



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Facultad de Enfermería

**Proceso de Enfermería aplicado a un caso clínico de
Diabetes Mellitus tipo 2 con el referente teórico de
Dorothea Elizabeth Orem**

Que para obtener el grado de:
Licenciada en Enfermería

Presenta:

P.L.E. M Natividad Cristóbal Pérez

Asesora:

M.C.E. Vanesa Jiménez Arroyo

Coasesor:

L.E. Mario Salgado Chávez

Morelia Michoacán

Enero del 2013



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Facultad de Enfermería

***Proceso de Enfermería aplicado a un caso clínico de
Diabetes Mellitus tipo 2 con el referente teórico de
Dorothea Elizabeth Orem***

Que para obtener el grado de:
Licenciada en Enfermería

Presenta:

P.L.E. M Natividad Cristóbal Pérez

Asesora:

M.C.E. Vanesa Jiménez Arroyo

Coasesor:

L.E. Mario Salgado Chávez

Morelia, Michoacán. Enero de 2013.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
I.- JUSTIFICACIÓN	4
II.- OBJETIVOS	9
2.1.- General.....	9
2.2.- Especifico.....	9
III.- METODOLOGIA	10
IV.- CASO CLINICO	11
V.- MARCO TEORICO	15
5.1.- Proceso de Enfermería.....	15
5.2.- Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Elizabeth. Orem.....	43
5.3.-Historia Natural de la Enfermedad.....	59
VI.- APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO	63
6.1.- Caso Clínico: Valoración Con El Referente Teórico de Orem.....	63
6.2.-Diagnósticos prioritarios según Orem.....	67
6.3.- DESARROLLO DE LOS DIAGNÓSTICOS	70
6.3.1.- Diagnóstico de Enfermería N°1; <i>Plan de Intervención, Ejecución y Evaluación</i>	70



6.3.2.- Diagnóstico de Enfermería N°2; <i>Plan de Intervención, Ejecución y Evaluación.</i>	78
6.3.3.- Diagnóstico de Enfermería N°3; <i>Plan de Intervención, Ejecución y Evaluación.</i>	86
6.3.4.- Diagnóstico de Enfermería N°4; <i>Plan de Intervención, Ejecución y Evaluación.</i>	94
6.3.5.- Diagnóstico de Enfermería N°5; <i>Plan de Intervención, Ejecución y Evaluación.</i>	102
6.3.6.- Diagnóstico de Enfermería N°6; <i>Plan de Intervención, Ejecución y Evaluación.</i>	109
6.3.7.- Diagnóstico de Enfermería N°7; <i>Plan de Intervención, Ejecución y Evaluación.</i>	115
6.3.8.- Diagnóstico de Enfermería N°8; <i>Plan de Intervención, Ejecución y Evaluación.</i>	124
6.3.9.- Diagnóstico de Enfermería N°9; <i>Plan de Intervención, Ejecución y Evaluación.</i>	135
6.3.10.- Diagnóstico de Enfermería N°10; <i>Plan de Intervención, Ejecución y Evaluación.</i>	144
6.3.11.- Diagnóstico de Enfermería N°11; <i>Plan de Intervención, Ejecución y Evaluación.</i>	152
6.3.12.- Diagnóstico de Enfermería N°12; <i>Plan de Intervención, Ejecución y Evaluación.</i>	158



6.3.13.- Diagnóstico de Enfermería N°13; <i>Plan de Intervención, Ejecución y Evaluación.</i>	164
VII.CONCLUSIONES	172
7.1 Sugerencias.....	175
VIII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	177
IX.- BIBLIOGRAFIA	179
X.- GLOSARIO DE TERMINOS	180
XI.- ANEXOS	183
XII.-APENDICES	211



DIRECTIVOS

Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela

Directora

ME. Ruth. E. Pérez Guerrero

Secretaria Académica

MCE. Roberto Martínez Arenas

Secretario Administrativo



MESA SINODAL

ASESOR

Asesor: M.C.E. Vanesa Jiménez Arroyo

COASESOR

L.E. Mario Salgado Chávez

VOCAL 1

M.E. Ruth. E. Pérez Guerrero

VOCAL 2

M. C. Cesar Jerónimo López C.

SUPLENTE



AGRADECIMIENTOS

A Dios. Por darme la oportunidad de existir y darme la fortaleza para seguir siempre adelante.

A Mi Madre. Por brindarme siempre su confianza, su apoyo en momentos difíciles e impulsarme a siempre alcanzar mis metas.

A mi Hermana Imelda. Por sus consejos y sobre todo por su apoyo en los momentos más difíciles.

A Mi Hermano Julio. Por su apoyo en todo momento.

A Max Por la Motivación que me brinda en todo momento *y Su familia* Por su apoyo incondicional.

A mis asesores. Por su apoyo y su orientación.

A toda mi familia. Muchas gracias por estar siempre conmigo



DEDICATORIA

A mis Padres

Mis Hermanos

Imelda Julio

Y a mis pequeños Hermanos

Luis, Angélica y Guie...



INTRODUCCIÓN

La enfermería en la actualidad se define como la ciencia y el arte de proporcionar cuidados de predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas del individuo, familia y comunidad a procesos vitales, problemas de salud reales o potenciales.

Dorothea E. Orem define a la Enfermería como un servicio humano diseñado para superar las limitaciones humanas en acciones de autocuidado por razones relacionadas con la salud destacando en todo su modelo que la enfermería es acción y al igual que con otros modelos de enfermería, las ideas deben traducirse de manera que puedan ser utilizados en la práctica. La traducción se logra usando el Proceso de Enfermería.

El proceso enfermero es la esencia de la profesión de enfermería el cual es basado por un método sistemático para la solución de los problemas siendo en este caso la finalidad de satisfacer los requisitos de autocuidado universal a una persona con Diabetes Mellitus tipo II bajo el referente teórico de Dorotea E. Orem con su teoría General del Déficit del Autocuidado.

Cualquier enfermedad en el hombre es el resultado de un proceso dinámico, en donde diferentes elementos ambientales y características propias del hombre entran en interacción y concluyen con la ruptura del equilibrio llamado homeostasis. Toda esa red de interacciones ecológicas y humanas que concluyen finalmente con manifestaciones clínicas, incapacidad o muerte es lo que se conoce como la Historia Natural de la Enfermedad el cual su principal objetivos es conocer cada una de las diferentes etapas o componentes de ese proceso con el propósito de intervenir lo más tempranamente posible y evitar que el deterioro de la salud siga su curso.



La Diabetes Mellitus tipo II resulta de la interacción de factores genéticos con factores ambientales tales como la edad, la obesidad, el nivel de actividad física, la hipertensión arterial, la diabetes gestacional y en algunos estudios, los antecedentes familiares de diabetes. Es considerada una enfermedad frecuente de trascendencia asociada a una mayor morbimortalidad, consto individual en sus posibilidades de control, prevención y sus complicaciones.

La educación al paciente Diabético es un componente esencial para el tratamiento de la enfermedad y el profesional de Enfermería es el más adecuado para realizarlo ya que en la consulta este debe proporcionar al paciente y a sus familiares los conocimientos sobre la enfermedad, sus cuidados, su tratamiento y complicaciones.

Algunos cuidados de enfermería pueden presentarse mejor en forma de educación y de apoyo, enseñanza o guía del paciente en las medidas de autocuidado. En los campos éticos, legal y profesional, las enfermeras deben reflejar de forma minuciosa lo que planifican, hacen y finalmente evalúan.

El modelo de Dorothea Elizabeth Orem fundamenta esta Metodología, facilita de forma efectiva los cuidados al paciente, partiendo de la valoración de los requisitos de autocuidado universal para el autocuidado, los requisitos del desarrollo y de desviación de la salud en la primera etapa a través de la Guía de Valoración con el referente de la teórica, seguida de los diagnósticos de Enfermería con la Taxonomía II para continuar con la Planificación de cuidados a través de la Nomenclatura de Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) llevando a las acciones mediante la Taxonomía de Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) ejecutando cuidados de enfermería y Evaluando los mismos.

Esta serie de pasos fueron aplicados a una mujer con Diabetes Mellitus tipo II bajo el referente teórico de Dorothea E. Orem con su teoría General del Déficit



del Autocuidado con el objetivo de mejorar el estado de salud e independencia en el tratamiento y el cuidado para la enfermedad. Esto es logrado parcialmente durante un periodo de 10 meses y 16 días y en participación con personal de otras disciplinas, como son Médicos, Químicos y Nutriólogas de las instituciones gubernamentales como lo es la Secretaria de Salud y sectores privados.



I. JUSTIFICACIÓN

En la última década se ha observado un aumento considerable de la prevalencia de Diabetes Mellitus tipo II (DMII) en todo el mundo, de manera que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha considerado que esta constituirá una de las epidemias de este siglo.

Las causas de este aumento se relacionan con los cambios en los estilos de vida y el envejecimiento de la población. La pérdida de los estilos de vida tradicionales como una alimentación hecha en casa, comida balanceada y natural, así como la realización de la actividad física. Y la adopción de hábitos apegados a culturas occidentales, como una vida más sedentaria, un aumento en la carga de estrés laboral y una alimentación más rápida y de alto contenido calórico, pero poco aporte nutritivo ha generado un aumento considerable de la obesidad en la población general y secundariamente al incremento de enfermedades crónico degenerativas como la Diabetes Mellitus II. (Figueroa D., 2003)

El perfil mundial de prevalencia de la diabetes hace pensar que las poblaciones con mayor tendencia a la enfermedad son las que residen en países de crecimiento rápido y los sectores pobres de las naciones desarrolladas. Se estima que en el año 2000 había en el mundo unos 154 millones de enfermos de diabetes mellitus. (LeRoith, Taylor, Olefski., 2003)

La diabetes es sin duda un problema creciente de salud pública y una de las principales causas de muerte, discapacidad y altos costos requeridos para su salud. Su prevalencia continúa ascendiendo en todo el mundo. En 1985 se estimó que mundialmente había 30 millones de personas enfermas; para 1995 esta cifra ascendió a 135 millones, y para el año 2025 se calcula que será de 300 millones, aproximadamente. Cifras altamente alarmantes.



Así, el panorama mundial actual de la diabetes permite predecir que, durante la primera cuarta parte del siglo XXI, este padecimiento alcanzara proporciones epidémicas importantes en las intervenciones que deberá desempeñar el sector salud a su población.

De acuerdo con estudios epidemiológicos nacionales, realizados en el año 2000, alrededor de 10.7% de la población mexicana con edad de 20 años y más padece diabetes, pero el 35% ignora que la tiene. Esto significa que en México existen más de 5.5 millones de personas enfermas, de las cuales alrededor de un millón y medio no han sido diagnosticadas. Este hecho impide que los individuos busquen tratamiento o que sabiéndose enfermos, no acudan a los servicios de salud o lo hagan de manera irregular. (Tapia R., 2003)

En México la mortalidad por Diabetes ha mostrado durante las últimas décadas un crecimiento sostenido en el año 2007 ocupa el primer lugar en muerte tanto en hombres como en mujeres, sumando un total de muertes en hombres de 284,910 dando una tasa de 547.2 por cada 100 mil habitantes y muertes en mujeres por Diabetes de 229,336 dando una tasa de 426.9 por cada 100 mil defunciones. (INEGI, S.S, 2006)

La Secretaria de Salud general de información en salud y la base de datos de defunciones en 1978-2008 y proyecciones de población en Michoacán se identificaron 1478 defunciones por Diabetes Mellitus, dando una tasa de 98.5 % por cada 100,000,00 Defunciones en el estado. (SINAIS, 2007)

Durante Agosto de 2012 a Septiembre 2012 en la localidad de Tarecuato se observaron 55 casos de Diabetes Mellitus en la clínica IMSS Oportunidades de los cuales 11 eran hombres y 44 mujeres. De la misma forma se observaron 86 casos de Diabetes Mellitus en el Centro de Salud de la Secretaria de Salud 28 eran hombres y 66 eran mujeres ambas instituciones pertenecientes de la misma localidad. Observando un total de 141 casos de los que acuden a los



servicios de salud. Derivada de esta información una Tasa de 7.366 por cada 1000 habitantes, esto significa que 7 de cada mil habitantes sufre las consecuencias de la Diabetes Mellitus.

Por tratarse de una enfermedad incurable, el paso del tiempo hace que las personas con diabetes no sean regulares en la demanda de su atención. Hecho que conduce a un deficiente control metabólico de la enfermedad. Solo una pequeña fracción de los afectados acude regularmente a los servicios de salud y de estos aproximadamente un tercio logra un control metabólico adecuado.

Cabe señalar que la diabetes es la causa más importante de amputación de miembros de origen no traumático (pie diabético), así como de otras complicaciones como retinopatía e insuficiencia renal, además, es uno de los factores de riesgo más trascendentes en cuanto a enfermedades cardiovasculares se refiere.

Es por eso, que las personas con este padecimiento deben recibir atención durante toda su vida, lo cual determina que los costos económicos asociados al tratamiento y sus complicaciones representen una grave carga, tanto para los pacientes como para los servicios de salud. Pero es necesario reconocerlas como tal para instrumentar las medidas sanitarias que permitan su atención en todas las etapas de su evolución.(Tapia R., 2003)

Considerando que la diabetes constituye un problema prioritario para los servicios de salud en nuestro país, la atención oportuna y racional de los casos de esta enfermedad nos permite disminuir el riesgo de la adquisición y las complicaciones generadas por el padecimiento.(Salmeron M., 2007)

Por lo tanto esta representa uno de los retos más importantes a los que deben hacer frente los sistemas de salud. Ya que se trata de un problema que está asociado a una notable utilización de servicios, debido a las necesidades



complejas que este problema pone en juego y que genera en consecuencia la importancia de planificar de manera personalizada el modelo de intervención y mantener un seguimiento bien sistematizado que prevenga complicaciones a corto o largo plazo, además de valorar y planificar los cuidados más rutinarios, dado el importante impacto que tiene en la vida cotidiana de las personas que la padecen y que precisan de una enseñanza sobre el autocuidado impartidos por un profesional del cuidado y capacitado para identificar la demanda de cuidado y la deficiencia de la misma como lo es el personal de Enfermería.

Con este panorama epidemiológico que se describió anteriormente, se puede considerar un campo muy amplio y acertado para que el profesional de enfermería desarrolle una serie de acciones específicas para las necesidades de esta población, al mismo tiempo de fomentar la promoción de la salud a la población que está en riesgo de padecer esta enfermedad, procurando aumentar el estilo de vida y la calidad de la misma por medio de un autocuidado.

Cuando se plantea cómo las enfermeras pueden ayudar a los pacientes y por qué este profesional tiene tanta importancia en el desarrollo de las estrategias de cuidado, es porque cuando se habla de autocuidado parece que se trata de algo simple, sin embargo, es necesario de una continua atención multidisciplinaria.

El cuidado no es otra cosa que acciones para el mantenimiento de la vida, sin embargo, cuando uno observa la complejidad que trae un problema de salud como es la diabetes, y la necesidad de tomar acciones de autocuidado bien ordenadas, sistemáticas y adaptadas a cada individuo, es cuando se debe de plantear que aunque las acciones de cuidado lleguen a ser sencillas, su secuencia y ordenación en el marco de la cotidianidad deben de ser valoradas,



estudiadas y planificadas de la mano de un profesional experto en el cuidado. Que en este caso es el profesional de enfermería.

Son varios aspectos de su vida cotidiana, personal, familiar, social y laboral que pueden verse afectados cuando una persona padece diabetes, y estos tienen que ver con su capacidad funcional y calidad de vida. (Ferrer C., 2011)

Son las enfermeras(os), los profesionales expertos en las estrategias relacionadas con el cuidado individual, familiar y grupal, y el profesional con mayor cualificación en lo que se refiere a disponer de herramientas específicas sobre metodología persuasiva, educativa y participativa, por tanto, para plantear y dirigir las estrategias de cuidado en los pacientes crónicos como lo son los pacientes diabéticos para poder desarrollar agencias de autocuidado dependientes y terapéuticas que potencialicen los requisitos de autocuidado universal.

El modelo de Orem aborda el autocuidado del paciente a través de una amplia valoración ya que el modelo no solo abarca las necesidades de autocuidado universal, si no también aquellas necesidades del desarrollo físico, social y psicológico del individuo, de su situación de enfermedad o lesión y de su relación con los profesionales de la salud como lo son los requisitos de autocuidado de desarrollo y desviación de la salud. (Cavanagh S, 1993).

Este modelo se ha adaptado a múltiples situaciones ya que lo mismo se aplica en mujeres, adultos mayores, personas en estado crítico o en etapas variadas de rehabilitación entre otras. Por lo tanto el modelo de Orem resulta una herramienta metodológica y conceptual para desarrollar la labor de Enfermería y permitir identificar un vocabulario científico de la disciplina. Dicho vocabulario permite reflexionar profundamente sobre nuestra labor, la naturaleza y relación de los fenómenos de vida de una persona en situaciones particulares, con ello, la enfermera distingue el nivel de participación que tiene que proporcionar.



II. OBJETIVOS

2.1. GENERAL

Aplicar un Proceso de Enfermería basado en el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem, aplicado a una persona con Diabetes Mellitus tipo II en el municipio de Tangamandapio, Michoacán para favorecer su autocuidado.

2.2. ESPECIFICOS

- Realizar valoración de acuerdo a los elementos considerados en la guía estructurada con el referente teórico de Dorothea E. Orem
- Establecer los diagnósticos reales, potenciales, de riesgo y/o bienestar.
- Realizar un plan de cuidado de enfermería personalizado para el sujeto de estudio apoyados en la taxonomía II de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería) y NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería).
- Desarrollar las intervenciones seleccionadas por el NIC
- Evaluar el estado actual del paciente de estudio y la evolución de su autocuidado.



III. METODOLOGÍA

El presente trabajo se realizó con fines de titulación, bajo una previa capacitación respecto a la metodología de enfermería con el referente teórico de Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem y con la necesidad de generar un impacto en el estado de salud y satisfacer los requisitos de autocuidado del sujeto de estudio de esta investigación.

Se llevaron a cabo cada una de las etapas del proceso enfermero y se presentan los resultados de la metodología implementada a una persona originaria de Tarecuato, Michoacán, diagnosticada con Diabetes tipo II con 14 años de evolución.

En el primer contacto con la paciente se explicó el objetivo de estudio, los fines de la visita domiciliaria y se obtuvo el consentimiento verbal y escrito.

Se llevó a cabo la explicación de la dinámica de trabajo, se hizo una valoración inicial a la paciente con una metodología previamente establecida según nuestro marco de referencia. Se determinaron los diagnósticos enfermeros alterados y de riesgo, posteriormente se realizaron los planes de cuidados enfermeros; se ejecutaron las intervenciones y acciones de enfermería planeadas y se presentaron por último los resultados obtenidos del presente Proceso de Enfermería.



IV. CASO CLINICO

A.P.G. Es una mujer de 55 años de edad, casada, católica dedicada al hogar y al comercio, originaria de Tarecuato Michoacán, vive en casa propia de material de adobe y de ladrillos, la mayor parte del piso es de tierra, cuenta con los servicios de agua, luz eléctrica, drenaje, y vive en condiciones de tipo rural. Es madre de 5 hijos, las relaciones familiares son regulares, no concluyo la primaria el ingreso económico es de 1-2 salarios mínimos, ella depende económicamente de sí misma y en ocasiones de sus hijos, la mayor parte del tiempo lo dedica al campo para cultivar verduras y semillas para luego venderlas.

Menciona que para cuidar su salud o control de molestias utiliza, pomadas, infusión de hierbas (medicamentos homeopáticos) junto con medicamentos como (Metformina y Glibenclamida) los cuales lleva tomando desde que se le diagnosticó el padecimiento de Diabetes Mellitus tipo II, declara que tiene la capacidad de tomar decisiones por si misma de acuerdo a su salud, pero el ingreso económico deficiente en ocasiones la impiden. Niega tabaquismo y alcoholismo, sin embargo ha cocinado toda su vida con leña, se observa el tórax normal y sin palidez de tegumentos. La mucosa oral se mantiene hidratada, la piel es observa reseca y en algunas partes del cuerpo escamosa (manos y pies) sobre todo en miembros inferiores. En la exploración física se observa una ulcera superficial en los interdigitales del pie derecho, la turgencia de la piel es normal, la cantidad de agua que consume es de 1500-2000 ml por día proveniente de la llave el cual es potable sin embargo no realiza de métodos de purificación, afirma que consume refresco de cola (Coca-Cola) cada 3° dia con una cantidad de 500-600 ml.

Manifiesta haber perdido peso en los últimos 10 años aproximadamente de 10 a 12 Kg, se observa que de acuerdo a la dentadura la mayoría se encuentra



careada y con diversas piezas faltantes sin contar que tiene una prótesis fija, cepillado de dientes muy a menudo. Abdomen normal refiere síntomas de polidipsia y polifagia con frecuencia, los alimentos de consumo básico son cereales, verduras y carnes, con preferencia el pescado y con menor frecuencia las frutas, huevos y pastas. La leche y sus derivados no son de su gusto y no las consume. Los alimentos los cocina con aceite vegetal y come hasta sentirse totalmente satisfecha sin respetar una dieta para diabético que debería consumir.

De acuerdo a las evacuaciones intestinales: las características de las heces son amarillentas y pastosas cuando no tiene algún trastorno de eliminación. Sin embargo con frecuencia padece de diarrea persistente siendo ésta muy difícil de contener. En cuanto a la eliminación vesical, presenta Polaquiuria e incontinencia urinaria frecuentes, las características de la orina son turbias con sedimentos, la sudoración de la piel es normal. Duerme de 6-8 horas diarias y que la mayoría de las veces ronca al dormir y tiene pesadillas, algunos de los factores que le interrumpen el descanso y sueño son las preocupaciones familiares, sin embargo; no utiliza ayuda para conciliar el sueño. No realiza ningún tipo de ejercicio, presenta problemas visuales comentando la mayoría de las veces tener una <<visión nublada>>. En la exploración ocular, se observa Pterigiión en ambos ojos. Menciona que nunca ha acudido al oftalmólogo ni ha requerido ayuda auditiva.

Actualmente solo convive con un hijo y su esposo, no recurre a nadie cuando tiene problemas por desconfianza a las personas, se muestra consiente y orientada, madre finada por Diabetes y padre finado por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Expresa también que acepta su aspecto físico y los cambios que ha tenido por su enfermedad, de igual forma considera que su vida ha sido productiva aunque en ocasiones se deprime por soledad y problemas conyugales.



Ha recibido educación sexual y prevención del Cáncer de Mama (CAMA) y Cáncer Cervicouterino (CACU) esporádicamente, ya no realiza actividades sexuales, expresa estar satisfecha con su sexualidad sin referencia de problemas, menciona haber tenido 11 embarazos con partos fisiológicos, Menarca a los 14 años y menopausia a los 48 años, último Papanicolau realizado hace 4 años el cual desconoce los resultados.

Acude a chequeos generales de salud cada 4-6 meses o cada que siente molestias, refiere saber poco acerca del tratamiento para su enfermedad, no realiza actividades para mejorar su salud, uno de los obstáculos para controlar su enfermedad es la falta de recursos económicos, falta de tiempo y sentimientos de pena para acudir al Centro de Salud.

Al día siguiente de la entrevista, se le animo a la paciente a que acudiese al centro de salud a una revisión de su estado de salud, donde es atendida por la enfermera y se observa los siguientes datos: glicemia capilar de= 409 Mg/dl, T/A= 110/80, FC= 80 Lx1, SPO2 =98%, FR= 22, Temp= 36.5 °c. Peso: 50 kg, Talla: 1.52 cm PA: 74 cm IMC: 21.64, al no haber médico general al momento de la visita se le recomienda a la paciente disminuir los niveles de azúcar en sangre, y continuar con su tratamiento prescrito.

A fin de obtener más información acerca del estado de salud de la paciente se le recomienda realizar exámenes sanguíneos y orina, bajo su consentimiento las muestras son llevadas al hospital General Regional de Sahuayo donde los exámenes de laboratorio revelan los siguientes datos alterados;

QS: Glucosa: 310 Mg/dl elevada, Triglicéridos: 187 Mg/100ml ligeramente elevados, urea 36 mg/100ml, colesterol HDL 271 mg/100, LDL 185 mg/100, ligeramente elevados



EGO: Glucosa: 100/mg/dl elevadas (Glucosuria), leucocitos: incontables, Bacterias: Abundantes (infección de vías urinarias),

Tiempo de Protrombina y Tiempo Parcial de Tromboplastina: normales.

Posteriormente se motiva a la paciente a acudir al Hospital General Regional de Sahuayo para revisión general de salud por presentar DM II y recibir tratamiento sobre los problemas detectados. El tratamiento inicial por médico general es:

- Metformina con Glibenclamida: 500/ 2.5 mg tomar una tableta C/8 Hr
- Amoxicilina/ asido clavulanico: 500/125 mg 1 tableta c/8 Hr
- Bromuro de Ipatropio espray 1 inhalación c/8 Hr
- Carbamacepina tab tomar 1 por las noches
- Complejo B tab 1 c/ 12 Hr
- Diclofenaco en caso de dolor tomar una c/ 12 Hr

Recomendaciones: controlar niveles de azúcar, Solicitud Rx de tórax para detectar posibles daños por cocinar con leña, Cita con medicina Interna.



V. MARCO TEORICO

5.1.- PROCESO DE ENFERMERIA

5.1.1 Definición

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

El proceso de Enfermería es el sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.(Rodriguez Sanchez B., 2001)

El proceso enfermero es una teoría sobre como las enfermeras organizan los cuidados de las personas, las familias y las comunidades.(NANDA, 2009-20011)

5.1.2 Antecedentes

Johnson 1959, Orlando 1961 y wiedenbach 1963 desarrollaron un proceso de tres fases diferentes que contenían elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. Blach (1974), Roy (1975), Mudinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) dieron lugar al proceso de cinco fases.

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 la 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 y en la aplicación durante la práctica; sin embargo todavía nos falta camino por recorrer en este terreno, el cual resulta desconocido para muchas compañeras aún en nuestros días.

5.1.3 Características

Es un método, sistemático por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados.

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

Es intencionado porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo: al mismo tiempo que valora los recursos, el desempeño del usuario y de la enfermera.

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.

Es interactivo porque requiere de la interacción humana con los usuarios para acordar y lograr objetivos comunes.

5.1.4 Beneficios del proceso enfermero

Aplicar el proceso enfermero en nuestro medio es un verdadero reto por el sinnúmero de factores que caracterizan la formación y práctica de la



enfermería mexicana y que la ubicación en una situación de desventaja en relación con la de otros países.

Con la aplicación del proceso se delimita el campo de acción específico de la enfermería y con ello se demuestra que la enfermera (o) profesional realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica, ya que el proceso enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en las respuestas humanas (Alfaro 1999:10)

Las enfermeras (os) al aplicar el proceso podrían experimentar satisfacción al ser valoradas (os) por los integrantes del equipo sanitario dadas sus diversas competencias profesionales; además de favorecer en ellas (os) el desarrollo del pensamiento analítico, deliberado, cuidadoso y dirigido al logro de un objetivo, pues emplea principios y el métodos científico para emitir juicios basados en evidencias. (Alfaro 1999; 17).

Por otra parte el proceso comprende el individuo, familia y comunidad para tomar parte activa en las decisiones y cuidados que permiten mantener o recuperar la salud.

5.1.5 Requisitos para aplicar un proceso enfermero

La enfermera (o) debe reunir una serie de competencias profesionales en el área del saber, saber hacer y saber ser y convivir para aplicar el proceso con facilidad y lograr cambios que favorezcan la salud del usuario, familia y comunidad.

El área del saber hacer se refiere a las actividades de carácter intelectual que constituyen el pensamiento crítico; es decir el razonamiento lógico, analíticos y reflexivos en relación con lo que hacemos u opinamos (Iyer 1997:23), a fin de ser competentes flexibles y creativos; en la aplicación del proceso enfermero se



requieren este tipo de competencias se convierten en el sistema dentro del cual puede aplicar su capacidad de razonamiento crítico. (Iyer1997:22).

También se requieren competencias en el área del saber ser y convivir que favorezcan la interrelación con el usuario e integrantes del equipo sanitario en consideración con los aspectos éticos, bioéticos y legales indispensables para la ejecución de la profesión.

5.1.6 Pensamiento crítico

Es un pensamiento de características de ser deliberado, cuidadoso y dirigido a metas, en otras palabras es un “proceso mental”

Implica el examen y el análisis racional de toda la información de ideas disponibles, así como la formulación de conclusiones y decisiones. (Bruner 1998:23).

El pensamiento crítico es una parte esencial en el método de solución de problemas y de la toma de decisiones y por consiguiente es una habilidad. (Kozzier 1998:19)

Partes del pensamiento crítico

Los conocimientos, la experiencia práctica, “el empleo del método científico, la aplicación del método científico la aplicación del proceso enfermero y la toma de decisiones clínicas” (Bruner1998:26)

Características del pensador crítico

Actitud inquisitiva en la que formula preguntas y solicita aclaraciones

Aplica conocimientos y experiencias previas. (Transferencia)

Valora una situación desde previas perspectivas

Sopesa riesgos y beneficios antes de tomar decisiones



Prioriza

Reconoce sus capacidades y solicita ayuda cuando es necesario

Tiene mentalidad abierta para escuchar otros puntos de vista.

Es creativo y reflexivo.

Emplea la lógica al validar, distinguir hechos de falacias, hacer inferencias y cuando apoya sus opiniones en evidencias.

5.1.7 Etapas del proceso de enfermería

Consta de cinco etapas (valoración, diagnóstico, intervención, ejecución y evaluación) las cuales se encuentran estrechamente relacionadas de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a las siguientes.

Etapas de valoración

Es la primera etapa del proceso enfermero e incluye la obtención, confirmación, clasificación y organización de datos de manera sistemática además de la debida documentación. Existen dos tipos de valoración, la básica que se desarrolla mediante la entrevista y la focalizada que se realiza para explorar un aspecto de particular interés.

La valoración requiere de un instrumento que permita de manera organizada explorar conceptos o relaciones conceptuales de la persona con el fin de elaborar posteriormente las inferencias, hipótesis o diagnósticos de enfermería.

El instrumento de valoración propuesto por Orem es una plantilla general que permite adecuarse para el caso y tipo de persona de la cual se trate (Ostiguín, Velazquez, 2001). Siguiendo la perspectiva de las necesidades humanas.



Factores condicionantes básicos

La teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado sugiere que las características de las personas cuidadas, incluyendo sus propiedades específicas son denominadas factores condicionantes básicos. Estos se agrupan en tres categorías: 1) aquellos que describen a los individuos que son pacientes de las enfermeras individualmente o en grupo. 2) que relacionan a estos grupos con su familia de origen o de matrimonio. 3) que localizan a individuos en sus mundos relacionándolos en condiciones y circunstancias de vida.

La información que describe a los factores condicionantes básicos en cada caso de enfermería debe ser obtenida por las enfermeras al inicio y de manera continua según sea necesario, a lo largo del periodo de provisión de cuidados de enfermería.

Requisitos De Autocuidado Universal

Son comunes en todos los seres humanos durante todas las etapas de su ciclo vital y atienden aspectos de edad, sexo, estado de desarrollo, factores ambientales, etc. En total son ocho, siendo los siguientes:

- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
- Mantenimiento de aporte suficiente de alimento.
- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos, incluidos los excrementos.
- Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el reposo.
- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano.



- Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.

Estos requisitos generan acciones que producen condiciones internas y externas que mantienen la estructura y el funcionamiento humano, los cuales a su vez apoyan al desarrollo y maduración humana. (Ostiguín, Velazquez, 2001)

Requisitos De Autocuidado Del Desarrollo

Además de los requisitos de autocuidado universal, esenciales para todas las personas en todas las etapas del desarrollo, Orem ha identificado un segundo tipo de requisitos, hallados en especiales circunstancias, asociados con el desarrollo humano. Estos se dividen principalmente en dos:

Etapas específicas del desarrollo:

- Vida intrauterina y nacimiento
- Vida neonatal, ya sea un parto a término o prematuro, o un niño con peso normal o con bajo peso
- Lactancia
- Etapas del desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven.
- Etapas de desarrollo de la edad adulta
- Embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.

Condiciones que afectan el desarrollo humano:

- Deprivación educacional
- Problemas de adaptación social
- Pérdida de familiares, amigos o colaboradores
- Pérdida de posesiones o del trabajo
- Cambio súbito en las condiciones de vida
- Cambio de posición ya sea social o económica.



- Mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad
- Enfermedad terminal o muerte esperada
- Peligros ambientales

Esto constituye una amplia gama de eventos identificados por Orem como importantes para los procesos naturales de desarrollo de un individuo. Estar sujeto a una de estas condiciones o una combinación de ellas podría representar una demanda creciente para la capacidad que tiene el individuo de enfrentarse con sus propias necesidades de autocuidado.(Cavanagh S, 1993)

Requisitos en la desviación de la salud

Están asociados con defectos de constitución corporal, genéticos y desviaciones humanas, estructurales y funcionales, con sus efectos, medidas de diagnóstico y tratamiento médico.(Ostiguín, Velazquez, 2001)

La principal premisa de los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud es que los cambios en el estado de salud requieren que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes para ofrecérselos cuando él es incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado de la salud.(Cavanagh S, 1993)

Una vez valorados los requisitos anteriores se identifica el déficit de Autocuidado, para ello deben considerarse tres elementos:

1. Agente de Autocuidado: el cual es uno mismo, porque cada individuo lleva los cuidados elementales, como bañarse, vestirse, comer, entre otros.
2. Agente de cuidado dependiente: es una persona madura que reconoce requisitos de autocuidado a los que no puede responder por sí mismo. Las personas se cuidan unas a otras sin proporcionar directamente



cuidados de enfermería, por lo que cada persona se convierte en agente de cuidado dependiente.

3. Agencia de autocuidado: esta se refiere al acto de conocer y realizar acciones para el cuidado de la salud de forma deliberada. Esto lo llevan a cabo tanto el agente de cuidado dependiente como el agente de autocuidado.(Ostiguín, Velazquez, 2001)

Pasos para realizar la valoración

La valoración permite 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 recuperar la salud.

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

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

Recolección de la información

Durante la recolección el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos: Subjetivos, Objetivos, Históricos y Actuales (Iyer 1997:36).

Los datos Subjetivos son aquellos que el usuario nos refiere y que manifiestan una percepción de carácter individual (ejemplo: el dolor, temor, debilidad impotencia).

Los datos Objetivos son 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 etc.)

Los datos Históricos se refieren a hechos del pasado y que se relacionan con la salud del usuario. (Ejemplos; 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 u hospitalización, (ejemplo: la hipertermia, la deshidratación, el sangrado, el insomnio, alcoholismo, ansiedad, etc...)

Toda la información se recolecta por medio de la Entrevista y del Examen Físico, ambas se complementan y clarifican mutuamente (Alfaro 1998:41) en consecuencia se puede realizar en forma simultanea

A.- La entrevista es una labor compleja que requiere ante todo la habilidad en la comunicación y de la relación estrecha con el usuario. Tiene la finalidad la obtención de la información necesaria para el diagnóstico y planeación de 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.

B.- 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 1993:393) además de la medición de las constantes vitales y la somatometria.

Inspección

Consiste en la valoración utilizando los sentidos de la vista, olfato y oído, (Kozier 1993:393). 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.

Palpación

Es el examen del cuerpo utilizando el sentido del tacto, (Kozier 1993:393) es decir las yemas de los dedos, ya que por su inervación las hace sensibles para determinar: textura, temperatura, posición y tamaño de órganos, vasos periféricos etc.

Percusión

Es el método de valoración en el que la superficie del cuerpo es golpeada para producir sonidos o vibraciones (Kozier 1993:394) y se emplea para estimar el tamaño y la forma de órganos, la presencia de líquidos, aire o algún sólido.

Auscultación

Es el proceso de escuchar los sonidos producidos por el cuerpo (Kozier 1993:395) y sirve para valorar el funcionamiento de diversos órganos.

Constantes Vitales Y Somatometria

Son aspectos imprescindibles del examen físico que deben ser valoradas en conjunto ya que reflejan el funcionamiento general del organismo, permitiéndonos detectar problemas de salud reales y de riesgo.

Validación De La Información

Una vez reunida la información del usuario tiene que ser validados para estar seguros de que los datos obtenidos sean los correctos. La validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada y cometer errores al identificar los problemas (Alfaro 1998:53.) Para validación de datos es necesario: revalorar al usuario, solicitar a otra enfermera



que recolecte aquellos datos en los que no se esté seguro, comparar datos objetivos y subjetivos, consultar al usuario/ familia y a otros integrantes del equipo sanitario.

Registro de la Información

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

Entre las recomendaciones a tener en cuenta en el momento de efectuar anotaciones se encuentran las siguientes:

- 1.- Cumplir con las normas del centro laboral en cuanto a registros.
- 2.- Evitar juicios de valor.
- 3.- Escribir textualmente lo que el usuario expresa (entrecorillado)
- 4.- Acompañar las inferencias con las evidencias respectivas.
- 5.- Señalar y escribir la palabra error y anotar a continuación la apreciación correcta (evitar tachaduras o aplicación de corrector)
- 6.- Procurar que la información se importante y relevante.
- 7.- Realizar anotaciones claras, concisas y completas.
- 8.- Escribir con letra clara y con tinta indeleble.
- 9.- Evitar dejar espacios en blanco por que pueden escribir en ellos algo que lo incrimine.
- 10.- Cuidar la ortografía y evitar abreviaturas.
- 11.- Anotar siempre la fecha y hora en que realiza el registro.
- 12.- Escribir toda la información que proporcionó el equipo sanitario.
- 13.- Registrar cuando un usuario o su familia rechazan determinado cuidado o medida terapéutica.



Etapa de diagnostico

Consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud del usuario, familia y comunidad.(Rodriguez Sanchez B., 2001)

En el vocabulario de la Teoría General del Déficit del Autocuidado, corresponde a la identificación de déficit, capacidades o ambos de la persona para proveerse autocuidado. El diagnostico tiene gran relevancia para las etapas subsecuentes y su estructuración resulta ser determinante para la especificación del tipo de sistemas de enfermería a desarrollar.

Pasos para la etapa Diagnostica

- 1) Razonamiento diagnostico
- 2) Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes
- 3) Validación
- 4) Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes

Razonamiento Diagnostico

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

Pasos para el razonamiento diagnostico

- 1) Realizar un listado de todos los datos significativos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales, que aporte la valoración incluyendo los recursos.
- 2) Analizar y agrupar los datos significativos.
- 3) Comparar los datos significativos.



- 4) Efectuar revaloración si existen dudas y lagunas de información.
- 5) Determinar si la enfermera tiene la autoridad para hacer el diagnóstico definitivo y ser el principal responsable.
- 6) Proceder a dar el nombre correspondiente a las respuestas humanas y respuestas fisiopatológicas.
- 7) Determinar los factores relacionados o de riesgo.

Requisitos para formular un diagnóstico enfermero

- ❖ Haber realizado la valoración y el razonamiento diagnóstico antes de iniciar con la formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.
- ❖ Conocer las categorías diagnósticas de la NANDA 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 humana de una persona, familia o comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales y de riesgo en donde la enfermera es la responsable de su predicción, prevención y tratamiento en forma independiente. (Rodríguez Sánchez B., 2001)

Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/ procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable. (NANDA, 2009-20011)



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 tanto de la respuesta a este como de la evolución de la situación patológica, lo que los sitúa en el ámbito de la interdependencia con otro profesional, aunque nuestra atención siga centrada en el usuario.

Clasificación de los diagnósticos enfermero

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

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 1998:7) 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 1998:7) no existen características definitorias, 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 nivel aceptable de salud o bienestar, pero quiere y puede alcanzar un nivel mayor. (Rodríguez Sánchez B., 2001)



Diagnostico Enfermero De Promoción A La Salud: juicio clínico sobre las motivaciones y deseos de una persona, familia o comunidad de aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud que se manifiesta en su disposición para mejorar conductas de salud específicas como la nutrición y el ejercicio. Esta disposición se apoya en las características definitorias. Las intervenciones se seleccionan de acuerdo al individuo, familia o comunidad para asegurar al máximo la posibilidad de alcanzar los resultados esperados.

Síndrome: grupo de signos y síntomas que aparecen casi siempre juntos. Juntos estos grupos representan un cuadro clínico específico.(NANDA, 2009-20011)

Clasificación de problemas interdependientes

Reales: cuando el problema se hace evidente a través de sus signos y síntomas.

De Riesgo: existen factores de riesgo pero aún no hay manifestaciones clínicas.

Componentes de un diagnostico enfermero

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

Definición: proporciona una descripción clara y precisa; delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.

Características Definitorias: claves o inferencias que se agrupan como manifestaciones de un diagnostico real, de salud o de promoción de la salud.

Factores de Riesgo: factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incremental la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad ante un evento no saludable.



Factores Relacionados: factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Puede describirse como antecedentes a, asociado con, relacionados con, contribuyentes al diagnóstico. Solo los diagnósticos reales tienen factores relacionados.(NANDA, 2009-20011)

Estructura de los diagnósticos enfermeros

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.(Rodriguez Sanchez B., 2001)

Lo que se debe evitar al estructurar diagnósticos enfermeros

1. Formular diagnósticos enfermeros empleando terminología médica.
2. Identificar dos problemas al mismo tiempo.
3. Redactar el diagnóstico de manera que incrimine legalmente.
4. Usar debido a: en lugar de relacionado con: ya que la segunda identifica solo una relación entre la respuesta humana y los factores relacionados y no necesariamente una causa-efecto.
5. Redactar diagnósticos enfermeros que surgen de los valores personales normales del profesional de enfermería y no de datos objetivos y subjetivos.
6. Cambiar el orden de los elementos del diagnóstico enfermero.
7. Registrar dos enunciados en el diagnóstico enfermero que tenga igual significado.
8. Escribir formulaciones diagnósticas sin considerar factores relacionados que la enfermera (o) pueda solucionar o modificar en forma independiente.
9. Emplear el diagnóstico médico en la formulación de un diagnóstico enfermero.



Por lo anterior, y en base a los avances que ha tenido la ciencia de enfermería, es importante mencionar que las enfermeras asistenciales están principalmente interesadas en los diagnósticos de la taxonomía y raramente necesitan usar la estructura taxonómica propiamente dicha. No obstante, la familiaridad con la forma en que los diagnósticos están estructurados ayudará a las enfermeras asistenciales que necesitan hallar rápidamente la información y a las que desean proponer nuevos diagnósticos.

La Taxonomía II es un marco de referencia disciplinar que ha ido mejorando en los últimos años y que cuenta con una gran aceptación por el profesional de enfermería.

Taxonomía II

Las enfermeras asistenciales están principalmente interesadas en los diagnósticos de la taxonomía y raramente necesitan usar la estructura taxonómica propiamente dicha. No obstante, la familiaridad con la forma en que los diagnósticos están estructurados ayudará a las enfermeras asistenciales que necesitan hallar rápidamente la información y a las que desean proponer nuevos diagnósticos.

La Taxonomía II tiene tres niveles: 13 dominios, 47 clases y 206 diagnósticos. Un dominio es «una esfera de actividad, estudio o interés» (Rogct, 1980, pág. 287). Una clase es «una subdivisión de un grupo mayor; una división de las personas o cosas por su calidad, rango o grado» (Rogct, pág. 157)

Dominio 2 (Nutrición)

Dominio 1 (Promoción de la salud)

Clase 1 toma de conciencia de la salud

Clase 2 gestión de la salud

Clase 1 ingestión

Clase 2 digestión

Clase 3 absorción



Dominio 3 (Eliminación/intercambio)

- Clase 1 función urinaria
- Clase 2 función gastrointestinal
- Clase 3 función tegumentaria
- Clase 4 función respiratoria

Dominio 4 (Actividad y reposo)

- Clase 1 reposo/sueño
- Clase 2 actividad/ ejercicio
- Clase 3 equilibrio de la energía
- Clase 4 respuesta cardiovasculares/pulmonares
- Clase 5 autocuidado

Dominio 5 (Percepción/cognición)

- Clase 1 Atención
- Clase 2 Orientación
- Clase 3 Sensación/Percepción
- Clase 4 Cognición
- Clase 5 Comunicación

Dominio 6 Auto percepción

- Clase 1 Autoconcepto
 - Clase 2 Autoestima
 - Clase 3 Imagen corporal
- Dominio 7 Rol/relaciones**
- Clase 1 Rol de cuidador
 - Clase 2 Relaciones familiares
 - Clase 3 Desempeño del rol

Dominio 8 Sexualidad

- Clase 1 Identidad sexual

Clase 2 Función Sexual

Clase 3 Reproducción

Dominio 9 Afrontamiento/ tolerancia al estrés

- Clase 1 Respuesta postraumática
- Clase 2 Respuesta de afrontamiento
- Clase 3 Estrés neurocomportamental

Dominio 10 Principios Vitales

- Clase 1 Valores
- Clase 2 Creencias
- Clase 3 Valores/creencias/congruencia de las acciones

Dominio 11 Seguridad/protección

- Clase 1 Infección
- Clase 2 Lesión física
- Clase 3 Violencia
- Clase 4 Peligros del entorno
- Clase 5 Procesos defensivos
- Clase 6 Termorregulación

Dominio 12 Confort

- Clase 1 Confort físico
- Clase 2 Confort del entorno
- Clase 3 Confort social

Dominio 13 Crecimiento/desarrollo

- Clase 1 Crecimiento
- Clase 2 Desarrollo



La Taxonomía II de NANDA es un lenguaje enfermero reconocido que cumple los criterios establecidos por el CommittcclorNursing Practico InformationInfrastructure (CI\PII) de la American Nurses Associa tion (ANA) (Coenen y cols., 2001). El beneficio de estar incluido como un lenguaje enfermero reconocido, es que indica que el sistema de clasificación es aceptado como soporte para la práctica enfermera al proporciona r una terminología clínicamente útil.

Validación

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

- a) ¿La información recolectada del usuario / familia fue suficiente?
- b) ¿El análisis y la agrupación de datos se hicieron en forma correcta?
- c) ¿Las deducciones realizadas dieron acertadas?
- d) ¿La identificación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes fue correcta?
- e) ¿Para asignar el nombre a la respuesta humana se compararon los datos obtenidos con las características definitorias y factores relacionados de las categorías diagnosticas de la NANDA?
- f) ¿Para asignar el nombre a la respuesta fisiopatológica se consultaron fuentes bibliográficas y a otros profesionales del área de la salud?
- g) ¿Los factores relacionados o de riesgo corresponden al problema que se identificó?
- h) ¿La estructura de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes se apegó a lo establecido?



Durante la validación la enfermera (o) debe consultar al usuario para corroborar que esté en lo cierto.

Forma de realizar el registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes

Una vez validados los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, pueden escribirse en la hoja de notas de enfermería y en los planes de cuidados para iniciar con la etapa de planeación.

Etapa de Planeación

Es el desarrollo de un proyecto donde se establece un objetivo y acciones encaminadas a predecir, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud.

Pasos para la planeación

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

Establecer prioridades

- a) Prioridad 1. Problemas que amenazan la vida e interfieren con las necesidades fisiológicas.
- b) Prioridad 2. Problemas que interfieren con la seguridad y la protección.
- c) Prioridad 3. Problemas que interfieren con el amor y la pertenencia.
- d) Prioridad 4. Problemas que interfieren con la autoestima.
- e) 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 pertenecen, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas. Es importante señalar que en la mayoría de las ocasiones los problemas interdependientes son prioritarios sobre todo si el paciente se encuentra hospitalizado y grave.

Elaborar objetivos

Los objetivos son una parte indispensable dentro de la etapa de planeación, ya que con ellos se mide el éxito de un plan determinado al valorar el logro de los resultados. También permiten dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados y son factores de motivación, (Alfaro1998:2) 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, (objetivo específico) (Luis 1998:9).
2. Estar dirigido al usuario, familia o comunidad, porque en ellos se representan 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 claro 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 este caso de los objetivos para problemas interdependientes es conveniente la coparticipación de todos los integrantes del equipo sanitario, además del usuario y su familia.
6. Utilizar un solo verbo (conducta) por cada objetivo.
7. Ser realista, es decir que consideren las capacidades físicas psicológicas y personales del usuario (s) para que se puedan alcanzar.
8. Considerar en los objetivos conductas de los dominios: cognitivo, afectivo y psicomotriz de acuerdo a las características del problema de salud.

Determinación de acciones de enfermería

Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos (Iyer 1997:186) 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 enfermería específica.

Cuestionamientos:

1. ¿Cuál es el problema?
2. ¿Cuáles son sus factores relacionados o de riesgo?
3. ¿Qué se debe valorar antes, durante y después de realizar las acciones de enfermería?
4. ¿Qué acciones de enfermería específicas se tienen que realizar para prevenir o tratar la etiología del problema?



5. ¿Qué acciones de enfermería educativa se requieren?
6. ¿Cuáles acciones de enfermería se tienen que incluir para consultar y derivar al usuario, al profesional de salud adecuado? Y ¿En qué momento?
7. ¿Qué anotaciones de enfermería se deben realizar?
8. ¿Qué 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, objetivo (s), acciones de enfermería y evaluación.

Existen dos tipos de planes de acuerdo a sus componentes: para diagnósticos enfermeros y para problemas interdependientes: la diferencia entre ambos es que uno se refiere a una respuesta humana (diagnostico enfermero) y el otro a una respuesta fisiopatológica (problema interdependiente) y que las funciones interdependientes de enfermería únicamente se incluyen en los planes de cuidado para problemas interdependientes.

Documentación del plan de cuidados

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

De acuerdo con su registro los planes de cuidados deben ser Individualizados, cuando se utiliza en formato dividido en columnas en donde la enfermera (o) procede a escribir el diagnostico 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 1997:210) que después de introducir información del usuario, familia y comunidad ofrecen los planes de cuidado respectivos.

Etapa de Intervención

Posteriormente a la fase de preparación pueden llevarse a cabo las intervenciones de enfermería independientemente e interdependiente planeadas, que incluyen: la valoración; la prestación de cuidados para conseguir los objetivos, (Iyer 1998:231): la educación del usuario, familia y comunidad y la comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria. Es fundamental considerar las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario durante la ejecución de las acciones de enfermería, para lograr su participación e independencia.

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.

Documentación

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

Son propósitos de los registros e 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 calidad de los usuarios, (Alfaro 1999: 166); respaldar legalmente las actuaciones de enfermería (o) y servir para estimar el pago de los servicios prestados. (Alfaro 1999:160)

Etapas de ejecución

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

Pasos de la ejecución

- * Preparación
- * Intervención
- * Documentación

Preparación

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

- 1) Revisar que las acciones estén de acuerdo a las características del usuario y que sean compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria (Iyer 1997:225) haciendo necesaria la revaloración.
- 2) Analizar y estar seguros que se tienen los conocimientos y habilidades necesarios para realizar las actividades planeadas.
- 3) Tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad.
- 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 agrupen a los cuatro puntos clave de la delegación: tarea correcta, persona correcta, comunicación correcta, y evaluación correcta (Alfaro 1999:160)

Etapas de Evaluación

Permite determinar el progreso del usuario, familiar y comunidad hacia el logro de objetivos y valorar las competencias de la enfermera en el desarrollo de las cuatro etapas anteriores, lo que posibilita hacer las modificaciones necesarias.

La aplicación del proceso enfermero se evalúa con las siguientes preguntas:

- ✱ ¿La información fue completa y estuvo validada?
- ✱ ¿El razonamiento diagnóstico fue correcto?
- ✱ ¿La formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes fue acertada?
- ✱ ¿Los planes de cuidado dieron solución al problema y etiología de los problemas señalados?
- ✱ ¿Las acciones de enfermería realizadas permitieron el logro de objetivos?

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 199:182), por lo siguiente 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.

La evaluación es compleja; sin embargo al emplear la metodología del proceso enfermero facilita por ser sistemática y continua, ya que brinda una base cognoscitiva para la práctica autónoma (Leddy 1989: 266) de la enfermería y requiere de la interrelación con el usuario y su familia (Rodriguez Sanchez B., 2001)



5.2. TEORIA DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTEA E. OREM

5.2. Antecedentes. DOROTHEA ELIZABETH OREM (1914-2004), una de las enfermeras americanas más destacadas, nació en Baltimore Maryland, en 1914. Inicio su carrera enfermera en la Providence Hospital School of Nursing en Washington, DC, donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década de 1930. Orem recibió un Bachelor of Sciences en Nursing Education de la Catholic university of América, en 1939 y en 1946, obtuvo un Master of Sciences in nurse education de la misma universidad.

Las primeras experiencias enfermeras de orem incluyeron actividades de enfermería Quirurgica, enfermería de servicio privado tanto de servicio domiciliario como hospitalario, servicio de personal hospitalario en unidades médicas pediátricas y de adultos, supervisora de noche en urgencias y profesora de ciencias biológicas. Orem ostento el cargo de directora de la escuela de Enfermería en el Providence Hospital, Detroit, de 1940 a 1949. Tras marcharse de Detroit, paso 8 años en la indiana trabajando en la división of Hospital and institucional services del Indiana States Board of Health. Su meta era mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales de todo el estado. Durante este tiempo, Orem desarrollo su definición de la práctica de enfermería.

En 1957, Orem se trasladó a Washington DC, donde trabajo en el Office of Education and Welfare como asesora de programas de estudio. De 1958 a 1960 trabajo en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras. Ese proyecto despertó en ella la necesidad de responder a la pregunta: ¿cuál es el tema principal de enfermería? Como respuesta a esta



pregunta en 1959 se publicó *Guides for the Education of Practical Nurses*. Más tarde ese mismo año Orem inicio su labor como profesora de colaboradora de educación enfermera en la CUA. Además trabajo también como decana en funciones de la escuela de enfermería y como profesora asociada de educación enfermera. Continúo desarrollando su concepto de enfermería y autocuidado en la CUA. En 1970, Orem abandono la CUA y empezó a dedicarse a su propia empresa consultora. El primer libro publicado de Orem fue *Nursing: Concepts of Practice*. Mientras preparaba y revisaba *Concept Formalización in Nursing: process and Product*.

La Georgetown University le confirió a Orem el título de honorario Doctor of Science en 1976. Recibió el premio Alumni Association Award for Nursing Theory de la CUA en 1980. Entre los demás títulos recibidos se encuentran el Honorary Doctor of Science Incarnate Word Collage en 1980: el Doctor of Humane Letters, Illinois Wesleyan University en 1988. Fue nombrada doctora Honoris causa de la universidad de Missouri en 1998.

Dorotea Orem murió el viernes de 22 de junio de 2007 en su casa de Skidaway Islanda (Georgia).

Fuentes Teóricas

Orem (2001) estableció: La enfermería pertenece a los servicios sanitarios que se organiza para prestar servicios sanitarios que se organizan para prestar asistencia directa a personas con necesidades legítimas de diferentes formas de atención directa por su estado 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. 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.

Utilización de pruebas empíricas

Orem formulo su concepto de enfermería en relación al autocuidado como parte de un estudio sobre la organización y la administración de los hospitales, estudio que ella llevo a cabo en indiana Status Depártanme of Health, este trabajo le permitió formular y expresar su concepto de la enfermera. Adquirió su conocimiento de las características de las prácticas enfermeras a lo largo de varios años.

Las interpretaciones de Orem de la ciencia enfermera como ciencia practican básica para entender cómo se recogen e interpreta la evidencia empírica. Las ciencias prácticas incluyen las especulativamente prácticas, las prácticamente prácticas y las ciencias aplicadas. En la edición más reciente, Orem identifico dos conjuntos de ciencias enfermeras especulativas: las ciencias de la práctica enfermera y las ciencias que sirven de fundamento. Las ciencias de la práctica enfermera incluyen las ciencias de la enfermería completamente compensatoria y la de apoyo educativo o de desarrollo de enfermería.

Las ciencias enfermeras que sirven de fundamento de las ciencias de autocuidado, agencia de autocuidado y las asistenciales humanas. Además proponen el desarrollo de las ciencias enfermera aplicada y de las ciencias básicas, no enfermeras, como parte de la evidencia empírica asociada con la práctica enfermera.(Marriner, Raile, 2004)

5.2.1 Conceptos principales y definiciones

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



- 1.- La teoría de autocuidado, que describe por qué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.
- 2.- La teoría de déficit de autocuidado que describe y explica como la enfermería puede ayudar a la gente.
- 3.- La teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.

Autocuidado

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para la regulación funcional y del desarrollo. (Raile, Marriner, 2001)

Cuidado dependiente

Cuidado dependiente se refiere al cuidado que se ofrece a una persona que, debido a la edad o a factores relacionados, no pueden mantener la vida, un funcionamiento saludable, un desarrollo personal continuado y bienestar. (Raile, Marriner, 2001)

Requisitos de autocuidado

Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. Un requisito de autocuidado formulado comprende dos elementos:



1.- factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humano en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personales.

2.- La naturaleza de la acción requerida.

Los requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetivos formalizados del autocuidado. Son las razones por las que se emplea el autocuidado: expresan los resultados deseados, el objetivo del autocuidado.

Requisitos de autocuidados universales

Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tiene sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en la diversas etapas del ciclo vital. Se proponen requisitos comunes para los hombres, las mujeres y niños. (Raile, Marriner, 2001)

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
3. Mantenimiento de aporte suficiente de alimento.
4. provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos, incluidos los excrementos.
5. Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales. (Ostiguín, Velazquez, 2001, pág. 08)



Actividades de cuidado dependiente

Actividad de cuidado dependiente se refiere a la capacidad de adquirir de una persona para conocer y satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico de la persona y / o regular el desarrollo y el ejercicio de la actividad de autocuidado dependiente.

Requisitos de autocuidado de desarrollo

Promueven los procesos de la vida y la madurez y previenen las condiciones que eliminan la madurez o las que mitigan esos efectos. (Raile, Marriner, 2001)

Requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud

Estos cuidados existen para aquellas personas que estén enfermas o sufren alguna lesión con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. Las características de la desviación de la salud determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas, ya que convienen con los efectos de estado patológicos y viven mientras duran.

La enfermedad o lesión no solo afecta a una estructura específica y a los mecanismos psicológicos o fisiológicos, sino también al funcionamiento humano integrado. Cuando el funcionamiento integrado se ve profundamente afectado (retraso mental grave, estado de coma o autismo), los poderes desarrollados o en desarrollo de aquella persona se ven gravemente deteriorados de manera temporal o permanente. En estos anormales de salud, los requisitos de autocuidado surgen del estado de la enfermedad y de las medidas usadas en su diagnóstico o tratamiento.



Las medidas tomadas para cubrir las necesidades de cuidado cuando fallas la salud tienen que ser recomponentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes de la persona. La complejidad del autocuidado o del cuidado dependiente aumenta según el número de necesidades que deben ser cubiertas en plazos de tiempo determinados.

Necesidades de autocuidado terapéutico

Las necesidades de autocuidado terapéutico están constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona. Según las condiciones existentes y las circunstancias se utilizarán métodos adecuados para:

1. Controlar o dirigir factores identificados en las necesidades, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano (suficiente aire, agua y comida)
2. Cubrir el elemento de actividad de las necesidades (mantenimiento, promoción, prevención y provisión).

La necesidad terapéutica de autocuidado en el cualquier momento:

- 1) Describe los factores del paciente o el entorno que hay que mantener estables dentro de una gama de valores o hacer que lleguen a esa gama de valores para el bien de la vida, salud y bienestar del paciente.
- 2) Tiene un alto grado de eficacia instrumental derivada de la opción de las tecnologías y las técnicas específicas para utilizar, cambiar o de alguna manera controlar al paciente o a los factores de su entorno.



Actividad de autocuidado

Se define como la compleja habilidad adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que nos permiten conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano.

Agente

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

Agente de cuidado dependiente

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

Déficit del 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 su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos.

Actividades de enfermería

Es la capacidad desarrollada para las personas formadas como enfermeras que les da poder para ser representadas como enfermeras dentro del marco una



relación interpersonal legítima, para actuar, saber y ayudar a las personas implicadas en esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado. (Orem, 2001, p.518).

Diseño enfermero

Se trata de una actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción enfermera a partir de los juicios prácticos de la reflexión sobre las condiciones existentes para sintetizar los elementos de una situación concreta de relaciones ordenadas a unidades operativas de estructura. El objetivo del diseño enfermero es ofrecer guías para alcanzar los resultados necesarios y previstos en la producción de la enfermería hacia el logro de las metas enfermeras; estas unidades conjuntas constituyen la pauta que guía la producción de la enfermería. (Orem, 2001, p. 519)

Sistemas enfermeros

Son las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de la enfermera que actúan a veces de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de las actividad de autocuidado de los pacientes.

Métodos de ayuda

Un método de ayuda, desde una perspectiva enfermera es una serie secuencial de acciones que, si se lleva a cabo, resolverá o compensará las limitaciones asociadas a la salud de las personas que se comprometen a realizar acciones para regular su propio funcionamiento y desarrollo, o el de sus dependientes.

Las enfermeras utilizan todos los métodos, los selecciona y los cambian en relación con las necesidades de acción de las personas que reciben tratamiento



enfermero y en relación con las limitaciones de acción asociadas con su estado de salud:

- 1) Actuar o hacer por cuenta de otro
- 2) Guiar o dirigir.
- 3) Ofrecer apoyo físico o psicológico.
- 4) Ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal.
- 5) Enseñar. (Marriner, Raile, 2004)

Factores condicionantes básicos

Factores condicionantes básicos hace referencia a los factores que condicionan o alteran el valor de la demanda de autocuidado terapéutico y/o la actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas:

- Edad
- Sexo
- Estado de desarrollo
- Modelo de vida
- Factores del sistema sanitario
- Factores del sistema familiar
- Factores socioculturales.
- Disponibilidad de recursos.
- Factores externos del entorno. (Raile, Marriner, 2001)

Afirmaciones teóricas

La Teoría General del Déficit de Autocuidado (TGDA) de Orem, tiene como origen la finalidad propia de la Enfermería a saber; “los seres humanos están sometidos a limitaciones a casusa de su salud y la enfermera se relaciona con ello para que la persona se ocupe de su cuidado”.



El objetivo de la TGDA, es exponer posibles relaciones desde la perspectiva de la enfermería para proporcionar cuidados, consecuentemente se constituye en un marco de trabajo para la disciplina ya que identifica variables sobre las relaciones de la persona el ambiente y la enfermería a partir de la salud.

Funciones

En esta plataforma Orem distingue ocho funciones:

1. Explicar la visión de los seres humanos sobre la enfermería
2. Explicar el centro de atención específico o la finalidad propia de la enfermería en la sociedad
3. Exponer los conceptos clave de la enfermería para establecer un lenguaje.
4. Establecer los límites, orientar los pensamientos y esfuerzos prácticos en el ejercicio de la enfermería en la investigación y educación.
5. Reducir la carga cognitiva, proporcionando elementos globalizados para la nueva información y capacitar a las personas para categorizar sobre situaciones concretas de la enfermería.
6. Permitir inferencias de los vínculos entre enfermería con otros campos de servicio humano y con los patrones de vida diaria de los individuos, las familias y las comunidades.
7. Generar en las enfermeras un estilo de pensamiento
8. Constituir a las enfermeras como un grupo de investigación de la estructuración, validación y desarrollo de la disciplina.

Presentado como teoría general de la enfermería, la TEGDA se expresa mediante tres teorías: teoría de sistemas enfermeros, teoría del déficit de autocuidado y teoría de autocuidado.



5.2.2 Teoría De Los Sistemas Enfermeros

La teoría de los sistemas enfermeros señala que la enfermería es una acción humana; los 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 accione deliberada que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación. Los sistemas enfermeros pueden ser elaborados para personas, para aquellos que contribuyen una unidad de cuidado 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 cuidado dependiente y para familias u otros multipersonales.

5.2.3 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 su salud.

Estas limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que depende de ellos. También tienen limitada la capacidad de comprometerse en la actuación de las medidas que hay que controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función o desarrollo o de las personas dependientes 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 ofrece un término de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudaran a comprender mejor el papel de paciente en el autocuidado.

5.2.4 Teoría Del Autocuidado

El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben deliberadamente, llevar a cabo por si solas o haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado ofrece la base para entender los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de enfermería.

El autocuidado, como función reguladora del hombre, se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano, como la regulación neuroendocrina. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua conforme con los requisitos de reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus periodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales.

La teoría del autocuidado también se amplía con la teoría del cuidado dependiente, en la que se expresan el objetivo, los métodos y los resultados del cuidado de los otros.

Forma lógica

El consejo de Orem llevo a la formalización inicial y a la expresión subsiguiente de un concepto general de enfermería, más tarde esta generalización permitió al pensamiento inductivo y deductivo en la enfermería.



Orem describió los modelos y su importancia en el desarrollo y la comprensión de la realidad de las entidades. Los modelos se dirigen al conocimiento de la estructura de los procesos que son operativos o que se vuelven operativos en la producción de los sistemas de enfermería, sistemas de cuidado dependiente o los grupos de personas de personas atendidos por las enfermeras.

Práctica profesional

La enfermería es una disciplina práctica por lo tanto, la mayor parte de la investigación está relacionada con cuestiones prácticas. Los artículos de investigación sobre el uso de la Teoría General del Déficit de Autocuidado (TEGDA) o sus componentes en la práctica clínica incluyen la docencia del autocuidado a las personas con diabetes y con insuficiencia renal avanzada, hemodiálisis y diálisis peritoneal y trasplante de riñón. La valoración y el control del dolor es otra área que utiliza la teoría de Orem.

La TEGDA se suele utilizar para estudios cardiaco. La oncología ha utilizado la TEGDA para la prevención de cáncer y para mantener el autocuidado después de haberse diagnosticado cáncer.

La psiquiatría y la salud mental se basan principalmente en la valoración y la intervención de los trastornos psiquiátricos. La población anciana es otra de las áreas en las que se aplica la teoría de Orem

La capacidad para identificarse los problemas de salud, interpretar los hallazgos y establecer conclusiones adecuadas es fundamental para la profesión de enfermería.

La TEGDA ofrece ayuda a estas enfermeras combinando los conocimientos adquiridos en la escuela y los conocimientos que adquieren una vez licenciadas.



La teoría de Orem se ha utilizado para definir y describir diversos papeles de la enfermería en múltiples casos. Existen distintos informes de uso de la TEGDA de Orem en la medición de los enfoques clínicos. El estudio de HornSwain fue el primer trabajo realizado en esta área. Las valoraciones de criterios en relación al cuidado enfermero se centraron en los requisitos universales de autocuidado y de cuando falla salud y en los requisitos de autocuidado. Desde entonces se ha desarrollado una gran cantidad de instrumentos clínicos.

Orem advierte que el uso adecuado de los detalles de la TEGDA comprenden el uso de las tres teorías: autocuidado, déficit de autocuidado y sistemas enfermeros.

Formación

Esta teoría se presentó por primera vez en la década de los cincuenta; se formalizó y publicó en 1972 con el objetivo de establecer la estructura del conocimiento enfermero y determinar el dominio del conocimiento enfermero.

Critica

Los términos que utiliza Orem definidos de manera muy precisa. El lenguaje de la teoría es coherente con el que se utiliza en la teoría de la acción y en la filosofía.

El termino autocuidado tiene múltiples significados según la disciplina; Orem ha definido el termino y ha elaborado la estructura sustancial de concepto de una manera única pero también coherente con otras interpretaciones. Ha habido algunas referencias a la complejidad del lenguaje de Orem. La limitación a la falta de la familiaridad del lector con las ciencias prácticas y el campo de acción de la ciencia.



Generalidades

Orem realiza el siguiente comentario acerca de la generalidad o universalidad de la teoría. La teoría enfermera de déficit de autocuidado no sirve como explicación para la individualidad de una situación concreta de la práctica enfermera, sino que es expresión de una combinación singular de propiedades conceptualizadas o características comunes a todas las ramas de enfermería. Como teoría general sirve a las enfermeras practicantes ya que desarrolla y valida el conocimiento enfermero, y enseña y aprende enfermería.

Consecuencias derivables

La TEGDA diferencia el centro de interés de la enfermería del de las demás disciplinas. Aunque otras disciplinas consideran que la teoría del autocuidado es de gran ayuda y contribuyen a su desarrollo, la teoría de sistemas enfermeros supone la única esencia de enfermería. Las publicaciones evidencian que la teoría resulta útil para desarrollar y guiar la práctica y la investigación.

La teoría también sirve para diseñar los programas de preparación, licenciatura y formación continuada en enfermería. Asimismo, ofrece una orientación a la administración de enfermería. El desarrollo de los sistemas informáticos basados en la teoría de los formularios de valoración y de la estructura global de suministro de cuidado corrobora en mayor grado la utilidad de la teoría.

La importancia de la obra de Orem se extiende hasta más allá del desarrollo de la TEGDA. En sus obras, ha ofrecido la expresión de la forma práctica de la ciencia enfermera con una estructura para el desarrollo viniendo del conocimiento enfermero en las etapas del desarrollo de la teoría. Ha prestado un enfoque visionario de la práctica enfermera, la formación y el desarrollo del conocimiento contemporáneo en la teoría general. (Raile, Marriner, 2001)



5.3. HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

Definición: La diabetes mellitus tipo 2 es la forma de diabetes en la que se presenta resistencia a la insulina y en forma concomitante una deficiencia en su producción, que puede ser absoluta o relativa. (NOM-015-SSA2-2010)

La DMII es “producida por una combinación de factores genéticos y no genéticos cuyas consecuencias son la resistencia insulínica y la deficiencia de insulina”. (LeRoith, Taylor, Olefski., 2003)

PERIODO PREPATOGENICO	PERIODO PATOGENICO	
<p>AGENTE</p> <p>Déficit en la secreción de insulina por el páncreas, Resistencia a la acción de insulina en los tejidos periféricos. (Pinilla, Mercader, 2007)</p>	<p>CLÍNICA</p>	<p>MUERTE</p> <p>Estado Crónico: “Arteriopatía coronaria, nefropatía e insuficiencia renal, retinopatía y ceguera, enfermedad vascular periférica, neuropatía y amputaciones.” (LeRoith, Taylor, Olefski., 2003)</p>
<p>HUÉSPED</p> <p>Factores ambientales y del modo de vida a la predisposición genética, uno de los factores más importantes es la</p>		<p>Secuelas y Daños: “retinopatía, nefropatía, neuropatía, trastornos en la cicatrización de heridas, hipertrigliceridemias, infecciones y trastornos en la conducta alimentaria.”(Pinilla, Mercader, 2007)</p>



obesidad, otros son la edad, alimentación hipercalórico, vida sedentaria y bajo peso al nacer.” (LeRoith, Taylor, Olefski., 2003)“El comienzo es insidioso y aparece a partir de los 40 años de edad más frecuentemente en mujeres que en hombres.” (Pinilla, Mercader, 2007)

AMBIENTE: En cualquier medio socio económico cultural, el riesgo de padecerla aumenta con la edad, la obesidad, el sedentarismo y hereditario. Es más

Incapacidad Psicosocial: El diagnóstico de la diabetes puede ser un punto de partida para la aparición de problemas conductuales y de adaptación social. El estrés, los patrones familiares disfuncionales y los efectos potenciales de la autoestima parecen ser la consecuencia psicológica principal del paciente diabético. (Lerman, 1998)

Complicaciones: “Visión borrosa, disfunción eréctil, adormecimiento en las piernas, pies o dedos, frecuentes infecciones de la piel o picazón, curación lenta de las heridas, infecciones vaginales en la mujer, irritabilidad y cambios de humor inexplicables, aliento dulce con olor semejante a fruta o quita esmalte de uñas.”(Pinilla, Mercader, 2007)

SUBCLÍNICA

Signos Y Síntomas: “Poliuria, polidipsia, polifagia, astenia y pérdida de peso.” (Pinilla, Mercader, 2007)

Cambios Sistémicos: “Comprende el deterioro progresivo de la función de las células β asociado a la pérdida de su masa celular, todo



frecuente con antecedentes de Diabetes gestacional y en individuos con antecedentes de hipertensión arterial y/o dislipemias. (LeRoith, Taylor, Olefski., 2003)

ello con el contexto de resistencia a la insulina.”

Cambios Locales: “La deficiencia de la secreción insulínica origina hiperglucemia descompensada y precipita la expresión clínica de la enfermedad.”(LeRoith, Taylor, Olefski., 2003)

Contacto agente-huésped: Se caracteriza por perturbaciones de la actividad y la secreción de la insulina, de las cuales una u otra pueden ser el signo predominante, y por lo común ya están establecidas en la fecha en que el trastorno se manifiesta clínicamente.(LeRoith, Taylor, Olefski., 2003)

PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA		PREVENCIÓN TERCIARIA
PROMOCIÓN A LA SALUD	PROTECCIÓN ESPECIFICA	DIAGNOSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO	LIMITACIÓN DEL DAÑO	REHABILITACIÓN
Educación, orientación, y promoción de la salud Práctica sistemática	Control de factores de riesgo: obesidad, desnutrición, sedentarismo, estrés severo y uso	Realizar tamizaje a toda persona con alto riesgo de diabetes. Uso racional y prescripción adecuada	Implementar medidas encaminadas a evitar la progresión del deterioro, y velocidad del proceso patogénico, a través de la dieta, ejercicio,	Integración de la familia al tratamiento. Prevención y retraso de las complicaciones de la diabetes



<p>de ejercicios físicos.</p> <p>Dieta y nutrición adecuada.</p> <p>Cambiar estilo de vida con chequeos y autocontrol.</p> <p>Identificación de factores de riesgo.</p> <p>Pláticas por el personal de enfermería sobre el Plato del bien comer</p>	<p>injustificado de medicamentos.</p> <p>Prevención y corrección de obesidad.</p> <p>Promoción del ejercicio físico rutinario y programado(NOM-015-SSA2-2010)</p> <p>Control de glicemia capilar y signos vitales por el profesional de enfermería.</p>	<p>de hipoglucemiantes.</p> <p>Vigilancia sistemática de niveles de: glicemia colesterol, triglicéridos, estado cardiovascular,</p> <p>Exploración física integral: pies(NOM-015-SSA2-2010)</p>	<p>reducción de peso, control de la tensión arterial y el uso de hipoglucemiantes orales y/o insulina.(NOM-015-SSA2-2010)</p> <p>Intervenciones de enfermería</p> <p>Control y vigilancia de niveles de glucosa en sangre.</p> <p>Detección de complicaciones</p> <p>Cuidados generales de los pies.</p> <p>Implementación de programas educativos y discusiones entre el equipo médico, el paciente y su familia para conocer diferencias, fomentar el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas y analizar las preocupaciones del paciente. (Lerman, 1998)</p>	<p>Instauración de medidas de control.</p> <p>Aplicación de un régimen alimentario que conlleve a un control de peso.</p> <p>Educación continua para el paciente y familiar</p> <p>Ejercicio físico</p> <p>Grupos de ayuda mutuos y automonitoreo</p> <p>Manejo farmacológico.</p> <p>Evitar o retrasar las complicaciones vasculares tardías y promover el crecimiento y desarrollo no solo en aspectos físicos y orgánicos sino también en los psicológicos y emocionales a nivel personal, familiar y social. (Lerman, 1998)</p>
PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL		TERCER NIVEL	



VI. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA

6.1. CASO CLÍNICO CON EL REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA. ELIZABETH OREM

Factores Condicionantes Básicos: A.P.G es una mujer de 55 años de edad, es casada, de religión católica, primaria inconclusa, dedicada al hogar, cultivo y comercio, su núcleo familiar es extensa, el principal apoyo para su enfermedad proviene de sus hijos de igual forma que en ocasiones depende también de ellos para cubrir necesidades económicas.

Reside en zona rural, con casa propia de material de cemento y ladrillos, la mayor parte del piso es de tierra, cuenta con los servicios de agua potable, luz eléctrica y drenaje.

Requisitos De Autocuidado Universales

Mantenimiento del aporte de aire suficiente: En la exploración física los valores en cuanto a signos vitales se observa una frecuencia cardiaca de 80 latidos por minuto, una presión arterial de 110/80 mg/dl, la frecuencia respiratoria es de 22 respiraciones por minutos y saturación de oxígeno de 98%. Niega tabaquismo, sin embargo toda su vida ha cocinado con leña.

Mantenimiento de un aporte de agua suficiente: La mucosa oral se mantiene hidratada, con síntomas frecuentes de Polidipsia, consume agua potable directo de la llave en cantidades de 1,500-2000 ml sin uso de otros métodos de purificación, cada tercer día consume refresco de cola (Coca-Cola) en cantidades de 500- 600 ml.

Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente: Mantiene un peso de 50 Kg, una talla de 1.52 cm y un índice de masa corporal de 21.64 mg. El



primer dextrostix tomado el 01 de Enero de 2012 a las 9:00h dio un resultado de 409 mg/dl.

Comenta haber perdido de 10 a 15 kg en los últimos 10 años, la mayoría de la dentadura se encuentra careada y le faltan piezas sin contar que tiene una prótesis fija.

Presenta síntomas de polifagia con mayor frecuencia, los alimentos de consumo básico son cereales, verduras y carnes, con preferencia el pescado y con menor frecuencia las frutas, huevos y pastas. La leche y sus derivados no son de su gusto y no los consume. Los alimentos los cocinan con aceite vegetal, come hasta sentirse totalmente satisfecha sin respetar una dieta para diabético que tiene indicado consumir.

Provisión de cuidados asociados con el proceso de eliminación de desechos y excreción: Las características de las heces evacuadas son amarillentas y pastosas cuando no tiene algún trastorno de eliminación. Con frecuencia padece de diarrea persistente siendo ésta muy difícil de contener. Refiere Polaquiuria e incontinencia urinaria frecuente, las características de la orina son turbias y con sedimentos. La sudoración de la piel es normal.

Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo: Duerme de 6-8 horas diarias, la mayoría de las veces ronca al dormir y tiene pesadillas, algunos de los factores que le interrumpen el descanso y sueño son las preocupaciones familiares, no utiliza ayuda para conciliar el sueño.

Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social: Actualmente solo convive con un hijo y su esposo, no recurre a nadie cuando tiene problemas por desconfianza a las personas.

Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano: No realiza ningún tipo de ejercicio, presenta problemas visuales



comentando la mayoría de las veces tener una visión nublada. En la exploración ocular, se observa Pterigión en ambos ojos pero nunca ha acudido al oftalmólogo. Consiente, orientada, madre finada por Diabetes y padre finado por EPOC e IRC. En ocasiones se deprime por soledad y problemas conyugales (falta de comunicación en la pareja).

Acude a chequeos generales de salud cada 4-6 meses o cada que siente molestias, no realiza actividades para mejorar su salud, además de mencionar que , uno de los obstáculos para controlar su enfermedad es la falta de recursos económicos, falta de tiempo y sentimientos de pena para acudir al Centro de Salud.

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: Acepta su aspecto físico y los cambios que ha tenido por su enfermedad, de igual forma considera que su vida ha sido productiva. Refiere saber poco acerca del tratamiento para su enfermedad.

Requisitos de Autocuidado de Desarrollo

La paciente se encuentra en una etapa de desarrollo de adulto mayor de la quinta década, es mujer, madre, esposa, dedicada al hogar, agricultura y al comercio. Ha recibido educación sexual ya no realiza actividades sexuales, expresa estar satisfecha con su sexualidad sin referencia de problemas. Asume haber tenido 11 embarazos con partos fisiológicos, Menarca a los 14 años y menopausia a los 48 años, Papanicolau realizado hace 4 años el cual desconoce los resultados.

Requisitos de Desviación de la Salud:

- Se le diagnostico diabetes mellitus tipo II hace 16 años.
- No realiza actividades para mejorar su salud,



- Los niveles de glucosa se encuentran elevados.
- Hábitos higiénicos deficientes, con baños cada 8 días y cepillado de dientes muy a menudo.
- Come hasta sentirse totalmente satisfecha. No respeta la dieta para diabético que debería consumir. Con frecuencia padece de polidipsia y polifagia.
- Presencia de Infección de vías urinarias, glucosuria, Polaquiuria, Incontinencia urinaria y diarrea siendo esta última muy difícil de contener,
- La piel se observa reseca y en algunas partes del cuerpo escamosa (manos y pies) sobre todo en miembros inferiores.
- En la exploración física se observa una ulcera superficial en los interdigitales del pie derecho.
- En ocasiones se deprime por soledad y problemas conyugales.
- Tiene desconfianza y temor a las personas ajenas a su círculo familiar
- No realiza ningún tipo de ejercicio.
- Presenta problemas visuales comentando la mayoría de las veces tener una visión nublada. En la exploración ocular, se observa Pterigión en ambos ojos.



6.2 DIAGNOSTICOS PRIORITARIOS PARA EL PACIENTE ORDENADOS DE ACUERDO A LOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL DE DOROTEA ELIZABETH OREM

Diagnóstico De Enfermería 1

Riesgo de nivel de glucemia inestable, relacionado con falta de adherencia al plan terapéutico de la diabetes, aporte dietético y monitorización inadecuada de la glucemia.

Diagnóstico De Enfermería 2

Riesgo del desequilibrio nutricional; ingesta superior a las necesidades, relacionado con aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas

Diagnóstico De Enfermería 3

Deterioro de la eliminación urinaria, relacionado con infección del tracto urinario, manifestado por incontinencia, polaquiuria y nicturia.

Diagnóstico De Enfermería 4

Incontinencia fecal, relacionada con pérdida de control del esfínter rectal, manifestado por manchas fecales en la ropa de vestir, ropa de cama e incapacidad para retrasar la defecación.

Diagnóstico De Enfermería 5

Deterioro de la interacción social, relacionado con ausencia de personas significativas, manifestado por incapacidad para recibir una sensación satisfactoria de implicación social



Diagnóstico De Enfermería 6

Mantenimiento ineficaz de la salud, relacionado con afrontamiento individual ineficaz, manifestado por incapacidad para asumir la responsabilidad de llevar a cabo las practicas básicas de salud.

Diagnóstico De Enfermería 7

Descuido personal, relacionado con estilo de vida y elección, manifestado por higiene personal inadecuada y por no adherencia a las actividades relacionadas con la salud

Diagnóstico De Enfermería 8

Riesgo de la perfusión renal ineficaz, relacionado con edad avanzada, Diabetes Mellitus tipo 2 e infección localizada.

Diagnóstico De Enfermería 9

Incumplimiento relacionado con acceso a los cuidados, cobertura sanitaria individual y fuerzas motivacionales, manifestado por conducta indicativa de incumplimiento y evidencia de desarrollo de complicaciones.

Diagnóstico de Enfermería 10

Deterioro de la integridad cutánea, relacionado con deterioro del estado metabólico y de la sensibilidad, manifestado por alteración de la superficie de la piel.

Diagnóstico de Enfermería 11

Riesgo de caídas, relacionado con dificultades visuales

Diagnóstico de Enfermería 12

Deterioro de la dentición, relacionado con falta de conocimientos sobre la salud dental, higiene oral ineficaz y falta de acceso a los cuidados profesionales,



manifestado por halitosis, dientes flojos, falta de piezas dentarias y caries en la coronilla.

Diagnóstico de Enfermería 13

Conocimientos deficientes, relacionado con poca familiaridad con los recursos para obtener la información, manifestado por seguimiento inexacto de las instrucciones y verbalización del problema.



6.3 Desarrollo de los Diagnósticos Enfermeros

Dominio 2: Nutrición

Clase 4: Metabolismo

R.A.U: 3 Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento

6.3.1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA 1

Riesgo de nivel de glucemia inestable, relacionado con falta de adherencia al plan terapéutico de la diabetes, aporte dietético y monitorización inadecuada de la glucemia.

PLAN DE INTERVENCIÓN

Objetivo 1: 1619 Autocontrol de la Diabetes

Escala: 1 Nunca demostrado (1) Hasta siempre demostrado (5)

Mantener A: 11 Aumentar A: 35

Indicadores:	Puntuación	
	Inicial	Final
Busca información sobre métodos de prevención	2	2
Realiza el régimen de tratamiento según este prescrito	1	4
Control de nivel de glucosa en sangre	2	5
Trata los síntomas de hiperglucemia	2	4
Utiliza un diario para controlar el nivel de glucosa en sangre	1	5
Obtiene asistencia sanitaria si los niveles de glucosa se encuentran fuera de los parámetros normales	2	3
Sigue la dieta recomendada	1	4
Total Objetivo 1, Escala 1:11		<u>28</u>



Fundamentación Científica

Una brusca aparición de hipoglucemia o bajo nivel de glucosa puede provocar lesiones. El paciente diabético que se sabe tiene “hipoglucemia ignorada” corre un mayor riesgo de lesionarse, debido a un defecto en el sistema de defensa del organismo, que deteriora la capacidad de notar los síntomas habituales de aviso asociados a la hipoglucemia, p. ej., hambre, debilidad, hormigueo y mareo. Un paciente así puede pasar en poco tiempo de un estado de alerta a la inconsciencia.

Un control minucioso de la glucemia puede detectar un cambio antes de que acabe en hipoglucemia grave.(L.J Carpenito, 1994)

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado, Agente de autocuidado dependiente y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: Parcialmente compensatorio y De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema parcialmente compensatorio y Sistema de apoyo educativo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

2120 Manejo de la Hiperglucemia

- ✿ Vigilar los niveles de glucosa en sangre
- ✿ Observar si hay signos y síntomas de hiperglicemia.
- ✿ Potenciar la ingesta oral de líquidos
- ✿ Consultar con el medico si persisten los signos y síntomas de hiperglicemia
- ✿ Identificar las causas posibles de la hiperglucemia



- ✧ Restringir el ejercicio cuando los niveles de glucosa en sangre son >250 mg/dl, especialmente si hay cuerpos cetónicos.
- ✧ Instruir al paciente y seres queridos en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglicemia.
- ✧ Revisar los niveles de glucosa con el paciente y/o familia.
- ✧ Realizar análisis de niveles de glucosa a los miembros de la familia.

Agente De Autocuidado: Agente de autocuidado y Agencia de autocuidado.

Demanda De Autocuidado: De apoyo educativo.

Sistema De Enfermería: Sistema de apoyo educativo.

Intervenciones de Enfermería:

4480 Facilitar la autorresponsabilidad

- Considerar al paciente de sus propias conductas
- Discutir con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual
- Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud
- Observar el nivel de responsabilidad que asume el paciente
- Discutir las consecuencias de no asumir las responsabilidades propias
- Animar al paciente que asuma tanta responsabilidad de sus propios autocuidados como sea posible
- Ayudar al paciente a identificar en las áreas en las que podría fácilmente asumir más responsabilidad
- Ayudar en la creación de un horario que guie el aumento de responsabilidad futuro.



Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado, Agente de autocuidado dependiente y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: De apoyo educativo.

Sistema De Enfermería: Sistema de apoyo educativo.

Intervenciones de Enfermería:

6650 Vigilancia

- ✧ Determinar los riesgos de salud del paciente
- ✧ Obtener información sobre la conducta y las rutinas normales
- ✧ Preguntar al paciente por la percepción de su estado de salud
- ✧ Preguntar al paciente por sus signos, síntomas o problemas recientes
- ✧ Establecer la frecuencia de recogida e interpretación de los datos, según lo indique el estado del paciente.
- ✧ Interpretar los resultados de las pruebas de diagnóstico.
- ✧ Retirar e interpretar los datos de laboratorio, ponerse en contacto con el médico.
- ✧ Explicar los resultados de las pruebas de diagnóstico al paciente y a la familia.
- ✧ Observar la capacidad del paciente para realizar actividades de autocuidado.
- ✧ Controlar el estado nutricional.
- ✧ Comprobar la función gastrointestinal
- ✧ Vigilar el patrón de eliminación
- ✧ Comparar el estado actual con el estado previo para detectar las mejoras y deterioros en la condición del paciente.



EJECUCIÓN

Del 01 De Enero 2012 09:00h Al 16 de Noviembre 2012 09: 00h

- ✓ Vigilar niveles de glucosa en sangre
- ✓ Observar si hay signos y síntomas de hiperglicemia
- ✓ Potenciar la ingesta oral de líquidos
- ✓ Consultar con el medico si persisten los signos y síntomas de hiperglicemia
- ✓ Ejecutar el plan inicial indicada por el médico para disminuir niveles de glucosa
- ✓ Identificar las causas posibles de la hiperglucemia realizar
- ✓ Restringir el ejercicio cuando los niveles de glucosa en sangre son >250 mg/dl, especialmente si hay cuerpos cetónicos.
- ✓ Instruir al paciente y seres queridos en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglicemia.
- ✓ Establecer horario para la medicación

Del 02 De Enero 2012 09:00h

Al 16 De Noviembre 2012 09:00h

- ✓ Revisar los niveles de glucosa con el paciente y/o familia
- ✓ Discutir con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual
- ✓ Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud
- ✓ Observar el nivel de responsabilidad que asume el paciente
- ✓ Discutir las consecuencias de no asumir las responsabilidades propias
- ✓ Animar al paciente que asuma tanta responsabilidad de sus propios autocuidados como sea posible



- ✓ Determinar los riesgos de salud del paciente
- ✓ Obtener información sobre la conducta y las rutinas normales
- ✓ Preguntar al paciente por la percepción de su estado de salud
- ✓ Preguntar al paciente por sus signos, síntomas o problemas recientes
- ✓ Establecer la frecuencia de recogida e interpretación de los datos, según lo indique el estado del paciente.
- ✓ Interpretar los resultados de las pruebas de diagnóstico.
- ✓ Retirar e interpretar los datos de laboratorio, ponerse en contacto con el médico.
- ✓ Explicar los resultados de las pruebas de diagnóstico al paciente y a la familia.
- ✓ Observar la capacidad del paciente para realizar actividades de autocuidado
- ✓ Facilitar hojas para registro de niveles de glucosa en sangre (Ver. Apéndice)
- ✓ Controlar el estado nutricional
- ✓ Supervisar la dosis y el horario correcto de los hipoglucemiantes orales e insulina
- ✓ Vigilancia diaria de niveles de glucosa en sangre

EVALUACIÓN

El plan de intervención de enfermería inició el 1 de Enero de 2012 comenzando con la vigilancia de niveles de glucosa en sangre dando como resultado en el primer dextrostix 409 mg/dl recomendando reposo y cumplimiento del tratamiento prescrito en la última consulta con el médico tratante.

El 27 de Febrero de 2012 se motivó a la paciente a acudir al Hospital General Regional de Sahuayo donde es atendida por Médico general y de acuerdo a los



resultados de laboratorio obtenidos observando una cifra de 310 mg/dl se le da el tratamiento inicial y recomendaciones.

La paciente recibió información sobre la importancia de un control adecuado de glucosa en sangre, así como la identificación de signos y síntomas de hiperglucemia con el fin de acudir con el personal de salud que tenga a su alcance.

Los dextrostix para la vigilancia fueron tomados cada fin de semana a partir del 04 de Marzo de 2012 por el profesional de enfermería responsable de este proceso destacando cifras de 240 y 180mg/dl, en Abril y Mayo las cifra más significativa en cuanto a disminución fue de 174 y 168 mg/dl. Los meses de Junio y Julio no se realizan dextrostix por no contar con tiras reactivas y la indisponibilidad del paciente para acudir al centro de salud.

El 02 de Agosto se le motivó nuevamente acudir con médico especialista en medicina interna, donde fueron tomados nuevamente las muestras de laboratorio observando cifras elevadas de colesterol y una glucosa en sangre de 315 mg/dl. Por lo que se inicia plan de tratamiento con 8 UI de Insulina rápida y 20 UI de Insulina NPH. Se tomó dextrostix en la siguiente hora obteniendo resultados de 264 mg/dl y aplicando 6 UI de Insulina rápida. La paciente se mantuvo en observación vigilando signos de hiperglicemia e hipoglucemia durante 3 horas. El último dextrostix tomado fue de 214 mg/dl y se aplican 4 unidades de Insulina de acción rápida. Consecutivamente se logra la estabilidad de los niveles de glucosa en sangre.

El tratamiento indicado por Médico Internista fue de hipoglucemiantes orales e insulina NPH de 20 UI diario por la mañana y Metformina de 850 mg y omeprazol como medio de protección.



Se realizó un registro diario por las mañanas de los dextrostix a partir del 5 de Agosto 2012 y aplicación diaria de insulina NPH. Las cifras significativas fueron de 106 mg/dl este tomado el 12 de Agosto de 2012.

El 23 de Octubre de 2012 se realizó nuevos exámenes de laboratorio los cuales se mostraron al médico internista quedando como tratamiento final 23 UI de insulina NPH por las mañanas y otras 23 UI por la noche más Metformina de 850 mg una tableta cada 12 horas para un mejor control de glucosa en sangre ya que los registros de glucosa en ayunas muestran picos de niveles elevados de glucosa en sangre. Hasta ahora la paciente aceptó el tratamiento. Ultimo dextrostix realizado el 16 de noviembre fue de 141 mg/dl; dando como resultado una mejoría en el Autocontrol de la Diabetes, representado por medio de la puntuación diana inicial de 11 en la valoración, logrando un incremento de 17 , dando un total de 28 puntos. (Ver Diagnostico-1, Escala-1)



Dominio: 2 Nutrición

Clase: 1 Ingestión

R.A.U: 3 Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento

6.3.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA 2

Riesgo del desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades, relacionado con aporte excesivo en relación a las necesidades.

PLAN DE INTERVENCIÓN

Objetivo 1: 1802 Conocimiento: Dieta

Escala 1: Ningún conocimiento (1) hasta conocimiento extenso (5)

Mantener A: 13 **Aumentar A:** 40

Indicadores:	Puntuación	
	Inicial	Final
Dieta recomendada	2	4
Fundamento de la dieta recomendada	2	4
Ventajas de seguir la dieta recomendada	2	4
Relación entre dieta, ejercicio y peso corporal	1	3
Comidas que deben evitarse en la dieta	2	5
Líquidos que deben evitarse en la dieta	1	5
Prácticas nutricionales saludables	2	4
Actitudes de auto monitorización	1	3
Total Objetivo 2 Escala 1:	<u>13</u>	32

Fundamentación Científica



La elevación de los niveles de glucemia provoca una grave deshidratación debido a una diuresis osmótica, como no se metabolizan los hidratos de carbono, el paciente sigue teniendo hambre y pierde peso a pesar de comer.

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

Las sesiones periódicas con un dietista permiten la evaluación de la dieta y de las cifras diarias de glucemia. (L.J Carpenito, 1994)

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema de apoyo educativo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

5246 Asesoramiento nutricional

- Establecer una relación terapéutica basando en la confianza
- Determinar la ingesta y los hábitos del paciente
- Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética
- Proporcionar información acerca de la necesidad, modificación de la dieta por razones de salud: pérdida de peso, ganancia de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos etc.
- Colocar material informativo atractivo de guía de comidas en la habitación del paciente (plato del buen comer)
- Determinar el conocimiento por parte del paciente de los grupos alimenticios básicos, así como la percepción de la necesidad de modificación de la dieta.



- Discutir las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/ recomendada.
- Ayudar al paciente a registrar lo que suele comer en un periodo de 24 horas
- Discutir los hábitos de compra de comida y límites de presupuesto
- Discutir el significado de la comida para el paciente
- Determinar actitudes y creencias de los seres queridos a cerca de la comida, el comer y el cambio nutricional para el paciente.
- Valorar el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares.
- Disponer una visita/ consulta con otros miembros del equipo de cuidados.

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado, Agente de autocuidado dependiente y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema de apoyo educativo.

Intervenciones de Enfermería:

5614 Enseñanza: dieta prescrita

- ✧ Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente de la dieta prescrita
- ✧ Conocer los sentimientos/ actitud del paciente/ ser querido, acerca de la dieta prescrita y del grado de cumplimiento dietético esperado.
- ✧ Enseñar al paciente el nombre correcto de la dieta prescrita
- ✧ Explicar el propósito de la dieta
- ✧ Informar al paciente el tiempo el que debe seguirse la dieta
- ✧ Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas.



- ✧ Ayudar al paciente a acomodar sus preferencias de comida en la dieta prescrita.
- ✧ Observar la selección de alimentos adecuados a la dieta prescrita, por parte del paciente.
- ✧ Enseñar al paciente a planificar las comidas adecuadas
- ✧ Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados
- ✧ Remitir al paciente a un dietista/experto en nutrición.
- ✧ Incluir a la familia.

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema de apoyo educativo.

Intervenciones De Enfermería:

1100 Manejo de la nutrición

- Preguntar al paciente si tiene alergia a algún alimento
- Determinar en colaboración de un dietista, el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación
- Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida
- Fomentar la ingesta de proteínas, vitaminas y minerales requeridas
- Dar comidas ligeras
- Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas
- Animar al paciente a que utilice dentadura de ajuste correcto y/o que obtenga cuidados dentales
- Proporcionar información adecuada de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas



- Fomentar técnicas de preparación y preservación de alimentos
- Ayudar al paciente a recibir asistencia de los programas nutricionales comunitarios apropiados.

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: Parcialmente compensatorio y De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema parcialmente compensatorio y Sistema de apoyo educativo.

Intervenciones de Enfermería

1160 Monitorización nutricional

- ✧ Pesar al paciente a los intervalos establecidos
- ✧ Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso
- ✧ Controlar el tipo y cantidad de ejercicio habitual
- ✧ Analizar la respuesta emocional del paciente cuando se encuentra en situaciones que implican comidas y comer
- ✧ observar si la piel está seca, descamada, con despigmentación.
- ✧ Controlar la turgencia de la piel
- ✧ Observar si el pelo está seco, es fino y resulta fácil de arrancar
- ✧ Observar las encías, por si hubiera, inflamación, estuvieran esponjosos, heridas y con hemorragias.
- ✧ Observar si se producen náuseas y vómitos
- ✧ Vigilar niveles de albumina, proteína total, hemoglobina y hematocrito.
- ✧ Observar preferencias y selección de comidas
- ✧ Vigilar niveles de energía, malestar, fatiga y debilidad.
- ✧ Controlar la ingesta calórica y nutricional



- ✿ Observar cambios importantes en el estado nutricional e iniciar tratamiento
- ✿ Determinar si el paciente necesita dieta especial
- ✿ Disponer condiciones ambientales optimas a la hora de la comida

EJECUCION

21 De Enero 2012 11:00 h

- ✓ Establecer una relación terapéutica basada en la confianza
- ✓ Determinar la ingesta y los hábitos del paciente
- ✓ Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente de la dieta prescrita
- ✓ Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética
- ✓ Proporcionar información acerca de la necesidad, modificación de la dieta por razones de salud
- ✓ Discutir las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/ recomendada

21 De Febrero 2012 10:00 h

- ✓ Ayudar al paciente a registrar lo que suele comer en un periodo de 24 horas
- ✓ Enseñar al paciente el nombre correcto de la dieta prescrita
- ✓ Explicar el propósito de la dieta
- ✓ Informar al paciente el tiempo el que debe seguirse la dieta
- ✓ Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas.
- ✓ Ayudar al paciente a acomodar sus preferencias de comida en la dieta prescrita.
- ✓ Incluir a la familia

02 de Septiembre 2012 11:00 h



- ✓ Remitir al paciente a un dietista/experto en nutrición
- ✓ Determinar en colaboración de un dietista, el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación
- ✓ Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida
- ✓ Fomentar la ingesta de proteínas, vitaminas y minerales requeridas
- ✓ Fomentar técnicas de preparación y preservación de alimentos
- ✓ Observar si la piel está seca, descamada con pigmentación.
- ✓ Observar si el pelo está seco, es fino y resulta fácil de arrancar
- ✓ Vigilar niveles de energía, malestar, fatiga y debilidad.
- ✓ Controlar la ingesta nutricional

EVALUACIÓN

La paciente logró aceptar que por su enfermedad requería de una dieta específica, determinando que las ventajas de llevar una dieta prescrita ayudarían a mejorar el estado de salud y el mantenimiento de un peso ideal.

Se logró la aprobación con la paciente sobre el vínculo que existe entre dieta, ejercicio y peso corporal. Por tanto se motiva y se le acompaña a realizar caminar de 30 minutos dos veces por semana. Esperando que posteriormente el ejercicio se convierta en un hábito constante.

Se realizó una lista de alimentos que se aconseja evitar o consumirlos con poca frecuencia pero en muy baja cantidad como son: los refrescos, dulces, azúcar, mermelada, jugos, frutas deshidratadas, almibares, cajeta, postres, caña de azúcar, chocolates, leche condensada, miel entre otras.

Se utilizó un video (ver. Apéndice) con información sobre los componentes del refresco que consume (Coca-Cola) y la relación con el daño que puede ocasionar en la salud y su enfermedad, al terminarse reproduce otro video



sobre los beneficios de consumir agua. Al final de la proyección la paciente comentó ya no tener interés por los refrescos y se recomendó aumentar o mantener el consumo de agua en cantidades que acostumbra que son de 2 a 2.5 Lts.

Se aconsejó y se observó que los alimentos sean saludables y preparados de manera higiénica, lavando las frutas y verduras lo mejor posible.

Se realizan recordatorios de 24 horas por una semana, además de identificar los alimentos que consume con mayor frecuencia y las que son de su agrado.

El 2 de Septiembre de 2012 se remitió a la paciente con personal de nutrición del Hospital Santa María de Zamora, en donde se realizó una dieta adecuada a las necesidades metabólicas de la paciente, mostrando detalladamente en lo que consistía la dieta y la importancia de llevarla a cabo.

A partir del 5 de Septiembre de 2012 se vigiló la dieta recomendada y se observa una preferencia a los alimentos más saludables evitando los alimentos de grasas saturadas y muy endulzadas por lo tanto el objetivo planteado se realiza parcialmente observando resultados favorables para el Conocimiento de la dieta, reflejados en la puntuación diana de 13 en la valoración inicial, logrando un incremento de 19, sumando un total de 32 puntos. (Ver Diagnostico-2, Escala-1)



Dominio: III Eliminación e Intercambio

Clase: 1 Función Urinaria

R.A.U: 4 Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos incluidos los excrementos

6.3.3 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA 3

Deterioro de la eliminación urinaria, relacionado con infección del tracto urinario, manifestado por incontinencia, polaquiuria y nicturia.

PLAN DE INTERVENCIÓN

Objetivo 1: 0503 Eliminación Urinaria

Escala 1: Grave (1) Hasta ninguno (5)

Mantener a: 13 Aumentar a: 25

Indicadores:	Puntuación	
	Inicial	Final
Partículas visibles en la orina	1	1
Chorro de la orina sin dolor	5	5
Micción frecuente	2	3
Nicturia	3	3
Incontinencia por urgencia	2	5
	Total objetivo 1, Escala 2:	<u>13</u> <u>16</u>

Objetivo 2: 0520 Continencia urinaria

Escala 2: Siempre demostrado (1) Hasta nunca demostrado (5)

Mantener A: 3 **Aumentar A:** 10



Indicadores:	Puntuación	
	Inicial	Final
Orina en un receptáculo adecuado	2	5
Infección del tracto urinario	1	1
Total Objetivo 2, Escala 1:	<u>3</u>	<u>06</u>

Fundamentación Científica

Las personas con diabetes mellitus, enfermedad que contribuye a aumentar la orina residual, la polaquiuria y la urgencia vesical, pueden ser menos conscientes de la plenitud de la orina.

La incontinencia puede ser transitoria o establecida, las causas de la incontinencia transitoria son la confusión aguda, las infecciones urinarias, la vaginitis atrófica, los efectos secundarios de los medicamentos, los desequilibrios metabólicos, los problemas de la movilidad, la depresión y las úlceras de decúbito (Fanti y cols., 1996) La incontinencia controlable no puede curarse, pero se puede planificar la evacuación de la orina.

Para prevenir las infecciones urinarias y la formación de cálculos renales es necesaria una hidratación óptima. Los componentes esenciales de cualquier programa de entrenamiento de la continencia son la motivación, la valoración de la micción y de las características de la incontinencia, un consumo habitual de líquidos de 2000-3000 ml/día, la micción programada cada 2-4 horas en un lugar adecuado y una valoración continua (Miller, 1999)(Juall Carpenito, 2003)

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado y Agencia de autocuidado.



Demanda de Autocuidado: Parcialmente compensatorio y De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema parcialmente compensatorio y Sistema de apoyo educativo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

0610 Cuidados de la incontinencia urinaria

- Proporcionar intimidad para la evacuación
- Explorar la etiología del problema y el fundamento de las acciones
- Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.
- Comentar los procedimientos y los resultados esperados con el paciente
- Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al aseo
- Proporcionar prendas protectoras si es necesario
- Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
- Limitar la ingestión de productos irritantes para la vejiga (refrescos de cola, té y chocolates)
- Obtener muestra de orina para prueba de cultivo y sensibilidad si es necesario.
- Remitir al especialista en continencia urinaria.

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: Parcialmente compensatorio y De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema parcialmente compensatorio y Sistema de apoyo educativo.

Intervenciones de Enfermería:



5616 Enseñanza: Medicamentos prescritos

- ✧ Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento
- ✧ Explicar cómo los profesionistas de la salud eligen la medicación adecuada
- ✧ Instruir al paciente acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicamento.
- ✧ Revisar el conocimiento que el paciente tiene de los medicamentos
- ✧ Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos el mismo.
- ✧ Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa de alto una dosis.
- ✧ Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomarse o suspender bruscamente la medicación.
- ✧ Instruir al paciente sobre los efectos adversos de cada medicamento.
- ✧ Instruir al paciente sobre las acciones correctas que debe tomar si se producen efectos adversos.
- ✧ Ayudar a la paciente a desarrollar un horario de medicamentos estable.
- ✧ Determinar la seguridad del paciente para obtener los medicamentos requeridos.

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: Parcialmente compensatorio y De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema parcialmente compensatorio y Sistema de apoyo educativo.

Intervenciones de Enfermería:



0600 Entrenamiento del hábito urinario

- Llevar un registro de especificación de continencia durante 3 días para establecer el esquema de eliminación
- Establecer un intervalo de horarios inicial para el aseo, en función del esquema de eliminación y el de rutina habitual (comer, levantarse y acostarse)
- Establecer una hora de comienzo y final para el horario de ir al aseo si no se predicen episodios en 24 horas.
- Establecer un intervalo de ir al aseo preferiblemente no inferior a 2 horas.
- Estudiar el registro diario de continencia y fomentar el cumplimiento con el programa de ir al aseo
- Mantener el ir al aseo, tal como se ha programado, para ayudar a establecer y mantener el hábito de eliminación.

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado, Agente de autocuidado dependiente y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: Parcialmente compensatorio y De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema parcialmente compensatorio y Sistema de apoyo educativo.

Intervenciones de Enfermería:

5602 Enseñanza: Proceso de la enfermedad

- ✧ Evitar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.
- ✧ Revisar el conocimiento del paciente sobre su estado.
- ✧ Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad.



- ✱ Explorar con el paciente lo que ya ha hecho para controlar los síntomas.
- ✱ Describir el proceso de la enfermedad
- ✱ Identificar la etiología posible.
- ✱ Proporcionar información a la familia/ ser querido acerca de los progresos del paciente.
- ✱ Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y con el proceso de enfermedad
- ✱ Discutir las opciones de terapia
- ✱ Describir el funcionamiento de las recomendaciones del control / terapia / tratamiento
- ✱ Enseñar al paciente medidas para controlar/ minimizar síntomas.
- ✱ Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas de los que debe informarse al cuidador.
- ✱ Reforzar la información suministrada por otros miembros del equipo de cuidados.

EJECUCIÓN

18 De Febrero 2012 10:00 h

- ✓ Proporcionar intimidad en la micción
- ✓ Explorar la etiología del problema y el fundamento de las acciones
- ✓ Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.
- ✓ Comentar los procedimientos y los resultados esperados con el paciente

19 De Febrero 2012 10:00 h

- ✓ Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento
- ✓ Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos el mismo.



- ✓ Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa de alto una dosis.
- ✓ Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomarse o suspender bruscamente la medicación.
- ✓ Instruir al paciente sobre los efectos adversos de cada medicamento
- ✓ Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicamentos estable

25 De Febrero 2012 09:00 h

- ✓ Estudiar el registro diario de continencia y fomentar el cumplimiento con el programa de ir al aseo
- ✓ Mantener el ir al aseo, tal como se ha programado, para ayudar a establecer y mantener el hábito de eliminación.
- ✓ Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y con el proceso de enfermedad.

EVALUACIÓN

El 27 de febrero de 2012 se realizó el primer examen general de orina de la paciente y junto con los datos clínicos observados se le da el diagnóstico de infección de vías urinarias, el cual fue tratado por médico general recetando, antibiótico que posteriormente la paciente le es difícil adquirir por carencias económicas y la poca importancia hacia su situación de salud y por tanto no concluyó su tratamiento.

El 02 de Agosto de 2012 se realizaron nuevamente los estudios donde se observó nuevamente los datos de infección urinaria y que en este caso fue atendido por médico especialista en medicina interna el cual se receta con antibiótico Nitrofuratoína 100 mg tomando una tableta cada 6 horas por 7 días.



Posteriormente se inició el tratamiento el 06 de Agosto 2012 manteniendo un estricto horario de medicamentos vigilando que el tratamiento concluyera satisfactoriamente.

La paciente concluyo su tratamiento el 13 de Agosto 2012 y actualmente no se observan datos de incontinencia pero aún se observan las características de la orina en aspecto turbio y con sedimentos. El 23 de Octubre de 2012 se realizaron nuevamente examen general de Orina dando por resultado la insistencia de la infección urinaria. Mismos que serán informados al médico internista en su próxima cita.

Por tanto los objetivos establecidos en el diagnostico no son satisfactorios completamente ya que en cuanto a la puntuación diana inicial de 13 en el objetivo de la eliminación urinaria se logró incrementar 3 puntos dando un total de 16 (Ver Diagnostico-3, Escala-1)

Mientras que en el objetivo de continencia urinaria se observó una puntuación diana inicial en la valoración de 3, un incremento de 3, dando un total de 6 puntos. (Ver Diagnostico-3, Escala-2)



Dominio 3: Eliminación e intercambio

Clase 2: Función gastrointestinal

R.A.U 4: 6 Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos, incluidos los excrementos

6.3.4 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA 4

Incontinencia fecal, relacionada con pérdida de control del esfínter rectal, manifestado por manchas fecales en la ropa de vestir, ropa de cama e incapacidad para retrasar la defecación.

PLAN DE INTERVENCIÓN

Objetivo 1: 0500 Continencia Intestinal

Escala 1: Nunca demostrado (1) Hasta siempre demostrado (5)

Mantener A: 20 **Aumentar A:** 45

Indicadores:	Puntuación	
	Inicial	Final
Identifica la urgencia para defecar	2	5
Mantiene el control de la eliminación de heces	3	4
Llega al baño con facilidad y de forma independiente, antes de la defecación	2	4
Mantiene entorno libre de barreras para un aseo	2	5
Ingiere una cantidad de líquidos adecuada	4	5
Ingiere una cantidad de fibra adecuada	3	5
Conoce la relación de ingesta con el patrón de evacuación	2	3
Controla la cantidad y la consistencia de las heces	2	4
Total Objetivo 1 Escala 1:	<u>20</u>	<u>35</u>



Escala 2: Siempre demostrado (1) Hasta nunca demostrado (5)

Mantener A: 6 Aumentar A: 15

INDICADORES	Puntuación	
	Inicial	Final
Diarrea	2	5
Moja la ropa interior durante el día	2	4
Moja la ropa interior o ropa de cama durante la noche	2	4
Total Objetivo 1 Escala 2:	<u>6</u>	<u>13</u>

Fundamentación Científica

La incontinencia fecal tiene tres causas fundamentales; enfermedad subyacente del colon, recto o ano; estreñimiento de larga evolución o retención fecal; y alteraciones neurológicas del recto (McLane y McShane, 1992)

La incontinencia fecal es un problema común en los ancianos o en los que padecen enfermedades crónicas. Los trastornos cognoscitivos pueden impedir el reconocimiento de las señales intestinales. El estreñimiento de larga evolución puede dar lugar a una fuga de heces alrededor del fecaloma. Otra causa de incontinencia fecal son las anomalías del esfínter anal. (Juall Carpenito, 2003).

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado, Agente de autocuidado dependiente y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: Parcialmente Compensatorio y De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema parcialmente compensatorio y Sistema de apoyo educativo.



INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

0410 Cuidados de la incontinencia intestinal

- Determinar la causa física o fisiología de la incontinencia fecal
- Determinar el inicio y tipo de la incontinencia intestinal, la frecuencia de los episodios y cualquier cambio relacionado de la función intestinal de la consecuencia de las deposiciones.
- Explicar la etiología del problema de manejo intestinal con el paciente/ familia.
- Examinar los procedimientos y resultados esperados con el paciente
- Instruir al paciente/ familia a que lleve un registro de defecaciones
- Lavar la zona perianal con jabón y agua y sacarla bien después de cada deposición
- Mantener la cama y la ropa de cama limpias
- Llevar a cabo un programa de entrenamiento intestinal
- Vigilar por si se produjera una evacuación intestinal adecuada
- Controlar la dieta y las necesidades de líquidos
- Evitar alimentos que causen diarrea
- Estar alerta por si hubiera efectos secundarios a la administración de medicamentos
- Proporcionar pañales de incontinencia

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado, Agente de autocuidado dependiente y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: Parcialmente compensatorio y De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema parcialmente compensatorio y Sistema de apoyo educativo.



Intervenciones de Enfermería:

0460 Manejo de la diarrea

- ✿ Determinar la historia de la diarrea
- ✿ Obtener una muestra de heces para realizar cultivo y determinar la sensibilidad si la diarrea continua
- ✿ Evaluar el perfil de la medicación por si hubiera efectos secundarios gastrointestinales
- ✿ Enseñar al paciente el uso correcto de los medicamentos antidiarreicos
- ✿ Evaluar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional
- ✿ Fomentar la realización de comidas en pequeñas cantidades, frecuentes y añadir fibras de forma gradual
- ✿ Enseñar al paciente a eliminar los alimentos que formen gases o picantes de la dieta
- ✿ Identificar factores (medicamentos, bacterias y alimentación por tubo) que puedan ocasionar o contribuir a la existencia de la diarrea
- ✿ Observar si hay signos y síntomas de la diarrea
- ✿ Ordenar al paciente que notifique al personal cada episodio de diarrea que se produzca
- ✿ Observar la turgencia de la piel regularmente
- ✿ Observar la piel perianal para ver si hay irritación o ulceración
- ✿ Medir la producción de diarrea/defecación
- ✿ Notificar al médico cualquier aumento de frecuencia o tono de los sonidos intestinales
- ✿ Realizar consulta con el medico si persisten los signos y síntomas de la diarrea.
- ✿ Instruir sobre dietas pobres en fibra, ricas en proteínas y de alto valor calórico
- ✿ Enseñar a evitar laxantes



- ✧ Enseñar al paciente/ familia a llevar un diario de comidas
- ✧ Enseñar al paciente técnicas de disminución de estrés
- ✧ Vigilar la preparación segura de las comidas
- ✧ Practicar acciones que supongan un descanso intestinal

Agente De Autocuidado: Agente de autocuidado y Agencia de autocuidado.

Demanda De Autocuidado: Parcialmente compensatorio y De apoyo educativo.

Sistema De Enfermería: Sistema parcialmente compensatorio y Sistema de apoyo educativo.

Intervenciones De Enfermería:

0430 Manejo intestinal

- Fomentar la implicación en relaciones potenciadas ya establecidas
- Tomar nota de la fecha de último movimiento intestinal
- Controlar los movimientos intestinales, incluyendo la frecuencia consistencia, forma, volumen y color
- Observar si hay sonidos intestinales
- Observar si hay signos y síntomas de la diarrea, estreñimiento e impactación
- Evaluar la consistencia fecal
- Tomar nota de problemas intestinales, rutina, intestinal y uso de laxantes con anterioridad
- Enseñar al paciente las comidas específicas que ayudan a conseguir un adecuado ritmo intestinal
- Instruir al paciente/miembros de la familia a registrar el color, volumen, frecuencia y consistencia de las heces
- Poner en marcha un programa de entrenamiento intestinal



- Disminuir la ingesta de alimentos que formen gases
- Instruir al paciente sobre los alimentos de alto contenido en fibra
- Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales

EJECUCIÓN

25 De Febrero 2012

09:00 h

- ✓ Determinar el inicio y tipo de la incontinencia intestinal, la frecuencia de los episodios y cualquier cambio relacionado de la función intestinal de la consecuencia de los deposiciones
- ✓ Determinar la historia de la diarrea
- ✓ Explicar la etiología del problema de manejo intestinal con el paciente/ familia
- ✓ Mantener la cama y la ropa de cama limpias
- ✓ Controlar la dieta y las necesidades de líquidos
- ✓ Evitar alimentos que causen diarrea

27 De Febrero 2012

11:00 h

- ✓ Enseñar al paciente el uso correcto de los medicamentos antidiarreicos
- ✓ Estar alerta por si hubiera efectos secundarios a la administración de medicamentos
- ✓ Fomentar la realización de comidas en pequeñas cantidades, frecuentes y añadir fibras de forma gradual
- ✓ Enseñar al paciente a eliminar los alimentos que formen gases o picantes de la dieta
- ✓ Observar la turgencia de la piel regularmente



- ✓ Realizar consulta con el medico si persisten los signos y síntomas de la diarrea

03 De Febrero 2012

09:00 h

- ✓ Vigilar la preparación segura de las comidas
- ✓ Observar si hay sonidos intestinales
- ✓ Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales

EVALUACIÓN

El 25 de Febrero 2012 se observó un cuadro clínico de diarrea acompañado con incontinencia fecal afirmando no recordar el comienzo de la incontinencia y ocurriendo solo en episodios diarreicos.

Se dio inicio a las intervenciones de enfermería al determinar que la etiología de la diarrea pudo haberla causado la higiene deficiente en la preparación de alimentos y el consumo de agua sin manejo de purificación.

Junto con el agente de autocuidado dependiente se realizó cambio de ropa de cama y de vestir así como de provisión de pañales en caso necesario, hidratación constante con electrolitos orales, implementación de dieta blanda, astringente, líquida rica en fibra y preparación de manera higiénica.

El 27 de Febrero de 2012 realiza la visita con médico general donde se le brindó el siguiente tratamiento: Loperamida 1 tab C/8 Hr, Trimetropim con Sulfametaxazol 1 tab C/12 Hr y Butiliosina en caso de dolor.

Se recomendó a los familiares seguir con las mismas intervenciones antes realizadas por parte del personal de Enfermería agregando la formulación de un horario de medicamentos y posibles efectos secundarios de los medicamentos.



El 3 de Marzo 2012 ya no se observan datos de diarrea pero se sugirió la implementación de higiene en los alimentos y los líquidos consumidos en la familia así como la conclusión establecida del tratamiento.

Por lo tanto la continencia intestinal es mejorada parcialmente. Reflejado en la puntuación diana inicial de 26 logrando un incremento de 22 y dando un total de 48 puntos. (Ver Diagnostico-4, Escala 1-2)



Dominio: 7 Rol / Relaciones Promoción de la salud

Clase: 3 Desempeño del rol

R.A.U: 6 Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social

6.3.5 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA 5

Deterioro de la interacción social, relacionado con ausencia de personas significativas, manifestado por incapacidad para recibir una sensación satisfactoria de implicación social.

PLAN DE INTERVENCIÓN

Objetivo 1: 1503 Implicación Social

Escala 1: Nunca demostrado (1) Hasta siempre demostrado (5)

Mantener A: 5_ **Aumentar A:** 20

Indicadores:	Puntuación	
	Inicial	Final
Interacción con amigos íntimos	1	2
Interacción con vecinos	1	3
Interacción con miembros de la familia	2	3
Participación en organismos de actividades de ocio	1	4
TOTAL OBJETIVO 1 ESCALA 1:	<u>5</u>	12

Objetivo 2: 1505 Soporte social

Escala 1: Inadecuado (1) Hasta completamente adecuado (5)

Mantener A: 9 **Aumentar A:** 30



Indicadores	Puntuación	Puntuación	
		Inicial	Final
Evidencia de voluntad para buscar ayuda en otras personas		1	3
Refiere ayuda económica de otras personas		4	3
Refiere dedicación de tiempo de otras personas		1	3
Refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas		1	3
Refiere relaciones de confianza		1	3
Refiere la existencia de personas que pueden ayudar cuando lo necesite		1	3
Total Objetivo 2 Escala 1:		<u>9</u>	18

Fundamentación Científica

La enfermedad crónica afecta inevitablemente a la composición emocionalmente del paciente y de todos aquellos con quienes se relaciona. La tensión emocional es un importante factor en el deterioro de la homeostasis metabólica. Una valoración psicosocial completa es un primer paso en el desarrollo de un plan de cuidados afectivo e individualizado.

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

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema de apoyo educativo.



INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

136 Apoyo Emocional

- Comentar la experiencia emocional con el paciente
- Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo
- Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo
- Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad
- No exigir demasiado de funcionamiento cognoscitivo.
- Remitir a servicios de asesoramiento.

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema de apoyo educativo.

Intervenciones de Enfermería:

4920 Escucha Activa

- ✧ Establecer el propósito de la interacción
- ✧ Mostrar interés en el paciente
- ✧ Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar sentimientos y preocupaciones
- ✧ Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones
- ✧ Escuchar por si hay mensajes y sentimientos no expresados, así como el contenido de la conversación



- ✧ Estar atento a las palabras que se evitan, así como las palabras no verbales que acompañan a las palabras expresadas
- ✧ Estar atento al tono, tiempo, volumen, entonación e inflexión de la voz
- ✧ Determinar el significado de los mensajes reflexionados sobre las actitudes, experiencias pasadas y la situación actual
- ✧ Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación
- ✧ Utilizar el silencio/ escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: Parcialmente compensatorio y De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema parcialmente compensatorio y Sistema de apoyo educativo.

Intervenciones de Enfermería:

5100 Potenciación de la socialización

- Fomentar la implicación en relaciones potenciadas ya establecidas
- Animar al paciente a desarrollar relaciones
- Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes
- Fomentar las actividades sociales y comunitarias
- Fomentar compartir problemas comunes con los demás
- Fomentar la implicación en intereses totalmente nuevos
- Fomentar el respeto de los derechos de los demás
- Fomentar la participación en grupo y/o actividades de recuerdos individuales
- Facilitar la participación del paciente en grupos para controlar historias



- Remitir al paciente a un grupo o programas de habilidades interpersonales en los que puede aumentar la comprensión de las transacciones
- Permitir la prueba de los límites interpersonales
- Responder a la mejora del cuidado del aspecto personal y demás actividades
- Ayudar al paciente a que aumente la consciencia de sus signos vitales y sus limitaciones en la comunicación con los demás
- Responder de forma positiva cuando el paciente establezca el contacto con los demás
- Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte del paciente
- Fomentar la planificación de actividades especiales por parte de grupos pequeños
- Explorar los puntos fuertes y débiles del círculo actual de relaciones.

EJECUCIÓN

17 De Marzo 2012 10:00 h

- ✓ Comentar la experiencia emocional con el paciente
- ✓ Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo
- ✓ Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza
- ✓ Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias
- ✓ Mostrar interés en el paciente
- ✓ Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar sentimientos y preocupaciones



- ✓ Determinar el significado de los mensajes reflexionados sobre las actitudes, experiencias pasadas y la situación actual

18 De Marzo 2012 10: 00 h

- ✓ Animar al paciente a desarrollar relaciones
- ✓ Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes
- ✓ Fomentar las actividades sociales y comunitarias
- ✓ Fomentar compartir problemas comunes con los demás

24 De Marzo De 2012 11:00 h

- ✓ Fomentar la implicación en intereses totalmente nuevo
- ✓ Responder de forma positiva cuando el paciente establezca el contacto con los demás
- ✓ Explorar los puntos fuertes y débiles del círculo actual de relaciones
- ✓ Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte del paciente

EVALUACIÓN

Al brindarle confianza al paciente se logró expresión verbal de la razón por la que no frecuenta amistades y la desconfianza que siente en algunas personas; mencionando que por falta de tiempo ya que la mayor parte del día lo dedicaba al cultivo en el campo, no frecuenta amistades ni grupos sociales y que por experiencias pasadas sobre divulgación de sus problemas no ha tenido nuevamente la confianza de platicar de sus problemas.

Se le sugirió a la paciente que es importante el frecuentar o incluirse en grupos ya que estos le podían ayudar a evitar sentimientos de soledad, tristeza y depresión. El 18 de marzo 2012 se le invitó a participar y formar parte del coro



parroquial de la comunidad el cual la paciente acepta de forma entusiasmada y acude a ensayos los jueves y viernes.

Afirmó también que dentro de ese grupo ella fue invitada para tomar clases de repostería los lunes asistiendo por las tardes de esta forma se logra la interacción de la paciente con las personas intercambiando ideas de interés político y de situación actual de su comunidad. Mencionó sentirse relajada y con menos preocupaciones.

En cuanto a problemas o situaciones más personales se le sugirió frecuentar y lograr el acercamiento con personas más significativas como son los hijos, los hermanos o tíos, reuniones familiares. Actualmente solo ha logrado el acercamiento con una de sus hermanas ya que los demás personas no viven en su misma comunidad.

Los objetivos establecidos en el diagnósticos son logrados parcialmente ya que en la implicación social se observó una puntuación diana de 5, logrando un incremento de 7, dando un total de 12 puntos (ver Diagnostico-5, Escala-1).

Mientras que en el soporte social se observó una puntuación diana inicial de 9, logrando un incremento de 9, resultando un total de 18 puntos (ver Diagnostico-5, Escala-2)



Dominio: I Promoción de la salud

Clase: 2 Gestión de la salud

RAU: 7 prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

6.3.6 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA 6

Mantenimiento ineficaz de la salud, relacionado con afrontamiento individual ineficaz, manifestado por incapacidad para asumir la responsabilidad de llevar a cabo las practicas básicas de salud.

PLAN DE INTERVENCIÓN

Objetivo 1: 1602 Conducta de fomento a la salud

Escala 1: Nunca demostrado (1) Hasta siempre demostrado (5)

Mantener A: 16 Aumentar A: 35

Indicadores	Puntuación	
	Inicial	Final
Utiliza conductas para evita los riesgos	2	4
Equilibra actividad y reposo	4	4
Realiza los hábitos sanitarios correctamente	1	3
Utiliza recursos físicos y económicos para fomentar la salud	2	4
Sigue una dieta sana	2	4
Obtiene controles regulares	2	4
Evita exposición a enfermedades infecciosas	3	4
Total Objetivo 1, Escala 1:	<u>16</u>	<u>27</u>

Fundamentación Científica



La diabetes es una enfermedad compleja que requiere importantes adaptaciones; tanto fisiológicas como psicosociales, para su control eficaz. El éxito del régimen terapéutico depende, en gran parte, del compromiso de por vida del paciente de realizar un control diario.

La participación del paciente en los autocuidados y la planificación indica intentos de afrontar positivamente la situación.

Los autocuidados reducen la sensación de dependencia y pérdida de control(L.J Carpenito, 1994)

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: Parcialmente compensatorio y De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema parcialmente compensatorio y Sistema de apoyo educativo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

5230 Aumentar el afrontamiento

- Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal.
- Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones.
- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- Disponer un ambiente de aceptación.
- Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener.
- Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.



- Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
- Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.
- Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente (enfado o depresión)
- Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente
- Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Tratar las consecuencias de comportarse con sentimiento de culpa y vergüenza.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y capacidades.

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema de apoyo educativo.

Intervenciones de Enfermería:

4480 Facilitar la autorresponsabilidad

- ✳ Considerar responsable al paciente de sus propias conductas
- ✳ Discutir con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual
- ✳ Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud
- ✳ Observar el nivel de responsabilidad que asume el paciente
- ✳ Discutir las consecuencias de no asumir las responsabilidades propias.
- ✳ Animar al paciente a que asuma tanta responsabilidad de sus propios autocuidados como sea posible



- ✳ Ayudar al paciente a identificar las áreas en las que podría fácilmente asumir más responsabilidad
- ✳ Ayudar en la creación de un horario que guie el aumento de responsabilidad futuro.

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado, Agente de autocuidado dependiente y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema de apoyo educativo.

Intervenciones de Enfermería:

7960 Intercambio de información de cuidados de salud

- Describir historial de salud del paciente
- Información de los diagnósticos médicos y cuidados actuales.
- Describir el plan de cuidados, incluyendo la dieta, las medicaciones y el ejercicio.
- Describir las intervenciones de enfermería llevadas a cabo
- Identificar el equipo y material necesario para cuidados.
- Resumir los progresos del paciente en las metas fijadas
- Fijar la cita de retorno para el seguimiento del cuidado.
- Describir el papel de la familia en la continuidad de los cuidados
- Identificar otros centros que proveen cuidados.
- Coordinar los cuidados con otros profesionales de la salud.
- Comentar las capacidades y recursos del paciente.
- Compartir la información de otros profesionales de la salud con el paciente y familia.

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: De apoyo educativo.



Sistema de Enfermería: Sistema de apoyo educativo.

Intervenciones de Enfermería:

1800 Ayuda al autocuidado

- ✧ Considerar la cultura del paciente al fomentar actividades de autocuidados
- ✧ Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidado.
- ✧ Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes
- ✧ Proporcionar un ambiente terapéutico garantizando una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.
- ✧ Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados
- ✧ Ayudar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad
- ✧ Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada.

EJECUCIÓN

31 de octubre de 2012 10:00h

- ✓ Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal
- ✓ Valorar la comprensión del paciente del proceso de la enfermedad
- ✓ Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones
- ✓ Tratar las consecuencias de comportarse con sentimientos de culpa y vergüenza
- ✓ Considerar responsable al paciente de sus propias conductas



- ✓ Discutir con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual
- ✓ Observar el nivel de responsabilidad que asume el paciente
- ✓ Discutir las consecuencias de no asumir las responsabilidades propias.
- ✓ Animar al paciente a que asuma tanta responsabilidad de sus propios autocuidados como sea posible
- ✓ Ayudar al paciente a identificar las áreas en las que podría fácilmente asumir más responsabilidad

01 De Marzo De 2012

10:00 h

- ✓ Describir el plan de cuidados, incluyendo la dieta, las medicaciones y el ejercicio
- ✓ Identificar el equipo y material necesario para cuidados
- ✓ Identificar otros centros que proveen cuidados.
- ✓ Coordinar los cuidados con otros profesionales de la salud.
- ✓ Comentar las capacidades y recursos del paciente.
- ✓ Compartir la información de otros profesionales de la salud con el paciente y familia.

07 De Marzo 2012

13:00 h

- ✓ Considerar la cultura del paciente al fomentar actividades de autocuidados
- ✓ Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes
- ✓ Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados
- ✓ Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada.



EVALUACIÓN

Después de hacer una lista de los principales agentes que evitan el mantenimiento de la salud de la paciente se detectaron los siguientes:

Descontrol de niveles de glucosa en sangre mismos que fueron mejorados con la vigilancia de la medicación, la dieta, en caso de niveles de glucosa en sangre estables y dextrostix cada tercer día o cada semana. Micciones en lugares inadecuados; para este caso se le proporcionó un cómodo para evitar riesgos al levantarse de noche sugiriendo utilizar el sanitario de día y realizar el secado con papel higiénico en cada micción.

Exposición a los agentes carburantes de origen orgánico como lo es el humo de leña por tal se le proporcionó cubre bocas y googles como medio de protección para evitar la inhalación de gases y daño en los ojos recomendando de preferencia cocinar en estufa de gas. Episodios diarreicos frecuentes causados por deficiencia de higiene en los alimentos; se informó a la paciente los riesgos en la salud si los alimentos son consumidos en condiciones higiénicas no apropiadas, se utilizaron laminas representando las bacterias que pueden estar ocultos en las frutas y verduras y que no se pueden identificar a simple vista. Posteriormente la paciente se comprometió a realizar con mucho cuidado la desinfección y limpieza de los alimentos.

Se observó un descuido integral de los pies, para tal caso se proporcionó cremas hidratantes, vigilancia diaria de la piel, uñas, secado completo después de cada baño y sugerencias sobre el tipo de calzado para pacientes con DM. Por consiguiente la conducta de fomento a la salud es lograda parcialmente, en evidencia a esto se observa una puntuación diana de 16 en la valoración inicial, un incremento de 11, resultando un total de 27 puntos (Ver Diagnostico-6, Escala-1)



Dominio: 1 Promoción de la salud

Clase: 2 Gestión de la salud

RAU: 7 Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano

6.3.7 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA 7

Descuido personal, relacionado con estilo de vida y elección, manifestado por higiene personal inadecuada y por no adherencia a las actividades relacionadas con la salud

PLAN DE INTERVENCIÓN

Objetivo 1: 0301 Autocuidados: baño

Escala 1: Gravemente comprometido (1) hasta no comprometido (5)

Mantener A: 8 Aumentar A: 35

Indicadores	Puntuación	
	Inicial	Final
Entra y sale del cuarto del baño	1	3
Obtiene los suministros para el baño	2	3
Se lava la parte superior del cuerpo	1	3
Se lava la parte inferior del cuerpo	1	3
Se lava la zona perianal	1	3
Seca el cuerpo	1	3
Total Objetivo 1 Escala 1:	<u>7</u>	<u>18</u>

Objetivo 2: 0305 Autocuidado: Higiene



Escala 1: Gravemente comprometido (1) hasta no comprometido (5)

Mantener A: 11 Aumentar A: 35

Indicadores	Puntuación	
	Inicial	Final
Se lava las manos	3	4
Se limpia los oídos	1	3
Se lava el pelo	1	3
Se limpia la zona perineal	1	4
Se peina o cepilla el pelo	2	4
Se cuida las uñas de las manos y pies	2	4
Mantiene la higiene corporal	1	3
Total Objetivo 2 Escala 1:	<u>11</u>	25

Fundamentación Científica

La incapacidad para llevar a cabo el cuidado personal, genera sentimientos de dependencia y autoconcepto.

Aumentando la independencia para el cuidado personal se eleva la autoestima.

Las intervenciones tienen como objetivo ayudar a la persona a mantener la máxima independencia funcional posible. (Juall Carpenito, 2003)

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: Parcialmente compensatorio y De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema parcialmente compensatorio y Sistema de apoyo educativo.



INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

1801 Ayuda con los autocuidados: baño/ higiene

- Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidado
- Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidado
- Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada
- Colocar toallas, jabón, desodorante y demás accesorios necesarios a pie de cama o baño
- Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes, jabón de baño, champú y productos de aromaterapia)
- Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personal
- Facilitar que el paciente se bañe el mismo.
- Comprobar la limpieza de uña, según la capacidad de autocuidado del paciente.
- Controlar la integridad cutánea del paciente
- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado, Agente de autocuidado dependiente y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: Parcialmente compensatorio y De apoyo educativo.



Sistema de Enfermería: Sistema parcialmente compensatorio y Sistema de apoyo educativo.

Intervenciones de Enfermería:

1802 Ayuda con los autocuidados: Vestir/ arreglo personal

- ✧ Informar al paciente de la vestimenta disponible que pueda seleccionar
- ✧ Disponer de prendas del paciente en una zona accesible
- ✧ Proporcionar las prendas personales, si es necesario
- ✧ Facilitar el peinado del cabello del paciente
- ✧ Mantener la intimidad mientras el paciente se viste

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: Parcialmente compensatorio y De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema parcialmente compensatorio y Sistema de apoyo educativo.

Intervenciones de Enfermería:

1610 Intervenciones de enfermería Baño

- Ayudar con la ducha de silla, bañera, de pie o baño asiento.
- Lavar el cabello
- Realizar el baño con el agua a una temperatura agradable
- Ayudar con el cuidado perianal
- Ayudar con las medidas de higiene
- Administrar baño de pies
- Aplicar ungüentos y cremas hidratantes en las zonas de piel seca
- Ofrecer el lavado de manos después de ir al baño o antes de las comidas
- Inspeccionar el estado de la piel durante el baño



- Controlar la capacidad funcional durante el baño

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: Parcialmente compensatorio y De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema parcialmente compensatorio y Sistema de apoyo educativo.

Intervenciones de Enfermería:

1800 Ayuda al autocuidado

- * Considerar la cultura del paciente al fomentar actividades de autocuidados
- * Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidado
- * Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes
- * Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos de adaptación para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal y el aseo
- * Proporcionar los objetos personales deseados
- * Repetir de forma coherente las rutinas sanitarias como medio de establecerlas.
- * Establecer una rutina de actividades de autocuidado
- * Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.



EJECUCIÓN

14 De Abril 2012 14:00 h

- ✓ Considerar la cultura y la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidado
- ✓ Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada
- ✓ Colocar toallas, jabón, desodorante y demás accesorios necesarios en el baño
- ✓ Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes, jabón de baño y champú)
- ✓ Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personal
- ✓ Facilitar que el paciente se bañe el mismo.
- ✓ Comprobar la limpieza de uñas
- ✓ Controlar la integridad cutánea del paciente
- ✓ Informar al paciente de la vestimenta disponible que pueda seleccionar
- ✓ Recomendar ropa ligera, de algodón y cómoda
- ✓ Evitar la ropa áspera o muy ajustada
- ✓ Disponer de prendas del paciente en una zona accesible
- ✓ Proporcionar las prendas personales, si es necesario
- ✓ Facilitar el peinado del cabello del paciente
- ✓ Mantener la intimidad mientras el paciente se viste
- ✓ Recomendar calzado para descanso, comfortable, cómodos

05 De Abril 2012 14:00 h

- ✓ Ayudar con la ducha de silla



- ✓ Lavar el cabello
- ✓ Realizar el baño con el agua a una temperatura agradable
- ✓ Ayudar con las medidas de higiene
- ✓ Realizar baño de pies
- ✓ Aplicar ungüentos y cremas hidratantes en las zonas de piel seca
- ✓ Ofrecer el lavado de manos después de ir al baño o antes de las comidas
- ✓ Inspeccionar el estado de la piel durante el baño
- ✓ Controlar la capacidad funcional durante el baño

21 De Abril 2012 14 HRS

- ✓ Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos de adaptación para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal y el aseo
- ✓ Repetir de forma coherente las rutinas sanitarias como medio de establecerlas.
- ✓ Establecer una rutina de actividades de autocuidado
- ✓ Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.

EVALUACIÓN

La paciente pudo entrar y salir por si sola al baño, pero requirió de una silla por temor a resbalar, se le proporciono los suministros para llevar a cabo el baño en silla (champú, jabón de barra para cuerpo, esponja y exfoliante)

Se ayudó y se orientó al paciente a realizar un baño satisfactorio empezando con la parte superior del cuerpo y concluyendo con la parte inferior

Al comenzar el baño se lavaron las manos, se lavó el pelo, los oídos, el cuello, la parte torácica posteriormente la zona perineal, perianal, pierna y pies.



Al finalizar el baño se secó el cuerpo, el pelo y supervisando aún más el secado de los pies y el cuidado de las uñas.

Se aplicó crema suavizante corporal, aceite de almendra en zonas aún más reseca.

En cuanto a vestido y calzado la paciente mencionó sentir comodidad en las prendas seleccionadas y el tipo de zapato que utiliza.

La paciente mostró interés y se mantiene cooperativa a las intervenciones que se le realizan. Se explicó la importancia de llevar a cabo prácticas higiénicas diarias por lo cual se llega a un acuerdo para realizar el baño por ella misma y el cuidado diario tal y como se practicó por lo menos cada 3 días y dicho acuerdo es aceptado por la paciente en el momento ya que en su visita semanal se observó deficiencias de limpieza general pero que vuelven a ser restablecidos en cuanto se le proporciona ayuda para realizar las prácticas higiénicas. Los autocuidados del baño son logrados parcialmente evidenciados en el incremento de 11 en la puntuación diana inicial de 7 la primera evaluación, resultando un total de 18 (Ver Diagnostico-7, Escala-1)

De la misma forma los autocuidados en la Higiene son logrados parcialmente, representados por una puntuación diana de 11 en la valoración inicial lográndose un incremento de 11, resultando un total de 25 puntos. (Ver Diagnostico-7, Escala-2)



Dominio 4: Actividad y reposo

Clase 4: Respuesta cardiovascular pulmonar

R.A.U 7: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

6.3.8 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA 8

Riesgo de la perfusión renal ineficaz, relacionado con edad avanzada, Diabetes Mellitus tipo 2, e infección localizada.

PLAN DE INTERVENCIÓN

Objetivo 1: 0504 Función renal

Escala 1: Gravemente comprometido (1) Hasta no comprometido (5)

Mantener A: 17 **Aumentar A:** 25

Indicadores:	Puntuación	
	Inicial	Final
Ingesta adecuada de líquidos	4	4
Equilibrio entre la ingesta y el gasto en 24 horas	4	4
Color de la orina	3	3
Proteínas de la orina	2	2
PH de la orina	4	4
Total Objetivo 1 Escala 1:	<u>17</u>	17

Escala 1: Grave (1) A ninguno (5)



Mantener A: 35 Aumentar A: 40

Indicadores	Puntuación	
	Inicial	Final
Glucosa en orina o glucosuria	1	1
Hematuria	5	5
Cetonas en orina	5	5
Hallazgos microscópicos anormales en la orina	4	4
Hipertensión	5	5
Nauseas	5	4
Fatiga	4	5
Anemia	5	5
Total Objetivo 1 Escala 2: <u>34</u>		34

Fundamentación Científica

Los riñones son órganos muy bien vascularizados, regula el equilibrio de líquidos y electrolitos, el equilibrio acidobásico y la excreción de productos metabólicos de desechos. También regulan la presión sanguínea y la eritropoyesis. Los factores que influyen en la función renal son la edad, el volumen circulante, el flujo sanguíneo renal, la permeabilidad de la membrana glomerular, la presión sanguínea y el gasto cardíaco. (Juall Carpenito, 2003)

Suma total de Indicadores Objetivo 1 Y 2: 52

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado, Agente de autocuidado dependiente y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: Parcialmente compensatorio y De apoyo educativo.



Sistema de Enfermería: Sistema parcialmente compensatorio y Sistema de apoyo educativo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

7690 Interpretación de los datos de laboratorio

- Familiarizarse con las abreviaturas aceptadas por la institución
- Utilizar los márgenes de referencia del laboratorio que esté realizando los análisis
- Reconocer los factores fisiológicos que puedan afectar a los valores de laboratorio, incluyendo género, edad, embarazo, dieta (especialmente hidratación), hora del día, nivel de actividad y estrés
- Reconocer los efectos de los fármacos en los valores de laboratorio, incluyendo medicamentos prescritos así como los medicamentos de venta libre
- Anotar hora y sitio de la recogida de especímenes
- Comparar los resultados con otros análisis de laboratorio y/o diagnóstico relacionado
- Monitorizar los resultados secuenciales de los análisis para ver tendencias y cambios bruscos
- Informar de los resultados de laboratorio al paciente
- Informar de cambio súbito de los valores de laboratorio al médico inmediatamente.
- Analizar si los resultados obtenidos son coherentes con el comportamiento y el estado clínico de paciente.

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado, Agente de autocuidado dependiente y Agencia de autocuidado.



Demanda de Autocuidado: Parcialmente compensatorio y De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema parcialmente compensatorio y Sistema de apoyo educativo.

Intervenciones de Enfermería:

2120 Manejo de la hiperglucemia

- ✿ Vigilar los niveles de glucosa en sangre
- ✿ Vigilar si hay signos y síntomas de hiperglucemia; poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, visión borrosa o jaquecas
- ✿ Vigilar la presencia de cuerpos cetonicos en orina
- ✿ Realizar balance hídrico (incluyendo ingesta y eliminación)
- ✿ Consultar con el medico si persisten o empeoran los signos y síntomas
- ✿ Identificar causas posibles de hiperglucemias
- ✿ Restringir el ejercicio cuando los niveles de glucosa sean > 250 mg/dl, especialmente si hay cuerpos cetonicos en orina
- ✿ Instruir al paciente ya seres queridos en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglicemia
- ✿ Fomenta el autocuidado de los niveles de glucosa en sangre
- ✿ Ayudar al paciente a interpretar los niveles de glucosa en sangre
- ✿ Instruir sobre las indicaciones e importancia de la prueba de los cuerpos cetonicos en orina
- ✿ Instruir al paciente y cuidador acerca de la actuación con la diabetes durante la enfermedad, incluyendo el uso de insulina y/o antidiabéticos orales; control de la ingesta de líquidos; remplazo de los hidratos de carbono, y cuándo debe solicitarse asistencia sanitaria profesional.
- ✿ Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y ejercicio.



Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado, Agente de autocuidado dependiente y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: Parcialmente compensatorio y De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema parcialmente compensatorio y Sistema de apoyo educativo.

Intervenciones de Enfermería:

2380 Manejo de la medicación

- Fomentar la implicación en relaciones potenciadas ya establecidas
- Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/ o el protocolo
- Comentar las preocupaciones económicas respecto al régimen de la medicación
- Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente
- Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación
- Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos
- Vigilar los niveles de suero en sangre (electrolitos, protrombina, medicamentos)
- Observar si se producen interacciones no terapéuticas por la medicación
- Revisar periódicamente con el paciente y/o familia los tipos y dosis de medicamentos tomados
- Observar si hay respuesta a los cambios en el régimen de la medicación
- Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación
- Controlar el cumplimiento del régimen de medicación



- Determinar los factores que puedan impedir al paciente tomar los fármacos de tal como se ha prescrito
- Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito
- Explicar al paciente y/o familia la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación
- Desarrollar estrategias para controlar los efectos secundarios de los fármacos
- Enseñar al paciente cuando debe conseguir atención médica.

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado, Agente de autocuidado dependiente y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: Parcialmente compensatorio y De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema parcialmente compensatorio y Sistema de apoyo educativo.

Intervenciones de Enfermería:

4130 Monitorización de líquidos

- ✱ Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de eliminación
- ✱ Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos
- ✱ Vigilar el peso
- ✱ Vigilar ingresos y egresos
- ✱ Comprobar los niveles de electrolitos en suero y orina
- ✱ Valorar niveles de albumina y proteína total en suero
- ✱ Vigilar presión sanguínea, frecuencia cardíaca y estado de la respiración



- * Observar las mucosas, la turgencia de la piel y sed
- * Observar color, cantidad y gravedad específica de la orina
- * Observar si hay signos y síntomas de ascitis
- * Tomar nota si hay presencia o ausencia de vértigo al levantarse
- * Restringir y repartir la ingesta de líquidos

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: Parcialmente compensatorio

Sistema de Enfermería: Sistema parcialmente compensatorio

Intervenciones de Enfermería:

6550 Protección contra las infecciones

- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada
- Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones
- Mantener las normas de asepsia para el paciente de alto riesgo
- Fomentar la ingesta de líquidos
- Enseñar al paciente a tomar los antibióticos tal como se ha prescrito
- Informar sobre los resultados de cultivo positivos al personal de control de infecciones

EJECUCIÓN

27 De Febrero 2012 13:00 h

- ✓ Familiarizarse con las abreviaturas aceptadas por la institución
- ✓ Utilizar los márgenes de referencia del laboratorio que esté realizando los análisis



- ✓ Reconocer los factores fisiológicos que puedan afectar a los valores de laboratorio, incluyendo género, edad, dieta (especialmente hidratación), hora del día, nivel de actividad y estrés
- ✓ Anotar hora y sitio de la recogida de especímenes

03 De Marzo 2012 12:00 h

- ✓ Informar de los resultados de laboratorio al paciente
- ✓ Informar de cambio súbito de los valores de laboratorio al médico inmediatamente.
- ✓ Analizar si los resultados obtenidos son coherentes con el comportamiento y el estado clínico de paciente.
- ✓ Vigilar y fomentar el autocuidado de los niveles de glucosa en sangre
- ✓ Vigilar si hay signos y síntomas de hiperglucemia; poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, visión borrosa o jaquecas
- ✓ Vigilar la presencia de cuerpos cetónicos en orina
- ✓ Restringir el ejercicio cuando los niveles de glucosa sean > 250 mg/dl,
- ✓ Realizar balance hídrico (incluyendo ingesta y eliminación)
- ✓ Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y ejercicio
- ✓ Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/ o el protocolo
- ✓ Comentar las preocupaciones económicas respecto al régimen de la medicación
- ✓ Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse
- ✓ Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente
- ✓ Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos

10 De Marzo 2012 09:00 h

- ✓ Controlar el cumplimiento del régimen de medicación
- ✓ Enseñar al paciente cuando debe conseguir atención médica



- ✓ Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos
- ✓ Vigilar el peso
- ✓ Vigilar presión sanguínea, frecuencia cardiaca y estado de la respiración
- ✓ Observar las mucosas, la turgencia de la piel y sed
- ✓ Observar color, cantidad y gravedad específica de la orina
- ✓ Tomar nota si hay presencia o ausencia de vértigo al levantarse
- ✓ Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada
- ✓ Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones
- ✓ Enseñar al paciente a tomar los antibióticos tal como se ha prescrito

EVALUACIÓN

La cantidad de líquidos consumidos por la paciente es de 2 a 2.5 Lts diarios sin datos ni referencia de anormalidad en cuanto a la eliminación.

El día 27 de febrero de 2012 fue recolectado una muestra de orina el cual fue analizado en el Hospital General Regional de Sahuayo donde se observó los siguientes valores más significativos: Glucosa: 100/mg/dl elevadas (Glucosuria), leucocitos: incontables, Bacterias: Abundantes (infección de vías urinarias)

Los datos fueron analizados por un médico general quien proporciona tratamiento inicial con antibióticos, refiriendo a la paciente con Medicina Interna. El tratamiento no es concluido por la paciente, informando que no contaba con recursos económicos para surtir sus medicamentos. Se realiza cita con especialista el día 28 de mayo de 2012 en el cual la paciente no acude por cuestiones desconocidas por lo tanto se le motivó nuevamente a acudir el 02 de Agosto 2012 donde se realizan nuevamente exámenes de laboratorio y de orina dando los mismos resultados que los anteriores. Estos son mostrados al especialista e indicó el siguiente tratamiento: Nitrofuratoína 100 mg tomar una



tableta cada 6 horas por 7 días. Aspirina Protect 100 mg una tableta cada 24 horas y pravastatina de 10 mg tomar 2 tabletas cada 24 horas por las noches por tiempo indefinido.

Para llevar a cabo un control sobre la medicación se realizó un casillero señalando la hora y el medicamento que se debería tomar. La paciente termino el tratamiento del antibiótico el día 12 de Agosto 2012.

El 13 de Septiembre 2012 acude a revisión con especialista y se programa nueva cita el día 23 de Octubre indicando nuevos exámenes de laboratorio. Estos revelan los siguientes datos Glucosa en orina: 500/mg/dl elevadas (Glucosuria), Leucocitos: 18 a 20, Bacterias: Abundantes (infección de vías urinarias). Estos exámenes dan como resultado que no se ha obtenido cambios favorables a la paciente. Sin embargo se realizaron las intervenciones posibles con el fin de mejorar la función renal por lo tanto la puntuación diana se mantiene en 17 puntos en la escala 1 y con 34 puntos en la escala 2 del objetivo. (Ver Diagnostico-8, Escala 1- 2)



Dominio 10: Principios vitales

Clase 3: Valores/ creencias/ congruencia de la acción

R.A.U 7: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

6.3.9 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA 9

Incumplimiento, relacionado con acceso a los cuidados, cobertura sanitaria individual y fuerzas motivacionales, manifestado por conducta indicativa de incumplimiento y evidencia de desarrollo de complicaciones.

PLAN DE INTERVENCIÓN

Objetivo 2: 16090 Conducta terapéutica; enfermedad o lesión

Escala 1: Nunca demostrado (1) Hasta siempre demostrado (5)

Mantener A: 31 **Aumentar A:** 65

Indicadores:	Puntuación	
	Inicial	Final
Cumple las precauciones recomendadas	2	3
Cumple el régimen terapéutico recomendado	2	4
Realiza el procedimiento descrito	2	3
Cumple el nivel de actividades descritas	2	3
Cumple el régimen de la medicación	3	5
Sigue la dieta prescrita	2	4
Evita conductas que potencian la patología	2	4
Realiza cuidados personales compatibles con su habilidad	3	4
Supervisa los efectos terapéuticos	3	4



Supervisa los efectos secundarios del tratamiento	3	4
Supervisa los efectos secundarios de la enfermedad	2	4
Equilibra actividad y reposo	3	3
Obtiene asesoramiento de un profesional cuando es necesario	2	2
Suma Total De Indicadores	<u>31</u>	47

Fundamentación Científica

Aconsejar al paciente que dé pasos pequeños para alcanzar un objetivo importante puede resultar la estrategia más eficaz para mejorar el seguimiento. El compromiso (acuerdo escrito entre dos partes) se ha venido usando con éxito en la atención sanitaria para mejorar la participación del paciente.

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

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: Parcialmente compensatorio y De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema parcialmente compensatorio y Sistema de apoyo educativo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

4420 Acuerdo con el paciente

- Determinar la capacidad mental y cognitiva del individuo para realizar un acuerdo.
- Ayudar al paciente a que determine sus virtudes y habilidades
- Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados



- Animar al paciente a que identifique sus propios objetivos, no los que espera del cuidador
- Al ayudar al paciente a identificar las metas, evitar centrarse en el diagnóstico o proceso de la enfermedad únicamente
- Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, que puedan conseguirse
- Ayudar al paciente a establecer los objetivos a corto y largo plazo
- Alentar al paciente a que escriba sus propios objetivos
- Establecer objetivos como conductas fácilmente distinguibles
- Establecer objetivos en términos positivos
- Ayudar al paciente a dividir las metas complejas en pasos pequeños, manejables
- Clarificar con el paciente los papeles del cuidador y del paciente, respectivamente
- Explorar con el paciente las mejores formas de conseguir los objetivos
- Ayudar al paciente a examinar los recursos disponibles para conseguir los objetivos
- Ayudar al paciente a desarrollar un plan para cumplir los objetivos
- Explorar con el paciente métodos de evaluación de la consecución de los objetivos
- Facilitar la implicación de los seres queridos en el proceso de acuerdo, si así lo desea el paciente
- Facilitar la redacción de un documento que incluya todos los elementos acordados
- Ayudar al paciente a establecer las necesidades a tiempo y de frecuencia para la realización de las conductas/acciones
- Animar al paciente a que elija refuerzo/ recompensa que sea lo suficientemente importante como para mantener la conducta



- Especificar con el paciente el tiempo de entrega de los refuerzos/recompensas
- Instruir al paciente en los diversos métodos de seguimiento y registro de las conductas
- Ayudar al paciente a identificar hasta los más pequeños éxitos
- Explorar con el paciente las razones del éxito o falta de este

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: Parcialmente compensatorio y De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema parcialmente compensatorio y Sistema de apoyo educativo.

Intervenciones de Enfermería:

5606 Enseñanza: individual

- ✧ Establecer compenetración
- ✧ Establecer la credibilidad del educador
- ✧ Determinar las necesidades de enseñanza del paciente
- ✧ Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente
- ✧ Valorar el nivel educativo del paciente
- ✧ Valorar las capacidades/incapacidades cognoscitivas, psicomotoras y afectivas
- ✧ Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica (nivel de desarrollo, estado fisiológico, orientación, dolor, fatiga, necesidades básicas no cumplidas, estado emocional y adaptación a la enfermedad).



- ✧ Determinar la motivación del paciente para asimilar información específica (creencias sobre la salud, incumplimientos pasados, malas experiencias con cuidados / aprendizaje de salud y metas conflictivas)
- ✧ Potenciar la disponibilidad del paciente para aprender
- ✧ Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con el paciente
- ✧ Identificar los objetivos de enseñanza necesarios para conseguir las metas
- ✧ Determinar la secuencia de presentación de la información
- ✧ Valorar el estilo de aprendizaje del paciente
- ✧ Seleccionar los métodos/ estrategias de enseñanza del aprendizaje
- ✧ Seleccionar los métodos educativos adecuados
- ✧ Proporcionar un ambiente que conduzca al aprendizaje
- ✧ Evaluar la consecución de los objetivos establecidos por parte del paciente
- ✧ Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes
- ✧ Remitir al paciente a otros especialistas/ centros para conseguir los objetivos de enseñanza
- ✧ Incluir a la familia/ ser querido

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: Parcialmente compensatorio y De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema parcialmente compensatorio y Sistema de apoyo educativo.



Intervenciones de Enfermería:

5395 Manejo de la autoconfianza

- Explorar la percepción individual de su capacidad de desarrollar la conducta deseada
- Explorar la percepción individual de los beneficios de ejecutar la conducta deseada
- Identificar obstáculos al cambio de conducta
- Proporcionar información de la conducta deseada
- Ayudar al individuo a comprometerse con un plan de acción para cambiar la conducta
- Reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción
- Proporcionar un entorno de ayuda para aprender los conocimientos y habilidades necesarios para llevar a cabo la conducta
- Utilizar estrategias de enseñanza que sean adecuadas a la cultura y la edad
- Proporcionar refuerzo positivo y apoyo emocional durante el proceso de aprendizaje y durante la implementación de la conducta
- Preparar al paciente para los estados fisiológicos y emocionales que puede experimentar durante los intentos iniciales del desarrollo de una nueva conducta

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: Parcialmente compensatorio

Sistema de Enfermería: Sistema parcialmente compensatorio



Intervenciones de Enfermería:

5390 Potenciación de la conciencia de sí mismo

- ✿ Ayudar al paciente a identificar los sentimientos habituales que tiene de sí mismo
- ✿ Ayudar al paciente a identificar las prioridades en la vida
- ✿ Ayudar al paciente a identificar el impacto que tiene la enfermedad sobre el concepto de sí mismo
- ✿ Mantener verbalmente la negación de la realidad por parte del paciente
- ✿ Hacer observaciones sobre el estado emocional actual del paciente
- ✿ Ayudar al paciente a cambiar su visión de sí mismo como víctima mediante la definición de sus propios derechos
- ✿ Ayudar al paciente a ser consciente de sus facetas negativas sobre sí mismo
- ✿ Ayudar al paciente a identificar sentimientos de culpa
- ✿ Explorar con el paciente la necesidad de control
- ✿ Ayudar al paciente /familia a identificar razones para mejorar
- ✿ Ayudar al paciente a identificar habilidades y estilos de aprendizaje
- ✿ Ayudar al paciente a identificar la fuente de motivación
- ✿ Ayudar al paciente a identificar conductas que sean autodestructivas
- ✿ Facilitar la expresión de sí mismo con grupos de gente en estado similar
- ✿ Ayudar al paciente a reconocer frases contradictorias.

EJECUCIÓN

07 De Abril 2012

09:00h

- ✓ Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados
- ✓ Animar al paciente a que identifique sus propios objetivos, no los que espera del cuidador



- ✓ Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, que puedan conseguirse
- ✓ Establecer objetivos como conductas fácilmente distinguibles
- ✓ Ayudar al paciente a examinar los recursos disponibles para conseguir los objetivos
- ✓ Facilitar la implicación de los seres queridos en el proceso de acuerdo, si así lo desea el paciente
- ✓ Facilitar la redacción de un documento que incluya todos los elementos acordados
- ✓ Instruir al paciente en los diversos métodos de seguimiento y registro de las conductas
- ✓ Ayudar al paciente a identificar hasta los más pequeños éxitos

08 De Abril 2012

12:00h

- ✓ Utilizar estrategias de enseñanza que sean adecuadas a la cultura y la edad
- ✓ Establecer la credibilidad del educador
- ✓ Determinar las necesidades de enseñanza del paciente
- ✓ Valorar las capacidades/incapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas
- ✓ Valorar el estilo de aprendizaje del paciente
- ✓ Seleccionar los métodos educativos adecuados
- ✓ Proporcionar un ambiente que conduzca al aprendizaje
- ✓ Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes
- ✓ Remitir al paciente a otros especialistas/ centros para conseguir los objetivos de enseñanza
- ✓ Proporcionar un entorno de ayuda para aprender los conocimientos y habilidades necesarios para llevar a cabo la conducta



- ✓ Preparar al paciente para los estados fisiológicos y emocionales que puede experimentar durante los intentos iniciales del desarrollo de una nueva conducta

14 De Abril 2012 10:00 h

- ✓ Ayudar al paciente a identificar los sentimientos habituales que tiene de sí mismo
- ✓ Ayudar al paciente a identificar el impacto que tiene la enfermedad sobre el concepto de sí mismo
- ✓ Ayudar al paciente a ser consciente de sus facetas negativas sobre sí mismo
- ✓ Explorar con el paciente la necesidad de control
- ✓ Ayudar al paciente /familia a identificar razones para mejorar
- ✓ Ayudar al paciente a identificar la fuente de motivación
- ✓ Ayudar al paciente a identificar conductas que sean autodestructivas
- ✓ Facilitar la expresión de sí mismo con grupos de gente en estado similar

EVALUACIÓN

A evidencia del tratamiento prescrito la paciente mejoró con los diversos métodos de ayuda que le proporciono el profesional de enfermería, con ayuda del agente de autocuidado dependiente.

La paciente fue capaz de realizar procedimientos que fueron enseñado: como lo es el cuidado de las heridas, el cuidado los pies, la forma de realizar el baño en regadera, mejorar la calidad higiénica de los alimentos entre otras.

El ejercicio físico por medio de caminatas es adoptado por la paciente y el participar en actividades recreativas se ha convertido en parte de su vida diaria.



El tratamiento con hipoglucemiantes, insulina y demás fármacos recetados por Médico internista, fue llevado a cabo siempre y cuando se le daba apoyo directo al paciente por medio de la motivación a realizar el tratamiento y explicando los beneficios para su salud.

Se observó que las bebidas y los alimentos no recomendados actualmente no son consumidos con tanta frecuencia como lo hacía anteriormente, de cantidades que eran de 600 ml cada tercer día a 50 mililitros cada mes o en ocasiones tiempos mayores a un mes

Se le instruyó a la paciente sobre la identificación de síntomas de Hipoglucemias e Hiperglucemias esto con el fin de evitar riesgos y favorecer el acercamiento con los profesionales de la salud. El acercamiento al personal médico, se han vuelto regulares acudiendo una vez por mes, observando un gran paso para el control de su enfermedad. En comparación de en cada 6 meses que acudía con anterioridad.

La conducta terapéutica es lograda parcialmente reflejado por la puntuación diana de 31 en la valoración inicial, incrementando 16, teniendo como resultado un total de 47 puntos. (Ver Diagnostico -9, Escala-1). Fue muy necesario que la paciente contara con el apoyo de un agente de autocuidado dependiente para lograr en su totalidad la puntuación deseada.



Dominio: II Seguridad y Protección

Clase: 2 Lesión Física

R.A.U: 7 prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano

6.3.10 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA 10

Deterioro de la integridad cutánea, relacionado con deterioro del estado metabólico y de la sensibilidad, manifestado por alteración de la superficie de la piel.

PLAN DE INTERVENCIÓN

Objetivo 1: 1619 integridad tisular piel membranas y mucosas

Escala 1: Gravemente comprometido (1) Hasta no comprometido (5)

Mantener A: 10 Aumentar A: 20

Indicadores:	Puntuación	
	Inicial	Final
Temperatura de la piel	4	5
Sensibilidad	2	3
Hidratación	2	4
Integridad de la piel	2	5
Total Objetivo 1, Escala 1 :		<u>10</u>
		<u>17</u>

Escala 2: Grave (1) Hasta ninguno (5)

Mantener A: 10 aumentar A: 15

Tejido cicatricial	2	5
Descamación cutánea	3	5
Necrosis	5	5



Total Objetivo 1 Escala 2: 10 15

Suma Total De Indicadores Objetivo 1: 20

Fundamentación Científica

Las lesiones en los pies de los diabéticos son el resultado de neuropatías periféricas enfermedades vasculares periféricas, infecciones o una combinación de estas. Esto reduce los estados (es decir, hiperglucemia) que contribuyen al crecimiento de microorganismos.

La rápida detección y tratamiento puede evitar un empeoramiento de las complicaciones. Con el examen diario se pueden detectar cambios de forma precoz. Los calcetines calientes y el calzado bueno absorben el sudor, ayudando a evitar los callos y las ampollas.(L.J Carpenito)

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado, Agente de autocuidado dependiente y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: Parcialmente compensatorio y De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema parcialmente compensatorio y Sistema de apoyo educativo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

3660 Cuidado de las heridas

- Monitorizar las características de las heridas, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor
- Limpiar con solución salina normal o un limpiador no toxico



- Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida
- Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje
- Colocar de manera que se evite presionar la herida.
- Ayudar al paciente y a la familia a obtener material
- Enseñar al paciente y a la familia almacenar y desechar los apósitos de cura.
- Enseñar al paciente o a miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida
- Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección.
- Documentar la localización, el tratamiento y la apariencia de la herida.

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado, Agente de autocuidado dependiente y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: Parcialmente compensatorio y De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema parcialmente compensatorio y Sistema de apoyo educativo.

Intervenciones de Enfermería:

3590 Vigilancia de la piel

- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las membranas mucosas
- Observar si su color, pulsos, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades.
- Observar si hay excesiva sequedad o humedad de la piel
- Tomar nota de los cambios en la piel y membranas
- Instaurar medidas para evitar mayor deterioro.



- Instruir al miembro de la familia/ cuidador acerca de los signos de pérdida de la integridad de la piel.

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: Parcialmente compensatorio y De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema parcialmente compensatorio y Sistema de apoyo educativo.

Intervenciones de Enfermería:

04080 Cuidados de la piel; tratamiento tópico

- ✧ Evitar el uso de ropa de cama de textura áspera
- ✧ Realizar la limpieza con jabón antibacteriano
- ✧ Proporcionar higiene de aseo
- ✧ Abstenerse de utilizar jabones alcalinos en la piel
- ✧ Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas
- ✧ Aplicar antibiótico tópico a la zona afectada.
- ✧ Registrar el grado de afectación de la piel.

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: Parcialmente compensatorio y De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema parcialmente compensatorio y Sistema de apoyo educativo.



Intervenciones de Enfermería:

5603 Enseñanza: cuidado de los pies

- ✿ Determinar el nivel actual de conocimientos y habilidades relativas al cuidado de los pies
- ✿ Determinar las practicas actuales de cuidados de los pies
- ✿ Proporcionar información relacionada con el nivel de riesgo de lesión.
- ✿ Ayudar a desarrollar un plan para la valoración y el cuidado diario de los pies en casa
- ✿ Determinar la capacidad para llevar a cabo los cuidados de los pies (es decir, agudeza visual, movilidad física y criterio).
- ✿ Recomendar que se explore diariamente toda la superficie de los pies y entre los dedos, buscando presencia de enrojecimiento, tumefacción, calor, sequedad, laceración, sensibilidad y zonas abiertas.
- ✿ Dar información respecto a la relación entre neuropatía, lesión y enfermedad vascular y el riesgo de ulceración y de amputación de las extremidades inferiores en personas con diabetes.
- ✿ Prevenir posibles causas de lesión en los pies (p, ej., calor, frio, químicos, andar descalzo, uso de calzado abierto)

EJECUCIÓN

01 De Enero de 2012 14:00 h

- ✓ Monitorizar las características de las heridas, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor
- ✓ Limpiar con solución salina normal o un limpiador no toxico
- ✓ Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida
- ✓ Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje
- ✓ Colocar de manera que se evite presionar la herida.



- ✓ Ayudar al paciente y a la familia a obtener material
- ✓ Enseñar al paciente o a miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida
- ✓ Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección.
- ✓ Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las membranas mucosas
- ✓ Observar si su color, pulsos, textura y si hay inflamación
- ✓ Observar si hay excesiva sequedad o humedad de la piel
- ✓ Instaurar medidas para evitar mayor deterioro.
- ✓ Instruir al miembro de la familia/ cuidador acerca de los signos de pérdida de la integridad de la piel.

26 De Febrero 2012 10:00 h

- ✓ Evitar el uso de ropa de cama de textura áspera
- ✓ Realizar la limpieza con jabón antibacteriano
- ✓ Proporcionar higiene de aseo
- ✓ Abstenerse de utilizar jabones alcalinos en la piel
- ✓ Determinar el nivel actual de conocimientos y habilidades relativas al cuidado de los pies
- ✓ Determinar las practicas actuales de cuidados de los pies
- ✓ Proporcionar información relacionada con el nivel de riesgo de lesión.
- ✓ Ayudar a desarrollar un plan para la valoración y el cuidado diario de los pies en casa
- ✓ Determinar la capacidad de la agudeza visual, movilidad física para llevar a cabo los cuidados de los pies



15 De Abril 2012

16:00 h

- ✓ Recomendar que se explore diariamente toda la superficie de los pies y entre los dedos, buscando presencia de enrojecimiento, tumefacción, calor, sequedad, laceración, sensibilidad y zonas abiertas.
- ✓ Dar información respecto a la relación entre neuropatía, lesión y enfermedad vascular y el riesgo de ulceración y de amputación de las extremidades inferiores en personas con diabetes.
- ✓ Prevenir posibles causas de lesión en los pies por frío, andar descalzo y uso de calzado abierto y muy ajustado.

EVALUACIÓN

En la primera valoración de los pies se identificaron lesiones superficiales en los interdigitales de los pies, se observó el estado, la superficie y la profundidad de la herida, temperatura de la piel, la sensibilidad y la hidratación.

Al comienzo de la intervención de Enfermería se le realizó curación siguiendo los principios de asepsia, con gasas, solución fisiológica y jabón quirúrgico al mismo tiempo que se enseñó a la paciente y a su cuidador principal (uno de sus hijos) la forma de realizar la curación y los signos de una complicación.

Al finalizar se le aplicó un vendaje vigilando el ajuste y la cobertura de la herida, posteriormente se aplicó una crema hidratante en ambos pies para evitar la resequedad.

En el siguiente fin de semana se observó cicatrización de la piel, sin datos de temperatura ni complicaciones. De igual forma se realizó curación hasta cerrar por completo la herida. En la siguiente visita se observó que la herida se había cerrado por completo y se recomendó seguir con la hidratación constante de pies por medio de cremas o aceite de almendras, usar calzado cómodo y cerrado, cortar las uñas a nivel de los dedos y evitar el caminar descalza.



La integridad de la piel es recuperado parcialmente de igual forma se evidencia la mejoría en la paciente en la puntuación diana inicial de 20 incrementando una puntuación de 12, sumando un total de 32 puntos en la última valoración (Ver Diagnostico-10, Escala 1-2)



Dominio: 11 Seguridad y Protección

Clase: 2 Lesión Física

RAU: 7 Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano

6.3.11. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA 11

Riesgo de caídas, relacionado con dificultades visuales

PLAN DE INTERVENCIÓN

Objetivo 1: 1828 Conocimiento Prevención De Caídas

Escala 1: Ningún conocimiento (1) Hasta conocimiento extenso (5)

Mantener A: **8** **Aumentar A:** 20

Indicadores	Puntuación	
	Inicial	Final
Calzado adecuado	1	5
Uso correcto de la iluminación ambiental	3	4
Como deambular de manera segura	2	4
Como mantener las superficies del suelo seguros	2	4
Total Objetivo 1 Escala 1:	<u>8</u>	17

Objetivo 2: 1611 Conducta de compensación visual

Escala 1: Nunca demostrado (1) Hasta siempre demostrado (5)

Mantener A: 10 **Aumentar A:** 25

Indicadores:	Puntuación	Puntuación
--------------	------------	------------



	Inicial	Final
Supervisa la aparición de deterioro visual	2	4
Se coloca para mejorar la visión	3	5
Utiliza iluminación adecuada para la actividad que realiza	3	5
Utiliza dispositivos de ayuda para visión escasa	1	1
Utiliza servicios de apoyo para la falta de visión	1	1
Total Objetivo 2 Escala 1:	<u>10</u>	16

Fundamentación Científica

Los pacientes con deterioro visual difieren entre si al igual que los miembros de cualquier grupo. El riesgo de lesión puede ser existente para unos pero un importante problema para otros. Con una valoración individualizada se pueden identificar las necesidades concretas de cada paciente. (Juall Carpenito, 2003)

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado, Agente de autocuidado dependiente y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema de apoyo educativo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

6190 Prevención de caídas

- Identificar déficit cognoscitivo o físico del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.
- Identificar conductas y factores que afectan el riesgo de caídas
- Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o barra de apoyo para caminar) para conseguir una deambulación estable.
- Pedir al paciente su percepción de equilibrio



- Enseñar al paciente como caer para minimizar el riesgo de caídas

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: Parcialmente compensatorio y De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema parcialmente compensatorio y Sistema de apoyo educativo.

Intervenciones de Enfermería:

1650 Cuidado de los ojos

- ✳ Observar si hay enrojecimiento, exudación o ulceración
- ✳ Informar al paciente de que no se toque los ojos
- ✳ Observar el reflejo corneal
- ✳ Aplicar gotas lubricantes

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: Parcialmente compensatorio.

Sistema de Enfermería: Sistema parcialmente compensatorio.

Intervenciones de Enfermería:

4978 Mejorar la comunicación: déficit visual

- Identificarse al entrar en el espacio del paciente
- Observar la relación del paciente a la disminución de la visión (depresión, abandono o negación).
- Aceptar la relación del paciente a la disminución de la visión.
- Ayudar al paciente a establecer nuevas metas para aprender a ver con los otros sentidos.
- Consolidar lo que queda de visión en el paciente



- Proporcionar una lupa o gafas prismáticas, para la lectura
- Poner en marcha la visita de terapia ocupacional
- ✳ Remitir al paciente con problemas visuales a centros apropiados

EJECUCIÓN

11 De Mayo de 2012 09:00 h

- ✓ Identificar conductas y factores que afectan el riesgo de caídas
- ✓ Proporcionar dispositivos para conseguir una deambulación estable; uso de un bastón
- ✓ Enseñar al paciente como caer para minimizar el riesgo de caídas
- ✓ Observar si hay enrojecimiento, exudación o ulceración de los ojos
- ✓ Informar al paciente de que no se toque los ojos
- ✓ Observar el reflejo corneal
- ✓ Aplicar gotas lubricantes

12 De Mayo de 2012

12:00 h

- ✓ Identificarse al entrar en el espacio del paciente
- ✓ Observar la relación a la disminución de la visión (depresión, abandono o negación)
- ✓ Ayudar al paciente a establecer nuevas metas para aprender a ver con los otros sentidos.
- ✓ Consolidar lo que queda de visión en el paciente

18 De Septiembre 2012

13:00h

- ✓ Remitir al paciente con problemas visuales a centros apropiados (Médico Oftalmólogo)



EVALUACIÓN

Se acompañó a la paciente a elegir los zapatos adecuados a su padecimiento, quedando satisfecha por su comodidad y el estilo del zapato.

El no dejar objetos en el piso que puedan potenciar el peligro de caídas y de heridas fue aprendido por la paciente y los demás miembros de la familia, al mismo tiempo que se aconsejó también el mejorar la extensión de luz en su vivienda ya que no contaba con iluminación en el patio de la casa, el baño y en su calle, este se realiza en apoyo con el agente de autocuidado dependiente, explicando los riesgos de caída que la paciente puede tener al no contar con una buena visión.

Se instaló un foco fuera de su domicilio y otros en los sitios faltantes, menciona la paciente sentir más confianza al caminar. Se aconsejó también el evitar salir de noche esto por el mal estado de las calles y la poca iluminación en la comunidad.

En cuanto al estado de los ojos se aplicaron lubricantes cuando la paciente los requiere se aconseja la visita del oftalmólogo mismos que menciona la paciente acudir cuando tenga su siguiente cita con medicina interna.

El 18 de Septiembre acude nuevamente a revisión donde también es valorada por Oftalmólogo explicando el diagnóstico y tratamiento los que corresponden a cirugía por cataratas de la misma forma se explicó el procedimiento y la finalidad del tratamiento, dando orientación a las dudas que tenía la paciente.

Menciona no contar con los recursos económicos para la cirugía y por tanto solo se realizan cuidados paliativos para lubricar la región corneal y evitar un mayor desgaste por falta de lubricación.

Los objetivos establecidos en el diagnóstico son logrados parcialmente con apoyo del Agente de autocuidado dependiente, aunque algunos de los



indicadores no son logrados en su totalidad por razones económicas y fuera del alcance del personal de Enfermería.

Este resultado es demostrado por una puntuación diana inicial de 8 sobre el conocimiento de prevención de caídas, reforzando con un puntaje favorable de 9 sumando un total de 17 puntos (Ver Diagnostico-11, Escala-1).

De igual forma se observa en la conducta de comprensión visual, una puntuación inicial diana de 10 logrando un incremento de 6 quedando en total 16 puntos favorables (Ver diagnostico-11, Escala-2)



Dominio: Seguridad / protección

Clase: 2 Gestión de la salud

R.A.U:7 Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano

6.3.12 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA 12

Deterioro de la dentición, relacionado con falta de conocimientos sobre la salud dental, higiene oral ineficaz y falta de acceso a los cuidados profesionales, manifestado por halitosis, dientes flojos, falta de piezas dentarias y caries en la coronilla

PLAN DE INTERVENCIÓN

Objetivo 1: 0308 Autocuidados: higiene bucal

Escala 1: Gravemente comprometido (1) hasta no comprometido (5)

Mantener A: 8 Aumentar A: 30

Indicadores	Puntuación	
	Inicial	Final
Se cepilla los dientes	2	4
Utiliza enjuague bucal	1	4
Se lava la boca, las encías y la lengua	1	4
Limpia la dentadura postiza o las prótesis dentales	1	4
Utiliza fluoración	1	1
Acude al dentista regularmente	2	2
Total Objetivo 1 Escala 1:	<u>8</u>	<u>19</u>

Objetivo 2: 1100 Higiene bucal



Escala 1: Gravemente comprometido (1) Hasta no comprometido (5)

Mantener A: 18 Aumentar A: 25

Indicadores	Puntuación	
	Inicial	Final
Halitosis	3	4
Sangrado	4	5
Dolor	4	4
Lesiones en la mucosa oral	5	5
Caries dental	2	2
Total Objetivo 2 Escala 1:		<u>18</u> <u>20</u>

Suma Total de Indicadores Objetivo 1 y 2: 26

Fundamentación Científica

Las enfermedades de las encías se encuentran en la lista de las principales complicaciones asociadas a la diabetes. Aunque no es exclusiva de la diabetes, los niveles altos de azúcar en la saliva, contribuye a que aumente el número de bacterias los cuales junto con los restos de los alimentos favorecen la formación de placa bacteriana alrededor de las encías provocando que estas se enrojeczan y sean propensas al sangrado.

Los altos niveles de azúcar en la saliva provocan también otras enfermedades como son caries, candidiasis bucal, enfermedad infecciosa causada por hongos, resequedad de la boca causada por problemas de las glándulas salivales, infecciones bucales; que por la diabetes puede tener una recuperación lenta lo que también puede causar posibles complicaciones de una cirugía o simples extracciones. (Murillo , 2009)

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado y Agencia de autocuidado.



Demanda de Autocuidado: De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema de apoyo educativo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

1720 Fomentar la salud bucal

- Explicar la necesidad del autocuidado bucal como habito
- Inspeccionar la mucosa bucal en regularidad
- Fomentar las revisiones dentales regulares
- Enseñar y estimar el uso de hilo dental
- Ayudar con el cepillo de los dientes y enjuague de la boca de acuerdo con la capacidad de autocuidados del paciente
- Masajear las encías

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: Parcialmente compensatorio y de Apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema parcialmente compensatorio y Sistema de apoyo educativo.

Intervenciones de Enfermería:

1730 Restablecimiento de la salud bucal

- ✱ Utilizar un cepillo de dientes suave para la extracción de restos alimentarios
- ✱ Fomentar enjuagues frecuentes de la boca con cualquiera de las siguientes sustancias: solución de bicarbonato de sodio, solución salina normal o solución de peróxido de hidrogeno.



- ✧ Vigilar los labios, lengua, membranas mucosas, fosas tonsilares y encías para determinar la humedad, color, textura, presencia de restos e infección, disponiendo para ello de una buena iluminación
- ✧ Determinar la percepción del paciente sobre sus cambios de gustos, deglución, calidad de la voz y comodidad.
- ✧ Aconsejar al paciente que evite los enjuagues bucales comerciales
- ✧ Aconsejar al paciente que informe inmediatamente al médico sobre cualquier signo de infección.
- ✧ Enseñar y ayudar al paciente a realizar la higiene bucal después de las comidas y lo más a menudo que sea posible
- ✧ Ayudar al paciente a seleccionar alimentos suaves, blandos y no ácidos.
- ✧ Observar si hay signos y síntomas de glotis y estomatitis

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: Parcialmente compensatorio y De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema parcialmente compensatorio y Sistema de apoyo educativo.

Intervenciones de Enfermería:

1710 Mantenimiento de la salud bucal

- Establecer una rutina de cuidados bucales
- Observar el color, el brillo y la persistencia de restos alimenticios en los dientes
- Identificar los riesgos de desarrollo de estomatitis secundaria a la terapia de fármacos
- Animar al paciente a lavarse la boca



- Consultar al médico si persisten la sequedad, irritación y molestias bucales
- Facilitar un cepillo de dientes e hilo dental a intervalos regulares
- Enseñar a la persona cepillarse los dientes, las encías y la lengua.
- Recomendar una dieta saludable y la ingesta adecuada de agua.
- Establecer chequeos dentales
- Ayudar con los cuidados de la dentadura postiza
- Animar al paciente a cepillarse las encías, la lengua y la cavidad oral diariamente.

EJECUCIÓN

11 De Febrero 2012 10:00 h

- ✓ Explicar la necesidad del autocuidado bucal como habito
- ✓ Inspeccionar la mucosa bucal en regularidad
- ✓ Fomentar las revisiones dentales regulares
- ✓ Ayudar con el cepillo de los dientes y enjuague de la boca de acuerdo con la capacidad de autocuidados del paciente
- ✓ Utilizar un cepillo de dientes suave para la extracción de restos alimentarios
- ✓ Fomentar enjuagues frecuentes de la boca con solución de bicarbonato de sodio
- ✓ Vigilar los labios, lengua, membranas mucosas, fosas tonsilares y encías para determinar la humedad, color, textura, presencia de restos e infección, disponiendo para ello de una buena iluminación.
- ✓ Aconsejar al paciente que informe inmediatamente el medico sobre cualquier signo de infección.
- ✓ Enseñar y ayudar al paciente a realizar la higiene bucal después de las comidas y lo más a menudo que sea posible



- ✓ Ayudar al paciente a seleccionar alimentos suaves, blandos y no ácidos
- ✓ Establecer una rutina de cuidados bucales

19 De Mayo de 2012 09:00h

- ✓ Observar el color, el brillo y la persistencia de restos alimenticios en los dientes
- ✓ Enseñar a la persona cepillarse los dientes, las encías y la lengua.
- ✓ Recomendar una dieta saludable y la ingesta adecuada de agua.

27 De Junio 2012 10:00h

- ✓ Establecer chequeos dentales
- ✓ Ayudar con los cuidados de la dentadura postiza
- ✓ Animar al paciente a cepillarse las encías, la lengua y la cavidad oral diariamente.

EVALUACIÓN

Se explicó a la paciente por medio de una lámina dental sobre como la deficiencia de higiene bucal provoca la formación de caires y sarro afectando desde el esmalte hasta la raíz de los dientes, provocando molestias como dolor, sangrado en encías, deterioro dental, mal aliento y una vista no estética.

Se instruyeron las técnicas de lavado dental como lo es de arriba hacia abajo, cepillado de lengua y encías retirando totalmente los restos de comida. Para esto se le proporcionando un cepillo con cerdas suaves y pasta de dientes, al finalizar el cepillado se prepara un enjuague con agua y bicarbonato a fin de mejorar la calidad higiénica explicando que este procedimiento debería realizarse tres veces al día después de las comida.



Durante las visitas domiciliarias se verifica que el procedimiento sea llevado a cabo como se le enseñó, menciona la paciente que en ocasiones se le olvida hacerlo.

La visita con el dentista se llevó a cabo el 02 de agosto de 2012 y por los niveles de glucosa en sangre no se procede a extracción de piezas dentarias que le molestaban, se le recomendó antibiótico una semana antes de acudir nuevamente para extracción de los dientes que ya no podían ser restaurados. La siguiente cita con el dentista no se ha llevado a cabo por el desinterés de la paciente en acudir nuevamente al hospital y al centro de salud, de igual forma no acude al sector privado por falta de recursos económico.

El 18 de Septiembre 2012 al acudir a cita con especialista se aprovechó para revisión, limpieza y extracción de piezas dentarias. De igual forma se recomendó acudir al sector privado para la inserción de piezas dentarias faltantes.

En conclusión, algunos de los indicadores no alcanzan la puntuación deseada debido a los recursos económicos deficientes de la paciente y requerimiento de acciones que se encuentran fuera de nuestro alcance como personal de enfermería.

Por lo tanto los objetivos sobre el autocuidado de la higiene bucal son logrados parcialmente, reflejado en una puntuación diana inicial de 26, reforzando la puntuación con 13 después de las intervenciones, logrando un total de 39.(Ver Diagnostico-12, Escala 1-2)



Dominio: 5 Percepción/ cognición

Clase: 4 Cognición

R.A.U:8 Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.

6.3.13 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA 13

Conocimientos deficientes, relacionado con poca familiaridad con los recursos para obtener la información, manifestado por seguimiento inexacto de las instrucciones y verbalización del problema.

PLAN DE INTERVENCIÓN

Objetivo 1: 1823 Conocimiento: Fomento de la salud

Escala 1: Ningún conocimiento (1) Hasta conocimiento (5)

Mantener A: 18_ **Aumentar A:** 45

Indicadores	Puntuación	
	Inicial	Final
Conductas que fomentan la salud	2	3
Inmunizaciones recomendadas	2	2
Autodetección recomendada para detección de cáncer	2	2
Conductas para prevenir lesiones no intencionadas	2	5
Conductas para proteger la piel	2	4
Uso seguro de medicamentos	2	4
Practicas nutricionales saludables	2	3
Relación entre dieta, ejercicio y peso	2	3
Estrategias para evitar la exposición a riegos ambientales	2	5
Total Objetivo 1 Escala 1:	<u>18</u>	<u>31</u>



Fundamentación Científica

La opinión que el paciente tenga de la salud, la diabetes y su tratamiento influye enormemente sobre la posibilidad de seguimiento del régimen terapéutico. Estas estrategias aumentan la enseñanza y el aprendizaje, pudiendo facilitar el seguimiento. (L.J Carpenito, 1994)

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado, Agente de autocuidado dependiente y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema de apoyo educativo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

5606 Enseñanza individual

- Establecer compenetración
- Establecer la credibilidad del educador
- Determinar la necesidad del enseñar al paciente
- Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente
- Valorar el nivel educativo del paciente
- Valorar las capacidades/incapacidades cognoscitivas, psicomotoras y afectivas
- Potenciar la disponibilidad del paciente para aprender
- Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas
- Identificar los objetivos de enseñanza necesarios para conseguir las metas
- Valorar el estilo de aprendizaje del paciente



- Seleccionar los materiales educativos adecuados
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes
- Remitir al paciente a otros especialistas/ centros para conseguir los objetivos de enseñanza.

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado, Agente de autocuidado dependiente y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema de apoyo educativo.

Intervenciones de Enfermería:

5515 Mejorar el acceso a la información sanitaria

- ✱ Crear un entorno sanitario en el que un paciente con problemas para leer y escribir puede buscar ayuda sin sentirse avergonzado o estigmatizado
- ✱ Utilizar una comunicación clara adecuada
- ✱ Utilizar un lenguaje sencillo
- ✱ Simplificar el lenguaje cuando sea posible
- ✱ Comunicarse teniendo en cuenta la cultura, la edad y el género
- ✱ Determinar la experiencia del paciente con el sistema sanitario incluida promoción de la salud, protección de la salud, prevención de enfermedades, cuidado y mantenimiento de la salud y dirección por el sistema sanitario.
- ✱ Proporcionar información esencial escrita y oral a un paciente en su lengua materna
- ✱ Determinar que sabe ya el paciente sobre su estado o riesgo de salud y relacionar la nueva información con lo que ya sabe.



- ✿ Utilizar estrategias para potenciar el conocimiento (p. ej., empezar con la información más importante, centrarse en los mensajes clave y repetir, limitar la cantidad de información presentada cada vez, utilizar ejemplos para ilustrar puntos importantes, relacionarla con la experiencia del individuo, utilizar un estilo narrador).
- ✿ Utilizar múltiples herramientas de comunicación (p. ej., cintas de audio, cintas de video, video digital, pictogramas)
- ✿ Animar al paciente a hacer preguntas y buscar aclaraciones (p.ej., ¿Cuál es mi principal problema?, ¿Qué debo hacer?, ¿Por qué es importante que haga esto?)
- ✿ Animara utilizar medidas afectivas para afrontar la interacción al acceso a la información sobre la salud (p.ej., ser persistente cuando se pide ayuda, traer una lista escrita de preguntas o preocupaciones en cada visita, depender de explicaciones orales o demostraciones de tareas, buscar la ayuda a familiares o amigos al obtener la información sanitaria).

Agente de Autocuidado: Agente de autocuidado, Agente de autocuidado y Agencia de autocuidado.

Demanda de Autocuidado: De apoyo educativo.

Sistema de Enfermería: Sistema de apoyo educativo.

Intervenciones de Enfermería:

5520 Facilitar el Aprendizaje

- ✿ Comenzar la instrucción solo después de que el paciente demuestre estar dispuesto a aprender.
- ✿ Establecer metas realistas objetivos con el paciente



- ✧ Identificar claramente los objetivos de la enseñanza y en términos mensurables/observables
- ✧ Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo
- ✧ Disponer un ambiente que induzca al aprendizaje
- ✧ Establecer la información en una secuencia lógica
- ✧ Diferenciar el contenido crítico del contenido deseable
- ✧ Relacionar la información con los deseos/ necesidades personales del paciente.
- ✧ Asegurarse de que el material de enseñanza es actual y esta al día
- ✧ Utilizar modalidades de enseñanza múltiple
- ✧ Definir la terminología que no sea familiar
- ✧ Relacionar el contenido nuevo con los conocimientos anteriores
- ✧ Fomentar la participación activa del paciente
- ✧ Evitar establecer límites de tiempo
- ✧ Mantener sesiones de enseñanza cortas
- ✧ Simplificar las instrucciones
- ✧ Repetir la información importante
- ✧ Proporcionar ayuda a la memoria
- ✧ Utilizar demostraciones y pedir al paciente que las realice

EJECUCIÓN

01 De Enero De 2012 al 16 De Noviembre Del 2012

- ✓ Establecer credibilidad del educador
- ✓ Determinar la necesidad de enseñar al paciente
- ✓ Valorar el nivel educativo del paciente
- ✓ Valorar las capacidades/incapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas
- ✓ Potenciar la disponibilidad del paciente para aprender
- ✓ Valorar el estilo de aprendizaje del paciente



- ✓ Seleccionar los materiales educativos adecuados
- ✓ Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes
- ✓ Utilizar una comunicación clara adecuada
- ✓ Utilizar un lenguaje sencillo
- ✓ Comunicarse teniendo en cuenta la cultura, la edad y el género
- ✓ Determinar la experiencia del paciente con el sistema sanitario incluida promoción de la salud, protección de la salud, prevención de enfermedades, cuidado y mantenimiento de la salud y dirección por el sistema sanitario.
- ✓ Proporcionar información esencial escrita y oral al paciente en su lengua materna
- ✓ Determinar que sabe ya el paciente sobre su estado o riesgo de salud y relacionar la nueva información con lo que ya sabe.
- ✓ Utilizar herramientas de comunicación (video digital)
- ✓ Comenzar la instrucción solo después de que el paciente demuestre estar dispuesto a aprender.
- ✓ Establecer metas realistas objetivos con el paciente
- ✓ Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo
- ✓ Disponer un ambiente que induzca al aprendizaje
- ✓ Establecer la información en una secuencia lógica
- ✓ Relacionar la información con los deseos/ necesidades personales del paciente.
- ✓ Asegurarse de que el material de enseñanza es actual y esta al día
- ✓ Utilizar modalidades de enseñanza múltiple
- ✓ Definir la terminología que no sea familiar
- ✓ Evitar establecer límites de tiempo
- ✓ Mantener sesiones de enseñanza cortas



- ✓ Repetir la información importante

EVALUACIÓN

Durante las visitas domiciliarias se ejecutaron diversas intervenciones y procedimientos que fueron enseñados, por medio de láminas y proyección de videos para mejorar el estado de salud de la paciente, mismos que son realizados con interés durante la visita, observando que se está llevando un seguimiento al tratamiento como son; toma de medicamentos indicados, las conductas para prevención de lesiones no intencionadas, conductas para proteger la piel, importancia de una dieta adecuada, el ejercicio, y la protección a la exposición de agentes que ponen en peligro los estados de salud del pulmón como lo es el humo de leña.

Se observó también algunos procedimientos no llevados a cabo por falta de interés o por falta de tiempo como lo son el baño diario, el cepillado de dientes, el acudir con frecuencia al centro de salud.

Aun así no se ha dejado de insistir explicando que estos deben ser muy necesarios para mejorar la calidad de vida de la paciente.

Por tanto el objetivo establecido en el diagnóstico es logrado parcialmente de forma satisfactoria, evidenciado en la puntuación diana inicial de 18 en la valoración, logrando un incremento de 13 después de las intervenciones, resultando un total de 31 puntos. (Ver Diagnostico-13, Escala-1)



VII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Actualmente la Enfermería enfrenta la necesidad de ampliar y reforzar su conocimiento por medio de una extensa e interesante variedad de modelos conceptuales y teorías que permiten construir y ampliar un conocimiento propio, difundirlo y socializarlo de tal manera que se establezca un factor de identidad y autonomía profesional.

La Teoría general del Déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem facilita la necesidad de la profesión debido al enfoque estimulante y directo de las situaciones actuales de cuidados permite contribuir a la búsqueda para definir límites de la enfermería, al mismo tiempo de que permite la planificación de los cuidados de todos aquellos que requieren la ayuda del sistema de cuidados en la salud.

Comprender la Teoría de Orem resulta complejo cuando no existe la familiaridad de los conceptos que maneja pero cuando este es comprendido estimula reflexiones e ideas sobre los cuidados y en todas variedades en las que este pueda aplicarse.

Utilizar el referente Teórico de E. Orem resulto en cierto momento difícil debido a la complejidad de sus conceptos y formulaciones teóricas del modelo, pero la constancia en la comprensión del modelo es la clave para la relación teórico-práctico que debe realizar el profesional de Enfermería.

El objetivo general planteado en el presente trabajo consistió en realizar un proceso de enfermería, con un paciente con Diabetes Mellitus Tipo II utilizando el referente teórico de Dorotea E. Orem. El cual, fue realizado en un periodo de 10 meses y 16 días logrando de manera consecuente la realización de los objetivos específicos en los que consisten las cinco etapas del proceso enfermero (Valoración, Diagnostico, Intervención, Ejecución y Evaluación).



Valoración: se realizó una entrevista domiciliaria y aplicación de una guía de valoración validada y adaptada en la identificación de los Requisitos de autocuidado universal, requisitos de la desviación de la salud identificación de la demanda de Autocuidado.

Una vez concretada la valoración se dio paso a los Diagnósticos de enfermería para la paciente obtenidos de la Taxonomía II de clasificación de diagnósticos enfermeros de la NANDA. Dando como resultado la identificación de 9 diagnósticos reales y 4 diagnósticos de riesgo.

La Intervención en los diagnósticos de enfermería fue realizada a base de un objetivo, derivados de Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) donde se establecen objetivos medibles para la identificación del éxito de las intervenciones propuestas por la Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) para el paciente.

La Ejecución de estas intervenciones fue realizada de acuerdo al orden prioritario de los requisitos de autocuidado universal de Dorotea E. Orem. Siendo realizadas la mayor parte de las intervenciones contemplando el nivel cultural y la aceptación por parte de la paciente.

La evaluación de estas intervenciones se lleva a cabo de acuerdo al impacto que se tiene en la mejora de la salud de la paciente. Observando en todo momento que los requisitos de desviación de la salud mejoren y no se agraven.

En el proceso de Enfermería se pretendió cubrir al máximo las necesidades y deficiencias de autocuidado del paciente buscando el equilibrio de los supuestos paradigmáticos de Orem que se definen en Persona, Entorno y la Enfermería a partir de la Salud. Con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la paciente promoviendo el autocuidado el cual se vio favorable en la mayor parte de las intervenciones a excepciones diminutas donde las acciones de



enfermería se encuentran fuera de nuestro alcance como profesionales; tal ejemplo está en la cirugía de cataratas identificado en el diagnóstico de riesgo de caídas e instauración de prótesis dentaria identificado en el diagnóstico de deterioro de la dentición. Sin embargo no se dejó sin un intento de mejorarlos ya que fueron compensados con cuidados paliativos

Algunas de las limitaciones en la realización del Proceso Enfermero fue el no contar con un seguimiento diario en algunas de las intervenciones de enfermería, como lo son el baño diario y cuidar el seguimiento estricto de la dieta. Y en ocasiones el desinterés de la paciente al seguimiento para el cuidado de la salud.

La enfermedad de la Diabetes requiere de cuidados constantes para el mantenimiento de la salud y si estos no se realizan, la calidad de vida disminuye de manera muy significativa es por eso que las intervenciones de enfermería realizadas en la paciente fueron de gran utilidad ya que la paciente expreso, " sentirse mejor a comparación de antes" pues esto no solo fue debido al crecimiento y desarrollo de Autocuidados sino también la intervención en aspectos físicos, metabólicos, psicológicos y emocionales.

Por lo tanto el presente, me brinda la satisfacción de haber brindado el cuidado de Enfermería en colaboración de un equipo sanitario logrando de esta forma el bienestar y autodesarrollo de la paciente.



7.1 SUGERENCIAS:

- Identificar y comprender los lineamientos establecido para realizar el Proceso de Enfermería
- Dedicación en la comprensión del referente teórico con el que se pretende realizar el trabajo.
- Que se identifique las necesidades de salud prioritarios y trabajar con los que se encuentran a nuestro alcance.
- Organizar los tiempos para dedicarlo al paciente con el fin de mejorar los resultados de las intervenciones.
- Interés de Enfermería para trabajar con grupos de personas o comunidades
- Incursión de enfermería en atención domiciliaria
- Mantener una constante capacitación sobre la patología con la finalidad de resolución de dudas a los pacientes con los que se pretende trabajar.



VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Carpenito L.J (1994). *Planes de cuidados y documentación en enfermería*. Mccraw-Hill interamericana, 1° edición, Madrid.

Cavanagh S. J. (1993). *Modelo de Orem Aplicación Práctica*. Barcelona España. Masson - Salvat

Ferrer A. C. (2011) *Entre todos*. Importancia de enfermería en el paciente diabético. Madrid. Extraído el 02 de Marzo de 2012. <http://www.semmap.org/docs/diabetes2.pdf>

Figueroa D, (2003). *Diabetes*. Barcelona España: Masso, 4° edición

Lerman G. I. (1998). *Atención Integral del Paciente Diabético*. México D.F. McGraw- Hill Interamericana.

LeroithD, Simeoni, Taylor, Jerrold M. y Olfsky. (2003.) *Diabetes Mellitus Fundamentos y clínica*. México: Mac Graw Hil 2° edición

Marriner, T. A., Raile A. M, (2004). *Modelos y teorías de enfermería*. Madrid España, Elsevier. 5° edición

Monreal J. L. (1995). *Diccionario de Medicina Mosby*. Barcelona España. Océano

Nanda internacional (2010) *Diagnósticos enfermeros, definición y clasificación*. , Barcelona España. Elsevier

Navarro B. E. (1994), *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas*. Barcelona España. Salvat



NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus

Ostiguín M. R. (2001) *Teoría general del déficit de autocuidado. Guía básica ilustrada*. México D.F. Manual Moderno.

Raile M, Marriner T. (2001). *Modelos y Teorías*. Barcelona España; ElsvierMosby

Rodríguez C.R. (2004). *Vadecum Académico de Medicamentos*. México. McGraw-Hill Interamericana.

Rodríguez S. B, (Marzo 2001). *Proceso Enfermero*. Guadalajara Jalisco; Cuellar

SINAIS, (2007). *SINAIS Diez principales causas de mortalidad en hombres y mujeres por grupo de edad*. Extraído el 22 de Junio 2012 desde <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>

Tapia C.R. (2003). *El manual de salud pública*. México, Intersistemas



IX. BIBLIOGRAFIA

Cavanagh Stephen J (1993) *Modelo de Orem, aplicación práctica*. Barcelona España, Masson Salvat

Cervantes P. (1993). *Alimentación y Dietoterapia*. Madrid, Interamericana McGraw-Hill segunda edición.

Fauci, Brunwald, (1998) *Principios de Medicina Interna*, McGraw-Hill, Interamericanas, México DF

Ira Stuart, (2004) *Fisiología Humana*, McGraw-Hill, Interamericana, Madrid.

MaHam K.L. (1995) *Nutrición y Dietoterapia*. México DF. Interamericana. McGraw-Hill.

Mazarose L. German C.SánchezM. Y García. *Salud Pública y Salud Comunitaria*. Madrid Mac Graw Hill Interamericana

SINAIS, (2007). Mortalidad (defunciones) General. Extraído el 22 de Junio 2012 desde <http://sinais.salud.gob.mx/contacto.html>

Rubín E. (1992). *Patología Fundamentos*. México: Panamericana

Redondo B. Álvaro, (2007) *Diccionario Términos Médicos*, Europrinter, España.



X. GLOSARIO DE TERMINOS

Agencia: Facultad para emprender una acción con el fin de lograr objetivos específicos.

Agencia de autocuidado. La compleja capacitación adquirida por la persona adulta o en proceso de maduración de conocer y satisfacer sus requerimientos continuos mediante acciones deliberadas, con un propósito concreto para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano.

Agencia de cuidado dependiente. Las capacidades desarrolladas y en proceso de desarrollo de las personas para conocer y cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de personas socialmente dependientes de ellas para regular el desarrollo o ejercicio de la agencia de autocuidado de estas personas.

Agencia de enfermería. Las capacidades desarrolladas por las personas educadas como enfermeras que las facultan para presentarse a si mismas como enfermeras y dentro del marco de una legítima relación interpersonal, para actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus demandas de autocuidado terapéutica y a regular el desarrollo o ejercicio de su agencia de autocuidado.

Agente de autocuidado dependiente. Adolescente en proceso de maduración o adulto que acepta asumir la responsabilidad de conocer y satisfacer las demandas de autocuidado terapéutico de otras personas relevantes que son socialmente dependientes de ellos o de regular el desarrollo o ejercicio de la agencia de autocuidado de estas personas.(Cavanagh S, 1993)

Ascitis: acumulación intraperitoneal anormal de líquido con gran contenido de proteínas y electrolitos. Se acompaña de dilatación abdominal general, hemodilución, edema y disminución de la diuresis.(Monreal J.L , 1995)

Autocuidado. La práctica de actividades que las personas maduras y en proceso de maduración inician y realizan, dentro de un marco temporal concreto, en su propio beneficio para lograr el mantenimiento de la vida.(Cavanagh S, 1993)



Caloría: Es la cantidad de energía necesaria para elevar la temperatura de un ml de agua a una temperatura inicial estándar en 1 grado centígrado.(Kathleen M. L, 1995)

Cognición: Conocimiento, comprensión, razonamiento.(Navarro B.E , 1994)

Cuidado dependiente. La práctica de actividades que personas responsable maduras y en proceso de maduración inician y ejecutan en beneficio de personas socialmente dependientes durante cierto tiempo o de manera continuada para mantener sus vidas y contribuir a su salud y bienestar.

Demanda de autocuidado terapéutico. La suma de las medidas de cuidado necesarias en momentos específicos o durante un periodo de tiempo. Para cubrir todos los requisitos de autocuidado conocidos de un individuo, caracterizado por las condiciones y circunstancias existentes.(Cavanagh S, 1993)

Deterioro: Daño progresivo, en mayor o menor grado, de las facultades intelectuales o físicas de una persona. El conjunto de fenómenos mentales deficitarios debidos bien a la involución biológica propia de la vejez o bien a un trastorno patológico.

Diabetes: Enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.(NOM-015-SSA2-2010)

Diabetes Mellitus tipo II, Tipo de diabetes en la que se presenta resistencia a la insulina y en forma concomitante una deficiencia en su producción, puede ser absoluta o relativa. Los pacientes suelen ser mayores de 30 años cuando se hace el diagnóstico, son obesos y presentan relativamente pocos síntomas clásicos.(NOM-015-SSA2-2010)



Diagnóstico de enfermería: Juicio clínico sobre las respuestas de una persona, familia o comunidad, frente a problemas de salud/ procesos reales o potenciales(NANDA, 2009-20011)

Disuria: emisión dolorosa o difícil de la orina.(Navarro B.E , 1994)

Glibenclamida: Es una sulfonilurea con actividad hipoglucemiante. Estimula las células beta del páncreas y hace que aumente la liberación de la insulina preformada.(Rodríguez C.R, 2004)

Grasas: Se entiende por grasas los productos alimenticios constituidos por glicéridos de ácidos grasos y son de origen vegetal, animal o marino.(Navarro B.E , 1994)

Hidratos de carbono: Los carbohidratos o hidratos de carbono, también llamados glúcidos son compuestos de carbono, hidrogeno y oxígeno. Los hidratos de carbono comprende los azúcares o sacáridos (sabor dulce) y las sustancias directamente derivadas de ellos.(MaHam L. K, 1995)

Hipoglucemia: Estado agudo en el que se presentan manifestaciones secundarias a descargas adrenérgicas (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 sin llegar a descender hasta los 50 mg/dl.(NOM-015-SSA2-2010)

Incontinencia urinaria: Síntoma referible a la perdida de orina involuntaria debido a la hiperactividad del musculo detrusor o debilidad del esfínter.(Navarro B.E , 1994)

Metformina: Hipoglucemiante oral

Nicturia: se refiere al aumento de la frecuencia de la micción durante la noche, que puede asociarse con volúmenes urinarios altos. También acompaña afecciones que producen disuria y polaquiuria.(Monreal J.L , 1995)

Panacea: Es un mítico medicamento al que se le atribuye eficacia para curar diversas enfermedades.



Polidipsia: Sed excesiva producida por distintos trastornos, como la diabetes mellitus, en la cual la elevada concentración de glucosa en la sangre, aumenta por mecanismo osmótico, la excreción de líquidos por la orina, con la consiguiente hipovolemia y sed.(Monreal J.L , 1995)

Polifagia: Ingestión exagerada de alimentos de forma patológica, al carecer de sensación de saciedad.

Preconizar: Tributar elogios públicamente a alguien o algo considerado bueno o adecuado para determinado fin.

Proteína: Compuesto nitrogenado complejo constituido por aminoácidos en uniones peptídicas.(Kathleen M. L, 1995)

Requisitos de autocuidado. Una reflexión formulada y expresada sobre las acciones que se han de realizar, que se sabe o se supone que son necesarias en la regulación de uno o más aspectos de las funciones y desarrollo humano continuamente o en condiciones y circunstancias específicos.(Cavanagh S, 1993)

Riesgo: Se define como la combinación de la probabilidad de que se produzca un evento y sus consecuencias negativas. Los factores que lo componen son la amenaza y la vulnerabilidad

Sistemas de enfermería. Series y secuencias de acciones practicas intencionadas de las enfermeras, realizadas en un determinado momento en coordinación con acciones de sus enfermos para conocer y cubrir los componentes de las demandas de autocuidados terapéuticos de sus enfermos, proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la agencia de autocuidados de los enfermos.



XI. ANEXOS

11.1 GUIA DE VALORACION CON EL REFERENTE TEORICO DE DOROTHEA E. OREMA

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: 01-Enero-2012 Nombre: AMPARO P.A Sexo: Masc. () Fem. (X)

Edad: 55 Religión: Católica

Edo Civil: casada Escolaridad: 3° de primaria

Lugar de residencia: Tarecuato Michoacán México Domicilio actual
(calle, numero, colonia: Hidalgo #18 Barrio San Miguel)

Características de la vivienda

Renta: () Propia: (X) Otros: _____

Material de Construcción:

Adobe: (si) Ladrillo: (si) Otros: mayor parte del piso es de tierra

Cuenta con los servicios básicos de vivienda



Agua Potable: si Luz Eléctrica: si

Condiciones ambientales de la comunidad: Temperatura templada, con lluvias en verano y frio en invierno

Servicio Básicos:

Alumbrado Público (si) Recolección de Basura (si)

Drenaje y Alcantarillado (si)

Rol que ocupa en la familia:

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

Cuantos hijos tiene:

0 () 1 () 2 () más de 3 (X)

Como es su relación con la familia:

Buena () Regular (X) Mala ()

Nivel de educación:

Analfabeta () Primaria () Secundaria ()

Bachillerato () Licenciatura () Otros 3° grado de
primaria

Ocupación: hogar, cultivo y comercio Horario: no maneja
horarios

Antecedentes Laborales: hogar, cultivo y comercio



Ingreso Económico Familiar:

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

Dependencia económica:

Si (X) No ()

De quien:

Padres () Esposo/a () Otros: de hijos pero la mayoría de ella misma

b) Patrón de vida

¿Qué actividades recreativas realiza en su tiempo libre?

Sociales () Culturales () Deportivas ()

Religiosas () otras cultivar verduras y semillas para vender

¿Qué hace usted para cuidar su salud?

Para cualquier molestia usa pomadas, infusión de hierbas y para controlar los niveles de glucosa en sangre utiliza la Metformina con Glibenclamida y los a tomado desde q se le diagnostico la diabetes

c) Estado de Sistema de Salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno () Regular (X) Deficiente ()

¿A qué servicios de salud acude regularmente?



IMSS () ISSSTE () SALUBRIDAD (X)

Particular () Otros _____

Diagnostico Medico: DM2

Estado de Salud:

Grave () Delicado () Estable (X)

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 (X) No ()

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

¿Quién autoriza su tratamiento médico? En ocasiones el medico de la farmacia similares o el médico del centro de salud

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

a) Mantenimiento del aporte suficiente de aire.

Frecuencia respiratoria: 24 Rx1 Llenado Capilar: 2 segundos Cianosis: no

Si () No () Especifique:



Tabaquismo:

Si () No (X) Especifique: _____

¿Cocino con leña?

Si (X) No () ¿cuánto tiempo? 46 años

Alergias:

Si () No (X) Especifique: _____

Tipo de respiración:

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

Otros: en algunas ocasiones padece disnea

Nariz:

Desviación de tabique () pólipos () Secreciones ()

Dolor () Edema () Otros: _____

Tórax:

Tonel () En Quilla () En Embudo ()

Otros: normal

Ruidos respiratorios:

Estertores () Sibilancias () Murmullo Vesicular ()

Padece alguna enfermedad pulmonar:

Si () No (X) Especifique: _____



Cardiovascular:

T/A: 110/80 mmHg FC: 80 Soplos () Arritmias ()

Otras alteraciones: _____

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta Disnea:

Si (X) No ()

Apoyo Ventilatorio: la disnea es espontánea y no es prolongada por tal motivo explica no requerirla

b) Mantenimiento de aporte de agua suficiente:

Valore datos de deshidratación:

Mucosa oral: Seca () Hidratada (X)

Piel: Seca (X) Escamosa (X) Normal ()

Turgencia: Normal (X) Escasa ()

¿Qué cantidad de agua ingiere usted al día?

300-500ml () 500-1000ml ()

1500-2000ml (X) > a 2000ml ()

¿De dónde proviene el agua que consume?

Llave (X) pública () Pipa () Entubada ()

Garrafón () Otros: _____

¿Utiliza algún método para purificar el agua?



Si () No (X) Especifique: percibe el agua de la llave limpia

¿Ingiere otro tipo de líquido durante el día?

Si (X) No () Especifique cantidad: 600
mililitros de refresco de cola (coca- cola)

Aporte de líquidos parenterales:

Especifique: _____

c) Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos.

Peso: 50 Kg Talla: 152cm IMC: 21.64

Cintura: 74 cm

Ha observado variaciones en el peso:

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

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

Dentadura:

Completa () Falta de piezas (X) Prótesis fija (X) Prótesis

Extraíble ()

Especifique: cepillado de dientes muy a menudo

Estado de las mucosas:

¿Presenta algún problema en la mucosa oral?

Si () No (X) Especifique:

Lengua en tónica () Estomatitis () Xerostomia () Tumor oral ()



Leucoplaquia () Edema () Lesión oral () Drenaje purulento ()
 Gingivorragia () Ulceraciones () Otros: _____

Alteraciones en cara y cuello: _____ninguno_____

Abdomen:

Peristaltismo: Ausencia () Disminuido () Aumentado () Normal (X)

Distensión abdominal () Otros: _____

¿Presenta algún problema en la alimentación?

Si () No (X) ¿cuál?

Acidez () Náuseas () Vómito () Hematemesis () Disfagia ()

Pirosis () Regurgitación () Polidipsia () Sialorrea () Saciedad ()

Eructos ()

Otros: _____

¿Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse?

Si () No (X) Especifique: _____

Tipo de Nutrición:

Sonda Nasogástrica () Sonda Nasoyeyunal () Gastrostomía ()

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				X
Deriv. De la leche				X
Carnes		X		
Cereales	X			
Verduras	X			
Frutas		X		
Huevos		X		
Pescado	X			
Pastas y harinas		X		

¿Con que Guiza los alimentos?

Aceite (X) Manteca ()

Otros: _____

¿Cómo es su dieta habitual?

Sin restricciones (X)

Diabética ()

Hiposodica ()

)

Hipoproteica ()

Hiperproteica ()

Otros: come hasta

sentirse totalmente satisfecha

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: diarreas

frecuentes

Apoyo para la eliminación intestinal

Movilización () Medicación (X) Higiene () Otros:

Características de las heces fecales:

Café () Acolia () Melena () Otros: amarillentas

Consistencia de las heces fecales:

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

Dura ()

Grupo de eliminación vesical

Presencia de:

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

Alteraciones uretero vesicales: ninguna

Alteraciones en la micción

Polaquiuria (X) Oliguria () Anuria ()



Apoyo para la evacuación vesical:

Movilización () cateterismo vesical () Higiene (X)

Otros: después de la micción no realiza el secado y el baño es deficiente
menciona cada 8 días

Características de la micción:

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

Otros: con sedimentos

Grupo perspiracion:

Cambios en los patrones normales de sudoración

Disminuida () Ausente () Aumentada ()

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal 36.4 Dolor () Alt. Emocionales ()

Temperatura ambiental: 32° Otros: _____

Grupo menstruación:

Menarca: _____ 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 (X) 8-10 () >10 Hr ()

¿Cómo se encuentra al despertar?

Cansado () Descansado (X) Fatigado () otros _____

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?

Si (X) No ()

¿Ha sufrido algún cambio su patrón de sueño?

Si () No(X)

¿Desde cuándo?

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

Presencia de:

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

Alucinaciones () Ojeras () Ronquido (X) Enuresis ()

Sonambulismo () Terrores nocturnos ()

Factores que interrumpan su descanso y sueño: _____preocupaciones familiares_____

¿Acostumbra a tomar siestas?

Si (X) No ()



¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?

Si () No (X) Especifique: _____

ACTIVIDAD

Sistema Musculo Esquelético:

Presencia de articulaciones de:

Dolor (X) Rigidez () inflamación () Limitaciones ()

Contracturas () Especifique: _____

Tratamiento: masajes y pomadas _____

¿Alguna actividad física le produce dolor?

Si () No (X) Especifique: _____

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si () No (X) Cual: _____

Frecuencia/Duración: _____

f) Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción

Sistema Auditivo:

Presenta problemas de audición:

Si () No (X) Especifique: _____

Utiliza apoyo para escuchar:



Si () No ()

Presencia de:

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

Tumoraciones () Lesiones ()

Sistema Ocular:

Presenta problemas visuales:

Si (X) No () Especifique: visión nublada

Utiliza lentes:

Armazón () Contacto () Tiempo: nunca ha acudido a revisión especializada

Presencia de alteraciones oculares:

Si (X) No () Especifique: Pterigión en ambos ojos

¿Con quienes convive diariamente?

Familia () Amigos () Nadie () Otros: un hijo y esposo

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

Buena () Regular (X) Mala ()

¿A quiénes recurre para platicar de sus problemas?

Familia () Amigos () Nadie (X) Otros: _____

Observar:

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



Extraversión () Otros: _____

Razones que le impiden socializar

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

Dificultad para la comunicación () Otros: _____
por
desconfianza_____

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

Sistema Neurológico:

Estado de conciencia:

Consiente (X) Inconsciente () Sopor () Estupor () Confusión ()

Coma () Glasgow: _____

Problemas con:

Concentración () Razonamiento ()

Especificar _____

¿Utiliza algún dispositivo de ayuda para la deambulaci3n?

Bast3n () Silla de ruedas () Andador () Otros:

Antecedentes heredofamiliares patol3gicos: Si (X) No ()

Especifique: madre finada por DM2 y padre finado por EPOC e IRC_____

Toxicomanías:



Si () No (X) Especifique:

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y Familia?

Si () No (X) Especifique: _____

h) Funcionamiento Humano y Grupos sociales

¿Se acepta en su aspecto físico?

Si (X) No () Especifique: _____

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad?

Si (X) No ()

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

Si () No (X) Especifique:

¿Considera que su vida es o ha sido productiva?

Si (X) No () Especifique:

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales?

Si (X) No ()

Depresión (X) Ansiedad () Vergüenza () Temor ()

Desesperanza y negatividad ()

¿Cuál es su alteración ante una situación estresante?



Negación () Inadaptación () Irritabilidad (X) 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 (X) Especifique_____

Edad escolar Si () No (X) Especifique _____

Adolecente Si () No (X) Especifique: _____

Adulto joven Si () No (X) Especifique: _____

Edad Fértil Si () No () especifique: _____

Adulto maduro Si (X) No () especifique: DM2 Y ASMA

2. Salud Sexual

Sistema Reproductor:

Ha recibido educación Sexual:

Si (X) No () Especifique: _____



Cuál es su orientación Sexual: Prevención de CACU

Con que frecuencia tiene actividad sexual: ya no realiza actividades sexuales desde hace 14 años

Está satisfecho de su vida Sexual

Si (X) No () Porque: _____

Número de parejas sexuales: uno

Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales:

Si () No () Especifique/Tratamiento:

Utiliza algún método de planificación Familiar:

Si () No (X) Especifique/Tiempo:

Número de hijos: 10

Tiene problemas de infertilidad:

Si () No () Especifique: _____

Causa/ Tratamiento: _____

Presenta alguna enfermedad de transmisión Sexual:

Si () No (X) Especifique: _____

Tratamiento: _____

Cirugías Realizadas en aparato reproductor:



Si () No (X) 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: 14 años Días del ciclo
menstrual _____

Tipo, cantidad y características del flujo:

Presenta algún problema durante su menstruación:

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

Embarazos: 11 Partos: 11 Cesáreas _____ Abortos:
_____ Óbitos: _____ Prematuros: _____ Embarazo de alto Riesgo:
_____ Periodo inter Genesico: _____ Menopausia: a los 48 años Fecha de
ultimo Papanicolau: 2008



Presencia de flujo/hemorragia transversal: no Características: _____

¿Existen alteraciones del crecimiento Físico?

Si () No (X) Especifique: _____

IV.- REQUISITOS DE DESVIACION DE LA SALUD

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

4-6 meses (X) 6-12 meses () >12 meses () No se realiza ()

Especifique: cada que siente molestias

¿Sabe usted de que está enfermo?

Si (X) No ()

¿Que conoce usted de su enfermedad? que debe controlar mis niveles de azúcar en la sangre

¿Cuándo hay campañas de salud orientadas a la detección oportuna de

Enfermedades, Usted acude?

Si (X) No ()

¿En caso de déficit o incapacidad física, cuál es su sentimiento respecto a su situación? deseos de levantarse para seguir con su vida normal

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación?

Si () No (X) 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: falta de recursos económicos, tiempo y sentimientos de pena.

11.2 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERIA**



CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

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

A.P.G

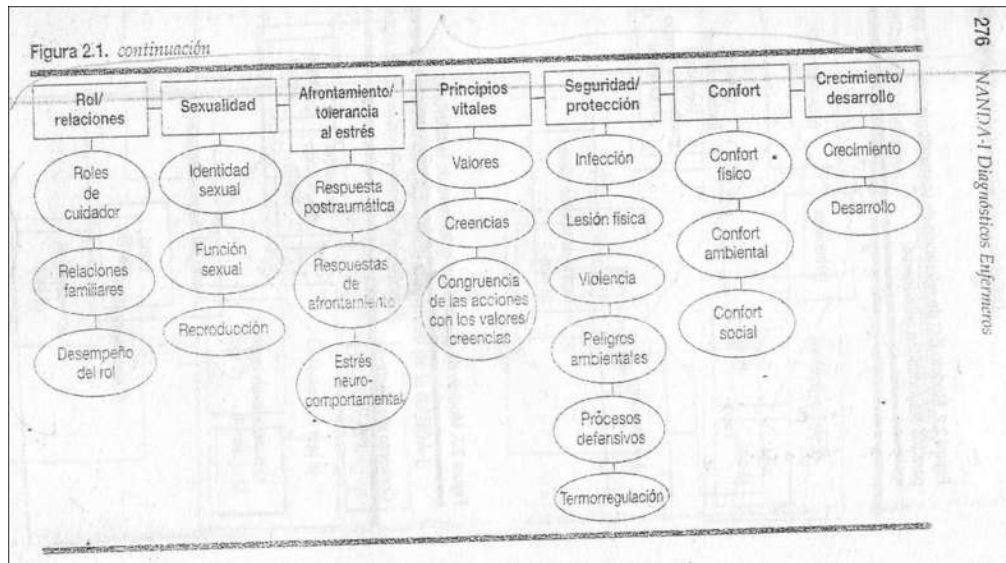
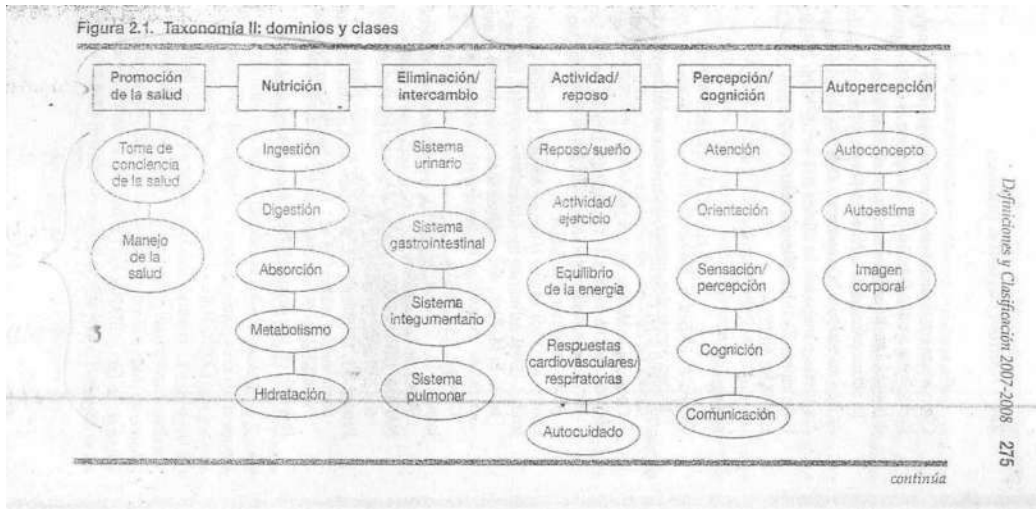
Acepto participar

PLE

Testigo

Tarecuato, Mich. a 01 de Enero 2012

11.3 TAXONOMIA II DEL NANDA





11.4. NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

Martes 23 de noviembre de 2010 DIARIO OFICIAL (Segunda Sección) 1

NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.-
Secretaría de Salud.

MAURICIO HERNANDEZ AVILA, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3o. fracciones II, XIV y XVIII, 13 apartado A), fracción I, 158, 159, 160 y 161 de la Ley General de Salud; 38, fracción II, 40, fracciones III y XI, 41, 47 fracción IV y 51 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 28 y 33 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 8 fracción V, 10 fracciones VII y XVI y 45 fracción VII, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación de la:

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-015-SSA2-2010, PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS CONSIDERANDO

Que con fecha 24 de marzo de 2009, en cumplimiento de lo previsto en el artículo 46, fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE), ahora, Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), presentó al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, el anteproyecto de la presente Norma Oficial Mexicana.

Que con fecha 23 de junio de 2009, el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades aprobó el Proyecto de Modificación a la Norma y, con fundamento en el artículo 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se publicó el 20 de octubre de 2009 en el Diario Oficial de la Federación, a efecto de que dentro de los siguientes sesenta días posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades.

Que las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité, fueron publicadas previamente a la expedición de esta Norma en el Diario Oficial de la Federación, en los términos del artículo 47, fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, se expide la siguiente: Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

La epidemia de la diabetes mellitus (DM) es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (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. 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.

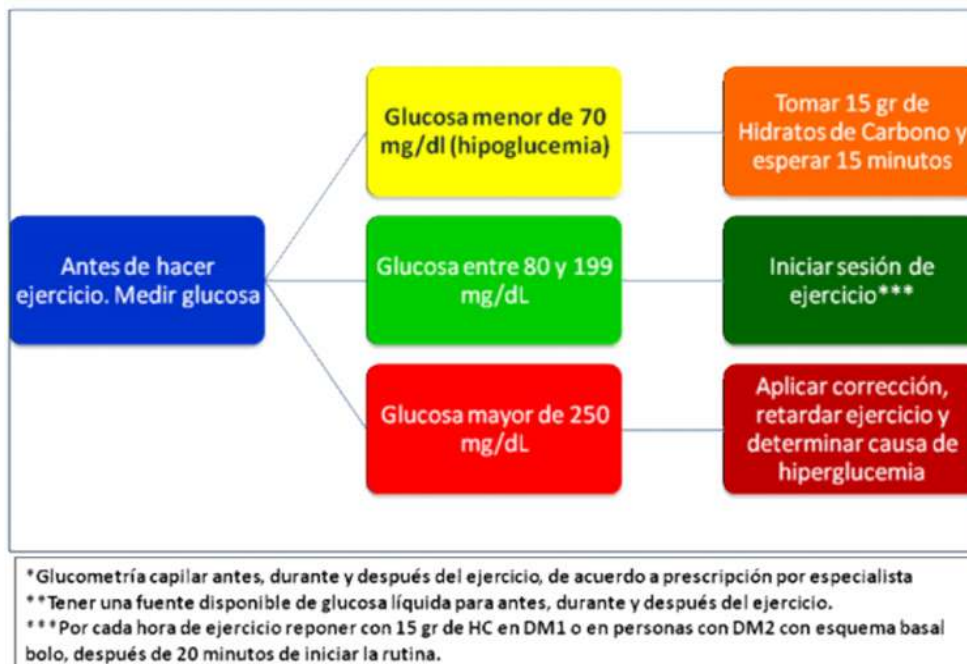
De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA), la prevalencia nacional de diabetes mellitus en hombres y mujeres adultos de más de 20 años fue de 7.5% (IC95% 7.1-7.9), lo que

Representa 3.6 millones de casos prevalentes, de los cuales 77% contaba con diagnóstico médico previo. La prevalencia fue ligeramente mayor en mujeres (7.8%) respecto de los hombres (7.2%).

De conformidad con la información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT) la

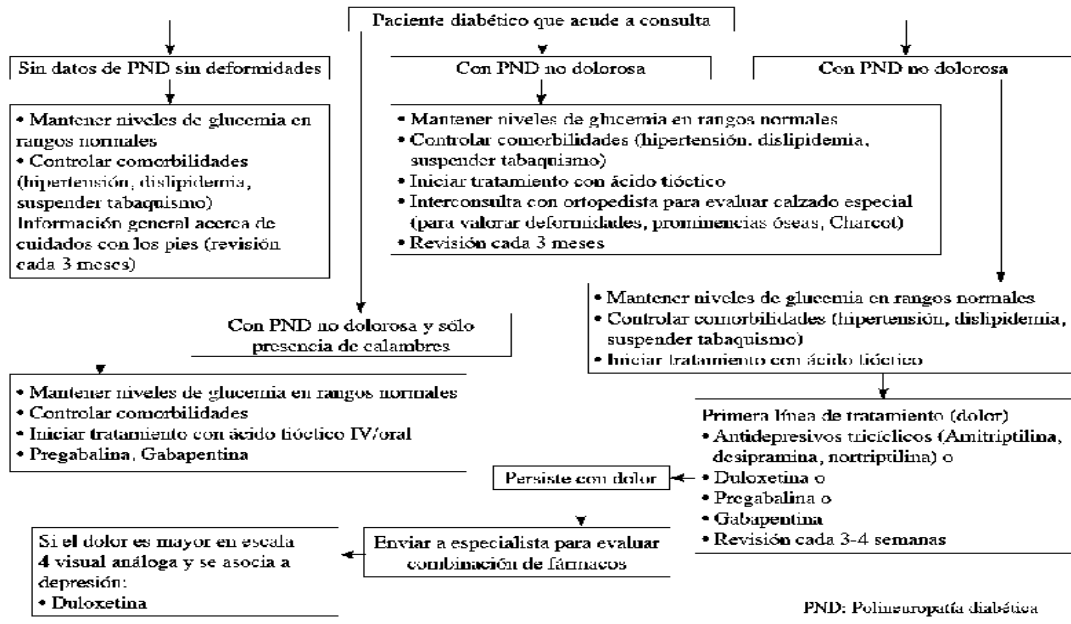
APENDICE INFORMATIVO

Recomendaciones para hacer actividad física en personas con diabetes.





Algoritmo para el manejo del paciente con polineuropatía diabética



APENDICE INFORMATIVO B
Estándares para la Educación en Diabetes

La Educación Terapéutica es parte integral del tratamiento y debería estar accesible a todas las personas en riesgo o con diabetes. El objetivo principal de la Educación



Terapéutica es lograr la autonomía de la persona en el manejo y control de su diabetes y mejorar su calidad de vida.

Los estándares para proveer Educación Terapéutica en Diabetes son diseñados para definir y garantizar la calidad de la educación que pueda ser implementada en diferentes lugares y deberán facilitar el logro de mejores resultados en el cuidado de la salud.

Los estándares de educación en diabetes incluyen:

Programa educativo

Educadores(as) capacitados y certificados(as)

Asegurar la calidad

Auditable

Programa educativo

Centrado en la persona, acorde a sus necesidades y forma individual de aprender

Confiable, válido, relevante y comprensivo

Teoría basada en evidencias

Flexible y capaz de soportar la diversidad

Capaz de usar diferentes métodos de enseñanza

Ser un recurso efectivo y tener materiales de apoyo.

Currículum escrito con criterios para resultados de aprendizaje exitosos.

Educadores(a) capacitados y certificados(as)

Que entiendan la teoría educativa, apropiada a la edad y necesidades de los educandos

Capacitados(as) y competentes para proporcionar la teoría educativa de los programas que ofrecen

Capacitados(as) y competentes para proporcionar los principios y contenidos del programa específico que ofrecen certificado

Asegurar la calidad

El programa educativo aplicado requiere ser revisado por asesores(as) capacitados(as), competentes e

Independientes que evalúen los siguientes criterios:

Estructura

Ambiente de aprendizaje

Estructura del programa

Proceso

Contenido

Uso de materiales

Forma en que el programa está siendo aplicado

Documentar los resultados

Resultados

Evaluación e información de los resultados

Evaluación del programa

Evaluación del Educador(a).



SALUD MICHOCACÁN		Servicios de Salud en Michoacán Hospital General Regional de Sahuayo		364	
NOMBRE: <u>A. P. G.</u>		EXPEDIENTE: _____		FECHA: <u>2-Ago-12</u>	
SERV. SOLICITANTE: _____		DOCTOR: _____		CAMA: _____	
HEMATOLOGIA VALORES DE REFERENCIA Hdb. _____ Hto. _____ No. Erit. _____ V.C.M. _____ Hb.C.M. _____ C.M.H.C. _____ ANORMALIDADES: _____ LEUCOCITOS _____ Linfocitos _____ monocitos _____ eosinofilos _____ basofilos _____ segmentados _____ en banda _____ metamielocitos _____ ANORMALIDADES: _____ V.S.G. _____ PLAQUETAS _____ RETICULOCITOS _____ GPO. SANG. _____ FACT. Rh. _____ T.PROT. _____ ACTIVIDAD TP. _____ T.IT. _____ V.D.R.L. _____		QUIMICA CLINICA VALORES DE REFERENCIA Glucosa _____ Urea _____ Creatinina _____ Ac. Úrico _____ Colest. Tot. _____ Colest.-HDL _____ Colest.-LDL _____ Bilir. Total _____ Bilir. Directa _____ Bilir. Indirecta _____ A.S.T./G.O. _____ A.L.T./G.R. _____ Amilasa _____ Fosf. Alcalina _____ Fosf. Ácida _____ Fiac. Prot. _____ Dash. Lac. _____ Triglicéridos _____ Lip. Tot. _____ Proteínas. Tot. _____ Albumina _____ Globulinas _____ Rel. A/G _____		EXAMEN GRAL. DE ORINA Color _____ p.H. _____ Aspecto _____ Densidad _____ Proteínas _____ Bilirubinas _____ Glucosa _____ Hemoglobina _____ C. Cetonicos _____ Urobilinogeno _____ Nitros _____ exámen microscópico del sedimento Leucocitos _____ Eritrocitos _____ Cilindros _____ Cel. Epiteliales _____ Bacterias _____ OTROS: _____	

2 Ago 12
12:05:29
PAGINA 1

HOSP. GRAL. REG. DE SAHUAYO
CARR. NAL. JIQUILPAN-SAHUAYO KMS
COL. YERBABUENA
CP. 59000

=====

NOMBRE: P I G A I	ID MUESTRA: 364
ID PACIENTE: _____	TIPO MUESTRA: Suero
EDAD: 55 años	DOCTOR: TOSCANO
FECHA NACIMI: _____	FECHA/HORA EXTRACCION: _____
SEXO: F	FECHA/HORA PROCESADO: Ago 2 12 11:46
UBICACION: URGENCIAS	SEC/COP/REP: 3/4
COMENTARIO: _____	
COMENT. MUESTRA: _____	
CODIGOS INST.: _____	

=====

QUIMICA	RESULTADOS	UNIDADES	RANGO REFERENCIA	COMENTARIOS
CR-S	0.53	mg/dL	0.50 - 1.10	
BUN	24	mg/dL	0 - 25	
GLU	315	mg/dL	80 - 120	ALTO CRITICO
CHOL	193	mg/dL	150 - 250	
TG	96	mg/dL	50 - 150	
VALORES CALC.	RESULTADOS	UNIDADES	RANGO REFERENCIA	COMENTARIOS
CONV. UREA	51.36	mg/dL	* - *	

=====



CONTROL DE GLUCOSA

PACIENTE A P G
 CAMA EN SU DOMICILIO MODULO MED-INT
 FECHA DE INGRESO A PARTIR DEL 2 DE ENERO
 EXPEDIENTE 2012

MEDICO TRATANTE ARMEL PEREZ C.
 ENFERMERA M NATIVIDAD CRISTOBAL PEREZ
 " _____
 " _____
 " _____

FECHA	HORA	TIPO DE INSULINA	DOSIS EN U.I.	VIA DE ADMINISTRACIÓN	ANTE FIRMA	OBSERVACIONES
02-01-12						409 mg/dl
03-01-12						370 mg/dl
27-02-12						310 mg/dl
03-03-12						256 mg/dl
10-03-12						210 mg/dl
05-04-12						280 mg/dl
13-05-12						320 mg/dl
17-06-12						317 mg/dl
08-07-12						290 mg/dl
02-08-12	13:40	A.R	8.U.I	S.C		7559 mg/dl
02-08-12	15:00	A.R NPH	6.U.I 20.U.I	SC		278 mg/dl
05-08-12	09:00	A.R NPH	4.U.I 20.U.I	SC		241 mg/dl
06-08-12	09:00	AR NPH	6.U.I 20.U.I	SC		261 mg/dl
07-08-12	09:00	NPH	20.U.I	SC		159 mg/dl
08-08-12	09:00	NPH	20.U.I	SC		144 mg/dl
09-08-12	09:00	A.R NPH	2.U.I 20.U.I	SC		177 mg/dl
10-08-12	09:00	NPH	20.U.I	SC		153 mg/dl
11-08-12	09:00	NPH	20.U.I	SC		106 mg/dl
22-08-12	09:00	AR NPH	4.U.I 20.U.I	SC		202 mg/dl
06-09-12	09:00	AR NPH	2.U.I 20.U.I	SC		175 mg/dl
07-09-12	09:00	NPH	20.U.I	SC		155 mg/dl
08-09-12	09:00	NPH	20.U.I	SC		126 mg/dl
09-09-12	09:00	NPH	20.U.I	SC		97 mg/dl
11-09-12	09:00	NPH	20.U.I	SC		105 mg/dl
12-09-12	09:00	NPH	20.U.I	SC		159 mg/dl
13-09-12	09:00	NPH	20.U.I	SC		125 mg/dl

FECHA DE INGRESO 01-01-2012 CAUSA DE DE DEFUNCION (En caso de presentarse) _____

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE _____



Laboratorio Clínico de Zamora

ANÁLISIS CLÍNICOS

QFB. MARTÍN DE JESÚS GARCÍA QFB. RICARDO GARCÍA HERNÁNDEZ

COLÓN # 457
CASI ESQ. CON JUÁREZ

TEL. 515 2121
ZAMORA, MICH.

DOCTOR	REPORTE DE ANÁLISIS
NOMBRE A P G	FECHA 23 10 12

QUÍMICA SANGÜÍNEA

GLUCOSA..... 186 (60 a 110 mg/dl)

UREA..... 32 (15 a 40 mg/dl)

CREATININA..... 0.8 (0.5 a 1.5 mg/dl.)

Laboratorio Clínico de Zamora

ANÁLISIS CLÍNICOS

QFB. MARTÍN DE JESÚS GARCÍA QFB. RICARDO GARCÍA HERNÁNDEZ

COLÓN # 457
CASI ESQ. CON JUÁREZ

TEL. 515 2121
ZAMORA, MICH.

DOCTOR	REPORTE DE ANÁLISIS
NOMBRE A P G	FECHA 23 10 12

EXAMEN GENERAL DE ORINA

Color _____ Amarillo

Aspecto _____ Turbio

Volumen _____ 75 ml

Densidad _____ 1.030

Nitritos _____ *Negativo*

PH _____ 5

Proteínas _____ 100 mg/dl

Glucosa _____ 500 mg/dl

C. Cetónicos _____ No Contiene

Urobilinógeno _____ Normal

Bilirrubina _____ No Contiene

Hemoglobina _____ No Contiene

SEDIMENTO URINARIO

Leucocitos _____ 18 a 20 _____ por campo

Eritrocitos _____ 0 _____ por campo

Células _____ Moderadas

Cristales _____ Moderados de Oxalato de Calcio

Cilindros _____ No Contiene

Bacterias _____ Abundantes

Otros _____



SERVICIOS DE SALUD EN MICHOACÁN

Salud HOSPITAL GENERAL REGIONAL DE SAHUAYO
SAHUAYO MICHOACÁN

CONTROL DE GLUCOSA

PACIENTE <u>A. P. G</u> CAMA _____ MODULO _____ FECHA DE INGRESO _____ EXPEDIENTE _____	MEDICO TRATANTE <u>ARMEL PEREZ C</u> ENFERMERA <u>M NATIVIDAD CRISTOBAL PEREZ</u> " _____ " _____ " _____
--	---

FECHA	HORA	TIPO DE INSULINA	DOSIS EN U.I.	VIA DE ADMINISTRACIÓN	ANTE FIRMA	OBSERVACIONES
13-09-12	09:00	—	—		<i>Mattis</i>	57 mg/dl
14-09-12	09:00	AR NPH	2UI 20UI	SC		195 mg/dl
17-09-12	09:00	NPH	20UI	SC		160 mg/dl
18-09-12	09:00	NPH	20UI	SC		62 mg/dl
21-09-12	09:00	NPH	20UI	SC		128 mg/dl
24-09-12	09:00	AR NPH	4UI 20UI	SC		202 mg/dl
28-09-12	09:00	AR NPH	2UI 20UI	SC		184 mg/dl
30-09-12	09:00	NPH	20UI	SC		150 mg/dl
04-09-12	09:00	NPH	20UI	SC		147 mg/dl
06-09-12	09:00	AR NPH	6UI 20UI	SC		246 mg/dl
12-09-12	09:00	NPH	23UI	SC		191 mg/dl
18-09-12	09:00	AR NPH	8UI 23UI	Subcutanea		330 mg/dl
20-09-12	09:00	AR NPH	8UI 23UI	Subcutanea		475 mg/dl
22-09-12	09:00	AR NPH	8UI 23UI	SC		428 mg/dl
26-09-12	09:00	AR NPH	4UI 23UI	SC		218 mg/dl
01-10-12	09:00	AR NPH	2UI 23UI	SC		209 mg/dl
08-10-12	09:00	AR NPH	0UI 23UI	SC		188 mg/dl
15-10-12	09:00	NPH	23UI	SC		174 mg/dl
22-10-12	09:00	NPH	23UI	SC		146 mg/dl
29-10-12	09:00	NPH	23UI	SC		137 mg/dl
05-11-12	09:00	NPH	23UI	SC		136 mg/dl
12-11-12	09:00	NPH	23UI	SC		174 mg/dl
13-11-12	09:00	NPH	23UI	SC		156 mg/dl
16-11-12	09:00	NPH	23UI	SC		141 mg/dl

FECHA DE INGRESO 01-01-12 CAUSA DE DE DEFUNCION (En caso de presentarse) _____

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE _____



12.2. DIETA EQUILIBRADA

ELABORADO POR LA LICENCIADA EN NUTRICION: Oneida Chable Román. Nutrióloga del Hospital Santa María de Zamora

Indicado a la Sra. A.P.G



MENU 1

DESAYUNO (8-9 a.m.)

- Una taza de leche de soya
- Una taza de cereal integral sin azúcar
- Un huevo revuelto con trocitos de tomate poquito aceite
- Media rebanada de pan integral (triangular) con una rodaja de tomate, una rebanada de queso fresco y una hoja de lechuga.
- Una taza de fruta
- Un vaso de agua (conviene tomarlo 5 a 10 minutos antes de empezar la comida)

COLACION (11-12 a.m.)

- Una porción de fruta (pera)
- Un vaso de agua (conviene tomarlo 5 a 10 minutos antes de empezar la comida)

COMIDA (2-3 p.m.)

- Un plato de sopa de verduras
- Una taza de ensalada de espinacas con tomates, rebanadas de pepino, jícama.
- Dos hamburguesa de soya (dos tazas de soya molida deshidratada, un huevo, ½ taza de avena molida, ½ taza de nuez molida, ½ cebolla, chile



morrón rojo o verde, un diente de ajo, y sal al gusto) freír lentamente en poco aceite.

Si existen problemas de hipertensión eliminar la sal

- Una porción de arroz integral
- Dos tortillas de maíz
- Agua de frutas sin azúcar.

COLACION (5-6 p.m.)

- Una taza de té (Yerbabuena, manzanilla, etc.) o de café de cereales
- Tres galletas integrales

CENA (8-9 p.m.)

- Dos rebanadas de pan integral untadas ligeramente con mayonesa, una rebanada de queso panela, una rebanada de tomate, dos rebanadas delgadas de aguacate y lechuga.
- Una taza de té o café de cereal con leche
- Un vaso de agua (conviene tomarlo 5 a 10 minutos antes de empezar la comida).

MENU 2

DESAYUNO

- Una taza de frutas variadas
- Un vaso de leche de soya (puede combinarlo con alguna fruta ½ plátano (NO maduro), una manzana pequeña, media rebanada de papaya, ½ rebanada de melón y avena o sustituirlo por amaranto
- Un sándwich: dos rebanadas de pan integral, pechuga de pollo asada, sin nada de grasa, una rebanada de tomate y una rebanada de aguacate

COLACION

- Una pieza de fruta
- Una taza de yogurt descremado
- Un vaso de agua (conviene tomarlo 5 a 10 minutos antes de empezar la comida).

COMIDA



- Una taza de ensalada de lechuga, tomate, aguacate, jugo de limón
- Un filete de pescado a la plancha
- Dos medallones de espinacas y papa (puré, hierbas de olor picadas: albahaca, perejil, etc.) se puede bañar con harina blanca y freírla con un poco de aceite.
- Un cuarto de taza de arroz integral de preferencia (dividir la taza en cuatro partes y tomar una)
- Un tercio de taza de puré de chícharos (dividir la taza en tres partes y tomar una)
- Agua de frutas sin azúcar

COLACION

- Una taza de té o de café de cereal (granos tostados de maíz, trigo, cebada, centeno)
- Tres galletas integrales
- Una pieza de chayote cocida

CENA

- Una taza de ensalada de lechuga, dos cucharadas de chícharos cocidos y una rebanada de piña en trocitos
- Dos tostadas sin grasa (se pueden hornear y deshidratar)
- Una taza de Té de fruta sin azúcar (trocitos de manzana, pera etc.)
- Un vaso de agua (conviene tomarlo 5 a 10 minutos antes de empezar la comida)

MENU 3

DESAYUNO

- Una taza de atole de avena y leche de soya. (Puede endulzar con sustituto de azúcar)
- Una pieza de fruta
- Dos rebanadas de pan integral, en vez de pan utilizar 2 piezas de tortillas (ensalada: tomate, lechuga, brócoli, pepino, aguacate, cebolla, calabaza guisada con jitomate y cebolla, con poquito aceite) utilizar muy poquita sal.



- Un vaso de agua (conviene tomarlo 5 a 10 minutos antes de empezar la comida)

COLACION

- Una pieza de fruta
- Un vaso de agua

COMIDA

- Un plato de sopa de verduras (brócoli, chayote, zanahoria, calabaza, champiñones, combinar de 3 a 4 verduras, asar jitomate, pimienta morrón, un pedazo de cebolla un diente de ajo, licuarlo y agregarlo juntamente con las verduras, se le puede poner trigo cocido)
- ½ taza de frijoles de la olla
- Una taza de cabecitas de coliflor previamente cocidas, bañarlas en clara de huevo y harina, sazonado con pimienta poquita sal. Freírlas en poco aceite. Acompañarla con salsa de tomate o jitomate.
- Una porción de arroz (1/4 de taza)
- Dos mitades de papas asadas
- Una tortilla
- Agua de frutas sin azúcar

COLACION

- Una fruta
- Cuatro galletas integrales (una porción)
- Una taza de café de cereal con leche de soya

CENA

- Un plato de ensalada de espinacas, un pepino pequeño cortado en rodajas, un tomate en trocitos, limón, poquita sal o hierbas de olor (albahaca, o cilantro finamente picadas,
- Una porción de frutas mixtas (manzana, pera) y gotitas de limón
- Un vaso de agua (conviene tomarlo 5 a 10 minutos antes de empezar la comida)

MENU 4



DESAYUNO

- Un vaso de licuado: una porción de papaya, una manzana pelada y en trozos, una ciruela roja, una cucharada de avena cruda, cuatro mitades de nueces, un vaso de leche de soya.
- 2 rebanadas de pan integral (preparar con pollo deshebrado, cebolla fileteada morada desflemada, unas gotitas de limón, poquita sal, lechuga, unas rodajas de pepino)

COLACION

- Una fruta
- Un vaso de agua

COMIDA

- Un plato de crema de espinacas: ½ taza de espinacas cocidas, una papa mediana en trocitos, una vez cocida la papa, licuarlos y agregar leche de soya al gusto.
- Dos porciones de enrollados de col o repollo: cocer las hojas de col al dente, quitar las nervaduras más gruesas para enrollarlas fácilmente.
- Aderezar la soya rehidratada con aceite de oliva con cebolla picada chile morrón, zanahoria rallada, pimienta, ajo en polvo, sofreír con poquita sal. Poner en cada hoja de col y enrollarlos, colocarlos en un refractario, agregar salsa de tomate y queso rallado. Poner al horno por 15 minutos.
- 1/3 (una tercera parte de la taza) de arroz
- ½ pieza de papa cocida

COLACION

- Una taza de té de hoja o de café de cereal
- Tres galletas integrales untadas de queso

CENA

- Un plato de ensalada de lechuga, jícama, mango con una cucharada de semillas de girasol (5 mitades de nueces)

MENU 5



DESAYUNO

- ½ taza de cereales integrales
- 1 taza de soya
- 1 rebanada de pan de trigo
- medio plátano
- 1 yogur bajo en grasa

COMIDA

- filete de pollo o pescado(100 gramos) a la plancha
- Ensalada: medio pepino, medio tomate, media cebolla, apio, lechuga y aderezo ligero con aceite de oliva
- 2 piezas de tortilla
- 1 taza de frutas picadas

MERIENDA

- 1 vaso de jugo de naranja natural
- 3 piezas de uvas pasas
- 10 piezas de almendras sin sal

CENA

- 2 tortita de soya (tipo hamburguesa) hidratar la soya, picar jitomate cebolla, ajo, todo finamente picado, revolver con huevo, galletas saladas molidas, formar las tortitas delgadas y ponerlas a cocer en el comal untado con aceite una vez cocido de un lado voltear el otro lado y dorar. Servir con una ensaladita de lechuga.
- ½ taza de arroz integral
- 1 rebanada de pan de trigo
- una taza de leche desnatada
- 1 pieza de fruta

ALIMENTOS A CONSIDERAR EN LA DIABETES MELLITUS

ALIMENTOS CON INDICE GLICEMICO ALTO	ALIMENTOS CON INDICE GLICEMICO INTERMEDIO	ALIMENTOS CON INDICE GLICEMICO BAJO
Pan blanco	Pan de centeno	Legumbres como frijoles, lentejas y garbanzos
Productos de pastelería	uvas, plátanos,	Manzana, ciruela, pera,



	duraznos	naranja, fresas
Coca-cola, Fanta, Sprite	Jugos de fruta (manzana, naranja)	Lácteos (yogurt, leche)
Cereales (CornFlakes, Choco Krispis etc.)	Cereales (All Bran, avena etc.)	Zanahoria cruda
Arroz	Pastas y fideos	Verduras como brócoli, tomate, coliflor, pepino, calabaza, pimentón, verduras de hoja verde como lechuga, acelga, espinaca, etc.
Papas, puré de papas	Zanahoria cocida	Fructosa (le da el dulzor a las frutas) sustituto de azúcar
Harina de trigo, maicena, hot- cakes	Chicharos	Cacahuates, nueces, almendras
Calabaza cocida con azúcar, camote cocido con azúcar		

En las ensaladas se puede sustituir con nopales, jitomate, cebolla, cilantro, limón, poca sal... con este menú puedes jugar con las porciones y meter los alimentos que se desee. Solo hay que cuidar, harinas, grasas, azúcares. Consumir mucha verdura y fruta. Es urgente cambiar sus hábitos alimenticios si se quiere mejorar su calidad de vida.

ATT .Nutrióloga del Hospital Santa María de Zamora L.N Oneida Chable Román

12.3. DOCUMENTAL PRESENTADO A LA PACIENTE CON FINES EDUCATIVOS



DOCUMENTAL LO QUE LA COCA COLA HACE EN TU CUERPO...flv



12.4. RECURSOS MATERIALES Y FINANCIEROS UTILIZADOS PARA LA REALIZACION DEL PRESENTE TRABAJO

CONCEPTO	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
RECURSOS AUTOFINANCIABLE			
Computadora	1	14,000	14,000
Tinta de Impresora	4	130'	520
Memoria USB	1	150	150
Calculadora	1	80	80
Hojas blancas	Suficientes	100	100
Lápices /lapiceros	14	4	56
Foto copiado	Suficientes	530	530
Impresiones	900	1	900
Bibliografía	4	450	1800,00
Glucómetro Accu-Chek	1	850	850
Tiras reactivas	140	4.28	600
Estetoscopio	1	85	85
Producto de higiene corporal	6	40	240
Costos de transporte	Los necesarios		12,000,00
Frascos de insulina	4	75	300
RECURSOS PROPORCIONADOS POR LA SECRETARIA DE SALUD			
Guantes quirúrgicos	70	2	140
Jabón quirúrgico	1	80	80
Cubre bocas	16	3	48
Lancetas	140	1	140
Termómetro	1	34	34
Jeringas	140	140	700
Gasas	24	24	576



IMAGEN1. Valoración De Miembros Inferiores 01 de Enero 2012 bajo consentimiento previo del paciente



IMAGEN 2. Ejecución de cuidados en miembros inferiores 18 de Febrero de 2012 bajo consentimiento previo.

