 Insomnio** Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento. (N.AN.D.A) pag.116

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

00095 Insomnio relacionado con responsabilidades parentales manifestado por dificultad para conciliar el sueño desde hace más de un mes debido a preocupaciones, al despertar se encuentra cansado.

### PLANEACIÓN

Resultado Esperado. 0004 Sueño suspensión periódica durante la cual se recupera el organismo. (NOC) pag.664. **Escala:** Gravemente comprometido 1 hasta no comprometido 5 (o) y grave 1 hasta ninguno 5.

<b>Indicadores</b>	<b>Puntuación DIANA</b>
<i>1. Eficacia de sueño</i>	<i>Moderadamente comprometido. 3</i>
Duerme de 6 a 8 durante la noche se despierta de tres a cinco veces.	
<i>2. Dificultad para conciliar el sueño</i>	<i>Sustancial. 2</i>
Le cuesta trabajo conciliar el sueño, después de acostarse a la cama no se duerme inmediatamente, se despierta muy temprano en la mañana sin poder volver a dormir, al despertar se encuentra cansado.	
<b>Total</b>	<b>5</b>

**Agente de autocuidado:** Terapéutico

**Demanda de autocuidado:** Parcialmente Compensatorio

**Sistema de enfermería:** Parcialmente Compensatorio

**Objetivo:** FCS mejorará el insomnio en un periodo de 15 días, evidenciado por eficacia de sueño porque aumento las horas de sueño. Se levanta descansado facilidad para conciliar el sueño en cuanto se acuesta.

### **Intervención de enfermería**

5240 Asesoramiento: Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales. (NIC) pag.153

### **Acciones de enfermería**

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

Presentarme con el individuo, llamarlo por su nombre, dejarlo que exprese sus sentimientos.

- *Favorecer la expresión de sentimientos.*

Iniciar la conversación para brindarle confianza escucharlo con atención sin interrumpirlo.

- *Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno, (insomnio).*

Mediante un momento de reflexión pedir al individuo que analice cual es la razón por la cual se despierta la mayoría de las veces por la noche.

- *Ayudar al paciente a que realice una lista de prioridades de todas las alternativas posibles al problema.*
- *Determinar cómo afecta al paciente el comportamiento de la familia.*

Por medio de una serie de preguntas formuladas basadas en la información brindada durante la conversación para identificar si su familia puede intervenir en la solución de sus problemas.

### **Fundamentación científica**

El insomnio es uno de los trastornos del sueño más comunes. Aunque el insomnio únicamente suele concebirse como la dificultad para iniciar el sueño, lo cierto es que la dificultad para dormir puede tomar varias formas:

- Dificultad para conciliar el sueño al acostarse (insomnio inicial, el más común de los tres)
- Despertarse frecuente durante la noche (insomnio intermedio)
- Despertarse muy temprano por la mañana, antes de lo planeado (insomnio terminal)

Esto impide la recuperación que el cuerpo necesita durante el descanso nocturno, pudiendo ocasionar somnolencia diurna, baja concentración e incapacidad para sentirse activo durante el día.

- El interrelacionarse con la persona ayudará a que en ella fluya una confianza y seguridad, permitiendo que la persona se sienta más cómoda y colabore con los procedimientos de enfermería.
- La identificación de las posibles causas ayudará a la enfermera y a la persona a planificar la instrucción para favorecer el sueño.



- Los masajes, posición adecuada, sedantes; son métodos de relajación que ayudaran a conciliar el sueño y evitar el estrés.
- Las medidas de relajación estimula a conciliar el sueño.
- Un ambiente tranquilo y sin ruidos favorece un sueño reposado y sin interrupciones ya que cualquier ruido puede despertar a la persona e interrumpir el reposo. (Cazzati, 2009)

Se agendará una cita con el Sr. FSC, en horario de 19 a 20 horas, durante dos sábados consecutivos se brindará asesoramiento donde se establecerá una relación basada en la confianza y respeto para ayudarlo a expresar sus sentimientos e identificar el problema o causa del insomnio para dar opciones de solución al mismo, después de haber identificado la causa del problema de su insomnio el Sr FSC lograra utilizar las medidas necesarias para así lograr una mayor calidad y eficacia de sueño.

## **EJECUCIÓN**

### **Intervención de enfermería**

5240 Asesoramiento: Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales. (NIC) pag.153

### **Acciones de enfermería**

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

Presentarme con el individuo, llamarlo por su nombre, dejarlo que exprese sus sentimientos.

- *Favorecer la expresión de sentimientos.*

Iniciar la conversación para brindarle confianza escucharlo con atención sin interrumpirlo.

- *Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno, (insomnio).*

Mediante un momento de reflexión pedir al individuo que analice cual es la razón por la cual se despierta la mayoría de las veces por la noche.

- *Ayudar al paciente a que realice una lista de prioridades de todas las alternativas posibles al problema.*
- *Determinar cómo afecta al paciente el comportamiento de la familia.*

Por medio de una serie de preguntas formuladas basadas en la información brindada durante la conversación para identificar si su familia puede intervenir en la solución de sus problemas.

Se agendó una cita con el Sr FSC, en horario de 19 a 20 horas, durante dos sábados consecutivos, se brindó asesoramiento y se estableció una relación basada en la confianza y respeto para ayudarlo a expresar sus sentimientos e identificar el problema o causa del insomnio para dar opciones de solución al mismo, después de haber identificado la causa del problema de su insomnio el Sr FSC logro utilizar las medidas necesarias para así lograr una mayor calidad y eficacia de sueño.

## EVALUACIÓN

Resultado Esperado. 0004 Sueño suspensión periódica durante la cual se recupera el organismo. (NOC) pag.664. <b>Escala:</b> Gravemente comprometido 1 hasta no comprometido 5 (o) y grave 1 hasta ninguno 5. Puntuación diana Mantener a 5 Aumentar a 10		
Indicadores	Puntuación DIANA	Evaluación
1. <i>Eficacia de sueño</i>	<i>Moderadamente comprometido. 3</i>	<i>Levemente comprometido. 4</i>
Duerme de 6 a 8 durante la noche se despierta de tres a cinco veces.		Duerme de 6 a 8 durante la noche y ya no despierta durante el sueño.
2. <i>Dificultad para conciliar el sueño</i>	<i>Sustancial. 2</i>	<i>Leve 4</i>
Le cuesta trabajo conciliar el sueño, después de acostarse a la cama no se duerme inmediatamente, se despierta muy temprano en la mañana sin poder volver a dormir, al despertar		Refiere que después de acostarse a la cama se duerme inmediatamente, se despierta muy temprano en la

se encuentra cansado.		mañana, al despertar se encuentra descansado.
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>8</b>

**Evaluación**, 09/junio/ 2012 a las 19 horas Puntuación DIANA del resultado esperado: 8 puntos. El Sr FSC logró utilizar las medidas necesarias para así aumentar una mayor calidad y eficacia de sueño, actualmente verbaliza que duerme 6 a 8 horas sin dificultad para conciliar el sueño, ahora se despierta y se siente descansado.

### ETIQUETA DIAGNOSTICA

**Requisitos de autocuidado Universal:** Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

**Dominio 4** Actividad / Reposo

**Clase 1** Sueño / Reposo

**00095 Insomnio** Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento. (N.A.N.D.A) pag.116.

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

00095 Insomnio relacionado con responsabilidades parentales manifestado por dificultad para conciliar el sueño desde hace más de un mes debido a preocupaciones, al despertar se encuentra cansado.

### PLANEACIÓN

Resultado Esperado. 0003 Descanso grado y patrón de la disminución de actividad para la recuperación mental y física (NOC) pag.404. <b>Escala:</b> Gravemente comprometido 1 hasta no comprometido 5	
<b>Indicadores</b>	<b>Puntuación DIANA</b>
1. <i>Tiempo de descanso</i>	<i>Sustancialmente comprometido 2</i>
Duerme de 6 a 8 con interrupciones.	
2. <i>Calidad de descanso</i>	<i>Sustancialmente comprometido 2</i>
"Refiere que al despertar se encuentra cansado"	
<b>Total</b>	<b>4</b>

**Agente de autocuidado:** Dependiente

**Demanda de autocuidado:** Parcialmente Compensatorio

**Sistema de enfermería:** Parcialmente Compensatorio

### **Objetivo**

El sr FSC Comprenderá los factores que contribuyen a los trastornos del sueño e Incrementara el sueño nocturno.

### **Intervención de enfermería**

6040 Terapia de relajación simple Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular simple o ansiedad. (NIC) Pag.757

### **Acciones de enfermería**

- *Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles.*

Explicar que la relajación lo ayudara a conciliar el sueño y que existen diferentes tipos de los cuales elegiremos el que mayor eficacia tenga para él.

- *Considerar la voluntad y capacidad de la persona para participar, preferencias, experiencias pasadas y contradicciones antes de seleccionar una estrategia de relajación determinada.*

Una vez informado de los tipos y sus beneficios preguntar si existe alguna razón para no realizar la actividad.

- *Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación elegida.*

Explicarle por qué se eligió esa actividad y como se va a realizar paso por paso.

- *Invitar al paciente que se relaje y deje que las sensaciones sucedan espontáneamente.*
- *Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.*

- *Fomentar la repetición o la práctica frecuente de la técnica seleccionada.*

Al finalizar la actividad preguntar cómo se sintió y sugerir continuar realizándola.

## **Fundamentación científica**

**Estrategias de relajación** Son las más indicadas cuando el insomnio esté asociado a activación fisiológica y/o cognitiva. Para reducir la activación fisiológica las estrategias más utilizadas son la relajación progresiva y el entrenamiento autógeno; mientras que para la activación cognitiva se recomiendan técnicas como la meditación y el entrenamiento en imaginación.

**Control de estímulos** Esta técnica se utiliza para reducir conductas incompatibles con el sueño y regular el horario sueño vigilia. El objetivo es establecer una asociación entre los estímulos presentes en la habitación y la generación de sueño. Para ello se recomienda:

- Ir a la cama sólo cuando se tenga sueño.
- Establecer antes de acostarse una serie de conductas rutinarias que indiquen la proximidad de la hora de dormir, realizándose todas las noches en el mismo orden.
- Si a los 15-20 minutos de estar en la cama no puede dormirse, se recomienda al paciente que se levante y vaya a otra habitación. Si el paciente quiere puede realizar una actividad tranquila, regresando al dormitorio cuando empiece a sentirse adormecido. Si no consigue dormirse en un periodo breve, deberá realizar este paso las veces que sean necesarias.
- Mantener horarios regulares para acostarse y levantarse todos los días. No importa el tiempo que haya dormido y si tiene sueño o no.
- Evitar dormir la siesta.

- No utilizar la cama y el dormitorio para realizar otras actividades distintas de dormir o la actividad sexual.
- Se ha observado que esta técnica mejora el tiempo total de sueño, así como la eficiencia y la calidad de este. (Pérez, 2003)

Se realizaran visitas al domicilio del sr FSC para la aplicación de técnicas de relajación donde se le explicara el fundamento de la técnica, se le ofrecerá una descripción detallada de la técnica de relajación elegida. Se le hará una demostración para que enseguida la podamos realizar con él.

## EJECUCIÓN

### Intervención de enfermería

6040 Terapia de relajación simple Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular simple o ansiedad. (NIC) Pag.757

### Acciones de enfermería

- *Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles.*

Explicar que la relajación lo ayudara a conciliar el sueño y que existen diferentes tipos de los cuales elegiremos el que mayor eficacia tenga para él.

- *Considerar la voluntad y capacidad de la persona para participar, preferencias, experiencias pasadas y contradicciones antes de seleccionar una estrategia de relajación determinada.*

Una vez informado de los tipos y sus beneficios preguntar si existe alguna razón para no realizar la actividad.

- *Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación elegida.*

Explicarle por qué se eligió esa actividad y como se va a realizar paso por paso.

- *Invitar al paciente que se relaje y deje que las sensaciones sucedan espontáneamente.*
- *Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.*
- *Fomentar la repetición o la práctica frecuente de la técnica seleccionada.*

Al finalizar la actividad preguntar cómo se sintió y sugerir continuar realizándola.

Se realizaron tres visitas los días sábados al domicilio del sr FSC para la aplicación de técnicas de relajación donde se le explico el fundamento de la técnica, se ofreció una descripción detallada de la técnica de relajación elegida. En seguida se le mostró la práctica para comenzar a realizarla con él.

### EVALUACIÓN

Resultado Esperado. 0003 Descanso grado y patrón de la disminución de actividad para la recuperación mental y física (NOC) pag.404. <b>Escala:</b> Gravemente comprometido 1 hasta no comprometido 5		
Indicadores	Puntuación DIANA	Evaluación
1. <i>Tiempo de descanso</i>	<i>Sustancialmente comprometido 2</i>	<i>Levemente comprometido. 4</i>
Duerme de 6 a 8 con interrupciones		Duerme de 6 a 8 sin interrupciones.
2. <i>Calidad de descanso</i>	<i>Sustancialmente comprometido. 2</i>	<i>Levemente comprometido 4</i>
"Refiere que al despertar se encuentra cansado"		"Refiere que al despertar se encuentra descansado"
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>8</b>

**Evaluación,** 07/julio/ 2012 a las 18 horas Puntuación DIANA del resultado esperado: 8 puntos. El Sr. FSC. Incremento el descanso durante la noche y las horas de sueño así mismo refiere que al despertar se encuentra descansado.

**Desarrollo del PE, requisitos de autocuidado universal: Mantenimiento de un aporte de agua suficiente, 00015 Riesgo de estreñimiento.**

### VALORACIÓN

Exploración física: Tipo de respiración normal, su frecuencia respiratoria es de 17x', su llenado capilar es de 2 segundos sin signos de cianosis. Refiere haber cocinado con leña 15 años, tiene una desviación de tabique en la nariz, tórax normal, tensión arterial 110/70, frecuencia cardiaca 67x', mucosa oral hidratada, piel normal, turgencia normal, **consume de 500 a 1000 ml de agua de garrafón al día y una taza de café.**

### ETIQUETA DIAGNOSTICA

**Requisitos de autocuidado Universal:** Mantenimiento de un aporte de agua suficiente.

**Dominio 3** Eliminación e intercambio

**Clase 2** Función Gastrointestinal

**00015 Riesgo de estreñimiento** Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas. (N.A.N.D.A) pag.105.

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

00015 Riesgo de estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de líquidos.

### PLANEACIÓN

Resultado Esperado. 1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos (NOC) pag.469. **Escala:** Inadecuado 1 hasta completamente adecuado 5

Indicadores	Puntuación DIANA
1. Ingestión de líquidos orales	Moderadamente adecuado <b>3</b>



Consumo de 500 a 1000 ml de agua de garrafón al día y una taza de café.	
---	--

<b>Total</b>	<b>3</b>
--------------	----------

### **Objetivo**

FSC disminuirá el riesgo de estreñimiento en un periodo de 5 días evidenciado por una ingesta de agua de 1500 ml de agua diarios y expresión verbal sobre la importancia de la ingesta de líquidos.

**Agente de autocuidado:** Terapéutico

**Demanda de autocuidado:** Parcialmente Compensatorio

**Sistema de enfermería:** Parcialmente Compensatorio

### **Intervención de enfermería**

0450 Manejo del estreñimiento / Impactación: Prevención y alivio del estreñimiento. (NIC) pag.573.

### **Acciones de enfermería**

- *fomentar el aumento de la ingesta de líquidos.*

Incrementar el consumo de líquidos incluyendo agua y otros líquidos. Por lo menos 1,5 o 2 litros al día.

- *Instruir al paciente / familia sobre la relación entre la dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos.*

Explicar que el consumo de frutas y verduras con fibra a sí mismo el ejercicio y la ingesta de líquidos le facilitaran el tránsito intestinal.

- *Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento*

Instruir al usuario sobre los signos y síntomas del estreñimiento para que él, sepa identificarlos en caso de presentarse alguno de ellos.

- *Identificar los factores: medicamentos, reposo en cama y dieta que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyen al mismo.*

Evaluar la posible causa del estreñimiento (por ejemplo, falta de líquidos.)

## **Fundamentación Científica**

- Una ingesta equilibrada de líquidos estimula el peristaltismo y la formación de heces pastosa
- Una ingesta equilibrada con alto contenido de fibra estimula el peristaltismo y por consiguiente una eliminación intestinal saludable.
- El vaciamiento intestinal a ciertas horas favorece a los buenos hábitos intestinales.
- La sensación de llenado en colon estimula la evacuación.

Se entiende por estreñimiento, la dificultad para realizar el acto de la defecación. Se acompaña de: expulsión de heces duras y escasas, reducción en la frecuencia de las deposiciones a menos de tres o cuatro veces por semana.

Beber suficiente agua: si el cuerpo no está bien hidratado, el intestino grueso extrae el agua que contienen las heces. Esto hace que resequen lo cual dificulta su evacuación.

Para evitar el estreñimiento es esencial alimentarse correctamente, aumentando la ingesta de fibra, los alimentos de origen vegetal son los únicos que contienen fibra la cual es necesaria para el buen funcionamiento del intestino. (Pamplona, 1995 p.56)

Se realizará una visita al domicilio del sr FSC donde se llevará a cabo una plática sobre el manejo del estreñimiento la cual mediante un rotafolio con ilustraciones como apoyo se explicará al Sr. FSC como identificar los factores que pueden propiciar el estreñimiento, como identificar los signos y síntomas de estreñimiento a si mismo se dará a conocer la importancia del consumo de alimentos ricos en fibra que le ayudaran a disminuir el riesgo del mismo, fomentar el consumo de agua durante día.

## **EJECUCIÓN**

### **Intervención de enfermería**

0450 Manejo del estreñimiento / Impactación: Prevención y alivio del estreñimiento. (NIC) pag.573.

## Acciones de enfermería

- *fomentar el aumento de la ingesta de líquidos.*

Incrementar el consumo de líquidos incluyendo agua y otros líquidos. Por lo menos 1,5 o 2 litros al día.

- *Instruir al paciente / familia sobre la relación entre la dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos.*

Explicar que el consumo de frutas y verduras con fibra a sí mismo el ejercicio y la ingesta de líquidos le facilitarían el tránsito intestinal.

- *Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento*

Instruir al usuario sobre los signos y síntomas del estreñimiento para que él, sepa identificarlos en caso de presentarse alguno de ellos.

- *Identificar los factores: medicamentos, reposo en cama y dieta que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyen al mismo.*

Evaluar la posible causa del estreñimiento (por ejemplo, falta de líquidos.)

Se realizó una visita al domicilio del sr FSC en horarios de 19 a 20 horas los días sábados donde se llevó a cabo una platica sobre el manejo del estreñimiento la cual mediante un rotafolio con ilustraciones como apoyo se explicó, como identificar los factores que pueden propiciar el estreñimiento, como identificar los signos y síntomas de estreñimiento a si mismo dar a conocer la importancia del consumo de alimentos ricos en fibra que le ayudaran a disminuir el riesgo del mismo, fomentar el consumo de agua durante el día.

## EVALUACIÓN

Resultado Esperado. 1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos (NOC) pag.469. <b>Escala:</b> Inadecuado 1 hasta completamente adecuado 5		
Indicadores	Puntuación DIANA	Evaluación
1. <i>Ingestión de líquidos orales</i>	<i>Moderadamente adecuado 3</i>	<i>Sustancialmente adecuado. 4</i>
Consumo de 500 a 1000 ml de agua de garrafón al día y una taza de café.		Consumo de 1000 a 1500 ml de agua de garrafón al día y una taza de café.

<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
--------------	----------	----------

**Evaluación**, 28/julio/ 2012 a las 20 horas Puntuación DIANA del resultado esperado: 4 puntos. FSC disminuyó el riesgo de estreñimiento, evidenciado por una ingesta de agua de 1500 ml de agua diarios y expresión verbal sobre evacuaciones normales a si mismo logró entender la importancia de la ingesta de líquidos. Asistió a una consulta en el IMSS donde el médico tratante le indico fibra una cuchara disuelta en un vaso de agua por las noches durante 15 días.

**Desarrollo del PE, requisitos de autocuidado universal:  
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo. 00162  
Disposición para mejorar la gestión de la propia salud.**

### **VALORACIÓN**

Se le diagnosticó diabetes Mellitus tipo II hace tres años, se ha venido controlando con glibenclamida tabletas de 5mg cada 12 horas, metformina tabletas de 850mg cada ocho horas vía oral. Desde que le diagnosticaron su enfermedad ha llevado una dieta apropiada, realiza ejercicio y asiste a sus citas de control en el IMSS el cual es considerado estable, no tiene problemas para tomar decisiones sobre su tratamiento autorizado por su médico.

### **ETIQUETA DIAGNOSTICA**

**Requisitos de autocuidado Universal:** Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

**Dominio 1** Promoción de la Salud

**Clase 2** Gestión de la Salud

**00162 Disposición para mejorar la gestión de la propia salud** Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado. (N.A.N.D.A) pag.62.

### **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Disposición para mejorar la gestión de la propia salud manifestada por que las elecciones de la vida diaria son apropiadas para satisfacer los objetivos, lleva su tratamiento adecuadamente, ha llevado una dieta apropiada, realiza ejercicio y asiste a sus citas de control.

## PLANEACIÓN

Resultado Esperado. 1621 Conducta de adhesión: dieta saludable. (NOC) pag.237. <b>Escala:</b> Nunca Demostrado 1 hasta siempre Demostrado 5	
Indicadores	Puntuación DIANA
1. <i>Establece objetivos dietéticos alcanzables.</i>	<i>Frecuentemente 4</i>
Solo consume las cantidades de comida indicadas por el nutriólogo	
2. <i>Utiliza las pautas nutricionales recomendadas para planificar las comidas.</i>	<i>Frecuentemente 4</i>
Sigue el horario de comidas recomendado por el nutriólogo.	
3. <i>Selecciona alimentos compatibles con las pautas nutricionales recomendadas.</i>	<i>Frecuentemente. 4</i>
Consume solo los alimentos permitidos e indicados por el nutriólogo.	
4. <i>Come las raciones de fruta recomendadas cada día.</i>	<i>Siempre 5</i>
Solo consume el número de raciones indicadas al día.	
5. <i>Selecciona raciones compatibles con las pautas nutricionales recomendadas.</i>	<i>Siempre 5</i>
Elige de su lista de alimentos permitidos por día una fruta o verdura para su ración.	
6. <i>Toma suplementos de vitaminas/minerales según las pautas recomendadas</i>	<i>Frecuentemente 4</i>
Consume sus vitaminas cada vez que se le son recetadas por el médico.	
<b>Total</b>	<b>26</b>

**Agente de autocuidado:** Dependiente

**Demanda de autocuidado:** De Apoyo Educativo

**Sistema de enfermería:** De Apoyo Educativo

**Objetivo;** F.S.C Mantendrá una disposición para mejorar la gestión de la propia salud de manera continua día a día evidenciado por la utilización de pautas recomendadas para la planificación de las comidas, selecciona raciones compatibles con las pautas recomendadas de la alimentación.

Resultado Esperado. 1609 Conducta Terapéutica: Enfermedad o Lesión (NOC) pag.260. **Escala:** Nunca Demostrado 1 hasta siempre Demostrado 5

<b>Indicadores</b>	<b>Puntuación DIANA</b>
1. <i>Cumple el régimen terapéutico recomendado.</i>	<i>Siempre demostrado 5</i>
Asiste a todas sus citas médicas.	
2. <i>Cumple el régimen de medicación.</i>	<i>Siempre demostrado 5</i>
Toma su medicamento en cantidad y horario.	
3. <i>Cumple el nivel de actividades prescritas. Selecciona alimentos compatibles con las pautas nutricionales recomendadas.</i>	<i>Frecuentemente Demostrado. 4</i>
Sale a caminar cada tercer día, practica fútbol cada fin de semana.	
4. <i>Sigue la dieta prescrita.</i>	<i>Siempre 5</i>
Consumo alimentos permitidos y en porciones recomendadas.	
5. <i>Obtiene asesoramiento de un profesional cuando es necesario.</i>	<i>Siempre demostrado. 5</i>
Asiste al médico cada que presenta algún síntoma.	
<b>Total</b>	<b>24</b>

### **Intervención de enfermería**

5614 Enseñanza: Dieta Prescrita Preparación de un paciente para seguir correctamente una dieta prescrita (NIC) pag.330.

### **Acciones de enfermería**

- *Enseñar al paciente el nombre correcto de la dieta prescrita.*

Explicar que de acuerdo a su enfermedad existen algunos alimentos que se deben restringir (alimentos que contengan azúcares simples, grasas saturadas; pastelería, grasas animales, frutas en almíbar, carnes grasas, embutidos, salazones y ahumados, productos lácteos enteros, miel, golosinas, bebidas edulcoradas y zumos, por su alto contenido en azúcares y bebidas alcohólicas.

- *Explicar el propósito de la dieta.*

Conseguir unos niveles normales de azúcar en la sangre y un peso normal.

- *Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados.*

Aclarando dudas que él pueda presentar en relación a las indicaciones del nutriólogo, medico u otro profesional de la salud

### **Fundamentación científica**

Debe ser personalizado y adaptado a las condiciones de vida del paciente. Cada individuo debe recibir instrucciones dietéticas de acuerdo con su edad, sexo, estado metabólico, situación biológica, actividad física, enfermedades intercurrentes, hábitos socioculturales, situación económica y disponibilidad de los alimentos en su lugar de origen.

- Debe ser fraccionado. Los alimentos se distribuirán en cinco a seis porciones diarias de la siguiente forma: desayuno, colación o merienda, almuerzo, colación o merienda, comida o cena y colación nocturna (ésta última para pacientes que se aplican insulina en la noche). Con el fraccionamiento mejora la adherencia a la dieta, se reducen los picos glucémicos postprandiales.
- La dieta apropiada para el control de la diabetes tendrá como objetivos conseguir unos niveles normales de azúcar en la sangre y un peso normal (reducir el peso si es elevado y aumentarlo cuando este disminuido).
- Distribución de raciones por comida en horario y cantidad. (ALAD 2012)

Se realizará una visita al domicilio cada fin de semana al sr FSC con la finalidad de proporcionar información acerca de su dieta prescrita con ayuda de un rotafolio e imágenes de frutas, verduras y alimentos permitidos y no permitidos.

## **EJECUCIÓN**

### **Intervención de enfermería**

5614 Enseñanza: Dieta Prescrita Preparación de un paciente para seguir correctamente una dieta prescrita (NIC) pag.330.



## Acciones de enfermería

- *Enseñar al paciente el nombre correcto de la dieta prescrita.*

Explicar que de acuerdo a su enfermedad existen algunos alimentos que se deben restringir (alimentos que contengan azúcares simples, grasas saturadas; pastelería, grasas animales, frutas en almíbar, carnes grasas, embutidos, salazones y ahumados, productos lácteos enteros, miel, golosinas, bebidas edulcoradas y zumos, por su alto contenido en azúcares y bebidas alcohólicas.

- *Explicar el propósito de la dieta.*

Conseguir unos niveles normales de azúcar en la sangre y un peso normal.

- *Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados.*

Aclarando dudas que él pueda presentar en relación a las indicaciones del nutriólogo, medico u otro profesional de la salud

Se realizó una visita domiciliaria cada fin de semana al sr FSC con la finalidad de proporcionar información acerca de su dieta prescrita con ayuda de un rotafolio e imágenes de frutas, verduras y alimentos permitidos y no permitidos.

## EVALUACIÓN

Resultado Esperado. 1621 Conducta de adhesión: dieta saludable. (NOC) pag.237. <b>Escala:</b> Nunca Demostrado 1 hasta siempre Demostrado 5		
Indicadores	Puntuación DIANA	Evaluación
1. <i>Establece objetivos dietéticos alcanzables.</i>	<i>Frecuentemente 4</i>	<i>Frecuentemente 4</i>
Solo consume las cantidades de comida indicadas por el nutriólogo		Solo consume las cantidades de comida indicadas por el nutriólogo
2. <i>Utiliza las pautas nutricionales recomendadas para planificar las comidas.</i>	<i>Frecuentemente 4</i>	<i>Siempre 5</i>
Sigue el horario de comidas recomendado por el nutriólogo.		Sigue el horario de comidas recomendado por el

		nutriólogo.
3. <i>Selecciona alimentos compatibles con las pautas nutricionales recomendadas.</i>	<i>Frecuentemente 4</i>	<i>Siempre 5</i>
Consumo solo los alimentos permitidos e indicados por el nutriólogo.		Consumo solo los alimentos permitidos e indicados por el nutriólogo.
4. <i>Come las raciones de fruta recomendadas cada día.</i>	<i>Siempre 5</i>	<i>Siempre 5</i>
Solo consume el número de raciones indicadas al día.		Consumo solo los alimentos permitidos e indicados por el nutriólogo.
5. <i>Selecciona raciones compatibles con las pautas nutricionales recomendadas.</i>	<i>Siempre 5</i>	<i>Siempre 5</i>
Elige de su lista de alimentos permitidos por día una fruta o verdura para su ración.		Elige de su lista de alimentos permitidos por día una fruta o verdura para su ración.
6. <i>Toma suplementos de vitaminas/minerales según las pautas recomendadas</i>	<i>Frecuentemente 4</i>	<i>Siempre 5</i>
Consumo sus vitaminas cada vez que se le son recetadas por el médico.		Consumo sus vitaminas recetadas por el médico en cantidad y horario establecido.
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>29</b>

**Evaluación**, 28/julio/ 2012 a las 19 horas Puntuación DIANA del resultado esperado:  
29 puntos

Resultado Esperado. 1609 Conducta Terapéutica: Enfermedad o Lesión (NOC) pag.260. <b>Escala:</b> Nunca Demostrado 1 hasta siempre Demostrado 5		
<b>Indicadores</b>	<b>Puntuación DIANA</b>	<b>Evaluación</b>
1. <i>Cumple el régimen terapéutico recomendado.</i>	<i>Siempre demostrado 5</i>	<i>Siempre demostrado 5</i>
Asiste a todas sus citas médicas.		Asiste a todas sus citas

		médicas.
2. <i>Cumple el régimen de medicación.</i>	<i>Siempre demostrado 5</i>	<i>Siempre demostrado 5</i>
Toma su medicamento en cantidad y horario.		Toma su medicamento en cantidad y horario.
3. <i>Cumple el nivel de actividades prescritas. Selecciona alimentos compatibles con las pautas nutricionales recomendadas.</i>	<i>Frecuentemente Demostrado. 4</i>	<i>Siempre demostrado 5</i>
Sale a caminar cada tercer día, practica futbol cada fin de semana.		Realiza ejercicio, sale a caminar por las mañanas, sigue la dieta prescrita.
4. <i>Sigue la dieta prescrita.</i>	<i>Siempre demostrado 5</i>	<i>Siempre demostrado 5</i>
Consumo alimentos permitidos y en porciones recomendadas.		Consumo alimentos permitidos y en porciones recomendadas.
5. <i>Obtiene asesoramiento de un profesional cuando es necesario.</i>	<i>Siempre demostrado. 5</i>	<i>Siempre demostrado 5</i>
Asiste al médico cada que presenta algún síntoma.		Asiste al médico cada que presenta algún síntoma.
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>25</b>

**Evaluación**, 04/agosto/ 2012 a las 16 horas Puntuación DIANA del resultado esperado: 25 puntos. El sr FSC ha logrado mantener sus niveles glucosa en sangre dentro de las cifras normales, evidenciado por la utilización de pautas recomendadas para la planificación de las comidas, selecciona raciones compatibles con las pautas recomendadas.

**Desarrollo del PE, requisitos de autocuidado universal:  
Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente. 00179 Riesgo  
de nivel de glucemia inestable.**

### **VALORACIÓN**

Se le diagnosticó diabetes Mellitus tipo II hace tres años, se ha venido controlando con glibenclamida tabletas de 5mg cada 12 horas, metformina tabletas de 850mg cada ocho horas vía oral. Desde que le diagnosticaron su enfermedad ha llevado una dieta apropiada, realiza ejercicio y asiste a sus citas de control en el IMSS el cual es considerado estable, no tiene problemas para tomar decisiones sobre su tratamiento autorizado por su médico.

### **ETIQUETA DIAGNOSTICA**

**Requisitos de autocuidado Universal:** Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.

**Dominio 2** Nutrición

**Clase 4** Metabolismo

**00179 Riesgo de nivel de glucemia inestable.** Riesgo de variación de los límites normales de los niveles de glucosa/azúcar en sangre. (N.A.N.D.A) pag.81

### **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

00179 Riesgo de nivel de glucemia inestable relacionado con Conocimiento deficiente sobre el manejo de la diabetes, aporte dietético superior a los requerimientos, monitorización incorrecta de la glucemia, falta de aceptación del diagnóstico, falta de adhesión al plan terapéutico de la diabetes, nivel de actividad física menor a la recomendada, aumento de peso, estrés, manejo incorrecto de la medicación, desinterés por su salud, negación del diagnóstico etc.

## PLANEACIÓN

Resultado Esperado. 1820 Conocimiento: Control de la diabetes. (NOC) pag.268 Escala: Ningún conocimiento 1 hasta conocimiento extenso 5	
Indicadores	Puntuación DIANA
1. <i>En la importancia de la nutrición, el ejercicio y el control de la glucemia.</i>	Conocimiento moderado <b>3</b>
Se toma su medicamento en el horario indicado por el médico, lleva la dieta adecuada, realiza ejercicio.	
2. <i>Prevención de la hiperglucemia y síntomas relacionados.</i>	Conocimiento moderado <b>3</b>
Sabe cuáles son los síntomas de la hiperglucemia	
3. <i>Prevención de la hipoglucemia y síntomas relacionados</i>	Conocimiento moderado <b>3</b>
Consume sus alimentos en horarios establecidos por el nutriólogo y sabe cuáles son los síntomas de la hipoglucemia.	
4. <i>Conocimientos y valores de límites de la glucemia.</i>	Conocimiento moderado <b>3</b>
Cada vez que se realiza la prueba pregunta si su resultado está dentro de las cifras normales.	
5. <i>Del régimen de hipoglucemiantes orales prescrito y almacenamiento adecuado de la medicación.</i>	Conocimiento moderado <b>3</b>
Se toma sus medicamentos indicados y los conserva en un lugar sin humedad.	
6. <i>Cuando obtener ayuda de un profesional sanitario</i>	Conocimiento sustancial <b>4</b>
Refiere que al momento de sentirse mal acude de inmediato al médico.	
<b>Total</b>	<b>19</b>

**Agente de autocuidado:** Terapéutico

**Demanda de autocuidado:** Parcialmente Compensatorio

**Sistema de enfermería:** Parcialmente Compensatorio

**Objetivo;** F.S.C Mantendrá los niveles de glucemia dentro de las cifras normales previniendo la aparición de hipoglucemia e hiperglucemia evidenciado por el consumo de los medicamentos indicados en horario y cantidad, lleva una dieta adecuada y realiza ejercicio.

## **Intervención de enfermería**

5246 asesoramiento nutricional. Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta. (NIC) Pag.159

### **Acciones de enfermería**

- *Informar al paciente sobre los riesgos y la importancia de evitar o disminución el consumo de los alimentos no permitidos, como: carbohidratos, sales, azúcares, refrescos de cola, etc.*

Informar que la disminución de estos alimentos le ayudara a prevenir un descontrol de su diabetes provocando una hiperglucemia.

- *Orientar a la familia sobre la importancia del apoyo al paciente en los cambios de hábitos alimenticios.*

Brindar orientación a la familia sobre el beneficio que tendrá la alimentación adecuada tanto para el paciente como para ellos mismos.

- *Dar seguimiento periódico de los avances en la modificación de la conducta alimentaria del paciente y retroalimentar con resolución de dudas del programa dietético que está llevando.*

Informar que se le realizara una visita para saber cómo se ha sentido con la dieta que ha llevado y sobre sus dudas.

### **Fundamentación científica**

De acuerdo a la Guía Para Pacientes Diabéticos de la Secretaría de Salud (2008), Alimentación saludable: la parte fundamental del tratamiento es la alimentación, pues de ahí proviene la energía que utiliza nuestro organismo. (Recordemos que la diabetes se debe a la dificultad para utilizar adecuadamente los energéticos derivados de los alimentos). Debemos cuidar por lo tanto la cantidad y tipo de alimentos que consumimos. Evitar hacer comidas muy abundantes, para que no se presenten aumentos elevados de glucosa; mejor dividir los alimentos en varias

comidas ligeras a lo largo del día. La cantidad de comida que conviene es aquella que mantiene buenos niveles de glucosa.

### Alimentación

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus Debe promoverse un tipo de alimentación, que sea útil para la prevención de la diabetes.

Una recomendación general es la moderación en el consumo de alimentos de origen animal (por su contenido de grasas saturadas y colesterol) y de alimentos con exceso de azúcares, sal y grasa; por el contrario, debe estimularse el consumo de verduras, frutas y leguminosas, fuentes de nutrimentos antioxidantes y fibra. Así como las raciones diarias recomendadas Los esquemas de alimentación a difundirse entre la población serán congruentes con sus costumbres y estilos de vida, y de fácil comprensión. El aporte energético total debe adecuarse, a fin de mantener un peso recomendable, evitándose dietas con menos de 1200 cal al día.

El valor calórico total diario de los alimentos será entre 25 y 30 Kcal/kg/día, para las personas sedentarias y de 30 a 40 Kcal/kg/día para la persona físicamente activa o que realiza ejercicio de manera regular.

La dieta para el paciente diabético será variada, con suficiente consumo de verduras y frutas, hidratos de carbono complejos, fibra y con restricciones en el consumo de grasas, con el objetivo de mantener concentraciones normales de glucosa en la sangre y disminuir los niveles de lípidos.

Se evita el consumo de azúcares simples (miel, jaleas, dulces), permitiéndose el uso de edulcorantes no nutritivos, como aspartame, acesulfame de potasio, sucralosa y sacarina.

Se recomienda que en las comidas complementarias (colaciones), se consuman preferentemente verduras, equivalentes de pan y derivados lácteos descremados.

La restricción del consumo de alcohol es recomendable en todos los pacientes, pero principalmente en aquellos sin control metabólico, obesos, e hipertensos o con hipertrigliceridemia, ya que puede producir hipoglucemia en situaciones de ayuno

prolongado, y efecto disulfirán en casos tratados con cloropropamida.

El médico responsable del tratamiento indicará la dieta apropiada para cada paciente, de acuerdo con los requerimientos calóricos por día/kg de peso ideal, y según las condiciones clínicas.

El monitoreo de glucosa y colesterol servirá para determinar si el plan de alimentación permite cumplir las metas del tratamiento.

### **Intervención de enfermería**

5612 Enseñanza actividad / ejercicio prescrito Preparar a un paciente para que consiga y/o mantenga el nivel de actividad prescrito. (NIC) pag.327

### **Acciones de enfermería**

- *Evaluar la capacidad del paciente sobre el conocimiento del ejercicio y la actividad que puede realizar.*

Realizar una serie de preguntas para saber cuál es su conocimiento sobre la importancia que tiene para el realizar ejerció para prevenir complicaciones.

- *Informar al paciente del propósito y del beneficio que aporta realizar el ejercicio para mejorar la condición cardiovascular del organismo.*

Brindar información acerca de la importancia que tiene el realizar ejercicio el cual le ayudara a mejorar los niveles de glucosa en sangre.

- *Advertir al paciente acerca de los riesgos y peligros a los que se expone en caso de hacer un fuerza mayor en sus actividades.*

Brindar asesoría sobre las precauciones al hacer ejercicio para evitar lesiones.

- *Advertir al paciente de los efectos negativos con el sedentarismo, las adicciones y al exponerse al calor o frío extremos; de los positivos con la conservación de la energía y al utilizar dispositivos de ayuda, entre otros.*

Informar sobre los riesgos que existen al llevar una vida sedentaria.

- *Difundir la información con carteles llamativos e información precisa.*



Realizar carteles con ilustraciones llamativas de una serie de ejercicios que puede realizar paso a paso.

### **Fundamentación científica**

De acuerdo a la Guía Para Pacientes Diabéticos de la Secretaría de Salud (2008), Actividad física: es necesario llevar a cabo una vida activa porque favorece el control de la diabetes y otras enfermedades como la presión arterial alta, además de ser de utilidad para el mejoramiento de la salud en general. La actividad física y el ejercicio mejoran los niveles de glucosa en sangre, ya que requieren gasto de energía. Además ayudan al control de peso.

Para que la actividad física y el ejercicio tengan efecto en mejorar el control de la diabetes es necesario cumplir ciertos requisitos: el efecto del ejercicio es pasajero, esto significa que el ejercicio y la actividad física deben practicarse de manera regular y constante para lograr un efecto sostenido.

Actividad física.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus La actividad física habitual en sus diversas formas (actividades de la vida diaria, trabajo no sedentario, recreación y ejercicio) tiene un efecto protector contra la diabetes.

Por tal motivo, se debe recomendar a la población general mantenerse físicamente activa a lo largo de la vida, adoptando prácticas que ayuden a evitar el sedentarismo.

En el caso de personas de vida sedentaria, se les debe recomendar la práctica de ejercicio aeróbico, en especial la caminata, por lo menos durante periodos de 20 a 40 minutos, la mayor parte de los días de la semana.

La aplicación de la anterior indicación deberá efectuarse de manera gradual, acompañada de las instrucciones pertinentes sobre las precauciones para evitar lesiones u otros posibles problemas.

## Intervención de enfermería

5602 Enseñanza, proceso de enfermedad ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico (NIC) pag.354

### Acciones de enfermería

- *Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionados con el proceso de enfermedad y proporcionar información acerca de la misma.*

Realizar una serie de preguntas relacionadas con la diabetes y proporcionar información de acuerdo a las respuestas obtenidas.

- *Describir los signos y síntomas de la enfermedad.*

Mediante una breve charla informar sobre los signos y síntomas de la diabetes más frecuentes.

- *Enseñar al paciente medidas para controlar o minimizar algunos signos y síntomas de la enfermedad.*

Informar al paciente que es importante que consuma sus alimentos indicados en cantidad y horario así mismo sobre la importancia que tiene el medicamento para su control.

- *Orientarla sobre el uso de ropa y zapato cómodo para minimizar los riesgos de lesión cutánea.*

Informarle al paciente que debe de usar la ropa y calzado adecuados Utilizar zapatos cerrados con la medida adecuada (No comprar zapatos apretados, Usar calcetines limpios de algodón y lana) Para evitar lesiones.

- *Orientar al paciente y familia sobre la terapéutica prescrita que debe seguir para control de la enfermedad y prevención de complicaciones.*

Informar que debe seguir las indicaciones realizadas por el médico y nutriólogo para prevenir complicaciones.

## **Intervención de enfermería**

2120 Manejo de la Hiperglucemia prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre superiores a lo normal (NIC) pag.515

### **Acciones de enfermería**

- *Valorar los niveles de glucosa en sangre.*

Verificar los resultados obtenidos en cada una de su toma de glucosa para saber si está dentro de las cifras normales.

- *Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, debilidad, letargia, visión borrosa, jaquecas, etc.*

Preguntar directamente al paciente si ha presentado alguno de los signos y síntomas.

- *Informar al paciente de la importancia de consumir líquidos suficientes y una la dieta balanceada prescrita por médico y nutriólogo.*

Informar que el consumir líquidos abundantes además de llevar la dieta como se indicó le ayudara a disminuir el riesgo de complicaciones.

- *Orientar al paciente y familia en la prevención, detección de signos y síntomas e intervención oportuna en caso de presentar hiperglucemia*

Informar al paciente y familia sobre los signos y síntomas (: *poliuria, polidipsia, debilidad, letargia, visión borrosa, jaquecas, etc.*)

- *Invitar y orientar al paciente y familia acerca de la importancia de establecer un programa de ejercicios pasivos iniciando con caminatas por lapsos de 30 minutos o una hora diaria.*

Informar que es necesario realizar por lo menos 30 minutos diarios de ejercicio para favorecer el control de la diabetes.

## **Intervención de enfermería**

2130 Manejo de la hipoglucemia Prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre

inferiores a lo normal (NIC) Pag.518

### **Acciones de enfermería**

- *Valorar los niveles de glucosa en sangre.*

Verificar los resultados obtenidos en cada una de su toma de glucosa para saber si está dentro de las cifras normales.

- *Observar si hay signos y síntomas de hipoglucemia: palidez, diaforesis, taquicardia, palpitaciones, parestesias, temblores, incapacidad de concentración, confusión, habla incoherente, conducta irracional o incontrolable, visión borrosa, somnolencia, incapacidad para despertarse del sueño o convulsiones, debilidad, nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, impaciencia, escalofríos, frío, mareos, náuseas, cefaleas, cansancio, calor, pesadillas, gritos durante el sueño, incoordinación, mala conducta, etc.*

Preguntar directamente al paciente si ha presentado alguno de los signos y síntomas.

- *Proporcionar información al paciente y familiar sobre los signos y síntomas que puede presentar en caso de la hipoglucemia, de los factores riesgo que la desencadenan y opciones de tratamiento.*

Informar al paciente y familia sobre los signos y síntomas

- *Informar y orientar al paciente y familia la importancia de la interacción entre la dieta, el ejercicio y la ingesta de sus medicamentos tanto de insulina como orales.*

*Informar que se debe cumplir con los horarios de ingesta de alimentos, ya que la toma de su medicamento en ayunas le puede provocar una baja de nivel de glucosa en sangre.*

Se realizará una visita al domicilio del sr FSC donde se impartirá una plática sobre la diabetes Mellitus donde se pretende explicar desde su definición signos y síntomas factores de riesgo y complicaciones. Además de las acciones que debe realizar (realizar ejercicio, alimentación adecuada) Donde el objetivo principal es que logre

identificar él los riesgos que existen de no llevar a cabo las indicaciones. Una vez terminada la plática se realizará una retroalimentación para saber cuáles eran sus dudas acerca del tema para responder a las mismas.

## EJECUCIÓN

### Intervención de enfermería

5246 asesoramiento nutricional. Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta. (NIC) Pag.159

### Acciones de enfermería

- *Informar al paciente sobre los riesgos y la importancia de evitar o disminución el consumo de los alimentos no permitidos, como: carbohidratos, sales, azúcares, refrescos de cola, etc.*

Informar que la disminución de estos alimentos le ayudara a prevenir un descontrol de su diabetes provocando una hiperglucemia.

- *Orientar a la familia sobre la importancia del apoyo al paciente en los cambios de hábitos alimenticios.*

Brindar orientación a la familia sobre el beneficio que tendrá la alimentación adecuada tanto para el paciente como para ellos mismos.

- *Dar seguimiento periódico de los avances en la modificación de la conducta alimentaria del paciente y retroalimentar con resolución de dudas del programa dietético que está llevando.*

Informar que se le realizara una visita para saber cómo se ha sentido con la dieta que ha llevado y sobre sus dudas.

### Fundamentación científica

De acuerdo a la Guía Para Pacientes Diabéticos de la Secretaria de Salud (2008), Alimentación saludable: la parte fundamental del tratamiento es la alimentación, pues

de ahí proviene la energía que utiliza nuestro organismo. (Recordemos que la diabetes se debe a la dificultad para utilizar adecuadamente los energéticos derivados de los alimentos). Debemos cuidar por lo tanto la cantidad y tipo de alimentos que consumimos. Evitar hacer comidas muy abundantes, para que no se presenten aumentos elevados de glucosa; mejor dividir los alimentos en varias comidas ligeras a lo largo del día. La cantidad de comida que conviene es aquella que mantiene buenos niveles de glucosa.

### Alimentación

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus Debe promoverse un tipo de alimentación, que sea útil para la prevención de la diabetes.

Una recomendación general es la moderación en el consumo de alimentos de origen animal (por su contenido de grasas saturadas y colesterol) y de alimentos con exceso de azúcares, sal y grasa; por el contrario, debe estimularse el consumo de verduras, frutas y leguminosas, fuentes de nutrimentos antioxidantes y fibra. Así como las raciones diarias recomendadas Los esquemas de alimentación a difundirse entre la población serán congruentes con sus costumbres y estilos de vida, y de fácil comprensión. El aporte energético total debe adecuarse, a fin de mantener un peso recomendable, evitándose dietas con menos de 1200 cal al día.

El valor calórico total diario de los alimentos será entre 25 y 30 Kcal/kg/día, para las personas sedentarias y de 30 a 40 Kcal/kg/día para la persona físicamente activa o que realiza ejercicio de manera regular.

La dieta para el paciente diabético será variada, con suficiente consumo de verduras y frutas, hidratos de carbono complejos, fibra y con restricciones en el consumo de grasas, con el objetivo de mantener concentraciones normales de glucosa en la sangre y disminuir los niveles de lípidos.

Se evita el consumo de azúcares simples (miel, jaleas, dulces), permitiéndose el uso de edulcorantes no nutritivos, como aspartame, acesulfame de potasio, sucralosa y sacarina.

Se recomienda que en las comidas complementarias (colaciones), se consuman preferentemente verduras, equivalentes de pan y derivados lácteos descremados.

La restricción del consumo de alcohol es recomendable en todos los pacientes, pero principalmente en aquellos sin control metabólico, obesos, e hipertensos o con hipertrigliceridemia, ya que puede producir hipoglucemia en situaciones de ayuno prolongado, y efecto disulfirán en casos tratados con cloropropamida.

El médico responsable del tratamiento indicará la dieta apropiada para cada paciente, de acuerdo con los requerimientos calóricos por día/kg de peso ideal, y según las condiciones clínicas.

El monitoreo de glucosa y colesterol servirá para determinar si el plan de alimentación permite cumplir las metas del tratamiento.

### **Intervención de enfermería**

5612 Enseñanza actividad / ejercicio prescrito Preparar a un paciente para que consiga y/o mantenga el nivel de actividad prescrito. (NIC) pag.327

### **Acciones de enfermería**

- *Evaluar la capacidad del paciente sobre el conocimiento del ejercicio y la actividad que puede realizar.*

Realizar una serie de preguntas para saber cuál es su conocimiento sobre la importancia que tiene para el realizar ejercicio para prevenir complicaciones.

- *Informar al paciente del propósito y del beneficio que aporta realizar el ejercicio para mejorar la condición cardiovascular del organismo.*

Brindar información acerca de la importancia que tiene el realizar ejercicio el cual le ayudara a mejorar los niveles de glucosa en sangre.

- *Advertir al paciente acerca de los riesgos y peligros a los que se expone en caso de hacer un esfuerzo mayor en sus actividades.*

Brindar asesoría sobre las precauciones al hacer ejercicio para evitar lesiones.

- *Advertir al paciente de los efectos negativos con el sedentarismo, las adicciones y al exponerse al calor o frío extremos; de los positivos con la conservación de la energía y al utilizar dispositivos de ayuda, entre otros.*

Informar sobre los riesgos que existen al llevar una vida sedentaria.

- *Difundir la información con carteles llamativos e información precisa.*

Realizar carteles con ilustraciones llamativas de una serie de ejercicios que puede realizar paso a paso.

### **Fundamentación científica**

De acuerdo a la Guía Para Pacientes Diabéticos de la Secretaría de Salud (2008), Actividad física: es necesario llevar a cabo una vida activa porque favorece el control de la diabetes y otras enfermedades como la presión arterial alta, además de ser de utilidad para el mejoramiento de la salud en general. La actividad física y el ejercicio mejoran los niveles de glucosa en sangre, ya que requieren gasto de energía. Además ayudan al control de peso.

Para que la actividad física y el ejercicio tengan efecto en mejorar el control de la diabetes es necesario cumplir ciertos requisitos: el efecto del ejercicio es pasajero, esto significa que el ejercicio y la actividad física deben practicarse de manera regular y constante para lograr un efecto sostenido.

Actividad física.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus La actividad física habitual en sus diversas formas (actividades de la vida diaria, trabajo no sedentario, recreación y ejercicio) tiene un efecto protector contra la diabetes.

Por tal motivo, se debe recomendar a la población general mantenerse físicamente activa a lo largo de la vida, adoptando prácticas que ayuden a evitar el sedentarismo.

En el caso de personas de vida sedentaria, se les debe recomendar la práctica de ejercicio aeróbico, en especial la caminata, por lo menos durante periodos de 20 a 40 minutos, la mayor parte de los días de la semana.



La aplicación de la anterior indicación deberá efectuarse de manera gradual, acompañada de las instrucciones pertinentes sobre las precauciones para evitar lesiones u otros posibles problemas.

### **Intervención de enfermería**

5602 Enseñanza, proceso de enfermedad ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico (NIC) pag.354

### **Acciones de enfermería**

- *Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionados con el proceso de enfermedad y proporcionar información acerca de la misma.*

Realizar una serie de preguntas relacionadas con la diabetes y proporcionar información de acuerdo a las respuestas obtenidas.

- *Describir los signos y síntomas de la enfermedad.*

Mediante una breve charla informar sobre los signos y síntomas de la diabetes más frecuentes.

- *Enseñar al paciente medidas para controlar o minimizar algunos signos y síntomas de la enfermedad.*

Informar al paciente que es importante que consuma sus alimentos indicados en cantidad y horario así mismo sobre la importancia que tiene el medicamento para su control.

- *Orientarla sobre el uso de ropa y zapato cómodo para minimizar los riesgos de lesión cutánea.*

Informarle al paciente que debe de usar la ropa y calzado adecuados Utilizar zapatos cerrados con la medida adecuada (No comprar zapatos apretados, Usar calcetines limpios de algodón y lana) Para evitar lesiones.

- *Orientar al paciente y familia sobre la terapéutica prescrita que debe seguir para control de la enfermedad y prevención de complicaciones.*

Informar que debe seguir las indicaciones realizadas por el médico y nutriólogo para prevenir complicaciones.

### **Intervención de enfermería**

2120 Manejo de la Hiperglucemia prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre superiores a lo normal (NIC) pag.515

### **Acciones de enfermería**

- *Valorar los niveles de glucosa en sangre.*

Verificar los resultados obtenidos en cada una de su toma de glucosa para saber si está dentro de las cifras normales.

- *Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, debilidad, letargia, visión borrosa, jaquecas, etc.*

Preguntar directamente al paciente si ha presentado alguno de los signos y síntomas.

- *Informar al paciente de la importancia de consumir líquidos suficientes y una la dieta balanceada prescrita por médico y nutriólogo.*

Informar que el consumir líquidos abundantes además de llevar la dieta como se indicó le ayudara a disminuir el riesgo de complicaciones.

- *Orientar al paciente y familia en la prevención, detección de signos y síntomas e intervención oportuna en caso de presentar hiperglucemia*

Informar al paciente y familia sobre los signos y síntomas (: *poliuria, polidipsia, debilidad, letargia, visión borrosa, jaquecas, etc.*)

- *Invitar y orientar al paciente y familia acerca de la importancia de establecer un programa de ejercicios pasivos iniciando con caminatas por lapsos de 30 minutos o una hora diaria.*

Informar que es necesario realizar por lo menos 30 minutos diarios de ejercicio para favorecer el control de la diabetes.

## Intervención de enfermería

2130 Manejo de la hipoglucemia Prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre inferiores a lo normal (NIC) Pag.518

### Acciones de enfermería

- *Valorar los niveles de glucosa en sangre.*

Verificar los resultados obtenidos en cada una de su toma de glucosa para saber si está dentro de las cifras normales.

- *Observar si hay signos y síntomas de hipoglucemia: palidez, diaforesis, taquicardia, palpitaciones, parestesias, temblores, incapacidad de concentración, confusión, habla incoherente, conducta irracional o incontrolable, visión borrosa, somnolencia, incapacidad para despertarse del sueño o convulsiones, debilidad, nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, impaciencia, escalofríos, frío, mareos, náuseas, cefaleas, cansancio, calor, pesadillas, gritos durante el sueño, incoordinación, mala conducta, etc.*

Preguntar directamente al paciente si ha presentado alguno de los signos y síntomas.

- *Proporcionar información al paciente y familiar sobre los signos y síntomas que puede presentar en caso de la hipoglucemia, de los factores riesgo que la desencadenan y opciones de tratamiento.*

Informar al paciente y familia sobre los signos y síntomas

- *Informar y orientar al paciente y familia la importancia de la interacción entre la dieta, el ejercicio y la ingesta de sus medicamentos tanto de insulina como orales.*

*Informar que se debe cumplir con los horarios de ingesta de alimentos, ya que la toma de su medicamento en ayunas le puede provocar una baja de nivel de glucosa en sangre.*

Se realizó una visita a su domicilio donde se impartió una plática sobre la

diabetes Mellitus donde se explicó desde su definición signos y síntomas factores de riesgo y complicaciones. Además de las acciones que debe realizar (realizar ejercicio, alimentación adecuada) Donde el objetivo principal es que logre identificar él los riesgos que existen de no llevar a cabo las indicaciones. Una vez terminada la plática se realiza una retroalimentación para saber cuáles eran sus dudas acerca del tema para responder a las mismas.

### EVALUACIÓN

Resultado Esperado. 1820 Conocimiento: Control de la diabetes. (NOC) pag.268 Escala: Ningún conocimiento 1 hasta conocimiento extenso 5		
Indicadores	Puntuación DIANA	Evaluación
1. <i>En la importancia de la nutrición, el ejercicio y el control de la glucemia.</i>	<i>Conocimiento moderado 3</i>	<i>Conocimiento sustancial 4</i>
Se toma su medicamento en el horario indicado por el médico, lleva la dieta adecuada, realiza ejercicio.		Se toma su medicamento en el horario indicado por el médico, lleva la dieta adecuada, realiza ejercicio.
2. <i>Prevención de la hiperglucemia y síntomas relacionados.</i>	<i>Conocimiento moderado 3</i>	<i>Conocimiento sustancial 4</i>
Sabe cuáles son los síntomas de la hiperglucemia		Sabe cuáles son los síntomas de la hiperglucemia y los identifica.
3. <i>Prevención de la hipoglucemia y síntomas relacionados</i>	<i>Conocimiento moderado 3</i>	<i>Conocimiento sustancial 4</i>
Consumo sus alimentos en horarios establecidos por el nutriólogo y sabe cuáles son los síntomas de la hipoglucemia.		Consumo sus alimentos en horarios establecidos por el nutriólogo y sabe cuáles son los síntomas de la hipoglucemia, los identifica.
4. <i>Conocimientos y valores de límites de la glucemia.</i>	<i>Conocimiento moderado 3</i>	<i>Conocimiento extenso. 5</i>
Cada vez que se realiza la prueba pregunta si su resultado está dentro de las cifras normales.		Cada vez que se realiza la prueba pregunta si su resultado está dentro de las cifras normales, sabe cuáles son las cifras que

		debe de manejar.
5. Del régimen de hipoglucemiantes orales prescrito y almacenamiento adecuado de la medicación.	Conocimiento moderado <b>3</b>	Conocimiento sustancial <b>4</b>
Se toma sus medicamentos indicados y los conserva en un lugar sin humedad.		Se toma sus medicamentos indicados y los conserva en un lugar sin humedad.
6. Cuando obtener ayuda de un profesional sanitario	Conocimiento sustancial <b>4</b>	Conocimiento extenso. <b>5</b>
Refiere que al momento de sentirse mal acude de inmediato al médico.		Refiere que al momento de sentirse mal acude de inmediato al médico.
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>26</b>

**Evaluación** 23/junio/ 2012 a las 18 horas Puntuación DIANA del resultado esperado: 26 puntos. Una vez aplicadas las intervenciones y después de la plática que se impartió el usuario refiere que de presentarse alguna de las signos o síntomas de la diabetes sabrá cómo identificarlos, también refiere que sigue las indicaciones por el médico y nutriólogo, realiza ejercicio para prevenir o retardar las complicaciones.

## CONCLUSIONES

La enfermería profesional requiere desarrollar el proceso de enfermería como método de atención durante el cuidado a pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, realizar intervenciones individualizadas para la atención de calidad, así como atención holística del paciente, familia y comunidad.

En la ejecución de este trabajo se lograron los objetivos al desarrollar cada una de las etapas del proceso de enfermería concluyendo los siguientes resultados:

- El paciente es consiente sobre la importancia que tiene utilizar medidas para aumentar una mayor calidad y eficacia de sueño, actualmente duerme sin dificultad, conciliar el sueño rápidamente y ya no se siente cansado durante el día.
- Los resultados reflejaron que la persona ha obtenido mayor conocimiento respecto a su padecimiento y verbaliza la importancia de realizar un autocuidado.
- Actualmente se garantiza un mayor control para prevenir complicaciones, el paciente mantiene un régimen terapéutico ha logrado mantener sus niveles de glucosa en sangre dentro de las cifras normales, cumpliendo con el tratamiento de su enfermedad, ejecuta las recomendaciones de dieta adecuada consume alimentos permitidos y evita los no permitidos, realiza ejercicio.

Al concluir con el desarrollo de este PE se logró obtener un mayor conocimiento de la diabetes Mellitus así como la importancia de la aplicación del PE a un usuario para brindar una atención integral y favorecer el bienestar del paciente y prevenir complicaciones.

## **SUGERENCIAS**

Se sugiere que para el desarrollo de próximos procesos de enfermería en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, se propone realizar una búsqueda bibliográfica amplia y un sustento teórico de fisiopatología y pleno dominio de ésta, así como la normatividad de la atención a pacientes con Diabetes Mellitus como son las Guías de Práctica Clínica, Plan Nacional de Salud, Normas Oficiales Mexicanas 045, 015 entre otras.

Se plantea que los docentes de la Facultad de Enfermería intensifiquen la aplicación del proceso de enfermería para lograr que los egresados tengamos un mayor conocimiento, habilidad y actitud al desarrollarlo durante el servicio social y posteriormente en la práctica diaria en el ejercicio de la profesión.

Fomentar que el personal de enfermería aplique el proceso de enfermería ya que ayuda a la intervención temprana mediante la estrategia de detección oportuna, además de que ayuda a prevenir o retrasar las complicaciones a largo plazo.

Se recomienda como principal medida de prevención para la diabetes Mellitus en los niños informar a las madres de familia sobre llevar una alimentación adecuada y la práctica de ejercicios físicos a si mismo educar a los niños para evitar la comida chatarra, pasar menos tiempo frente al televisor o la computadora y a los juegos electrónicos.

Se recomienda a la persona con diabetes mellitus tipo II establecer y mantener un adecuado control metabólico a si mismo educarlo para que lleve un estilo de vida saludable, cumplir con el control y el tratamiento de su enfermedad para evitar complicaciones.

Que durante su estancia hospitalaria se brinde orientación sobre las complicaciones que se presentan además de los cuidados necesarios para prevenirlas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cazzati, J. (2012). Insomnio: Las 50 leyes del buen dormir. [En línea] (Recuperado 18 julio 2012). Disponible en:  
[http://es.wikipedia.org/wiki/Insomnio#Causas\\_del\\_insomnio](http://es.wikipedia.org/wiki/Insomnio#Causas_del_insomnio)
2. Daonil Diccionario. (2012). Hipoglucemiante (Glibenclamida) [En línea] (Recuperado 13 agosto 2012) Disponible en:  
[www.mufel.net/plm05/6792.htm](http://www.mufel.net/plm05/6792.htm)
3. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. (2012) [En línea] (Recuperado agosto 2012) Disponible en:  
<http://www.revistaalad.com.ar/website/articulo.asp?id=16>
4. Organización Mundial de la Salud (2011). Diabetes. Centro de Prensa. Nota descriptiva No. 312. International Diabetes Federation. [En línea] (Recuperado mayo) Disponible en:  
<http://www.idf.org/new-idf-data-reveals-diabetes-epidemic-continues-escalate>
5. Organización Mundial de la Salud (2011). Diabetes. Centro de Prensa. Nota descriptiva No. 312, de: International Diabetes Federation (2011b). [En línea] (Recuperado mayo) Disponible en:  
<http://www.idf.org/media-events/press-releases/2011/non-communicable-diseases-hit-world-poorest-people>.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011). Diabetes. Centro de Prensa. Nota descriptiva No. 312. [En línea] (Recuperado julio) Disponible en:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>.
7. Secretaría de salud (2012).plan de cuidados de enfermería diabetes Mellitus [En línea] (Recuperado agosto) Disponible en:  
[http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms\\_cpe/](http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/)
8. Secretaría de Salud (2008). Prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno del pie diabético en el primer nivel de atención. [En línea] (Recuperado agosto) Disponible en:



[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/005\\_GP\\_C\\_PieDiabetico/SSA\\_005\\_08\\_EyR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/005_GP_C_PieDiabetico/SSA_005_08_EyR.pdf)

9. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la Atención primaria. [En línea] (Recuperado agosto) Disponible en:  
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m015ssa24.html>
10. Secretaría de Salud (2010). Bases técnicas del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad [En línea] (Recuperado septiembre) Disponible en:  
[http://www.minsa.gob.pe/cino/documentos/publicaciones/Mexico%20bases\\_tecnicas.PDF](http://www.minsa.gob.pe/cino/documentos/publicaciones/Mexico%20bases_tecnicas.PDF)
11. Secretaría de Salud (2008). Programa de acción específico 2007-2012 Diabetes Mellitus [En línea] (Recuperado agosto) Disponible en:  
[http://cenavece.salud.gob.mx/descargas/pdf/programa\\_dm.pdf](http://cenavece.salud.gob.mx/descargas/pdf/programa_dm.pdf)
12. Secretaría de Salud (2001) Programa de Acción: Diabetes Mellitus [En línea] (Recuperado abril) Disponible en:  
[www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/diabetes\\_mellitus.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/diabetes_mellitus.pdf)
13. Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, para el manejo integral de la obesidad [En línea] (Recuperado noviembre) Disponible en:  
<http://www.facmed.unam.mx/sss/nom/normas%20oficiales.htm>
14. American Diabetes Association (2012) [En línea] (Recuperado octubre) Disponible en: <http://www.diabetes.org/espanol/todo-sobre-la-diabetes/diabetes-tipo-2/afecciones-y-tratamiento/acerca-de-la-insulina.html>

## **BIBLIOGRAFÍA**

Alfaro-Lefevre R., (1998) Aplicacion del Proceso Enfermero: Guía paso a paso. España. Springer. 41-121.

Alfaro-Lefevre R., (1999) Aplicacion del Proceso Enfermero: Guía paso a paso. España. Springer. 4-186.

Brant Toro C. (2003) Programa Iberoamericano De Actualización Continua En Medicina Familiar. Tomo II. CIMF Inter Sistemas 1 edición.

Heather Herdman T., (2009 – 2011) NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros: Definiciones Y Clasificación. Elsevier

Inter Sistemas (1998). Sistema De Actualización Medica Medicina Interna, México, Asociación De Medicina Interna A, C. 1 Edición

Iyer, Patricia W. (1997) Proceso y Diagnostico de Enfermería. México. Interamericana McGraw-Hill. 2-225.

Iyer, Patricia W. (1998) Proceso y Diagnostico de Enfermería. México. Interamericana McGraw-Hill. 231.

Kozier B. (1993) Fundamentos De Enfermería. España. Interamericana Mc graw-Hill. 393-395.

Kozier B. (1998) Fundamentos De Enfermería. España. Interamericana Mc graw-Hill. 19.

Leddy S., Pepper J. M. (1989) Bases Conceptuales De La Enfermería Profesional. J B Lippincott. 22, 263 – 266.

Luis, M.T. (1998). Diagnósticos Enfermeros. España. Harcourt Brace. 6-9.

Marriner-Tomey A., (1993) Modelos y Teorías de Enfermería. España, Mosby.

Marriner-Tomey A., Raile Alligood M. (2007) Modelos y Teorías de Enfermería. España, Elsevier.

Mccloskey D, J Bulechek GM (2009). Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC Quinta Edición. Elsevier Mosby.

Moorhead S, Johnson M. Maas M (2009). Clasificación De Los Resultados De Enfermería NOC. Cuarta Edición. Elsevier Mosby.

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes en la atención primaria. D.O.F. 08-XII-1994. Modificación D.O.F. 18-I-2001. Aclaración a la modificación D.O.F. 27-III-2001.

Organización Mundial de la Salud. Prevención De La Diabetes Mellitus. Ginebra: Informe de un Grupo de Estudio de la OMS. Ser Inf Tecn, no.844, 1994: 81. Pamplona Roger J. (1995). Alimentos que curan, safeliz S.L.

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. Vázquez, I. (Coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces (3 vols.). Madrid: Pirámide.

Pinilla A. P., Mercader Uguina J. R. (2007) .Valoración Médica Y Jurídica De La Incapacidad Laboral. España. LA LEY Wolters Kluwer.

Polit DF, Hungler BP, (2000) Investigación Científica En Ciencias De La Salud, Mexico, Interamericana Mc. Graw Hill

Potter P. A., (1996) Fundamentos de Enfermería Vol.1, España, Harcourt Oceano

Tebar. (2009). La Diabetes Mellitus En La Práctica Clínica. Médica Panamericana.

Uribe Esquivel M. (1998) Medicina Interna Vol. 1, Medica Panamericana.

## **GLOSARIO DE TÉRMINOS**

Actividades de enfermería: Actividades o acciones específicas que realizan las enfermeras para llevar a cabo una intervención y que ayudan al paciente/cliente a avanzar hacia el resultado deseado. Para poner en práctica una intervención se requiere una serie de actividades.

Alimentación: conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos mediante el cual el organismo obtiene del medio los nutrimentos que necesita, así como las satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales que son indispensables para la vida humana plena.

Cetoacidosis: Complicación aguda, por deficiencia casi absoluta de la secreción de insulina y de la hiperglucemia que de ahí resulta. Tal situación conduce al catabolismo de las grasas como fuente de energía, produciendo la formación de cuerpos cetónicos, lo cual se manifiesta como acidosis metabólica. Esta condición puede ser precipitada por estrés, infecciones, otras enfermedades, alimentación inadecuada o la omisión del tratamiento.

Diabetes: Es una alteración del metabolismo, caracterizada por el aumento de los niveles de glucosa en sangre (hiperglucemia), causada por un defecto (completo o no) de la secreción o acción de la hormona: la insulina.

Diabetes Tipo 1: tipo de diabetes en la que existe destrucción de células beta del páncreas, generalmente con deficiencia absoluta de insulina.

Diabetes tipo 2: tipo de diabetes en la que hay capacidad residual de secreción de insulina, pero sus niveles no superan la resistencia a la insulina concomitante, insuficiencia relativa de secreción de insulina o cuando coexisten ambas posibilidades y aparece la hiperglucemia.

Diagnostico enfermero: juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o

comunidad frente a procesos vitales/problema de salud reales o potenciales.

Dieta: Conjunto de alimentos, que se consumen al día.

Etiqueta: proporciona un nombre al diagnóstico. Es un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas. Puede incluir modificadores.

Factor de riesgo: atributo o exposición de una persona, una población o el medio, que están asociados a la probabilidad de la ocurrencia de un evento.

Farmacocinética: es la rama de la farmacología que estudia los procesos a los que un fármaco es sometido a través de su paso por el organismo. Trata de dilucidar qué sucede con un fármaco desde el momento en el que es administrado hasta su total eliminación del cuerpo.

Farmacodinamia: es el estudio de los efectos bioquímicos y fisiológicos de los fármacos y de sus mecanismos de acción y la relación entre la concentración del fármaco y el efecto de éste sobre un organismo.

Hiperglucemia: elevación de la glucosa por arriba de lo normal ( $>110$  mg/dl), durante el periodo de ayuno.

Hipoglucemia: estado agudo, en el que se presentan manifestaciones de tipo vegetativo (sudoración fría, temblor, hambre, palpitaciones y ansiedad), o neuroglucopénicas (visión borrosa, debilidad, mareos), debido a valores subnormales de glucosa, generalmente  $<60$ - $50$ mg/dl. Pueden aparecer síntomas sugestivos de hipoglucemia, cuando se reducen estados de hiperglucemia, aun sin llegar a descender hasta los 50 mg/dl.

Indicadores de resultados del paciente dependientes de enfermería se definen como: un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad más concreto que sirve para medir un resultado.

Índice de Masa Corporal o índice de Quetelet: Peso corporal en kilogramos, dividido entre la estatura en metros elevada al cuadrado ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ).

Insulina: es una hormona necesaria para transformar el azúcar, el almidón y otros alimentos en la energía que necesitamos para nuestra vida cotidiana

Intervención de enfermería: Todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Incluyen cuidados directos e indirectos

Morbilidad: Morbilidad es la proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado.

Mortalidad: La tasa de mortalidad es el indicador demográfico que señala el número de defunciones de una población por cada 1.000 habitantes, durante un período determinado (generalmente un año).

Nefropatía diabética: complicación tardía de la diabetes. Se refiere al daño predominantemente de tipo glomerular, con compromiso intersticial; frecuentemente se añade daño por hipertensión arterial.

Neuropatía diabética: neuropatía somática que afecta los nervios sensitivos y motores voluntarios y puede corresponder a un daño difuso (polineuropatía) o localizado en un nervio (mononeuropatía). La neuropatía autonómica (visceral) se manifiesta por diarrea, gastroparesia, vejiga neurogénica, disfunción eréctil e hipotensión ortostática, entre otras complicaciones.

Ración o porción: cantidad de alimentos expresada en diferentes medidas de uso común para cada grupo de alimentos, que se utiliza para la prescripción dietética.

Resistencia a la insulina: disminución de la acción de esta hormona en los tejidos muscular, hepático y adiposo.

Resultados de los pacientes dependientes de enfermería se definen como: el estado, conducta o percepción variables del individuo, familia o comunidad medidos a lo largo de un continuo en respuesta a intervención (es) de enfermería.

Retinopatía diabética: complicación de la diabetes caracterizada porque en la retina existe compromiso de los vasos pequeños, incluyendo los capilares, con aumento de la permeabilidad, que permite la salida de lípidos formando exudados duros, obstrucción de vasos con infartos, produciéndose los exudados blandos. Puede haber ruptura de vasos, causando microhemorragias; la formación de nuevos por hipoxia puede condicionar hemorragias masivas.

Tasa: Es un coeficiente que expresa la relación entre la cantidad y la frecuencia de un fenómeno o un grupo de fenómenos. Se utiliza para indicar la presencia de una situación que no puede ser medida en forma directa.

Taxonomía: clasificación según las relaciones naturales que se suponen entre los tipos y subtipos.



## ANEXOS

**UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO  
FACULTAD DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DE CELAYA  
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA**

**GUIA DE VALORACION  
(DOROTHEA ELIZABETH OREM)**

### I. FACTORES CONDICIONANTES BASICOS

a) Descriptivos de la persona

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: Masc. ( )  
Fem. ( ) Edad: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
Edo Civil: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_  
Lugar de residencia: \_\_\_\_\_ Domicilio actual (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: \_\_\_\_\_

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicio Básicos:

Alumbrado Público ( ) Recolección de Basura ( )

Drenaje y Alcantarillado ( )

Rol que ocupa en la familia:

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

Cuántos hijos tiene:

0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) más de 3 ( )

Como es su relación con la familia:

Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )

Nivel de educación:

Analfabeta ( ) Primaria ( ) Secundaria ( )

Bachillerato ( ) Licenciatura ( ) Otros \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

---

Antecedentes Laborales: \_\_\_\_\_

Ingreso Económico Familiar:

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

Dependencia económica:

Si ( ) No ( )

De quien:

Padres ( ) Esposo/a ( ) Otros: \_\_\_\_\_

b) Patrón de vida

¿Qué actividades recreativas realiza en su tiempo libre?

Sociales ( )                      Culturales ( )                      Deportivas ( )  
Religiosas ( )                      otras \_\_\_\_\_

¿Qué hace usted para cuidar su salud? \_\_\_\_\_

---

c) Estado de Sistema de Salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno ( )                      Regular ( )                      Deficiente ( )

¿A qué servicios de salud acude 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

a) Mantenimiento del aporte suficiente de aire.

Frecuencia respiratoria: \_\_\_\_\_ Llenado Capilar: \_\_\_\_\_ Cianosis: \_\_\_\_\_

Si ( )                      No ( )                      Especifique: \_\_\_\_\_

Tabaquismo:

Si ( )                      No ( )                      Especifique: \_\_\_\_\_

¿Cocino con leña?

Si ( )                      No ( )                      ¿cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Alergias:

Si ( )                      No ( )                      Especifique: \_\_\_\_\_

Tipo de respiración:

Normal ( )                      Disnea ( )                      Bradipnea ( )                      Taquipnea ( )                      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: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ 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 ( ) Escasa ( )

¿Qué cantidad de agua ingiere usted al día?  
 300-500ml ( ) 500-1000ml ( )  
 1500-2000ml ( ) > a 2000ml ( )

¿De dónde proviene el agua que consume?  
 Llave ( ) pública ( ) Pipa ( ) Entubada ( )  
 Garrafón ( ) Otros: \_\_\_\_\_

¿Utiliza algún método para purificar el agua?  
 Si ( ) No ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

¿Ingiere otro tipo de líquido durante el día?  
 Si ( ) No ( ) 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 ( ) 7-9 Kg ( ) >10 Kg ( )

Dentadura:  
 Completa ( ) Falta de piezas ( ) Prótesis fija ( ) Prótesis Extraíble ( )  
 Especifique: \_\_\_\_\_

Estado de las mucosas:  
 ¿Presenta algún problema en la mucosa oral?  
 Si ( ) No ( ) Especifique:

Lengua en túnica ( ) 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 ( ) Náuseas ( ) Vómito ( ) Hematemesis ( ) Disfagia ( ) Pirosis ( )

Regurgitación ( ) Polidipsia ( ) Sialorrea ( ) Saciedad ( ) Eructos ( )

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

¿Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse?

Si ( ) No ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

Tipo de Nutrición:

Sonda Nasogástrica ( ) Sonda Nasoyeyunal ( ) Gastrolisis ( )

Nutrición Parenteral ( )

Que tan frecuente usted come:

1= Cada Día 2= Una Vez a la Semana 3= Una Vez al mes 4= Nunca

Alimento /frecuencia	1	2	3	4
Leche				
Derivados. De la leche				
Carnes				
Cereales				
Verduras				
Frutas				
Huevos				
Pescado				
Pastas y harinas				

¿Con que Guiza 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: \_\_\_\_\_

Alteraciones al evacuar:

Tenesmo ( ) Pujo ( ) Cólico ( ) Otros: \_\_\_\_\_

Apoyo para la eliminación intestinal

Movilización ( ) Medicación ( ) Higiene ( ) Otros: \_\_\_\_\_

Características de las heces fecales:

Café ( ) Acolia ( ) Melena ( ) Otros: \_\_\_\_\_

Consistencia de las heces fecales:

Pastosa ( ) Semipastosa ( ) Líquida ( ) Semilíquida ( )

Dura ( )

Grupo de eliminación vesical

Presencia de:

Incontinencia ( ) Retención Urinaria ( ) Tenesmo ( ) Disuria ( )

Alteraciones uretero vesicales: \_\_\_\_\_

Alteraciones en la micción

Polaquiuria ( ) Oliguria ( ) Anuria ( )

Apoyo para la evacuación vesical:

Movilización ( ) cateterismo vesical ( ) Higiene ( )

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

Características de la micción:

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

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

Grupo respiración:

Cambios en los patrones normales de sudoración

Disminuida ( ) Ausente ( ) Aumentada ( )

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal \_\_\_\_\_ Dolor ( ) Alt. Emocionales ( )

Temperatura ambiental: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Grupo menstruación:

Monarca: \_\_\_\_\_ días de 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 Hr ( ) 6-8 Hr ( ) 8-10 ( ) >10 Hr ( )

¿Cómo se encuentra al despertar?

Cansado ( ) Descansado ( ) Fatigado ( ) otros: \_\_\_\_\_

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?

Si ( ) No ( )

¿Ha sufrido algún cambio su patrón de sueño?

Si ( ) No ( )

¿Desde cuándo?

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

Presencia de:

Bostezo ( ) Insomnio ( ) Hipersomnio ( ) Pesadilla ( )

Alucinaciones ( ) Ojeras ( ) Ronquido ( ) 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 Músculo Esquelético:

Presencia de 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:

Presenta problemas de audición:

Si ( ) No ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

Utiliza apoyo para escuchar:

Si ( ) No ( )

Presencia de:

Mareo ( ) Vértigo ( ) Acufenos ( ) Malformaciones ( )

Tumoraciones ( ) Lesiones ( )

Sistema Ocular:

Presenta problemas visuales:

Si ( ) No ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

Utiliza lentes:

Armazón ( ) Contacto ( ) Tiempo: \_\_\_\_\_

Presencia de alteraciones oculares:

Si ( ) No ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

¿Con quienes convive diariamente?

Familia ( ) Amigos ( ) Nadie ( ) Otros: \_\_\_\_\_

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

Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )

¿A quiénes recurre para platicar de sus problemas?

Familia ( ) Amigos ( ) Nadie ( ) Otros: \_\_\_\_\_

Observar:

Seguridad ( ) Timidez ( ) Introversión ( ) Apatía ( )

Extraversión ( ) Otros: \_\_\_\_\_

Razones que le impiden socializar

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

Dificultad para la comunicación ( ) Otros: \_\_\_\_\_

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 la deambulación?

Bastón ( ) Silla de ruedas ( ) Andador ( ) Otros: \_\_\_\_\_

Antecedentes heredofamiliares patológicos:

Si ( ) No ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

Toxicomanías:

Si ( ) No ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y 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 alteración ante una situación estresante?

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

Cólera ( )

**III. REQUISITOS DE AUTO CUIDADO DE DESARROLLO**

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

1. Etapa del ciclo vital

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

Niñez Si ( ) No ( ) Especifique \_\_\_\_\_

Edad escolar Si ( ) No ( ) Especifique \_\_\_\_\_

Adolescente Si ( ) No ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

Adulto joven Si ( ) No ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

Edad Fértil Si ( ) No ( ) especifique: \_\_\_\_\_

Adulto maduro Si ( ) No ( ) especifique: \_\_\_\_\_

## 2. Salud Sexual

Sistema Reproductor:

Ha recibido educación Sexual:

Si ( ) No ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

Cuáles su orientación Sexual: \_\_\_\_\_

Con que frecuencia tiene actividad sexual: \_\_\_\_\_

Está satisfecho de su vida Sexual

Si ( ) No ( ) Porque: \_\_\_\_\_

Número de parejas sexuales: \_\_\_\_\_

Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales:

Si ( ) No ( ) Especifique/Tratamiento: \_\_\_\_\_

Utiliza algún método de planificación Familiar:

Si ( ) No ( ) Especifique/Tiempo: \_\_\_\_\_

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 exámenes de 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 \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_ Óbitos:

\_\_\_\_\_ Prematuros: \_\_\_\_\_ Embarazo de alto Riesgo: \_\_\_\_\_

Periodo inter Genésico: \_\_\_\_\_ Menopausia: \_\_\_\_\_ Fecha de ultimo

Papanicolaou: \_\_\_\_\_

Presencia de flujo/hemorragia transversal: \_\_\_\_\_ Características: \_\_\_\_\_

¿Existen alteraciones 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 ( )

¿Que conoce usted de su enfermedad? \_\_\_\_\_

¿Cuando hay campañas de salud orientadas a la detección oportuna de enfermedades, Usted acude?

Si ( ) No ( )

¿En caso de déficit o incapacidad física, cuál es su sentimiento respecto a su situación? \_\_\_\_\_

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación?

Si ( ) No ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

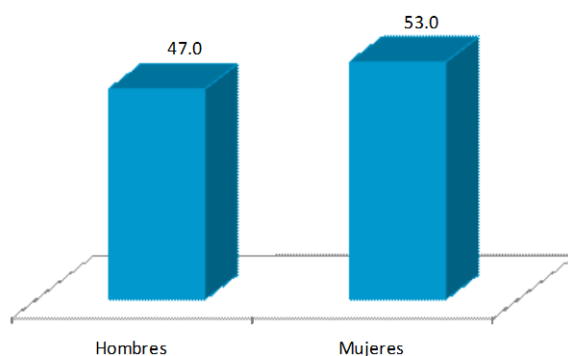
¿Identifica algún obstáculo que le impida continuar o llevar a cabo los cuidados para su diagnóstico y tratamiento y rehabilitación?

Ambientales ( ) Familiares ( ) Personales ( )

Especifique: \_\_\_\_\_

## TABLAS DE ESTADISTICAS SOBRE DIABETES MELLITUS

Distribución porcentual de morbilidad hospitalaria por Diabetes Mellitus según sexo 2009



**Nota:** La morbilidad hospitalaria corresponde a la principal causa de egreso hospitalario.  
**Fuente:** SSA, DGE (2011). Base de Datos de Egresos Hospitalarios 2009; y CONAPO (2008). Proyecciones de la población de México 2005-2050. Procesó INEGI.

### Tasa de morbilidad hospitalaria por Diabetes Mellitus según grupos de edad y sexo

2009

Por cada 100 mil habitantes para cada sexo y grupo de edad

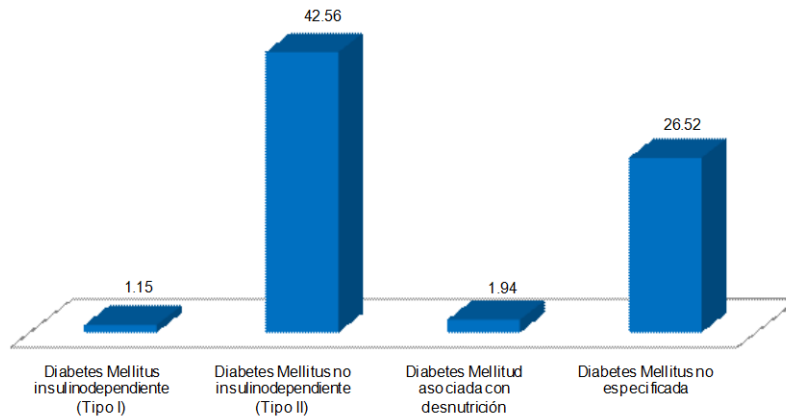
Grupos de edad	Total	Hombres	Mujeres
Menores de 20 años	9.29	7.17	11.48
20-24	17.75	15.04	20.37
25-29	25.51	25.91	25.10
30-34	37.34	38.55	36.19
35-39	58.64	61.24	56.17
40-44	105.30	114.58	96.46
45-49	196.79	204.91	189.14
50-54	344.10	351.77	336.90
55-59	507.48	523.65	492.71
60-64	681.12	684.25	678.34
65-69	802.30	785.36	816.73
70-74	946.87	934.51	957.01
75-79	1 030.23	1 019.31	1 038.84
80 y más	867.74	829.92	895.22

**Nota:** Agrupación de acuerdo con Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), códigos E10-E14.

La morbilidad hospitalaria corresponde a la principal causa de egreso hospitalario.

**Fuente:** Fuente: SSA, DGE (2011). Base de Datos de Egresos Hospitalarios 2009; y CONAPO (2008). Proyecciones de la Población de México 2005-2050. Procesó INEGI.

**Tasa de mortalidad observada por tipo de Diabetes Mellitus  
2009**  
Por cada 100 mil habitantes



**Nota:** Agrupación de acuerdo con Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), códigos E10-E14.  
No incluye a los residentes habituales en el extranjero.

**Fuente:** INEGI (2010). *Estadísticas de Mortalidad. Cubos dinámicos*; y CONAPO (2008). *Proyecciones de la Población de México 2005-2050. Proceso INEGI*.

**Tasa de mortalidad observada por Diabetes Mellitus  
según grupo de edad y sexo  
2009**  
Por cada 100 mil habitantes

Grupo de edad	Total	Hombres	Mujeres
<b>Estados Unidos Mexicanos</b>	<b>72.18</b>	<b>69.92</b>	<b>74.35</b>
0-4	0.11	0.08	0.15
5-9	0.11	0.09	0.14
10-14	0.25	0.20	0.30
15-19	0.73	0.44	1.03
20-24	1.66	1.52	1.80
25-29	3.70	4.15	3.27
30-34	6.36	7.46	5.33
35-39	11.58	13.92	9.35
40-44	26.02	31.17	21.16
45-49	57.39	66.70	48.64
50-54	120.31	133.93	107.68
55-59	210.40	233.46	189.40
60-64	328.01	342.20	315.37
65-69	472.66	490.81	456.75
70-74	668.89	691.18	650.07
75-79	932.38	933.08	931.65
80-84	1 134.13	1 081.58	1 174.05
85 y más	1 304.06	1 175.05	1 395.17

**Nota:** Agrupación de acuerdo con Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), códigos E10-E14.  
No incluye a los residentes habituales en el extranjero.

**Fuente:** INEGI (2010). *Estadísticas de Mortalidad. Cubos dinámicos*; y CONAPO (2008). *Proyecciones de la Población de México 2005-2050. Proceso INEGI*.

**Tasa de mortalidad observada de Diabetes Mellitus por entidad federativa  
2005-2009**  
Por cada 100 mil habitantes

Entidad federativa	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Estados Unidos Mexicanos</b>	<b>64.54</b>	<b>65.18</b>	<b>66.59</b>	<b>70.84</b>	<b>72.18</b>
Aguascalientes	53.49	58.00	61.10	59.59	61.74
Baja California	52.76	52.92	53.22	51.57	52.97
Baja California Sur	38.86	46.98	45.20	51.31	50.76
Campeche	43.87	45.30	54.40	59.48	54.52
Coahuila de Zaragoza	86.59	83.02	80.65	87.44	88.44
Colima	66.00	67.87	63.54	74.17	73.39
Chiapas	37.73	40.69	40.46	44.96	46.68
Chihuahua	66.42	65.15	67.69	68.30	69.97
Distrito Federal	93.81	95.61	96.80	98.98	100.78
Durango	69.42	71.70	74.24	76.65	71.01
Guanajuato	72.04	72.46	75.95	82.93	81.97
Guerrero	46.88	44.79	50.61	56.97	60.75
Hidalgo	55.97	57.71	61.14	66.29	62.64
Jalisco	67.57	65.95	64.13	70.60	72.40
México	63.28	65.53	67.49	70.53	73.30
Michoacán de Ocampo	71.40	71.38	73.96	80.37	86.38
Morelos	64.16	71.88	70.61	84.25	78.58
Nayarit	56.75	61.89	60.46	65.15	67.04
Nuevo León	60.16	55.49	61.01	64.31	64.28
Oaxaca	54.01	50.55	55.81	60.05	62.77
Puebla	76.99	78.74	71.50	75.20	78.23
Querétaro	50.94	52.92	55.38	57.63	57.54
Quintana Roo	30.16	29.52	33.50	35.67	37.14
San Luis Potosí	54.94	55.99	59.72	66.82	61.85
Sinaloa	52.16	55.42	49.14	56.45	53.80
Sonora	56.40	58.02	59.02	61.99	60.15
Tabasco	60.36	59.82	62.34	70.74	74.32
Tamaulipas	65.88	67.26	68.71	70.97	72.72
Tlaxcala	61.67	68.96	71.61	77.96	88.38
Veracruz de Ignacio de la Llave	69.25	69.33	73.18	78.39	83.48
Yucatán	55.07	53.12	57.30	58.32	56.45
Zacatecas	60.12	59.28	65.75	69.78	64.79

**Nota:** Agrupación de acuerdo con Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), códigos E10-E14.  
No se incluye a los residentes habituales en el extranjero.

**Fuente:** INEGI (2011). *Estadísticas de Mortalidad. Cubos dinámicos*; y CONAPO (2008). *Proyecciones de la Población de México 2005-2050. Proceso INEGI*.