



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO**



**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**PROCESO DE ENFERMERÍA APLICADO A UNA USUARIA CON DIABETES  
MELLITUS TIPO II REFERENTE A LA TEÓRICA DE DOROTHEA ELIZABETH**

**OREM**

**PROCESO**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTA:**

**PASANTE DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**YESENIA GUADALUPE AGUILAR DE LA TORRE**

**ASESOR: CANDIDATO A MAESTRO EN ENFERMERIA RENATO HERNÁNDEZ  
CAMPOS**

**CO-ASESOR: DOCTORA EN EDUCACION ELVA ROSA VALTIERRA OBA**

**CO-ASESOR: MAESTRA EN EDUCACION MEDICA ROSALINA SAUZA  
ESCUTIA**

**Morelia, Michoacán. Abril 2014**

## **DIRECTIVOS DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA**

**DRA. MARIA LETICIA RUBI GARCIA VALENZUELA**

**DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA**

**M.E RUTH E. PEREZ GUERRERO**

**SECRETARIA ACADEMICA**

**M.E ROBERTO MARTINEZ ARENA**

**SECRETARIO ADMINISTRATIVO**

**MESA DE SINODALES**

**JURADO**

**CME. RENATO HERNÁNDEZ CAMPOS**

**Presidente**

**Dra. ELVA ROSA VALTIERRA OBA**

**Primer Vocal**

**MEM. ROSALINA SAUZA ESCUTIA**

**Segundo Vocal**

**YESENIA GUADALUPE AGUILAR DE LA TORRE**

**Sustentante**

**AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a la Universidad Michoacana De San Nicolás De Hidalgo y a la Facultad de Licenciatura de Enfermería por haberme abierto las puertas y brindado los conocimientos de la profesión.

A él LE. Renato Hernández Campos, por haber aceptado ser mi asesor, por su apoyo, comprensión y porque gracias a el pude terminar este proceso de Enfermería, por su amistad, por sus conocimientos y asesoría que me brindo.

**DEDICATORIA**

Primero que nada quiero agradecerle a Dios, el cual me ha acompañado a lo largo de mi vida, por permitirme llegar hasta este momento tan importante y lograr otra meta más de mi carrera profesional y también porque en los momentos más difíciles siempre estuvo conmigo dándome fuerzas para seguir cuando sentía que ya no podía.

**GRACIAS A MIS PADRES**

Este trabajo que presentare se los dedico a mi mamá Rosa María de la Torre Mendoza y a mi papá José Rubén Aguilar Velázquez por su cariño, comprensión, y apoyo sin condiciones ni medida Gracias por guiarme sobre el camino de la educación; además estoy agradecido con ellos por confiar en mí que a pesar de los obstáculos que presente durante la carrera pude terminarla.

También agradezco a mis hermanos Jorge Luis Aguilar de la Torre y Claudia Patricia Aguilar de la Torre, por el apoyo que me brindo por su comprensión, comentarios, sugerencias y opiniones a pesar de la distancia.

También quiero agradecerle a una persona tan especial en mi vida, compañero, amigo que siempre estuvo conmigo en las buenas y malas para brindarme su apoyo sin condiciones gracias a mi novio Raúl Gómez Hernández por su comprensión, consejos, paciencia y me daba ánimos para que le pusiera más empeño a este trabajo.

**ÍNDICE**

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>9</b>
<b>1.JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>10</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>12</b>
<b>2.1 OBJETIVO GENERAL.....</b>	<b>12</b>
<b>2.2 OBJETIVO ESPECIFICO.....</b>	<b>12</b>
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>13</b>
<b>4. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>14</b>
<b>4.1. ANTECEDENTES DEL PROCESO ENFERMERO.....</b>	<b>14</b>
<b>4.2 TEORÍA DEL DEFICIT AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM.....</b>	<b>36</b>
<b>4.3 DIABETES MELLITUS.....</b>	<b>45</b>
<b>5. CASO CLINICO.....</b>	<b>69</b>
<b>6. APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO.....</b>	<b>71</b>
<b>7. CONCLUSIONES.....</b>	<b>105</b>
<b>8I. SUGERENCIAS PARA EL PACIENTE DIABETICO.....</b>	<b>106</b>
<b>9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>107</b>
<b>10. GLOSARIO DE TERMINOS.....</b>	<b>111</b>
<b>11.ANEXOS.....</b>	<b>115</b>

## Resumen

La diabetes tipo 2 es una enfermedad que dura toda la vida (crónica) en la cual hay altos niveles de azúcar (glucosa) en la sangre. La diabetes tipo 2 es la forma más común de esta enfermedad. La diabetes es causada por un problema en la forma como el cuerpo produce o utiliza la insulina, la insulina es necesaria para mover el azúcar en la sangre (glucosa) hasta las células, donde ésta se almacena y se usa posteriormente como fuente de energía.

Cuando se presenta la diabetes tipo 2, la grasa, el hígado y las células musculares normalmente no responden a dicha insulina. Esto se denomina resistencia a la insulina. Como resultado, el azúcar de la sangre no entra en las células con el fin de ser almacenado para obtener energía. Cuando el azúcar no puede entrar en las células, se acumulan niveles anormalmente altos de éste en la sangre, lo cual se denomina hiperglucemia.

Por lo general, la diabetes tipo 2 se desarrolla lentamente con el tiempo, la mayoría de las personas con esta enfermedad tienen sobrepeso en el momento del diagnóstico, el aumento de la grasa le dificulta al cuerpo el uso de la insulina de la manera correcta, la diabetes tipo 2 puede presentarse también en personas delgadas y es más común en los ancianos.

Los antecedentes familiares y los genes juegan un papel importante en la diabetes tipo 2. Un bajo nivel de actividad, una dieta deficiente y el peso corporal excesivo (especialmente alrededor de la cintura) aumentan el riesgo.

**PALABRAS CLAVES:** Diabetes mellitus tipo II, insulina, hipoglucemia hiperglucemia, proceso enfermero.

## Abstract

Type 2 diabetes is a disease that lasts a lifetime (chronic) in which there are high levels of sugar (glucose) in the blood. Type 2 diabetes is the most common form of this disease. Diabetes is caused by a problem in the way your body makes or uses insulin, insulin is needed to move blood sugar (glucose) into cells, where it is stored and later used for energy.

When type 2 diabetes, fat, liver and muscle cells do not respond normally presented to insulin. This is called insulin resistance. As a result, blood sugar does not enter the cells to be stored for energy. When sugar can not enter cells, abnormally high levels of it build up in the blood, which is called hyperglycemia.

Usually, type 2 diabetes develops slowly over time, most people with this disease are overweight at the time of diagnosis, increased body fat makes it difficult to use insulin the right way, type 2 diabetes can also occur in thin people and are more common in the elderly.

Family history and genes play an important role in type 2 diabetes. Low activity level, poor diet, and excess body weight (especially around the waist) increase risk.

**KEYWORDS:** Diabetes mellitus type II, insulin, hyperglycemia, hypoglycemia, nursing process.



## Introducción

El Proceso de Enfermería “Es un método sistemático y organizado para proporcionar los cuidados de enfermería individualizados, centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o de riesgo. B. Rosales, (2002)

Este método es considerado una valiosa herramienta en el desempeño del profesional de enfermería, que permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. La enfermería como profesión prestadora de servicios de salud es sensible a las demandas de calidad por parte del usuario, aunque debe de involucrarse en la parte de calidad en relación con la restricción de costos convirtiendo el proceso de enfermería en un instrumento para que la enfermera evalúe constantemente la calidad del cuidado, fomentar la innovación y creatividad a la hora de solucionar los problemas de atención de enfermería. B. Rosales, (2002)

El trabajo que se presenta a continuación trata de una usuaria con diabetes mellitus tipo II clínicamente diagnosticada en donde se aplican los cinco pasos del proceso enfermero tomando como referencia a la teórica Dorothea E. Orem.

Este trabajo está conformado por objetivos tanto general como específicos, el marco teórico el cual contiene los antecedentes del proceso enfermero, historia de la teórica Dorothea E. Orem, antecedentes de la diabetes mellitus tipo II, el caso clínico de la paciente, y los cinco pasos del proceso de enfermería, que son valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación desarrollándolos cada uno de ellos utilizando los libros de NANDA, NIC Y NOC. Se identificaron necesidades reales, de riesgo y de salud, se establecieron planes de cuidados para actuar y orientar a la usuaria en todas sus dimensiones que ayudaron a controlar y tener más conocimiento de la enfermedad. Las conclusiones y sugerencias, la bibliografía, el glosario de términos y por último los anexos.

## 1 JUSTIFICACION

La Diabetes Mellitus tipo II es una de las causas de enfermedad de muerte de las personas hoy día a nivel mundial, ya que hay 366 millones de personas con diabetes y otros 280 millones bajo riesgo identificable de desarrollarla. Tomando en cuenta que afecta en mayor número a las mujeres y el grupo más vulnerable es de 30 a 59 años de edad, aunque también se presentan en grupos de edad de 19 a 30 años según los tipos de diabetes. De no hacerse nada, para 2030 esta cifra se calcula que aumentará hasta alcanzar los 552 millones de personas con diabetes y otros 398 millones de personas de alto riesgo. Tres de cada cuatro personas con diabetes viven hoy en países de ingresos medios y bajos.

Actualmente en nuestro país se ha difundido entre la población recomendaciones para disminuir el riesgo de padecer diabetes. De acuerdo con lo planteado en el Programa Nacional de Salud 2007-2012, es una enfermedad de muy alta prevalencia en México y un reto que enfrenta el Sistema Nacional de Salud, entre la población mayor de 20 años la prevalencia es 8 de cada 100 personas del mismo grupo de edad, incrementándose con la edad, después de los 50 años es superior a 20 de cada 100. Además de ser la principal causa de atención médica en consulta externa y una de las principales de hospitalización.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Michoacán estimó un crecimiento del 32% en pacientes con Diabetes Mellitus, en tan sólo los dos últimos años, puesto que en el 2009 las cifras se colocaron en 58 mil 500 pacientes, en tanto que al mes de octubre de 2011 los pacientes se contabilizaron en 77 mil 267. Al considerar a la diabetes mellitus como la primera causa de muerte. Morelia, con 36 mil 594 pacientes; Zamora, con 15 mil 104; Uruapan, con 13 mil 348; Lázaro Cárdenas, con cuatro mil 851 y finalmente Zacapu, con tres mil 136, lo que da un total de 77 mil 267 pacientes.

Es de suma importancia valorar las necesidades que requiere los usuarios para lo cual debemos dar una atención con calidad y equidad. Dándole la prioridad a cada persona, todos tienen derecho a la atención de salud nosotros como Licenciados

en Enfermería debemos de brindar o intervenir tanto en la prevención, tratamiento oportuno y una rehabilitación adecuada.

En este caso clínico cuando a la usuaria se le valora se da cuenta de la prioridad de sus necesidades de acuerdo a la patología que presenta, se le brinda los conocimientos básicos para que lleve un tratamiento adecuado. En nosotros queda que nuestra usuaria quede satisfecha a una atención adecuada y que nuestra profesión tenga el valor que se merece ya que es una de las carreras muy importantes en área de la salud. Enfermería es un arte que consiste en el cuidado de los usuarios en relación en la prevención, Tratamiento, rehabilitación de salud. Por lo cual con este concepto, la enfermera es capaz de tratar a cualquier usuario, independientemente de su patología de fondo, con la metodología de enfermería encaminada a brindar una atención integral.

Con la aplicación de este trabajo se adquieren habilidades en la aplicación del proceso enfermero, la usuaria recibirá atención integral y cuidados de enfermería con calidad y calidez, fundamentos teóricos-prácticos y científicos con esto lograr la identificación como un miembro del equipo multidisciplinario de salud. Por último, el proceso de enfermería se llevó a cabo como una opción de titulación para obtener el grado licenciada en enfermería.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 General:

Aplicar el proceso enfermero a un usuaria con diabetes mellitus tipo II con la teórica de Dorotea E. Orem en sus cinco etapas, para favorecer el autocuidado, y la recuperación del usuario.

### 2.2 Específico:

- ✓ Entrevistar a la paciente en cuanto a su estado de salud y sacar la historia clínica.
- ✓ Identificar sus necesidades prioritarias, seleccionar los diagnósticos obtenidos en la valoración y realizarlos mediante la NANDA.
- ✓ Elaborar acciones con el fin de prevenir o solucionar los problemas identificados en la paciente.
- ✓ Poner el proceso en marcha y los cuidados donde el personal de enfermería lleva acabo las actividades planificadas.
- ✓ Detectan si se ha alcanzado los resultados establecidos, para ellos obtener una segunda valoración.

### 3 METODOLOGÍA

El estudio del caso clínico se realizó en un paciente con diabetes mellitus tipo II clínicamente diagnosticada, se le informo su participación en este trabajo posteriormente se inició con el consentimiento informado de la paciente para la aplicación del proceso de enfermería, tomando en cuenta sus cinco etapas y la aplicación de la teoría de Dorothea Elizabeth Orem, al momento de aceptar se planteó una cita para dar la información acerca del trabajo y realizar la valoración con la guía basada de Dorothea Orem. Una vez obtenida la información se llevó a cabo el análisis de enfermería, diseñadas en base a la taxonomía de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA)

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

Para la planeación de las intervenciones se llevó a cabo cada uno de sus pasos, primeramente se tomaron en cuenta las necesidades del paciente, encaminados a mejorar a la usuaria se determinó cada una de las acciones de enfermería obtenidas del libro NIC y NOC, además de documentarlas y fundamentarlas.

La ejecución se realizó con acciones independientes de enfermería planteadas y fundamentadas mediante pláticas con la usuaria.

La evaluación se realizó con los resultados obtenidos mediante las acciones de enfermería puestas en prácticas y se identificaron si se logró los objetivos.

Esta investigación requirió diversas fuentes bibliográficas, así como datos en páginas web, para estructural el marco teórico el cual está formado.

## **4 MARCO TEÓRICO**

### **4.1 ANTECEDENTES DEL PROCESO ENFERMERO**

El proceso de enfermería (PE) es un método por el cual se analiza al individuo, a la familia y la comunidad, incluyendo su entorno, de una manera ordenada y sistemática, para poder planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por lo tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería. Utiliza una metodología que exige al profesional de enfermería conocimientos en las áreas de las ciencias biológicas, sociales, de comportamiento, y además, habilidades para poder valorar, decidir, realizar y evaluar la respuesta humana del sujeto de atención, hasta que alcance su potencial máximo de salud. Este proceso está basado en reglas y principios científicos, durante la planeación y la ejecución de la atención de enfermería a las necesidades y problemas de salud de un individuo, familia y comunidad, así como la evaluación de los resultados obtenidos. B. Rosales, (2002) y Reyes, (2002)

### **HISTORIA DEL PROCESO DE ENFERMERO**

Este término aparece en los escritos de enfermería a mediados de 1955, cuando Lidya Hall describía a la enfermería como un proceso, sin embargo su descripción tardó varios años en tener aceptación como parte del cuidado integral de enfermería. Posteriormente en 1967, Yura y Walsh crearon un primer texto que describía un proceso con cuatro fases: valoración, planeación, ejecución y evaluación. Blodi en 1974 y Roy en 1975 añadieron la etapa de diagnóstico dando lugar a un proceso de cinco fases. La lucha de las enfermeras por definir el campo de la profesión y con el objetivo de obtener un status profesional enfocó sus investigaciones hacia el desarrollo del diagnóstico de enfermería. De esta forma la American Nursing Association (ANA) apoyó e impulsó el diagnóstico de enfermería puesto que el campo de acción iba aumentando en la promoción de la salud y por ello se destacaba la necesidad de obtener una comunicación más apropiada entre

los profesionales de enfermería y así asegurar la atención y un cuidado integral que es la meta de este proceso. M. Duran, (2005)

Aunque el Proceso de Enfermería está siendo utilizado por las enfermeras desde hace dos décadas, ha sido en los últimos 5 10 años que se ha experimentado un enorme desarrollo. Linda Carpenito, señala que la maestría y eficiencia de la actuación de enfermería dependen de la utilización exacta del Proceso de enfermería, así mismo complementa que una enfermera experta en esta técnica de solución de problemas puede actuar con habilidad y éxito con sus clientes en cualquier escenario donde desarrolle su práctica. En la actualidad existen diversas publicaciones sobre el Proceso de Enfermería que muestran diferentes enfoques de su aplicación, pero son escasos los que profundizan en cada una de sus etapas. M. Duran, (2005)

El Proceso de Enfermería (PE) se utiliza poco en nuestro país por ejemplo, las facultades de enfermería del país lo enseñan teóricamente y lo aplican parcialmente en las prácticas a usuarios hospitalizados delimitándolos por grupos o divisiones por ciclo vital humano. Dentro de estas rotaciones los estudiantes elaboran planes de atención con base en el proceso; sin embargo, el poco tiempo dedicado a las prácticas dificulta la ejecución de esas actividades creando en ocasiones sentimientos de frustración al no poder ejecutar su plan. M. Duran, (2005)

En Estados Unidos el PE se ha incorporado en el marco conceptual de planes de estudio de enfermería, también se ha incluido en la mayoría de las leyes de la práctica de enfermería. Recientemente los exámenes estatales de licenciatura fueron revisados para comprobar las capacidades de los aspirantes a licenciados en enfermería de utilizar los pasos del PE. M. Duran, (2005)

## EVOLUCIÓN DE LA METODOLOGÍA DE ENFERMERÍA

Lidya Hall describía a la enfermería como un proceso Enfermería. (1955) En 1957, Abdellaha dio la primera definición de diagnóstico. En 1965 McCain introduce por primera vez el término valoración. Utilizó las capacidades funcionales del cliente como marco de valoración. Recogió y registro datos objetivos y subjetivos.

En 1965 Virginia Henderson identificó las acciones de Enfermería básicas como funcionales independientes. Afirmó que el PE utiliza los mismos pasos que el método científico. La ANA en 1973 publicó los criterios de la práctica de Enfermería en los que describe el modelo de cinco pasos: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación. S. Rodríguez, (2001).

1974, Bloch consideró controvertido el término diagnóstico.

1980, la ANA consideró que el término diagnóstico es una función de enfermería.

1982, la ANA se define como NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).

1991, la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) revisó los criterios de la práctica de enfermería y mantuvo el modelo de los cinco Pasos. En 1977 es cuando comienza en España el Plan de Estudios de Enfermería.

PE es un método sistemático y organizado que se utiliza para identificar los problemas de Salud y aplicar los cuidados dirigidos a satisfacer las necesidades. Para la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A.), el proceso es considerado como un estándar para la práctica de esta profesión; su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad. S. Rodríguez, (2001).

## OBJETIVOS DE PROCESO DE ENFERMERÍA

- ✓ Establecer una base de datos.
- ✓ Identificar las necesidades de los pacientes.



- ✓ Determina. Las prioridades de los cuidados.
- ✓ Poner en práctica los objetivos.
- ✓ Evaluar los resultados esperados.
- ✓ Establecer un plan de cuidados programando las actividades de enfermería.
- ✓ Determinar la eficacia con respecto a los resultados esperados. R. Alfaro, (2003).

### **VENTAJAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA PARA EL EQUIPO DE ENFERMERÍA**

- ✓ Constituye un instrumento para evaluar continuamente la calidad del proceso enfermero.
- ✓ Permite realizar las actividades de formas eficaces, eficientes y dirigidas a los objetivos planteados.
- ✓ Hace posible a la investigación de enfermería.
- ✓ Facilita la comunicación entre profesionales de enfermería.
- ✓ Permite trabajar en forma ordenada y con los mismos criterios.
- ✓ Racionaliza el tiempo, trabajo y los recursos.
- ✓ Aumenta la satisfacción de los profesionales de enfermería ante consecución de los resultados.
- ✓ Coordina los esfuerzos de todo el equipo de Enfermería.
- ✓ Previene las acciones legales. R. Alfaro, (2003).

### **VENTAJAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA CON RESPECTO AL PACIENTE**

- ✓ Permite dar cuidados integrales en forma individual y continua asegurando la calidad de cuidados.
- ✓ El plan de cuidados está centrado en las respuestas humanas y no tratar la Enfermedad.
- ✓ Fomenta el establecimiento de objetivos comunes.

- ✓ Estimula la participación del paciente a participar en las decisiones relativas al cuidado de su propia salud.
- ✓ Evita la reiteración de información del paciente a cada enfermero(a).
- ✓ Logra una continuidad de los cuidados. R. Alfaro, (2002).

### **VENTAJAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA PARA LA PROFESIÓN**

- ✓ Demuestra de forma concreta el ámbito de su práctica del profesional de enfermería.
- ✓ Se ha incorporado a las normas de práctica de algunos países. R. Alfaro, (2002).

### **CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ENFERMERO**

Tiene una finalidad conseguir cuidados de calidad dirigidos al paciente, familia y comunidad.

1. Dinámico y flexible. Responde a un cambio continuo capaz de adaptarse a las necesidades del paciente.
2. Universal. Adopta a todos los campos de enfermería (atención primaria hospital).
3. Sistemático. Parte de un planteamiento programado para alcanzar los objetivos.
4. Individualizado. Permite prestar los cuidados individualizados centrándose en la persona. S. Rodríguez, (2001).

## EL PROCESO DE ENFERMERÍA SE ORGANIZA EN CINCO ETAPAS

PROCESO DE ENFERMERÍA	MÉTODO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS
<b>Valoración.</b> Recogida de datos sobre el proceso de salud para controlar las evidencias de problemas de salud y factores de riesgo que pueden contribuir en estos.	<b>Detectar el problema.</b> Recoger los datos sobre el mismo.
<b>Diagnóstico.</b> Análisis de datos para identificar claramente tanto los recursos como los problemas reales o potenciales.	<b>Analizar datos.</b> Para determinar exactamente cuál es problema.
<b>Planificación.</b> Determinar los resultados deseados (objetivos específicos) e identificar las intervenciones para lograr los resultados.	<b>Formular un plan de actuación</b>
<b>Ejecución.</b> Puesta en práctica del plan y observación de las respuestas iniciales.	<b>Poner en práctica el plan</b>
<b>Evaluación.</b> Determinar en qué grado se han logrado los objetivos y decidir si hay que introducir cambios.	<b>Evaluar los resultados.</b>

(Fuente R, Alfaro, 2002).

## ETAPA DE VALORACIÓN

La Valoración es el primer paso del PE y se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un cliente. Consta de dos componentes: recogida de datos más organización y análisis de la información. B. Rosales, (2002).

## TIPOS DE VALORACIÓN

- ❖ Inicial o primaria: es la base del plan de cuidados. Se realiza en la primera consulta que nos contactamos con el paciente para permitir a recoger datos generales. Facilita la ejecución de intervenciones.
- ❖ Continúa o posterior o focaliza: se realiza de forma progresiva durante toda la atención.
- ❖ Recoge de datos a medida que se produce los cambios.
- ❖ Contribuye a realizar revisiones y actuaciones del plan. B. Rosales, (2002).

## LA FASE DE VALORACIÓN ESTA INFLUIDO POR:

- ❖ Valores y creencias: (separar estos valores con respecto al paciente).
- ❖ Conocimiento: Enfermería y otras disciplinas.
- ❖ Capacidades o habilidades de la profesión: destrezas.
- **Las convicciones del profesional:** Conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- **Los conocimientos profesionales:** Deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud

integral del individuo, la familia y la comunidad, los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.

- **Habilidades:** en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- **Comunicarse de forma eficaz:** Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- **Observar sistemáticamente:** Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse. B. Rosales, (2002).

### EN LA RECOGIDA DE DATOS SE NECESITA

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc.) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas) convicciones (ideas, creencias, etc.).
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades. B. Rosales, (2002).

## TIPOS DE DATOS

- ✚ **Datos subjetivos:** No se pueden medir y son propios de paciente lo que la persona dice que siente o percibe, solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).
- ✚ **Datos objetivos:** Se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- ✚ **Históricos-Antecedentes:** Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).
- ✚ **Datos actuales:** Son datos sobre el problema de salud actual. B. Rosales, (2002).

## PASOS PARA REALIZAR EN LA ETAPA DE LA VALORACIÓN

### ***1. Recolección de la información:***

Da inicio desde el primer encuentro con el usuario y continua en cada encuentro subsiguiente hasta que la persona sea dada de alta por lo que es indispensable aprovechar cada momento en que se esté con el usuario y su familia para recolectar datos que nos permitan conocerlos para obtener la información se recurre tanto a fuentes directas e indirectas.

- ❖ Fuentes directas: Primarias el usuario y su familia (ellos constituyen la principal fuente de información) los amigos y otros profesionales del área de la salud son fuentes directas secundarias porque aportan datos valiosos sobre el usuario y su familia.
- ❖ Fuentes indirectas: Son los datos del expediente clínico y la bibliografía relevante. B. Rosales, (2002).

**FINES DE ENTREVISTA**

- ✓ Proporcionar información específica (necesaria para el diagnóstico de enfermería).
- ✓ Facilita relación entre enfermera paciente.
- ✓ Permite al paciente: Participación en la identificación de sus problemas y fijación de objetivos.
- ✓ Ayuda a identificar aéreas de sus problemas y fijación de objetivos.

**FASES DE ENTREVISTA**

- ✓ Fase de orientación.
  - Establecer una buena relación (Presentación, nombre y cargo).
  - Explicar el motivo de la entrevista.
  - Aclarar al paciente que tiene:
    - Derecho a no facilitar datos.
    - Destino de información.
  
- ✓ Fase de trabajo (cuerpo de la entrevista).
  - Recopilar la información actual e historia.
  - Información bibliográfica.
  - Motivo de la solicitud de atención sanitaria.
  - Enfermedad actual.
  - Historia sanitaria pasada.
  - Historia familiar.
  - Historia medioambiental.
  - Historia psicosocial y cultural.
  - Revisión según el modelo complementado la valoración.
  - Comenzar datos demográficos y bibliográficos.
  - Usar terminología apropiada.

- ❖ Continuar con preguntas sobre el motivo de su ingreso, incorporando en forma metódica otras aéreas. B. Rosales, (2002).

## EXPLORACIÓN FÍSICA

Exploración física, se centra en determinar la profundidad la respuesta del proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación. B. Rosales, (2002).

**1.- Inspección:** Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

**2.- Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.

**3.-Percusión:** Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos se pueden diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: parecen cuando percuten sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

**4.-Auscultación:** Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determina las características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden



escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar. B. Rosales, (2002).

### **2. Validación de información:**

Una vez reunida la información del usuario tiene que ser válida para estar seguros de los datos obtenidos sea correcto. La validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada y cometer errores al identificar los problemas. Para la validación de datos es necesario: revalorar al usuario, solicitar a otra enfermera (o) que recolecte aquellos datos en los no se esté seguro, comparar datos objetivos y subjetivos, consultar al usuario/ familia y otros integrantes del equipo sanitario. “La validación de los datos es la suma importancia porque si no se realiza es probable que en la etapa de diagnóstico se presenten dificultades para la agrupación e interpretación de la información”.

### **3. Registro de datos:**

Consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen clínico. B. Rosales, (2002). Los objetivos que persigue el registro de la información son “Favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la presentación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base de investigación en enfermería”. S. Rodríguez, (2001).

### **ETAPA DE DIAGNÓSTICO**

Diagnosticar: Es emitir un juicio y nominar los problemas de salud reales y potenciales o los factores de riesgo basándose en las evidencias de la valoración.

Diagnóstico: es un juicio establecidos en función de las respuestas (humano, familia y comunidad ante procesos reales o potenciales y es la segunda etapa del proceso enfermero, es una oclusión o enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud, los problemas y necesidades del paciente, que pueden modificarse por la intervención del personal de enfermería para resolverlos o

disminuirlos. S. Rodríguez, (2001). El enfermero proporciona la base para la selección de actuaciones, de cuyos resultados es responsable el profesional de enfermería. B. Rosales, (2002).

## **EVOLUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

- En el año 1953 Vera Fry Primera en sugerir la posibilidad de formular un Diagnóstico de Enfermería.
- En 1955 Lesnick y Anderson, Enfermería responsable de elaborar diagnóstico enfermero.
- Año 1973 Kistine Gebbie y Mary Ann Lavin, profesora de la escuela de enfermería de San Luis convocaron un grupo de enfermeras y organizaron la Primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería. Formaron la sección especial del Grupo Nacional para la Clasificación de los diagnósticos de Enfermería. A partir de entonces se reunieron cada dos años.
- En 1975 se realiza la 2o. Conferencia de Clasificación de Diagnóstico, se ordenan alfabéticamente y son agregados 37 y 19 sugeridos, se establecen los Diagnósticos, según Patrones funcionales de salud De Gordon.
- En 1975 se desarrolló la Segunda Conferencia Nacional. En 1977 se desarrolla la Tercera Conferencia Nacional. Invitaron a un Grupo de 14 teóricas presidido por Sor Callista Roy para comenzar a trabajar sobre la base conceptual del esquema de clasificación. Pidiéndole que desarrollara una estructura taxonómica útil y manejable.
- En 1980 Especialistas clínicas integran su punto de vista de la práctica con la teoría de un marco conceptual de enfermería.
- En 1979-1980 se efectuó la Cuarta Conferencia Nacional. En 1982 se desarrolla la Quinta Conferencia Nacional. Se presenta los resultados del trabajo del equipo de las 14 teóricas.
- Los 9 patrones del hombre unitario, aunque surgieron en el año 1978.

- Marjory Gordon en 1982 identifica los Patrones Funcionales de Salud, que son la expresión de la integración bio-psico-social del individuo, la familia y la comunidad lo constituyen 11 aspectos.
- En 1999 se conforma grupo mexicano para el diagnóstico enfermero con participación de 10 escuelas y facultades de la República Mexicana. F. Bello, (2004).

## FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

El enfermero y/o (era) es responsable de atender de “tratar” o atender 2 tipos de juicios clínicos o diagnósticos de enfermería.

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

1.-Diagnóstico Real.

2.-Diagnóstico de alto riesgo.

3.- Diagnóstico potencial.

4.-Diagnóstico de Bienestar (no se existe).

5.-Problemas interdisciplinarios. S. Rodríguez, (2001).

A. **Diagnóstico de Enfermería Real:** Juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales o potenciales de la salud o ante procesos de la vida. Enunciado en tres partes:

1. Problema: Con categoría o etiqueta de diagnóstica. (Ejemplo, Estreñimiento).

2. Relacionado con (R/C) factores causales o contribuyentes, (Causa).
3. Manifestado por (M/P) Signos y síntomas (que nos indica que está estreñado) S. Rodríguez, (2001).

B. **Diagnóstico de Enfermería de alto Riesgo:** describe que la persona es vulnerable que otra a desarrollar el problema.

Valido que los factores causales o contribuyentes.

\*Problema (categoría diagnóstica alto riesgo de lesión, infección, etc.).

\*Relacionado (R/C) Factores contribuyentes de riesgo.

\*Etiología (causa).

C. **Diagnóstico de enfermería potencial:** Describe un problema que la enfermera sospecha que puede estar presente pero requiere una recogida de datos adicional para descartar o confirmar su presencia. (No hay unos factores reales) S. Rodríguez, (2001).

## COMPONENTES DE LA CATEGORÍA DIAGNÓSTICA.

1. Etiqueta: Descripción concisa del problema, real o potencial de salud, de la persona, familia o comunidad.
2. Definición. Define el significado de la etiqueta y diferencia cuando es una etiqueta o cuando es otra (etiqueta).
3. Características definitorias. Son los criterios que validan la presencia de una etiqueta, cuando el diagnostico de enfermería puede estar alterado. S. Rodríguez, (2001).

## PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

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 en el equipo sanitario. Los problemas interdependientes se relacionan con la patología, con aplicación del tratamiento prescrito por el médico y con el control tanto de la respuesta de este como de la situación patológica. Estos problemas se clasifican en (**reales y de alto riesgo**). Cuando el problema se hace evidente a través de sus signos y síntomas, se trata de un problema interdependiente real, si existen factores de riesgo pero no hay manifestaciones clínicas se trata de un problema interdependiente de riesgo. Los problemas interdependientes se refieren a respuestas fisiopatológicas y que deben redactarse con terminología médica. S. Rodríguez, (2001).

## PLANIFICACIÓN

Consiste en elaborar un plan de acción con el fin de prevenir, reducir o solucionar los problemas de salud identificados en el paciente. Alfaro los divide en cuatro Fases la planificación:

- 1) Determinar prioridades.
- 2) Establecer objetivos y resultados esperados.
- 3) Diseñar las actuaciones de enfermería.
- 4) Redactar el plan de cuidados de enfermería. R. Alfaro, (2002).

## NORMAS (PAUTAS) PARA ENUNCIAR LOS OBJETIVOS Y LOS RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo tiene que estar relacionado con la respuesta humana. Debe estar centrado siempre el paciente objetivos del plan.

- Contener una sola acción. Cada diagnóstico tiene que tener un objetivo.
- Deben estar limitados en un tiempo para conseguir el objetivo
- Ser claros y concisos.
- Ser realistas.
- Estar de mutuo acuerdo entre el paciente y enfermera.
- Deben ser compatibles con otras terapias. R. Alfaro, (2002).

### TIPOS DE INTERVENCIONES.

- **Independientes:** Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica, son actividades que no requieren la orden previa de un médico.
- **Interdependientes:** Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud, estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.
- **Dependientes:** Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica. R. Alfaro, (2002).

La selección dependerá de las necesidades del paciente y las prioridades. Además se pueden basar en: protocolos, órdenes permanentes, en donde el protocolo es un plan escrito que especifica los procedimientos a seguir, que pueden ser de enfermería, interdisciplinar. Y el orden permanente, es aquella orden aprobada y firmada por el médico en actuaciones estandarizadas. R. Alfaro, (2002).

## FINES DEL PLAN DE CUIDADOS

- Proporciona un cuidado individualizado.
- Coordina los cuidados de enfermería. Fomentando la continuidad de los mismos.
- Permite a cualquier miembro del equipo identificar las acciones que se deben prestar.
- Facilita el registro, organizando la información intercambiada por los profesionales.
- Permite identificar y coordinar los recursos utilizados, proporcionando datos que facilitan la previsión y el control de gastos.
- Permite adaptarse a las necesidades del alta del paciente.
- Reduce la estancia media del paciente (hospital) al disponer de un registro temporalizado.
- Ayuda al profesional de enfermería a determinar si los objetivos de la atención se han alcanzado.
- Puede servir de guía para las compensaciones económicas que las compañías aseguradoras deben reembolsar. R. Alfaro, (2002).

## ETAPA DE EJECUCIÓN

Constituye el proceso “puesto en marcha” del plan de cuidados donde la enfermera, el paciente o la familia llevan a cabo las actividades planificadas. Está dividida en tres Pasos: Preparación, Ejecución y Documentación (registro).

**Preparación.** Esta fase exige que el profesional de enfermería se prepare para el comienzo de la intervención esto asegura la eficacia. Para ello analizar el plan, organizar los recursos, prever las complicaciones, analizar los conocimientos y las destrezas.

**Intervención o ejecución.** Esta fase es el eje principal del proceso enfermería. Una vez completado los pasos de la preparación se exige la categoría "intervención" necesarias para que se logre los objetivos y que cada diagnóstico se resuelva.

**Documentación o registro:** Anotar el plan de cuidados las actividades hechas o no, especificando por qué no lo se han llevó a cabo alguna actividad planeada, fecha, hora, balance, observaciones y firma.

El Proceso Enfermería tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones de enfermería dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada. S. Rodríguez, (2001).

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas. S. Rodríguez, (2001).

## **ETAPA DE EVALUACIÓN**

Es un proceso sistemático y continuo mediante el cual se detecta si se han alcanzado los resultados establecidos en los objetivos y al mismo tiempo nos indica si las actividades deben modificarse. Es la evaluación de las respuestas del paciente y evaluación del plan de cuidados. S. Rodríguez, (2001).



Componentes: Recogida de datos acerca del estado del paciente, comparación de los datos recogidos con los resultados, revisión del plan de cuidados. Recogida de datos. Tiene el propósito de evaluar por medio de las técnicas utilizadas por medio de las mismas técnicas utilizadas en la valoración, estas pueden ser la entrevista al paciente, la observación directa, la exploración física o el reposo del historial médico.

- ✚ Comparación de los datos con los resultados. Después de recoger los datos, la enfermería compara el estado de salud actual del paciente con los resultados definidos en el plan de atención.
- ✚ Juicio sobre el progreso. La enfermera emite un juicio sobre el logro de los resultados del paciente: si se han logrado los resultados, o no se ha logrado el resultado. Si el juicio es positivo se ha resuelto el diagnóstico de enfermería, por lo que se debe reflejar la fecha actual en el diagnóstico. Cuando el diagnóstico no ha sido resuelto, se deben recoger más datos en los que se dan más resultados e intervenciones.

Las respuestas humanas y los factores relacionados fueron apropiados. Después de realizar estas actividades, se trazarán estrategias para ayudar al paciente. La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son las siguientes áreas. F. Bello, (2004).

1.-Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- ❖ Observación directa, examen físico.
- ❖ Examen de la historia clínica.

2.-Señales y Síntomas específicos:

- ❖ Observación directa.

3.-Entrevista con el paciente.

- ❖ Examen de la historia.

4.-Conocimientos:

- ❖ Entrevista con el paciente.
- ❖ Cuestionarios (test).

5.-Capacidad psicomotora (habilidades).

- ❖ Observación directa durante la realización de la actividad.

6.-Estado emocional:

- ❖ Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- ❖ Información dada por el resto del personal

7.-Situación espiritual (modelo holístico de la salud):

- ❖ Entrevista con el paciente.

Información dada por el resto del personal. F. Bello, (2004).

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar.

- ❖ El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- ❖ El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.

❖ El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica, una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que esta es continua, así podemos detectar cómo va evolucionando el cliente y realizar justes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva. S. Rodríguez, (2001).

## 4.2 TEORÍA DEL DEFICIT AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

Dorotea E. Orem es una teórica de enfermería que, donde habla sobre el autocuidado, este puede aplicarse a los pacientes psiquiátricos. Nació en baltimore, y se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl se graduó en 1930 entro de su trayectoria como teorista no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las misma lo que le sirvió de fuente teórica. 1. La teoría del autocuidado (lo escribe y lo explica) 2. La teoría del déficit del autocuidado (justifica por qué la enfermería puede ayudar a la gente) 3. La teoría de los sistemas de enfermería (explica las relaciones que tienen que existir para que esté la enfermería). Su idea básica sobre la enfermería coincide substancialmente con la de Virginia Henderson. Para ella el objetivo de la enfermería es: ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. Ann Marriner, (2005).

Orem define el objetivo de Enfermería como “Ayudar al individuo a llevar acabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de dicha enfermedad” además afirma que la enfermera pueda utilizar cinco métodos de ayuda (actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporción un entorno para el desarrollo) el concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como los responsables de decisiones que condicionan su situación. Ann Marriner, (2005).

### a) Teoría del Autocuidado:

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio

desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar " Ann Marriner, (2005).

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado: **Requisitos de autocuidado universal:** Son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e integración social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

**Requisitos de autocuidado del desarrollo:** Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

**Requisitos de autocuidado de desviación de la salud:** Que surgen o están vinculados a los estados de salud. Ann Marriner, (2005).

- b) **Teoría del déficit de autocuidado:** En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente, determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.
- c) **Teoría de los sistemas de enfermería:** En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas.
- **Sistemas de enfermería totalmente compensadores:** La enfermera suplente al individuo.
  - **Sistemas de enfermería parcialmente compensadores:** El personal de enfermería proporciona autocuidado.
  - **Sistemas de Enfermería de apoyo-educación:** La enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las

actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda. Ann Marriner, (2005).

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. Por otro lado, supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo. La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse. Ann Marriner, (2005).

Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son.

- 1.-Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
- 2.-Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- 3.-Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudado por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- 4.-Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las Medidas de higiene en las escuelas.
- 5.-Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar. K. Potter, (2001).

---

## PARADIGMA DE ENFERMERÍA SEGÚN OREM

- A) **Concepto de persona:** Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal, es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.
- B) **Salud:** La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.
- C) **Concepto de enfermería:** Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Los cuidados de enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta. K. Potter, (2001).

## TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA

### Sistema Compensatorio

- Realiza el cuidado terapéutico del paciente
- Compensa la incapacidad del paciente para realizar su autocuidado
- Apoya y protege al paciente. Ann Marriner, (2005).

### Sistema Parcialmente Compensatorio

- Realiza algunas de las medidas de autocuidado por el paciente.
- Compensa las limitaciones del paciente para realizar su autocuidado.
- Ayuda al paciente en lo que necesite.
- Regula la acción de autocuidado.
- Realiza algunas de las medidas de autocuidado.
- Regula la acción del autocuidado.
- Acepta los cuidados y la asistencia de la enfermera. Ann Marriner, (2005).

### Sistema de Apoyo Educativo

- Regula el ejercicio y desarrollo de la acción de autocuidado.
- Realiza el autocuidado. Ann Marriner, (2005).

1. Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
2. Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
3. Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
4. Prevención de la incapacidad o su compensación.
5. Promoción del bienestar.
6. Apoyo de los procesos físicos, psicológicos y sociales esenciales.
7. Mantenimiento de la estructura y funcionamiento humano.
8. Desarrollo pleno del potencial humano.



9. Prevención de lesiones o enfermedades.
10. Curar o regular la enfermedad (con ayuda apropiada).
11. Curar o regular los efectos de la enfermedad (con ayuda apropiada). Ann Marriner, (2005).

### **APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA SEGÚN EL MODELO DE DOROTHEA E. OREM.**

1. Evaluar las influencias biológicas, sociales, psicológicas y culturales en la capacidad del paciente para cuidar de sí mismo.
2. Identificar el impacto de la condición del paciente sobre su propio desarrollo natural.
3. Identificar y analizar el impacto de la condición del paciente sobre los miembros de la familia y su interacción con ellos.
4. Identificar las necesidades de información del paciente y familia y su capacidad de aprender. Identificar y analizar el potencial del paciente para cuidar de sí mismo. Ann Marriner, (2005).

### **VALORACIÓN**

1. Realizar una valoración completa y sistemática del paciente.
2. Evaluar el impacto de la condición del paciente sobre su estilo de vida.
3. Identificar las estrategias actuales utilizadas por el paciente para afrontar su situación.
4. Apreciar el impacto de los factores biopsicosociales y culturales en la respuesta del paciente a su condición.
5. Identificar el nivel de desarrollo del paciente y de su familia.
6. Identificar los sistemas de soporte disponibles para el paciente.
- 7 .A partir de la valoración, calcular la demanda de autocuidado terapéutica del paciente.

8. identificar la naturaleza de cualquier déficit de autocuidado en relación con la condición del paciente, y las razones de su existencia.
9. Identificar y analizar las necesidades de aprendizaje del paciente y de su familia.
10. Desarrollar objetivos de cuidados de enfermería basados en el déficit de autocuidado identificados. Ann Marriner, (2005).

## **DIAGNÓSTICO**

1. Escribir el diagnóstico en términos de respuesta del paciente, no de las necesidades.
2. Redactar el diagnóstico enfermería en términos legalmente aconsejables. (El diagnóstico enfermero tiene que reflejar la realidad pero no debemos cometer un error por la inexperiencia de los términos, definir bien la causa o factor).
3. Redactar el diagnóstico de enfermería sin un juicio de valor.
4. No intervenir el enunciado del diagnóstico (primero etiqueta y luego “relacionado con”, primero respuesta humana y segunda causa.
5. Asegurar que los elementos del enunciado no digan la misma cosa.
6. Excluir o no utilizar diagnósticos médicos en el diagnóstico de enfermería y en la causa.
7. Expresar el factor relacionado de forma que pueda ser modificado, por ejemplo modificar la respuesta humana con respecto a la pérdida de pareja, situación adaptativa a la nueva experiencia. Ann Marriner, (2005).

## **PLANIFICACIÓN**

1. Desarrollar objetivos de cuidado para el paciente que sean coherentes con las necesidades que se han identificado.

2. Planificar los cuidados de enfermería, dirigidos a superar el déficit de autocuidado del paciente y aquellos problemas con que puede encontrarse la familia.
- 3 .Apoyar la toma de decisiones del propio paciente en relación con sus cuidados.
4. Identificar y seleccionar los métodos apropiados para controlar el déficit de autocuidado del paciente.
5. Proporcionar los recursos apropiados requeridos para el cuidado del paciente, incluyendo equipo y persona. Ann Marriner, (2005).

## **EJECUCIÓN**

1. Poner en práctica intervenciones de enfermería de acuerdo con el razonamiento científico, la investigación y el plan de cuidados mutuamente establecido.
- 2 .Iniciar las referencias a proveedores de cuidados de la salud y/o a los agentes esenciales que pueden ayudar al paciente a satisfacer a nivel óptimo su actuación coma agente de autocuidado.
3. Animar al paciente en el uso de su propio potencial y recursos al abordar las limitaciones de autocuidado.
4. Proteger las capacidades de autocuidado del paciente coma medio para prevenir nueva s limitaciones del autocuidado.
5. Documentar las observaciones e intervenciones de enfermería pertinentes.  
Ann Marriner, (2005).

## **EVALUACIÓN**

- 1.- Desarrollar criterios que permitan evaluar la efectividad del plan para avanzar hacia una disminución del déficit de autocuidado y un aumento en la agencia de autocuidado.
- 2.-.Usar estos criterios al evaluar los resultados de cuidados del paciente y familia en términos de los objetivos establecidos.

3. Usar los estándares profesionales de la enfermería como marco para evaluar el proceso de brindar cuidados de enfermería.
4. Modificar el plan de cuidados según sea apropiado para la evaluación de los Resultados. Ann Marriner, (2005).

### 4.3 DIABETES MELLITUS

**DIABETES MELLITUS:** Es una enfermedad crónica degenerativo, hereditaria y metabólica, debido a una producción inadecuada de insulina producida por las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas, a un defecto de la acción o mala utilización de la hormona en los tejidos orgánicos o ambas circunstancias, con lo que resulta un metabolismo inadecuado de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas cuyo principal indicador es la hiperglucemia. La diabetes mellitus o diabetes sacarina es un grupo de trastornos metabólicos, que afecta a diferentes órganos y tejidos, dura toda la vida y se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre. La causa puede ser genética, vírica, ambiental o autoinmune, o bien una combinación de tales factores. Manual de enfermería, (2002).

La diabetes es la principal causa de cardiopatía, ictus, ceguera del adulto y amputaciones de origen no traumático de las extremidades inferiores. Las personas con diabetes mellitus presentan, como un mínimo un riesgo dos veces superior para desarrollar arteriopatías coronaria y más del 65% tienen hipertensión. La insulina es una de las hormonas más importantes producida por el páncreas. L, Heitkemper (2004).

### HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

Esta enfermedad es un síndrome por una elevación de los niveles séricos de glucosa, ocasionada principalmente por una deficiente entrada de glucosa a las células de los tejidos. C. Robbins, (1990).

**HISTORIA NATURAL DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2**

HISTORIA NATURAL DE DIABETES MELLITUS TIPO II				
PERIODO PREPATOGENICO		PERIODO PATOGENICO		
<p><b>DEFINICIÓN:</b> enfermedad crónica degenerativa, con alteración en el regulador principal de la insulina</p> <p><b>AGENTE:</b> Hederitario, hipertensión arterial, malos hábitos alimenticios.</p> <p><b>HUESPED:</b> personas susceptibles de cualquier edad.</p> <p><b>AMBIENTE:</b> mundo occidental.</p>	<p><b>Desarrollo del agente:</b> la insulina predominante aunque no único sobre el metabolismo intermedio, su capacidad de inducir las capacidades de las enzimas tienen como efecto la temperatura de las vías metabólicas otras hormonas como las del crecimiento establecen un efecto contrario al de la insulina que en condiciones normales lleva a un equilibrio que tiene como expresión final la monoglucemia .</p>	<p><b>Cambio anatomofisiológico:</b> <b>Existe gran variabilidad de un paciente a otro en cuanto al momento en que aparecen las complicaciones, a su gravedad ya los órganos concretos afectados.</b></p>	<p><b>Signos y síntomas.</b></p> <p>Polifagia. Poliuria. Polidipsia. Nauseas. Vomito. Impotencia. Infecciones vaginales. Cansancio. Debilidad. Pérdida de peso.</p>	<p><b>Enfermedad.</b> Diabetes mellitus tipo II.</p> <p><b>Complicaciones.</b></p> <p>AGUDAS: Cetoacidosis diabética. Coma hiperosmolar. Hipoglucemia. Hiperglucemia.</p> <p>CRONICAS: Neuropatías. Retinopatías. Angiopatías. Neuropatías.</p> <p><b>Muerte.</b> se llega por algunas complicación aguda o crónica no tratada debidamente.</p>
PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA		PREVENCIÓN Terciaria
Promoción de la salud.	Protección específica	Diagnostico precoz.	Tratamiento oportuno.	Limitación del daño.
Difundir pláticas sobre la diabetes mellitus tipo II, sus complicaciones y su control.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Control de peso.</li> <li>Nutrición adecuada.</li> <li>Ejercicio.</li> <li>Detección oportuna.</li> <li>Curva de tolerancia de glucosa.</li> </ul>	La detección de anomalías en el metabolismo de la glucosa. DESTROSTIX.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Régimen nutricional.</li> <li>Dietoterapia.</li> <li>Plan de ejercicios.</li> <li>Tratamiento farmacológico o con hipoglucemiantes orales.</li> </ul>	<p>Tener cuidado con las heridas. Cortar las uñas sin dañar la piel. Tomar puntualmente los medicamentos. la DMTII mal tratada incrementa el riesgo de ataques cardíacos, embolia cerebral, ceguera y otras complicaciones graves.</p>
				<p><b>Rehabilitación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento oportuno.</li> <li>Alimentación balanceada.</li> <li>No tomar.</li> <li>No fumar.</li> <li>No comer azúcares, grasas y llevar un control de peso.</li> <li>Ejercicio.</li> </ul>

(L. Hernández, 2010).

**Agente biológico endógeno:**

Whaley propone diversos mecanismos genéticos. Pero muchos expertos se inclinan por una herencia multifactorial o un gen recesivo, relacionado en alguna forma con los antígenos de tipo tisulares, el sistema de leucocitos humanos, sin embargo al parecer hay diferencia en la transmisión de la diabetes tipo I y II. Se cree que tumores pancreáticos, pancreatitis, fármacos esteroides, enfermedades estresantes que afectan otras glándulas endocrinas y enfermedades virales participan en el origen de la diabetes. C. Robbins, (1990).

**Inmunidad:** Nelson señala que algunos diabéticos no tienen ninguno de los leucocitos humanos. Las pruebas en favor de un mecanismo inmunitario causante de la destrucción de las células tisulares son lo bastante convincentes para que se haya iniciado estudios sobre el empleo de ciertos agentes inmunosupresores, estos agentes aún están en fase experimental y no deben considerarse como remedios aconsejables ni comprobados. C. Robbins, (1990).

**Grupo étnico y edad:** La diabetes tipo II, tiene prevalencia especial en mayores de 30 años, obesos y personas de la tercera edad mayores de 65 años, con una frecuencia de 8.6% que corresponde a una tasa de diabetes en latino negros y algunos nativos entre los Indios primas de 20 a 50% en adulto. C. Robbins, (1990).

**Herencia:** Harrison establece que la diabetes es hereditario, aunque la forma en que se ha dado está en discusión; él acepta que la diabetes es hereditaria se basa en la mayor frecuencia de diabetes entre los pacientes. En los individuos portadores de genes diabetogénos, diversos factores ambientales como embarazo, agente infeccioso por hormonas se modifican de forma significativa el riesgo de padecer la enfermedad entre ellos la obesidad juega un papel muy importante, el 80% de los países con diabetes mellitus presentan sobre peso importante e incluso en sujetos normales, el aumento significativo de peso produce intolerancia a los carbohidratos, niveles elevados de insulina insensibilidad de tejido muscular y adiposo a la insulina. Harrison (1990).

## **NIVELES DE PREVENCIÓN**

**PREVENCIÓN PRIMARIA:** Las medidas aplicativas del primer nivel de prevención se realiza con el individuo sano para aumentar su resistencia e impedir la aparición de enfermedades, las medidas que comprenden este nivel son:

### **Promoción de la salud:**

Incluye acciones de salud aplicadas en cualquier individuo tales como: Aseo personal, lavado de frutas y verduras, saneamiento en la vivienda y sitios de recreación, recolección de basura, disposición sanitaria de excretas, brincar información a la comunidad sobre enfermedades que pueden adquirir.

### **Protección específica:**

Está dirigido a determinados grupos de la población, como aquellos que presentan factores de riesgo a la salud, las medidas principales en este nivel son: Mantener el peso corporal dentro de los parámetros normales evitándose sedentarismo, consumo de alcohol, tabaquismo y droga, promover en la comunidad el programa de detección oportuna de diabetes, realizar programas dirigidos a la comunidad en general con énfasis en individuos con factor de riesgo a la salud. Harrison (1990).

**PREVENCIÓN SECUNDARIA:** En este nivel la enfermedad ya se ha originado por ello las medidas aplicativas está dirigido a interrumpir el curso de la patología en el individuo, tales como son:

### **Diagnostico precoz:**

Es el sujeto con síntomas el diagnostico de diabetes no es difícil. El incremento de la sed (polidipsia, polifagia, poliuria, pérdida de peso y visión borrosa) asociados a persistentes hiperglucemias, son datos patognomónicos. En estas circunstancias la glucosa en ayuno generalmente excede de 140 mg/dl y tomada al azar entre los alimentos es mayor de 200 mg/dl. En cambio en el sujeto asintomático y con glucosa en ayuno menor de 110 mg/dl en necesario practicar una curva de



tolerancia a la glucosa (CTG) de 2 horas por vía oral para poder establecer el diagnóstico.

### **Tratamiento oportuno:**

El objetivo principal del tratamiento es normalizar la actividad de la insulina y la glucemia para reducir el desarrollo de las complicaciones vasculares y neuropatías. El objetivo terapéutico en cada tipo de diabetes es disminuir la concentración de glucosa tanto como sea posible sin que ocurra o afecte a la expresión de diversos genes de los patrones de actividad comunes del paciente. Existen componentes para el tratamiento de la diabetes: Harrison (1990).

- Dieta
- Vigilancia
- Educación
- Ejercicio
- Medicamento (cuando sean necesario)

### **PREVENCIÓN TERCIARIA:**

#### **Rehabilitación:**

En esta etapa la enfermedad del paciente ha avanzado, donde se aplican medidas de prevención para evitar la incapacidad total o muerte: Rehabilitando al paciente en la esfera biológica, psicológica y social para que pueda adaptarse a su vida y fomentar la productividad. La diabetes es un padecimiento crónico en el que actualmente no existe curación pero si existe forma terapéutica para mejorar la calidad de vida de las personas con esta enfermedad. La rehabilitación va a depender de varios factores como: edad del individuo y tiempo de evolución de la enfermedad, la aceptación de la persona de su padecimiento y los cambios que tiene que realizar en sus estilos de vida (dieta, ejercicio, auto monitoreo de glucosa) así como participación de la familia en la atención del enfermo y los recursos económicos que se dispongan. Harrison (1990).

## **NIVELES DE GLUCOSA EN SANGRE.**

Se han establecido niveles óptimos para las personas con Diabetes los cuáles van de 80 a 100 mg/dl en ayunas y menos de 140mg/dl dos horas después de comer. Niveles alterados de glucosa indican que existe un metabolismo ineficaz de azúcar en sangre. Según la Secretaría de Salud niveles de glucosa entre 100 mg/dl y 125 mg/dl, sin probar alimentos, indican un problema de PRE-Diabetes; cantidad que subirá después de comer a 140-199 mg/dl. Una persona con PRE-Diabetes puede hacer cambios en su estilo de vida e impedir o retrasar el desarrollo de Diabetes. Se considera DIABETES cuando se presentan cantidades mayores de 126 mg/dl en ayuno, misma que podría subir a más de 200 mg/dl las dos horas posteriores de ingerir alimento, lo que te colocaría al borde de un coma diabético. R. Berenice (2013).

## **FISIOPATOLOGÍA**

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

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

diabetes tipo II es más común en obesos mayores de 30 años de edad, debido a la intolerancia progresiva lenta (por años) a la glucosa, el inicio de la diabetes tipo II, quizá pase inadvertido por muchos años. Si se experimentan síntomas por lo regular son ligeros e incluyen fatiga, irritabilidad, poliuria, polidipsia y heridas en la piel que cicatrizan mal, infecciones vaginales o visión borrosa (sí la glucemia es muy alta). En la mayoría de los pacientes (cerca del 75%), la diabetes tipo II se descubre de manera incidental cuando se realizan pruebas de laboratorio. Las consecuencias de la diabetes no descubierta durante muchos años son las complicaciones a largo plazo por ejemplo: Oculopatías, Neuropatías periféricas, Vasculopatías periféricas, las cuales se desarrollan antes de efectuar el diagnóstico real de diabetes. Debido a que la resistencia insulínica se relaciona con obesidad, el tratamiento básico de la diabetes tipo II consiste en que el paciente baje de peso. L, Heitkemper (2004).

### **CLASIFICACIÓN:**

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

### **DIABETES MELLITUS TIPO I**

Las personas con éste trastorno tienen la capacidad nula o mínima de secreción de insulina y depende de la insulina exógena para evitar las descompensaciones metabólicas (como la cetoacidosis) y la muerte, es frecuente que el trastorno surja en forma repentina, en cuestión de días o semanas en niños o adultos jóvenes que no eran obesos y que están sanos en tanto que en grupo de persona mayores pueden tener comienzo más gradual los síntomas intensos (como poliuria, polidipsia, polifagia y pérdidas de peso) y a veces muestra cetoacidosis estos pacientes, en su mayoría desarrollan su enfermedad antes de los 25 años de edad, con igual presentación en ambos sexos, y diferentes incidencias según razas y hábitat geográfica. Así la DM tipo 1 es más frecuente en blancos y en países nórdicos de Europa. La velocidad de aparición de la enfermedad es muy variable y va a depender de la velocidad de destrucción de las células B. en niños

y adolescentes la destrucción de las células B suelen ser rápidas, de tal forma que los síntomas cardinales, poliuria, polidipsia y polifagia, aparecen de forma abrupta en pocos días o semanas, induciendo con frecuencia la aparición de una grave complicación aguda de la DM que es la cetoacidosis diabética. En otros casos, la destrucción es lentamente progresiva; esto ocurre sobre todo en adultos y hace que la diabetes se asemeje al de una DM tipo 2, es la conocida como DM tipo LADA (Latent Autoimmune Diabetes in Adults). R, Simeón (2003).

## **DIABETES TIPO 2**

Es la forma con mayor prevalencia y ocurre en individuos que tienen resistencia a la insulina más un defecto en la capacidad secretora de la misma. Es el tipo más frecuente, el del 90 - 95% de las personas con DM. El espectro patógeno de esta clase de diabetes abarca desde los casos en que predomina la resistencia a la insulina, con un defecto hasta cierto punto menor en la secreción, hasta pacientes con defectos predominantes secretores y resistencia a la insulina de manera adicional. Patológicamente se caracteriza por la presencia de resistencia a la acción periférica, de la insulina, secreción de insulina defectuosa o ambas. En el momento del diagnóstico suele haber una mezcla de ambas alteraciones y, etiológicamente lo característico es la multifactorialidad con ausencia de destrucción autoinmune de las células B. La obesidad está presente en más de un 85% de los diabéticos tipo 2, siendo estos precisamente los que entroncan, habitualmente con el diagnóstico de síndrome metabólico. R, Simeón (2003).

## **DIABETES GESTACIONAL**

Ésta categoría se refiere a la detección de valores altos de glucosa, se hace por primera vez durante el embarazo; se descartó la diabetes ya identificada antes de la concepción, la diabetes gestacional se advierte en 2% de los embarazos, y por lo común se manifiesta en el segundo y tercer trimestre del embarazo, el tiempo que alcanza su máxima acción de hormonas antagonistas de insulina, propias del embarazo, 5 a 10 años después 30 - 40% de las parturientas desencadenan el tipo I; la diabetes gestacional causa solo hiperglucemia leve o asintomático, y se

necesita un tratamiento riguroso a menudo con insulina para proteger a la madre y el feto de complicaciones y muerte. Durante el primer trimestre de gestación, la glucosa suele ser normal o más baja de lo habitual. La aparición de la hiperglucemia en esta fase del embarazo debe hacer pensar en que la mujer ya era aportadora de la alteración metabólica antes de quedar embarazada. R, Simeón, (2003).

### **PLAN MUNDIAL CONTRA LA DIABETES**

Hoy día, ya hay 366 millones de personas con diabetes y otros 280 millones bajo riesgo identificable de desarrollarla. Tomando en cuenta que afecta en mayor número a las mujeres y el grupo más vulnerable es de 30 a 59 años de edad, aunque también se presentan en grupos de edad de 19 a 30 años según los tipos de diabetes. De no hacerse nada, para 2030 esta cifra se calcula que aumentará hasta alcanzar los 552 millones de personas con diabetes y otros 398 millones de personas de alto riesgo. 3 de cada 4 personas con diabetes viven hoy en países de ingresos medios y bajos. A lo largo de los próximos 20 años, las regiones de África, Oriente Medio y Sudeste Asiático soportarán el mayor aumento de la prevalencia de diabetes. Incluso en los países ricos, los grupos desfavorecidos, como los pueblos indígenas y las minorías étnicas, los migrantes recientes y los habitantes de barrios marginales sufren un mayor índice de diabetes y sus complicaciones. Ningún país, rico o pobre, es inmune a la epidemia. En todo el mundo, 4,6 millones de fallecimientos cada año son atribuibles a la diabetes y, en algunos países, niños y jóvenes mueren por falta de insulina sin haber sido ni tan siquiera diagnosticados. La diabetes se encuentra entre las 10 principales causas de discapacidad en el mundo y socava la productividad y el desarrollo humanos. De no emprenderse ninguna acción, se prevé que el número de personas con diabetes aumentará desde los más de 366 millones de 2011 hasta 552 millones en 2030, o 1 adulto de cada 10. Ningún país ni sector de ninguna sociedad es inmune. El desafío es reducir los costes humanos y económicos mediante un diagnóstico precoz, un control eficaz y la prevención contra el desarrollo de nuevos casos de diabetes en la medida de lo posible. Los líderes políticos y

empresariales mundiales y nacionales son cada vez más conscientes de la magnitud y las consecuencias de la epidemia de diabetes. La decisión de celebrar la cumbre de alto nivel de la ONU de 2011 sobre enfermedades no transmisibles (ENT) ha colocado la diabetes y al resto de las ENT principales en la agenda de la sanidad mundial. Cada vez se es más consciente de que invertir en la prevención y el tratamiento de la diabetes aporta beneficios sustanciales en otras áreas de enfermedad y en productividad y desarrollo humano. Sabemos qué hacer y tenemos pruebas de que intervenir es eficaz y económicamente eficiente. (OMS, 2010).

### **PLAN NACIONAL DE LA DIABETES**

La diabetes es una enfermedad crónico degenerativa, con pronóstico poco favorable entre la población mexicana, pues en ella influyen factores tanto sociales y heredo familiares que pueden favorecer la aparición de este padecimiento en la población. Por esta razón la OMS, esta organizando en su campaña 2009-2013 plantea el eslogan “Entienda la diabetes y tome el control”, entendiendo que el paciente es responsable directo del manejo de su enfermedad, así como la posibilidad de complicaciones que agraven su salud; además de involucrar a los médicos en una atención adecuada y actualizada. En México, en 2008 casi 3% de los egresos hospitalarios a nivel nacional fueron debidos a la diabetes mellitus, porcentaje similar al reportado en 2003, cuando se calculó que los costos directos e indirectos de la enfermedad fueron de 100 millones de dólares anuales. INEGI Consejo Nacional de Población (2012).

**MORBILIDAD**

Actualmente en nuestro país se ha difundido entre la población recomendaciones para disminuir el riesgo de padecer diabetes. De acuerdo con lo planteado en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 es una enfermedad de muy alta prevalencia en México y un reto que enfrenta el Sistema Nacional de Salud, entre la población mayor de 20 años la prevalencia es 8 de cada 100 personas del mismo grupo de edad, incrementándose con la edad, pues después de los 50 años es superior a 20 de cada 100. Además de ser la principal causa de atención médica en consulta externa y una de las principales de hospitalización. Para atenuarla, se han creado diversos programas para atacar el principal factor de riesgo en la población, que es la obesidad. La diabetes tipo I es, generalmente, hereditaria e implica que existe muy poca o nula producción de insulina, razón por la cual se tiene que administrar externamente. Con frecuencia, este tipo no depende directamente de los hábitos alimenticios o sobrepeso para presentarse. Entre 2003 y 2008, la tasa de incidencia de diabetes mellitus tipo I se ha incrementado al pasar de 12.97% a 15.85% . Por otro lado, la presencia de diabetes tipo II implica la existencia de un antecedente heredofamiliar, mismo que, puede ser favorecida por hábitos alimenticios inadecuados, sedentarismo y sobrepeso. La tasa de incidencia de este tipo de diabetes varía entre 364.95 a 371.55 de 2003 a 2008, siendo en 2004 cuando se presenta la mayor incidencia con una tasa de 384.02. INEGI Consejo Nacional de Población (2010).

### Distribución porcentual de egresos hospitalarios por diabetes mellitus según grupos de edad para cada sexo 2008

Grupos de edad	Total	Hombres	Mujeres
Menores de 20 años	2.5	2.2	2.8
20 a 29	2.7	2.5	2.8
30 a 39	5.4	6.0	4.9
40 a 49	13.1	14.3	12.1
50 a 59	24.5	25.0	24.0
60 a 69	25.3	24.6	25.9
70 a 79	18.0	16.8	19.1
De 80 años o más	8.5	8.6	8.4

Fuente: SSA, SINAIS (2008). *Base de datos de egresos hospitalarios*.

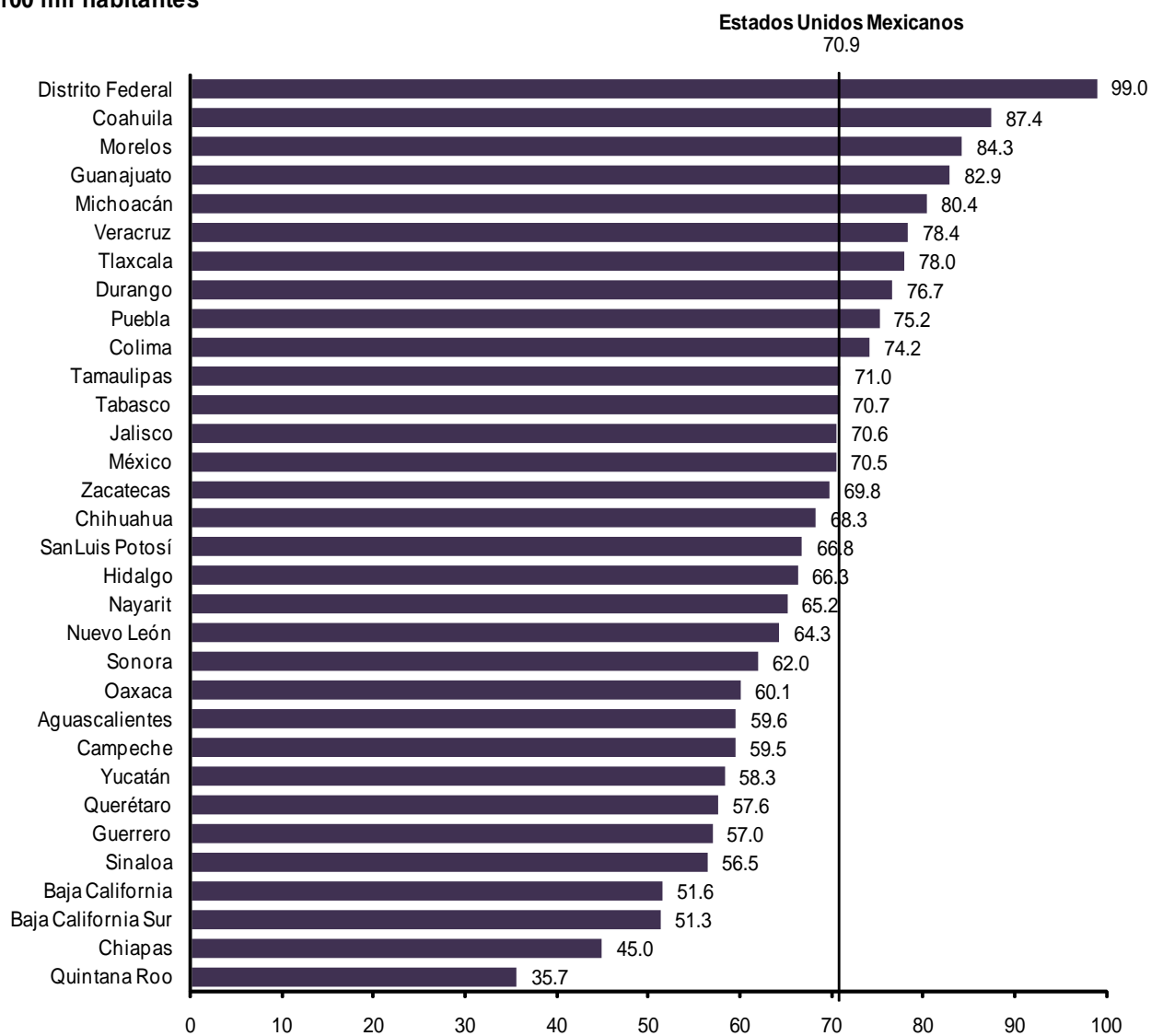
Procesó: INEGI.

#### MORTALIDAD

La tasa de mortalidad observada por diabetes mellitus en 2008 es de 70.9 por cada 100 mil habitantes. Siendo los estados de Distrito Federal (99), Coahuila (87.4), Morelos (84.3), Guanajuato (82.9) y Michoacán (80.4) quienes presentan las mayores tasas de mortalidad por esta afección. Por el contrario, los estados con la menor tasa de mortalidad fueron Quintana Roo (35.7), Chiapas (45), Baja California Sur (51.3), Baja California (51.6) y Sinaloa (56.5).



**Tasa de mortalidad observada de diabetes mellitus por entidad federativa  
2008  
Por cada 100 mil habitantes**



Fuente: INEGI (2010). Estadísticas de Mortalidad y; CONAPO (2010). Proyecciones de la población de México 2005-2030. Procesó: INEGI.

## **PLAN ESTATAL DE LA DIABETES**

Las complicaciones renales representan el 24% de casos que se registran en pacientes hospitalizados por diabetes mellitus, según información del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en el marco del Día Mundial de la Diabetes, que se conmemora cada 14 de noviembre. El comunicado detalla que uno de los principales factores de riesgo para que se desarrolle esta enfermedad crónico degenerativa, es el sobrepeso y la obesidad, afecciones que van en aumento en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año fallecen al menos 2.8 millones de personas adultas por alguna de estas causas, y representan 44 por ciento de la carga de diabetes, 23 por ciento, de las cardiopatías isquémicas, y entre 7 por ciento y 41 por ciento de algún cáncer atribuible a la misma. Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS estiman que en Belice, México y Estados Unidos, aproximadamente 30 por ciento de su población tiene obesidad. De esta manera, en 2011 un total de nueve de cada 100 personas sin seguridad social resultaron positivos en la prueba de diabetes a nivel nacional, en el que el estado de Morelos es el estado con mayor número de casos nuevos de diabetes mellitus. La incidencia de diabetes se incrementa con la edad, la población de 60 a 64 años presentó la más alta en 2011 con 1 788 por cada 100 mil habitantes del mismo grupo de edad. Mientras que en México 70 de cada 100 mil personas, murieron por diabetes mellitus.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) estimó un crecimiento del 32% en pacientes con Diabetes Mellitus en Michoacán, en tan sólo los dos últimos años, puesto que en el 2009 las cifras se colocaron en 58 mil 500 pacientes, en tanto que al mes de octubre de 2011 los pacientes se contabilizaron en 77 mil 267. Al considerar a la diabetes mellitus como la primera causa de muerte en el IMSS en la entidad, el Jefe de Prestaciones Médicas de la Delegación Regional del IMSS en Michoacán, Héctor Manuel Estrella Quintero, expuso que la incidencia de dicha enfermedad se localiza de manera preferente en: Morelia, con 36 mil 594 pacientes; Zamora, con 15 mil 104; Uruapan, con 13 mil 348; Lázaro Cárdenas,

con cuatro mil 851 y finalmente Zacapu, con tres mil 136, lo que da un total de 77 mil 267 pacientes. Dio a conocer que mientras hace dos años, el IMSS en Michoacán invertía en 110 mil hipertensos y en los 58 mil 500 diabéticos, una cantidad de 80 millones de pesos anuales, dicha cifra ha crecido en este año a 115 millones de pesos, que incluye consultas de medicina familiar y especialidades; medicamentos, servicios de urgencias y hospitalizaciones; estudios de laboratorio y de gabinete; así como intervenciones quirúrgicas relacionadas con retinopatía diabética, tratamientos sustitutivos de la función renal y amputaciones, en su caso.

Puntualizó que las complicaciones de la diabetes mellitus, se sitúan de la siguiente manera: retinopatía, con 23%; nefropatía, también 23%; defunciones, en 22%; diabetes sin complicaciones, en 12%; cardiopatía, 11% y pie diabético con el 9%. Dijo que la diabetes mellitus es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce la insulina suficiente y se genera la hiperglucemia o aumento de azúcar en la sangre. Con el tiempo se dañan los órganos, especialmente nervios y vasos sanguíneos. Se indicó que la diabetes tipo dos se debe en gran medida al sobrepeso y la obesidad, así como a la falta de actividad física. Estrella Quintero, dio a conocer que a efecto de impulsar las medidas de prevención de la enfermedad, el IMSS en Michoacán le apostó a la instalación de los módulos de Atención Preventiva Integrados (API), en los últimos 2, de tal manera que anteriormente solo se tenían 400 consultorios de medicina preventiva, mientras que hoy se alcanza una cifra de 600 y la meta es lograr otros 200 más en los dos restantes ejercicios anuales. INEGI (2011).

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

La prevalencia de esta forma de diabetes varía enormemente de una población a otra y en diversas zonas del mundo. Las frecuencias varían en grado considerable en diferentes grupos étnicos que viven en el mismo país. Difiere entre los que migran y los que pertenecieron en su país natal, en casi todos los casos las cifras corresponden a migrantes han sido mayores que las de la población nativa o

indígena, y tales incrementos reflejan el efecto que tienen en la enfermedad los cambios del entorno. En algunas poblaciones, en lapsos bastantes breves se han observado incremento extraordinario en la prevalencia de diabetes Mellitus, aumento que pudiera depender de cambios rápidos en el modo de vida. El perfil mundial de prevalencia de la diabetes hace pensar que las poblaciones con mayor propensión a la enfermedad son las que residen en países decrecimiento rápido y los sectores pobres de las naciones desarrolladas. En estados unidos, unos 16 millones de personas tienen el tipo 2 de la enfermedad. Alcanza su nivel máximo en la población indígena del país, pero las poblaciones afro-estadounidenses y de origen hispánico presentan cifras que rebasan las de la raza blanca. Muchas tribus indígenas estadounidenses tienen incidencia extraordinariamente alta en diabetes de tipo 2, pero en Arizona son las que muestran la mayor prevalencia en todo el mundo. R, Simeón (2003).

### **CUADRO CLÍNICO**

- Pérdida de peso. (en ocasiones voluntaria).
- Debilidad y fatiga.
- Visión borrosa.
- vulvovaginitis y prurito.
- Glucosuria (azúcar elevada en sangre)
- Acetonuria. (presencia de cuerpos cetónicos en orina).
- Elevación de la glucemia en más de una ocasión por encima de 120 mg/dl, ya sea sangre venosa o capilar.
- Hemoglobina glucosilada.
- Poliuria. (se elimina un gran volumen de orina).
- Polidipsia. (sensación anormal de sed).
- Polifagia. (es el aumento anormal de la necesidad de comer).
- Hipertensión e insuficiencia renal.
- Evidencias de patología periférica de las extremidades inferiores.
- Predisposición a las infecciones.

- Impotencia en el varón.
- Neurópatas principalmente en manos, pies, piernas y cabeza.
- Falta de sensibilidad al frío y al calor.
- Sensación de hormigueo y adormecimiento de los miembros.
- Embarazos complicados.

Trastornos cardiovasculares. (la posibilidad de sufrir cardiopatía isquémica y accidentes vasculocerebrales). G. Lerman, (1994).

### **MÉTODOS DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico de la enfermedad lo establece el laboratorio: La glicemia normal oscila entre 80 – 110 mg/dl. De azúcar en la sangre; entre 120 - 140 mg/dl se califica de ligera; moderada entre 150 – 180 mg/dl y grave 190 mg/dl y más con mayor frecuencia, se utiliza la curva de tolerancia a la glucosa. Hay tres formas posibles de establecer el diagnóstico de diabetes y en cada una de ellas éste debe confirmarse en un día subsecuente. Así, el diagnóstico puede hacerse si un individuo presenta en más de una ocasión.

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

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

3.-Glucemia en ayunas es menor las cifras diagnosticadas, pero 2 horas después de administrar por vía oral una carga de 75 g de glucosa, aumenta las cifras de glucosa plasmática igual o mayor de 200 mg/dl. La diabetes no es curable, el objetivo inmediato del tratamiento es estabilizar el azúcar en la sangre y eliminar los síntomas producidos por el alto nivel de azúcar en la sangre. El objetivo a largo plazo, es prolongar la vida, mejorar la calidad de vida, aliviar los síntomas y

prevenir las complicaciones a largo plazo como la enfermedad cardiaca y la insuficiencia renal. G. Lerman, (1994).

## **TRATAMIENTO**

Existen 2 tipos de terapia no farmacológica: nutricional y ejercicio físico. En general, todos los pacientes con diabetes necesitan ser educados acerca de Una dieta acorde a sus necesidades. El diabético debe trabajar estrechamente con su médico para aprender cuantas grasas, proteínas, y carbohidratos necesita para su dieta. Los planes específicos de comida deben estar adaptados a sus hábitos y referencia. Las personas con diabetes tipo I deben comer más o menos a la misma hora todos los días y tratar de ser consistentes con el tipo de alimentos que eligen. Esto ayuda a prevenir que los niveles de azúcar se eleven o bajen demasiado. Los diabéticos tipo II deben seguir una dieta balanceada y baja en grasa los requerimientos alimentarios de cada paciente serán ajustados individualmente por el médico, el principio básico del control dietético consiste en el mantenimiento del peso corporal. Las dietas recomendadas se basan en 6 grupos, o lista de intercambio, de alimentos. Consiste en alimentos que, en las cantidades específicas, contienen una cantidad equivalente de calorías, hidratos de carbono, proteínas y grasas. Los de intercambio son: leche, vegetales, frutas, pan, carne, y grasa. Los alimentos que pertenecen a la misma lista de intercambio son susceptibles entre sí. Las sustituciones pueden realizarse dentro del mismo grupo, pero no entre ellos. Los dos grupos de alimentos que tienen restricciones importantes son los azúcares libres y las grasas animales, son recomendables las dietas con un elevado contenido de fibra, debe procurarse mantener una ingesta calórica diaria global adecuada, en caso de enfermedad, estrés o ejercicio habitual deben reajustarse las dietas, la dieta y el ejercicio pueden controlar la hiperglucemia en los pacientes diabéticos del tipo II. L. Heitkemper, (2004).

## **EJERCICIO FISICO**

El ejercicio físico debe implicar un incremento en la actividad física hasta el nivel que una persona con diabetes pueda tolerar. El ejercicio regular es particularmente importante para las personas diabéticas, porque ayuda a controlar la cantidad de azúcar en la sangre, a perder peso y controlar la presión sanguínea alta. Los diabéticos que hacen ejercicio tienen menos probabilidades de experimentar un ataque cardíaco o un accidente cerebro vascular que los que no lo hacen regularmente. Antes de iniciar un programa de ejercicios, el diabético debe ser evaluado por un médico. Algunas consideraciones acerca del ejercicio son:

- Escoger una actividad física que el paciente pueda disfrutar y que sea apropiada para su nivel de salud actual.
- Ejercitarse en lo posible todos los días y a la misma hora.
- Verificar los niveles de glucosa en sangre, antes y después del ejercicio.
- Llevar alimentos que contengan un carbohidrato de acción rápida en caso de que el paciente se ponga hipoglucémico durante o después del ejercicio.
- Portar una tarjeta de identificación como diabético y un teléfono portátil o monedas para hacer una llamada en caso de emergencia.
- Beber líquidos adicionales que no contengan azúcar antes, durante y después del ejercicio. L. Heitkemper, (2004).

## **TERAPIA FARMACOLOGICA**

Antidiabéticos orales con frecuencia la planificación de las comidas a fin de controlar el nivel de glucosa (azúcar) en la sangre, la pérdida de peso y actividad física. En algunas ocasiones, esas medidas no alcanzan para reducir el nivel de glucosa en la sangre y acercarlo al nivel normal. El paso siguiente es administrar un medicamento para reducir el riesgo de glucosa en la sangre. Existen 4 grandes grupos de fármacos orales:

1. Biguanidas: como la Metformina . Aumentan la sensibilidad de los tejidos Periféricos a la insulina, actuando como normoglicemiante.

2. Sulfonilureas. Como la clorpropamida y glibenclamida. Reducen la glucemia intensificando la secreción de insulina, en ocasiones se utilizan en combinación con Metformina.
3. Glinidinas. Como la repaglinida y nateglinida. Estimulan la secreción de Insulina, se administra antes de cada una de las tres comidas.
4. Inhibidores de  $\alpha$ -glucosidasa. Como la acarbosa. Reducen el índice de digestión de los polisacáridos en el intestino delgado proximal, disminuyendo principalmente los niveles de glucosa postprandial. L, Heitkemper, (2004).

Para conseguir un buen control de la Diabetes Mellitus, en todos los tipos de ésta, es imprescindible la Educación Terapéutica en Diabetes que es impartida por profesionales sanitarios específicamente formados en áreas de la salud (médicos o enfermeros/as), ayuda a la persona con Diabetes y de las personas cercanas a ella, para conseguir un buen control de su enfermedad, modificando los hábitos que fuesen necesarios, para el buen seguimiento del tratamiento (Dieta + Ejercicio Físico + Tratamiento medicamentoso -si precisa) L. Heitkemper, (2004).

### **COMPLICACIONES**

La frecuencia, gravedad y progresión de las complicaciones agudas y crónicas asociados, la duración de la enfermedad, la exposición a otros factores de riesgo y el ambiente genético. Independiente del tipo de diabetes mellitus, un mal nivel de azúcar en la sangre conduce a las siguientes enfermedades. Las modificaciones permanentes de las estructuras constructoras de proteínas y el efecto negativo de los procesos de reparación, por ejemplo, la formación desordenada de nuevos vasos sanguíneos, las causas son las siguientes:

- ❖ Daño de los pequeños vasos sanguíneos (microangiopatía).
- ❖ Daño de los nervios periféricos (poli neuropatía).



- ❖ Pie diabético: heridas difícilmente curables y la mala irrigación sanguínea de los pies, puede conducir a laceraciones y eventualmente a la amputación de las extremidades inferiores.
- ❖ Daño de la retina (retinopatía diabética).
- ❖ Daño renal desde la nefropatía incipiente hasta la Insuficiencia renal crónica terminal.
- ❖ Hígado graso o Hepatitis de Hígado graso (esteatosis hepática)
- ❖ Daño de los vasos sanguíneos grandes (macroangiopatía ):
- ❖ trastorno de las grandes Arterias. Esta enfermedad conduce a infartos, apoplejías y trastornos de la circulación sanguínea en las piernas. En presencia simultánea de poli neuropatía y a pesar de la circulación sanguínea crítica pueden no sentirse dolores.
- ❖ Cardiopatía: Debido a que el elevado nivel de glucosa ataca el corazón ocasionando daños y enfermedades coronarias.
- ❖ Coma diabético: Sus primeras causas son la Diabetes avanzada, debido a que su nivel de glucosa en sangre (glucemia) es demasiado alto o demasiado bajo
- ❖ Dermopatía diabética: o Daños a la piel.
- ❖ Hipertensión Arterial: Debido a la cardiopatía y problemas coronarios, consta que la hipertensión arterial y la diabetes son enfermedades "Hermanadas" L. Heitkemper, (2004).

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

Son complicaciones agudas el coma Hiperosmolar, caracterizado por el déficit relativo de insulina y resistencia a la insulina, que origina una hiperglucemia importante, diuresis osmótica, deshidratación y una situación de hiperosmolaridad secundaria. Los síntomas pueden ser experimentados a diferentes niveles por cada paciente en particular y fundamentales son: convulsiones, fiebre, aumento de la sed, náuseas. Una forma grave de hipoglucemia es el shock insulínico caracterizado por visión borrosa, hipotermia, taquicardia, irritabilidad, confusión,

perdida del conocimiento, convulsiones y hasta la muerte si no se trata a tiempo. Manual de la Enfermería, (2002).

### **Cetoacidosis Diabética**

Complicación aguda de la Diabetes Mellitus caracterizada por hiperglucemia (glucosa 300-600mg / dl), acidosis metabólica, aumento de la cetona plasmática y deshidratación severa. Los factores desencadenantes incluyen el estrés de toda índole (físico y emocional). Omisión de la dosis de insulina e infección. Es más usual en pacientes con diabetes tipo I insulino dependientes. Sus manifestaciones más usuales son: apatía, parestesias, parálisis, debilidad, deshidratación, hipertermia, hipotensión, taquicardia, taquipnea, anorexia, polidipsia, piel caliente seca, ojos hundidos, prurito. Manual de la Enfermería, (2002).

## **COMPLICACIONES CRÓNICAS DE LA DIABETES MELLITUS**

### **Retinopatía Diabética**

Es una complicación ocular de la diabetes, causada por el deterioro de los vasos sanguíneos que irrigan la retina del fondo del ojo. El daño de los vasos sanguíneos de la retina puede tener como resultado que estos sufran una fuga de fluido o sangre. Cuando la sangre o líquido que sale de los vasos lesiona o forma tejidos fibrosos en la retina, la imagen enviada al cerebro se hace borrosa. Es la causa de nuevos casos de ceguera entre los diabéticos de 20 a 64 años de edad. Manual de la Enfermería, (2002).

### **Neuropatía Diabética**

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

inferiores produciendo dolor y parestesia que suele intensificarse en la noche. La pérdida de la sensación puede producir a veces una infección, gangrena o amputación. Manual de la Enfermería, (2002).

### **Infecciones**

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

### **Nefropatía Diabética**

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

### **Angiopatía Diabética**

Es una enfermedad de los vasos sanguíneos relacionada con el curso crónico de la diabetes Mellitus, la principal causa de insuficiencia renal a nivel mundial. La angiopatía diabética se caracteriza por una proliferación del endotelio, acumulos de glicoproteínas en la capa íntima y espesor de la membrana basal de los capilares y pequeños vasos sanguíneos. Ese espesamiento causa tal reducción de flujo sanguíneo, especialmente a las extremidades del individuo, que aparece gangrena que requiere amputación, por lo general de los dedos del pie o el pie mismo. Ocasionalmente se requiere la amputación del miembro entero. La angiopatía diabética es la principal causa de ceguera. Manual de la Enfermería, (2002).

### **ÚLCERA DE LOS PIES EN EL DIABÉTICO**

Un problema especial de los diabéticos es la formación de úlceras en los pies y los miembros inferiores, al parecer se debe a una distribución anormal de la presión consecutiva a la neuropatía diabética, el problema se complica cuando existen

deformidades óseas en los pies. La primera alteración es la formación de cayos, son frecuentes a los cortes de los pinchazos producidos por cuerpos extraños tales como agujas, clavos o cristales que se pueden encontrar un objeto extraño alojado en los tejidos blandos sin que el paciente se haya percatado de ello por eso todos los pacientes con úlcera se debe hacer una radiografía de los pies.

La enfermedad vascular periférica con reducción de riesgo sanguíneo favorece el desarrollo de las úlceras siendo frecuentes las infecciones habitualmente con muchos microorganismos , aunque no hay un tratamiento específicos para las úlceras diabéticas, el tratamiento de sostén basado de minimizar la presión ejercida por el peso del cuerpo permite con frecuencia salvar la extremidad. Manual de la Enfermería, (2002).

## 5 CASO CLÍNICO

Paciente femenina MGME de 65 años, residente de Morelia Michoacán. Es de religión católica viuda desde hace varios años, se dedica al hogar cuando era joven trabajo en una tortillería, con escolaridad del grado de primaria. Habita en casa de material de dos pisos cuenta con los servicios básicos agua potable, luz, cuenta con los servicios alumbrado público vive con sus 2 hijos, 2 de ellos ya casados en total 4, los cuales fueron por cesáreas. Su ingreso depende de ella tiene una pequeña tienda en su hogar. Se ducha todos los días con cambio de ropa interior diario. Realiza el cepillado dental dos veces al día se observan pocas caries en molares superiores e inferiores y puente fijo en los incisivos. Es derechohabiente en el Instituto Mexicano del Seguro Social y acude al médico cuando lo citan de 4 a 6 meses. Tiene antecedentes familiares, la mama fue hipertensa y diabética. En relación al mantenimiento de aporte suficiente de aire, la frecuencia respiratoria es de 18 por minuto, frecuencia cardiaca 72 por minuto, temperatura de 36.5, llenado capilar de 2 segundos, niega alergias, refiere poco dolor de vez en cuando del lado de su corazón cuando realiza alguna actividad de esfuerzo, camina 15 minutos solo cuando visita a su hermana, no practica más deporte, esquema de vacunación está completo aparentemente.

Los pulmones se encuentran ventilados. La mucosa oral se observan secas, la turgencia de su piel es escamosa y poca elasticidad. La ingesta de líquidos es de 300 a 500 ml, por las noches toma 250ml de café antes de dormirse cuando toma mucha agua recurre con frecuencia al baño por las noches, pero cuando no ingiere muchos líquidos de 3 a 4 veces al día, refiere que presenta molestias al momento de miccionar cuando toma poca agua. En cuanto a la nutrición actualmente es sin restricciones, no sabe que dieta llevar come de todo sin cuidarse, toma poca leche, come regularmente verduras, frutas, huevos, carne de pescado pastas y harinas. Refiere que ha bajado de peso en los últimos años, de 4 a 6 kg. Pesa 74 kg talla 1.45 cm IMC 35.2. El patrón de eliminación intestinal es espontanea de uno a dos evacuaciones al día, la consistencia de las heces es semipastosa, diuresis de color ámbar, con sudoración normal si hace calor refiere

que suda lo normal, menarca a los 11 años de 4 días, presentaba cólicos menstruales cuando tenía la menstruación, última fecha de Papanicolaou julio 2013, es una paciente menopaúsica. Habitualmente duerme 8 horas al despertar se encuentra descansada, ha sufrido algunos cambios en el patrón del sueño por que sale por las noches al baño a miccionar, comenta que ronca por las noches, acostumbra a tomar siestas en el día de duración de 20 a 30 minutos.

Los órganos de los sentidos de visión y audición presenta problemas en los dos oídos más del izquierdo y la visión tiene miopía utiliza lentes poco frecuente cuando lo requiere en su hogar, cuando realiza el aseo de su casa refiere que le da poco dolor en rodillas, tobillos y cadera, convive con sus hijos considera la relación en su familia buena, cuando tiene algún problema acude a uno de sus hijos. Se observa introvertida, platica con su familia. Niega tabaquismo, alcoholismo y toxicomanías niega alérgicos. Habla poco con las personas desconocidas, esta consiente, a veces tiene poca concentración en cuando a su fármaco cuando anda ocupada en su hogar se le olvida tomar sus medicamentos. No implementa medidas de seguridad en su familia, se acepta en el estado de salud que se encuentra, no acude a pláticas de su enfermedad en las instituciones por lo cual no tiene mucho conocimiento de la diabetes mellitus tipo II, de niñez padeció de tifoidea. Sus medicamentos actuales son Metformina 850mg Vía Oral antes de cada alimento, Glibenclamida Via Oral cada 12 horas, Enalapril Via Oral 5mg. cada 24 horas.

## 6 APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERO

### VALORACIÓN

**Sistema de enfermería:** parcialmente compensatorio

**Dominio:** II Nutrición

**Clase:** V Hidratación

**Pág.:** 84

### **NECESIDAD ALTERADA: MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA**

#### **Datos significativos:**

Ingiere de 300 a 500 ml. de agua purificada al día, por las noches toma 250 ml de café, mucosas orales secas, cuando toma mucha agua refiere ir al baño frecuente, pero cuando no ingiere muchos líquidos va de 3 a 4 veces al día al baño y dice que le da poco dolor al momento de miccionar cuando toma poca agua.

### ***DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA***

**Código:** 00027

**Etiqueta Diagnóstica:** *Déficit de volumen de líquidos*

**Definición:** Disminución del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida solo de agua, sin cambio en el nivel de sodio.

#### **Diagnóstico de Enfermería Real:**

Déficit de volumen de líquidos *relacionado con*, pérdida activa del volumen de líquidos *manifestado por*, sequedad de las membranas mucosas, sequedad de piel, disminución del turgor de la piel, disminución de la diuresis, aumento de la concentración de la orina.

#### **N O C. Resultados de Enfermería.**

<b>Hidratación (0602)</b>						
Agua adecuada en los compartimientos intracelular y extracelular del organismo. N O C pag. 493						
<b>Escala Diana</b>	1.- gravemente comprometido 2.- sustancialmente comprometido 3.- moderadamente comprometido 4.- levemente comprometido 5.- no comprometido					
<b>Código</b>	<b>Indicadores</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
060201	Piel tersa		x		▲	
060215	Ingesta de líquidos		x		▲	
060219	Orina oscura			x	▲	
Puntuación. Diana. Mantener a <u>7</u> aumentar a <u>12</u>						

<b>Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)</b>						
Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas. N O C pag. 502						
<b>Escala Diana</b>	1.- gravemente comprometido 2.- sustancialmente comprometido 3.- moderadamente comprometido 4.- levemente comprometido 5.- no comprometido					
<b>Código</b>	<b>Indicadores</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
110103	Elasticidad		x	▲		
110113	Integridad de la piel		x		▲	
110106	Transpiración		x	▲		
Puntuación. Diana. Mantener a <u>6</u> aumentar a <u>10</u>						

**X Mantener**

**▲ Aumentar**



---

## PLANIFICACIÓN

### **N I C: Intervenciones de Enfermería:**

**Código: 2000                      Intervención: manejo de electrolitos                      pág. 475**

**Definición:** fomento del equilibrio de electrolitos y prevención de complicaciones derivadas de niveles de electrolitos en suero anormales o indeseados.

#### **Fundamento científico de la intervención**

Para que sea posible la correcta función de los sistemas corporales es imprescindible mantener el equilibrio hidroelectrolíticos y ácido-base, ya que existen diferentes cuadros patológicos asociados a numerosos factores que pueden provocar la ruptura de dicho equilibrio, así como la valoración y corrección de posibles desequilibrios que se puedan producir, serán objetivos de los cuidados de enfermería. R. Susana, R. Eva, (2004).

#### **Acciones de Enfermería**

- Mantener un registro adecuado de ingesta y eliminación.
- Disponer una dieta adecuada para el equilibrio de electrolitos del paciente.
- Instruir a la paciente sobre modificaciones dietéticas
- Fomentar la orientación.
- Enseñar al paciente el tipo, causa y tratamiento del desequilibrio de electrolitos.

**Código: 4120    Intervención: manejo de líquidos    pág.: 551**

**Definición:** mantener el equilibrio y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales no deseados.

***Fundamento científico de la intervención***

Para conservar el equilibrio de líquidos y electrolitos: procurar la ingestión adecuada de alimentos y líquidos es fundamental en estos tipos de pacientes. La prevención del déficit volumétrico. Con el propósito de prevenirlo, es preciso identificar a los pacientes en riesgo y tomar medidas para minimizar las pérdidas de líquido. R. Susana, R. Eva, (2004).

**Acciones de Enfermería**

- Realizar un registro preciso de ingesta y de eliminación.
- Vigilar el estado de hidratación ( membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea)
- Monitorizar el estado nutricional

***EJECUCIÓN***

Fecha: 05-11-13

Mediante una plática se pone en marcha el cuarto paso del proceso de enfermería. Mantener un registro adecuado de ingesta y eliminación. Se da a conocer a la usuaria las ventajas de la ingesta de líquidos y la importancia que tiene en el organismo en este caso ella que es diabética.

Disponer una dieta adecuada para el equilibrio de electrolitos del paciente. Mediante una plática se le hace saber a la paciente sobre la importancia de llevar un registro de dieta para diabético, incluyendo la ingesta de agua.

Instruir a la paciente sobre modificaciones dietéticas. Se le explica que en ocasiones es difícil tomar el agua necesaria para el cuerpo pero puede sustituirlo o colarlo con frutas que contenga abundantes líquido, estos alimentos hidratan el cuerpo, facilitan el trabajo de los riñones y eliminan la retención de líquidos. Como son: sandía, melón, piña, manzana, guayaba etc.

Fomentar la orientación. Por medio de una plática se le dio a conocer a la paciente y se le oriento sobre los beneficios de tomar líquidos y tener hidrata piel y mucosas.

Enseñar al paciente el tipo, causa y tratamiento del desequilibrio de electrolitos. Se le explica que la diabetes en los adultos es otra causa probable de complicación debido a la deshidratación del cuerpo, no tomar muchos líquidos el no tener hidratado la piel trae complicaciones con el tiempo, puede causar daños masivos en todo el cuerpo.

Realizar un registro preciso de ingesta y de eliminación. Se le dijo que para la eliminación urinaria y la recomendación diaria de ingestión este líquido que es de 1,5 a 2 litros de agua al día.

Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea). Durante la plática se vigiló el llenado capilar como también el pulso.

Controlar ingesta de alimentos/líquidos y calcular la ingesta calórica diaria

Monitorizar el estado nutricional. Se le informo que debe de consumir agua en las comidas y entre comidas.

## EVALUACIÓN

Fecha: 08-12-13

<b>Hidratación (0602)</b>						
Agua adecuada en los compartimientos intracelular y extracelular del organismo. N O C pag. 493						
<b>Escala Diana</b>	1.- gravemente comprometido 2.- sustancialmente comprometido 3.- moderadamente comprometido 4.- levemente comprometido 5.- no comprometido					
<b>Código</b>	<b>Indicadores</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
060201	Piel tersa		x		▲	
060215	Ingesta de líquidos		x		▲	
060219	Orina oscura			x	▲	
Puntuación. Diana. Mantener a <u>7</u> aumentar a <u>12</u>						75

Se compara la valoración con la evaluación para verificar si se cumplen los objetivos La evaluación se lleva a cabo de acuerdo a la ejecución puesta en marcha, de acuerdo a la plática con la usuaria lo cual se evaluó.

**Piel tersa:** de sustancialmente comprometido se mantiene a levemente comprometido, la piel

Se observa más hidratada.

**Ingesta de líquidos:** de sustancialmente comprometido se mantiene a levemente comprometido, con la plática impartida y de insistirle a lo largo de trabajo ha mejorado la ingesta de líquidos.

**Orina oscura:** de moderadamente comprometido se mantiene a levemente comprometido, como se ha mejorado la ingesta de líquidos la orina se observa más clara.

<b>Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)</b>						
Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas. N O C pag. 502						
<b>Escala Diana</b>	1.- gravemente comprometido 2.- sustancialmente comprometido 3.- moderadamente comprometido 4.- levemente comprometido 5.- no comprometido					
<b>Código</b>	<b>Indicadores</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
110103	Elasticidad		x	▲		
110113	Integridad de la piel		x		▲	
110106	Transpiración		x	▲		
Puntuación. Diana. Mantener a <u>6</u> aumentar a <u>10</u>						

**X Mantener**

**▲ Aumentar**

En la integridad tisular de piel y mucosas se evalúa.

**Elasticidad:** de sustancialmente comprometido se mantiene a moderadamente comprometido, con la plática de los beneficios del tomar agua la usuaria ya no siente reseca la piel y con la ayuda de cremas hidratantes.

**Integridad de la piel:** de sustancialmente comprometido se mantiene a levemente comprometido, con la edad la piel cambia de textura todos esos factores que influyen se le comenta a la usuaria.

**Transpiración:** de sustancialmente comprometido se mantiene a moderadamente comprometido, con los movimientos más seguidos por la usuaria hacer que sude más y tenga mejor transpiración.

Después de informarle a la paciente la importancia y beneficio de tomar agua se realizó una evaluación de hidratación la puntuación diana en la valoración era de 7 con la planeación y ejecución de enfermería se mantiene a 12 e Integridad tisular: piel y membranas mucosas de 6 a 10. El cual el cual se cumplió satisfactoriamente.

**VALORACIÓN**

**Sistema de enfermería:** parcialmente compensatorio

**Dominio:** II eliminación e intercambio

**Clase:** I función urinaria

**pág.:** 91

**NECESIDAD ALTERADA: PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LO PROCESOS DE ELIMINACIÓN URINARIA Y FECAL**

**Datos significativos:**

No presenta problemas al evacuar, las características de las heces es de color normal semipastosa, presenta dificultad para orinar, la micción es de 3 a 4 veces al día de color ámbar cuando toma agua.

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA**

**Código:** 00016      **Etiqueta Diagnóstica:** *deterioro de la eliminación urinaria*

**Definición:** Trastorno de la eliminación urinaria

**Diagnóstico de Enfermería Real:**

Deterioro de la eliminación urinaria *relacionado con* Multicausalidad, *manifestado por*, Vacilación, disuria, frecuencia.

**N O C: Resultados de enfermería:**

<b>Continencia urinaria (0502)</b>						
Control de la eliminación urinaria de la vejiga. N O C pag. 331						
<b>Escala Diana</b>	1.- gravemente comprometido 2.- sustancialmente comprometido 3.- moderadamente comprometido 4.- levemente comprometido 5.- no comprometido					
<b>Código</b>	<b>Indicadores</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
050208	Capaz de comenzar e interrumpir el chorro de la orina		x	▲		
050209	Vaciar la vejiga completamente		x		▲	
050219	Identificar medicaciones que interfieren en el control urinario	x				▲
Puntuación diana: mantener <u>5</u> aumentar a <u>12</u>						

<b>Eliminación urinaria (0503)</b>						
Recogida y descarga de la orina. N O C pag. 416						
<b>Escala Diana</b>	1.-Ningún conocimiento 2.-conocimiento escaso 3.- conocimiento moderado 4.- conocimiento sustancial 5.- conocimiento extenso					
<b>Código</b>	<b>Indicadores</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
050303	Cantidad de orina		x	▲		
050307	Ingesta de líquidos		x	▲		
050304	Color de la orina		x	▲		
Puntuación diana: mantener <u>6</u> aumentar a <u>9</u>						

**X Mantener**

**▲ Aumentar**

## **PLANIFICACIÓN**

### **N I C: Intervenciones de Enfermería:**

**Código: 0620      *Intervención: cuidados de la retención urinaria*      pag. 241**

**Definición:** ayudar a aliviar la distensión de la vejiga

#### **Fundamento científico de la Intervención:**

La infección urinaria es una de las enfermedades infecciosas más frecuentes y la patología más común del tracto urinario. Su incidencia es mayor en la mujer, debido a lo corto de la uretra femenina y su proximidad anatómica con la vagina y el recto de ahí es la importancia que tiene. R. Susana, R. Eva, (2004).

#### **Accione de enfermería:**

- Estimular el reflejo de la vejiga aplicando frío en el abdomen, frotando la parte interior del muslo
- Disponer maniobra, presión manual sobre la vejiga para ayudar a eliminar la orina
- Enseñar al paciente a registrar la producción de urinaria
- Ayudar en el aseo a intervalos regulares

**Código: 0590      *Intervención: manejo de la eliminación urinaria*      pag. 512**

**Definición:** mantenimiento de un esquema de eliminación urinaria óptimo

#### **Fundamento científico de la Intervención:**

La sensación de ardor al orinar, es un signo clásico de una infección del tracto urinario, pero no es la única forma de saber si tiene una infección urinaria por eso es importante que el paciente conozca los signos y síntomas de una futura infección urinaria observando la consistencia, color, olor y frecuencia de la orina. R. Susana, R. Eva, (2004).



**Accione de enfermería.**

- Control periódicamente de la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, color, volumen y olor.
- Explicar al paciente los signos y síntomas de infección del tracto urinario
- Enseñar al paciente a responder inmediatamente a la urgencia de orinar
- Enseñar al paciente a beber un cuarto de líquidos de las comidas, entre las comidas y al anochecer.
- Enseñar al paciente en el aseo del are de genitales.

***EJECUCIÓN***

Fecha: 05-11-13

Durante la plática con la usuaria se le oriento en cuando la importancia de la eliminación urinaria. Estimular el reflejo de la vejiga aplicando frio en el abdomen, frotando la parte interior del muslo. Se le enseño ejercicios para relajar la vejiga.

Disponer maniobra, presión manual sobre la vejiga para ayudar a eliminar la orina. Se le explico la forma de hacer presión sobre el abdomen para eliminar por completo la orina de la vejiga como también se le enseño unos ejercicios.

Enseñar al paciente a registrar la producción de urinaria. Se informó a la usuaria la razón por la cual es importante tomar abundantes líquidos para evitar una infección a futuro.

Ayudar en el aseo a intervalos regulares. Se le dio a conocer la importancia que es el aseo de los genitales y realizarlo de la manera correcta.

Control periódicamente de la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, color, volumen y olor. Se le dio a conocer que consistencia de color

debe de ser la orina cuando se toma mucha agua y cuando no para que la usuaria no se asuste.

Explicar al paciente los signos y síntomas de infección del tracto urinario. Durante la plática junto con la usuaria se le dio a conocer e identificar los signos y síntomas de una futura infección urinaria y cuando acudir al médico.

Enseñar al paciente a responder inmediatamente a la urgencia de orinar. Se le informo la importancia que de ir al baño cuando lo requiere y no aguantarse las ganas y no dejarlo pasar hasta que se olvide.

Enseñar al paciente a beber un cuarto de líquidos de las comidas, entre las comidas y al anochecer. En medio de la plática se le dijo cuántos líquidos tomar de agua en cada comida y antes de irse a la cama y la importancia que se tiene.

### EVALUACIÓN

Fecha: 08-12-13

<b>Continencia urinaria (0502)</b>						
Control de la eliminación urinaria de la vejiga. N O C pag. 331						
<b>Escala Diana</b>	1.- gravemente comprometido 2.- sustancialmente comprometido 3.- moderadamente comprometido 4.- levemente comprometido 5.- no comprometido					
<b>Código</b>	<b>Indicadores</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
050208	Capaz de comenzar e interrumpir el chorro de la orina		x	▲		
050209	Vaciar la vejiga completamente		x	▲		
050219	Identificar medicaciones que interfieren en el control urinario	x			▲	
Puntuación diana: mantener <u>5</u> aumentar a <u>10</u>						

**Capaz de comenzar e interrumpir el chorro de la orina:** en la valoración se encontraba en sustancialmente comprometido se mantiene a moderadamente comprometido

**Vaciar la vejiga completamente:** de sustancialmente comprometido se mantiene a moderadamente comprometido, el cual le cuesta un poco de esfuerzo hacer esos reflejos.

**Identificar medicaciones que interfieren en el control urinario:** de gravemente comprometido se mantiene ha levemente comprometido, se le informo los factores que interfieren en el control urinario sin embargo la usuaria le falta algunas cosas para que tenga presente identificarlos.

<b>Eliminación urinaria (0503)</b>						
Recogida y descarga de la orina. N O C pag. 416						
<b>Escala Diana</b>	1.-Ningún conocimiento 2.-conocimiento escaso 3.- conocimiento moderado 4.- conocimiento sustancial 5.- conocimiento extenso					
<b>Código</b>	<b>Indicadores</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
050303	Cantidad de orina		x	▲		
050307	Ingesta de líquidos		x	▲		
050304	Color de la orina		x	▲		
Puntuación diana: mantener <u>6</u> aumentar a <u>9</u>						

**X Mantener**

**▲ Aumentar**

En la eliminación urinaria se evalúa.

**Cantidad de orina:** de conocimiento escaso se mantiene a conocimiento moderado, cumpliendo con lo establecido

**Ingesta de líquidos:** de conocimiento escaso se mantiene a conocimiento moderado, la usuaria sabe identificar cuanto líquido tomar.

**Color de orina:** de conocimiento escaso se mantiene a conocimiento moderado, con la plática la usuaria logra identificar el color de orina que debe de tener

Con la plática que se realizó junto con la usuaria se le hizo una evaluación de planificación y ejecución independientes de enfermería que se puso en marcha el cual en la valoración la puntuación Diana de continencia urinaria se mantenía en 5 y se aumentaría a 12, y de eliminación urinaria de 6 a 9, lo que significa que se está cumpliendo con el 90% de lo establecido.

## VALORACIÓN

**Sistema de enfermería:** parcialmente compensatorio

**Dominio:** IV Actividad/Reposo

**Clase:** IV respuesta cardiovascular/pulmonar

**pág.:** 136

### **NECESIDAD ALTERADA: VALORACIÓN DEL MANTENIMIENTO DE UN EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO**

#### **Datos significativos:**

Alteración en el patrón del sueño por salir a miccionar en las noches si toma mucha agua durante el día, refiere dolor en rodillas y tobillos, presenta dolor al palpar el área afectada, cuando visita a su hermana le lleva 15 minutos de camino de su casa a la de ella.

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

**Código:** 00092

**Etiqueta Diagnóstica:** *intolerancia a la actividad*

**Definición:** Insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

#### **Diagnóstico de Enfermería Real:**

Intolerancia a la actividad *relacionado con*, desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno, sedentarismo *manifestado por*, Molestar debido al esfuerzo, frecuencia cardíaca anormal en respuesta a la actividad, debilidad, fatiga.

#### **N O C. Resultados de enfermería:**

<b>Nivel de fatiga (0007)</b>						
Gravedad de la fatiga generalizada prolongada observada o descrita. N O C pag. 540						
<b>Escala Diana</b>	1.- gravemente comprometido 2.- sustancialmente comprometido 3.- moderadamente comprometido 4.- levemente comprometido 5.- no comprometido					
<b>Código</b>	<b>Indicadores</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
000701	Agotamiento		x		▲	
000711	Mialgia	x			▲	
000714	Malestar después del ejercicios	x			▲	
Puntuación diana: mantener <u>4</u> aumentar a <u>12</u>						

<b>Tolerancia a la actividad (0005)</b>						
Respuesta fisiológica a los movimientos que consume energía en las actividades diarias. N O C pag. 669						
<b>Escala Diana</b>	1.-Ningún conocimiento 2.-conocimiento escaso 3.- conocimiento moderado 4.- conocimiento sustancial 5.- conocimiento extenso					
<b>Código</b>	<b>Indicadores</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
000508	Esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad		x	▲		
000502	Frecuencia cardiaca en respuesta a la actividad		x	▲		
000510	Distancia de caminata		x		▲	
Puntuación diana: mantener <u>6</u> aumentar a <u>10</u>						

**X Mantener**

**▲ Aumentar**

## **PLANIFICACIÓN**

### **N I C: Intervención de enfermería**

**Código: 5612      Intervención: enseñanza: ejercicio      pag. 327**

**Definición:** preparar un paciente para que consiga y/o mantenga el nivel de actividad prescrito

#### **Fundamento científico de la Intervención:**

Los ejercicios son necesarios para mejorar la circulación y fortalecer los músculos. La movilización activa aumenta la masa, el tono y la fuerza de los músculos y mejora las funciones cardiacas y respiratorias. La movilización pasiva mejora la actividad articular y circulación. R. Susana, R. Eva, (2004).

#### **Accione de enfermería:**

- Informar al paciente del propósito y los beneficios de la actividad]/ejercicio.
- Enseñar al paciente a realizar la actividad/ejercicio.
- Enseñar al paciente a llevar un diario de ejercicios.
- Enseñar al paciente una buena postura y mecánica corporal.
- Ayudar al paciente a incorporar la actividad /ejercicios en la rutina diaria/estilo de vida.
- Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo.

**Código: 0200      Intervención: fomento del ejercicio      pag. 423**

**Definición:** facilitar regularmente la realización de ejercicio físico con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud

#### **Fundamento científico de la Intervención:**

La actividad, la movilidad y la flexibilidad son parte integrante del estilo de vida de la persona. Fomentando la sensación de control y autodeterminación del paciente se puede mejorar el cumplimiento de los programas de ejecución. Las ayudas

para la marcha deben utilizarse de manera correcta y segura, para prevenir lesiones y garantizar su eficacia. R. Susana, R. Eva, (2004).

#### **Accione de enfermería:**

- Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.
- Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuados a sus necesidades.
- Realizar los ejercicios con la persona si procede.
- Enseñar al paciente técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno.

### **EJECUCIÓN**

Fecha: 06-11-13

Se realizó conjuntamente con la paciente la formar y el propósito y los beneficios de practicar la actividad /ejercicio.

Informar al paciente del propósito y los beneficios de la actividad/ejercicio. Se le explico la usuaria la importancia que es practicar el ejercicio y que estimulan los músculos además que ayuda a la circulación y al corazón y todos los beneficios.

Enseñar al paciente a realizar la actividad/ejercicio. Se le informo que para empezar es con una caminata mínimo de 30 minutos en lo que el cuerpo se acostumbra.

Enseñar al paciente una buena postura y mecánica corporal. Se le informo que cuando realice ejercicio debe de mantener una buena postura para evitar lesiones en cualquier parte del cuerpo.

Ayudar al paciente a incorporar la actividad /ejercicios en la rutina diaria/estilo de vida. En la plática se le informo que una buena forma de empezar a realizar ejercicio puede ser con limpiar la casa, barrer el piso, trabajar en el jardín e inclusive bailar sin salir fuera de la casa.



Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio. Junto con la usuaria se le animo a realizar el ejercicio y de nuevamente se le dijo la importancia que y beneficios que tiene.

Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuados a sus necesidades. Durante la plática con la usuaria se realizó las actividades de acuerdo a sus propias necesidades ella decía que cosas le facilitaban y con eso organizar un programa.

Enseñar al paciente técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno. Se realizó conjuntamente con la usuaria la técnica correcta de respiración cuando se está haciendo ejercicio y durante la actividad.

### EVALUACIÓN

Fecha: 09-12-13

<b>Nivel de fatiga (0007)</b>						
Gravedad de la fatiga generalizada prolongada observada o descrita. N O C pag. 540						
<b>Escala Diana</b>	1.- gravemente comprometido 2.- sustancialmente comprometido 3.- moderadamente comprometido 4.- levemente comprometido 5.- no comprometido					
<b>Código</b>	<b>Indicadores</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
000701	Agotamiento		x		▲	
000711	Mialgia	x		▲		
000714	Malestar después del ejercicios	x	▲			
Puntuación diana: mantener <u>4</u> aumentar a <u>9</u>						

En la diagnostico intolerancia a la actividad física se evalúa los siguientes puntos.

**Agotamiento:** de sustancialmente comprometido se mantiene a levemente comprometido, después que se le informo a la usuaria como hacer ejercicio y que ejercicios hacer aún se fatiga un poco pero si práctica el ejercicio.

**Mialgia:** de gravemente comprometido se mantiene a moderadamente comprometido, le duele todavía un poco sus músculos a pesar de practicar el ejercicios de la manera más moderada.

**Malestar después del ejercicio:** de gravemente comprometido se mantiene a sustancialmente comprometido, aún tiene molestar después del ejercicio

<b>Tolerancia a la actividad (0005)</b>						
Respuesta fisiológica a los movimientos que consume energía en las actividades diarias. N O C pag. 669						
<b>Escala Diana</b>	1.-Ningún conocimiento 2.-conocimiento escaso 3.- conocimiento moderado 4.- conocimiento sustancial 5.- conocimiento extenso					
<b>Código</b>	<b>Indicadores</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
000508	Esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad	x	▲			
000502	Frecuencia cardiaca en respuesta a la actividad		x	▲		
000510	Distancia de caminata		x		▲	
Puntuación diana: mantener <u>5</u> aumentar a <u>9</u>						

### **X Mantener**

### **▲ Aumentar**

En tolerancia a la actividad se evalúa los siguientes puntos.

**Esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad:** Ningún conocimiento se mantiene a conocimiento escaso, a pesar de las pláticas impartida con la usuaria y de enseñarle la técnica de respiración le falta un poco.

**Frecuencia cardiaca en respuesta a la actividad:** conocimiento escaso se mantiene a conocimiento moderado.

**Distancia de caminata:** conocimiento escaso se mantiene a conocimiento sustancial. La usuaria tiene los conocimientos específicos del porque el ejercicio.

Después de platicar con la usuaria e informarle los beneficios que tiene hacer ejercicio y poner en marcha la ejecución, en el tercer paso que es la planificación la puntuación Diana se mantenía a 4 en nivel de fatiga, aumentando a 12, intolerancia a la actividad de 6 a 10 el cual se ha logrado un 60 % en las actividades que hace.

---

## VALORACIÓN

**Sistema de enfermería:** parcialmente compensatorio

**Dominio:** II Nutrición

**Clase:** IV Metabolismo

**pág.:** 81

**NECESIDAD ALTERADA: MANTENIMIENTO DE UNA INGESTA SUFICIENTE DE ALIMENTOS**

**Datos significativos:**

No presenta problemas al evacuar, las características de las heces son de color normal semipastosa

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

***Código: 00179 Etiqueta Diagnostica: riesgo de nivel de glucemia inestable***

**Definición:** Riesgo de variación de los límites normales de los niveles de glucosa/azúcar

**Diagnóstico de riesgo de Enfermería:**

Riesgo de nivel de glucemia inestable relacionado con, conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes.

**N O C: Resultados de enfermería**

<b>Autocontrol de la diabetes (1619)</b>						
Acciones personales para controlar la diabetes mellitus, su tratamiento y para prevenir el proceso de la enfermedad. N O C pag. 184						
<b>Escala Diana</b>	1.- gravemente comprometido 2.- sustancialmente comprometido 3.- moderadamente comprometido 4.- levemente comprometido 5.- no comprometido					
<b>Código</b>	<b>Indicadores</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
161938	Sigue practicas preventivas de cuidado de los pies		x		▲	
161913	Trata los síntomas de hiperglucemia	x			▲	
161919	Controla los niveles de glucosa	x			▲	
Puntuación diana: mantener <u>4</u> aumentar a <u>12</u>						

<b>Conocimiento control de la diabetes (1820)</b>						
Grado de comprensión transmitida sobre la diabetes mellitus, su tratamiento y la prevención de complicaciones. N O C pag. 268						
<b>Escala Diana</b>	1.-Ningún conocimiento 2.-conocimiento escaso 3.- conocimiento moderado 4.- conocimiento sustancial 5.- conocimiento extenso					
<b>Código</b>	<b>Indicadores</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
182002	Papel de la nutrición en el control de la glucemia		x		▲	
182012	Valores límites de glucemias	x				▲
Puntuación diana: mantener <u>3</u> aumentar a <u>9</u>						

**X Mantener**

**▲ Aumentar**

---

## PLANIFICACIÓN

### **N I C: Intervenciones de enfermería:**

**Código: 5246    Intervención: asesoramiento nutricional    Pag. 159**

**Definición:** utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificar la dieta

### **Fundamento científico de la Intervención:**

El asesoramiento nutricional permite identificar riesgos dietarios y otros datos relacionados, con la salud. Ofrece al participante la oportunidad de realizar mejoras a su salud, adquiriendo conocimiento, destrezas y confianza para que alcance las metas de salud personal establecidas por el. R. Susana, R. Eva, (2004).

### **Accione de enfermería:**

- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.
- Proporcionar información acerca de las necesidades de modificación de la dieta por razones de salud.
- Determinar el conocimiento por parte del paciente los cuatro grupos alimenticios básicos así como la percepción de la necesaria modificación de la dieta.
- Determinar actitudes y creencias acerca de la comida, el comer y el cambio nutricional necesario del paciente.

**Código: 1100    Intervención: manejo de la nutrición    pag.526**

**Definición:** ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos

### **Fundamento científico de la Intervención:**

Es importante interrogar al paciente de acuerdo a las necesidades que tenga en cuanto a la dieta y cuanto come, para saber las calorías que necesita y poder satisfacer sus necesidades en cuanto a su IMC. R. Susana, R. Eva, (2004).

**Accione de enfermería:**

- Preguntar al paciente si tiene alergia algún alimento.
- Proporcionar un sustituto del azúcar, cuando suele oportuno.
- Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente según su caso.
- Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.

**EJECUCIÓN**

Fecha: 06-11-13

Mediante la plática se determinó la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. Se le informo a la usuaria la importancia de los alimentos y beneficios que se tiene en cuando a su salud.

Proporcionar información acerca de las necesidades de modificación de la dieta por razones de salud. Se le dio a conocer la importancia de modificar su tipo d alimentación y evitar cifras altas de glucosa.

Determinar el conocimiento por parte del paciente los cuatro grupos alimenticios básicos así como la percepción de la necesaria modificación de la dieta. Se le dio a conocer los 4 grupos de alimentación y como sustituirlo en la dieta de acuerdo a sus necesidades y su importancia que se tiene.

Determinar actitudes y creencias acerca de la comida, el comer y el cambio nutricional necesario del paciente. Se le explico los mitos que hay de la comida en ciertos alimentos y se le explico la razón por la cual no darles importancia.

Se preguntó al paciente si tiene alergia algún alimento para así evitar consumirlo.

Proporcionar un sustituto del azúcar. En la plática se le comento que existen sustitutos de azúcar que pueden emplear cuando sea necesario.

Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente según su caso. La paciente desde un principio informo que necesitaba una dieta dependiendo de sus necesidades económicas la cual se le proporción la información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.

### EVALUACIÓN

Fecha: 09-12-13

<b>Autocontrol de la diabetes (1619)</b>						
Acciones personales para controlar la diabetes mellitus, su tratamiento y para prevenir el proceso de la enfermedad. N O C pag. 184						
<b>Escala Diana</b>	1.- gravemente comprometido 2.- sustancialmente comprometido 3.- moderadamente comprometido 4.- levemente comprometido 5.- no comprometido					
<b>Código</b>	<b>Indicadores</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
161938	Sigue practicas preventivas de cuidado de los pies		x		▲	
161913	Trata los síntomas de hiperglucemia	x			▲	
161919	Controla los niveles de glucosa	x			▲	
Puntuación diana: mantener <u>4</u> aumentar a <u>12</u>						

En el diagnóstico de riesgo de nivel de glicemia inestable se evalúan los siguientes puntos.

**Sigue prácticas preventivas de cuidado de los pies:** sustancialmente comprometido se mantiene a levemente comprometido, identificando como cuidarse y la higiene en los pies.

**Trata los síntomas de hiperglucemia:** gravemente comprometido se mantiene a levemente comprometido, sabe reconocer los síntomas de una hiperglucemia y cuando acudir al médico.



**Controla los niveles de glucosa:** de gravemente comprometido se mantiene ha levemente comprometido, sabe que comer y cuando comer con ayuda de las pláticas impartidas.

<b>Conocimiento control de la diabetes (1820)</b>						
Grado de comprensión transmitida sobre la diabetes mellitus, su tratamiento y la prevención de complicaciones. N O C pag. 268						
<b>Escala Diana</b>	1.-Ningún conocimiento 2.-conocimiento escaso 3.- conocimiento moderado 4.- conocimiento sustancial 5.- conocimiento extenso					
<b>Código</b>	<b>Indicadores</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
182002	Papel de la nutrición en el control de la glucemia		x		▲	
182012	Valores límites de glucemias	x				▲
Puntuación diana: mantener <u>3</u> aumentar a <u>9</u>						

Conocimientos control de la diabetes se evalúa.

### **X Mantener**

### **▲ Aumentar**

**Papel de la nutrición en el control de la glucemia:** conocimientos escasos se mantiene a conocimientos sustancial, sabe llevar una dieta en cuanto a su enfermedad.

**Valores límites de la glucosa:** de ningún conocimiento se mantiene a conocimiento extenso, sabe identificar las cifras normales de la glucosa.

Con la realización de las acciones de enfermería la puntuación Diana en la planificación de autocontrol de la Diabetes se mantenía en 4 el cual se aumentaría en 12 y de conocimiento control de la Diabetes de 5 aumentar a 13, se está logrado satisfactoriamente los resultados, dándole a conocer e identificar las complicaciones y como cuidarse.

## VALORACIÓN

**Sistema de enfermería:** apoyo educativo

**Dominio:** IV Actividad/Reposo

**Clase:** V Autocuidado

**pág.:** 150

**NECESIDAD ALTERADA: PROMOCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL DESARROLLO HUMANO, POTENCIAL HUMANO, LIMITACIONES CONOCIDAS Y EL DESEO DE SER NORMAL**

**Datos significativos:**

Presenta problemas de concentración, se le olvida tomar los fármacos, no ha recibido pláticas de su enfermedad, acude al médico de 4 a 6 meses, conoce muy poco de su enfermedad.

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

***Código 00182 Etiqueta diagnóstica: Disposición para mejorar el autocuidado***

**Definición:** Patrón de realización de actividades por parte de la propia persona que le ayuda alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que pueden ser reforzados.

**Diagnóstico de salud de Enfermería:**

Disposición para mejorar el autocuidado *manifestado por*, Expresa deseos de aumentar el conocimiento de estrategias para el autocuidado. Manifiesta deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad, tratamiento, prevención de secuelas.

**N O C. Resultados de enfermería**

<b>Conducta de búsqueda de salud (1603)</b>						
Acciones personales para fomentar el bienestar la recuperación y la rehabilitación óptimas. N O C pag. 241						
<b>Escala Diana</b>	1.- gravemente comprometido 2.- sustancialmente comprometido 3.- moderadamente comprometido 4.- levemente comprometido 5.- no comprometido					
<b>Código</b>	<b>Indicadores</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
160305	Realiza actividades de la vida diaria compatibles con su tolerancia		x		▲	
160316	Busca ayuda de familiares cuando es necesario		x		▲	
160301	Hace preguntas		x			▲
Puntuación diana: mantener <u>6</u> aumentar a <u>13</u>						

<b>Autocontrol de la diabetes (1619)</b>						
Acciones personales para controlar la diabetes mellitus, su tratamiento y para prevenir el progreso de la enfermedad. N O C pag. 184						
<b>Escala Diana</b>	1.-Ningún conocimiento 2.-conocimiento escaso 3.- conocimiento moderado 4.- conocimiento sustancial 5.- conocimiento extenso					
<b>Código</b>	<b>Indicadores</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
161911	Controla el nivel de glucosa en sangre		x		▲	
161917	Utiliza medidas preventivas para reducir complicaciones		x			▲
161921	Sigue nivel de actividad		x		▲	
Puntuación diana: mantener <u>6</u> aumentar a <u>13</u>						

**X Mantener**

**▲ Aumentar**

---

## **PLANIFICACIÓN**

### **N I C: Intervenciones:**

**Código: 5602 Intervención: Enseñanza proceso de la enfermedad pag. 354**

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

### **Fundamento científico de la Intervención:**

Enseñar y aprender es un proceso dinámico, Prestar atención en algo, es un proceso selectivo que depende de nuestros intereses particulares y de nuestra disposición para hacerlo, y con mayor enfoque al paciente, que identifique las alarmas de su enfermedad y los cambios posibles en un futuro. R. Susana, R. Eva, (2004).

### **Accione de enfermería:**

- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionados con el proceso de la enfermedad.
- Proporcionar información al paciente acerca de su enfermedad.
- Comentar los cambios en el estilo de vida que pueden ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de la enfermedad.
- Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas de los que debe informarse.

**Código: 5618 Intervención: Enseñanza: procedimiento/tratamiento pag. 353**

**Definición:** preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento prescrito

### **Fundamento científico de la Intervención:**

Buscar señales de advertencia de que tu paciente pueda necesitar una atención especial para seguir el régimen de tratamiento, se le proporciona información y

respuestas a todas las dudas que tenga el paciente, ayuda a que se aclaren sus dudas. R. Susana, R. Eva, (2004).

#### **Accione de enfermería:**

- Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento.
- Informar al paciente sobre la forma en la que puede ayudar en la recuperación.
- Proporcionar información sobre cuando y donde estarán disponibles las personas que puedan dar información acerca de la enfermedad
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discutan sus inquietudes.
- Explicar las necesidades de ciertos quipos para notificar los resultados obtenidos de cierta enfermedad.

### **EJECUCIÓN**

Fecha: 07-11-13

Conjunto con la paciente se evaluó el nivel actual de conocimientos del paciente relacionados con el proceso de la enfermedad el cual sabe pero no tiene los conocimientos profundos de la DM II.

Proporcionar información al paciente acerca de su enfermedad. Se le explico sobre la DM II al igual que sus consecuencias si no se cuida tambien se comentó los cambios en el estilo de vida que pueden ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de la enfermedad.

Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas de los que debe informarse. Se explicó cuando recurrir al médico si presenta ciertos signos y síntomas de hiperglucemia o hipoglucemia y se le dio a conocer casa uno de estos términos.

Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento. Durante la plática se le informo la importancia de tomarse los medicamentos como son y con el horario especifico y de no hacerlo que ocurre con la enfermedad.

Informar al paciente sobre la forma en la que puede ayudar en la recuperación. Se le informa que debe de cuidarse en cuanto a su dieta y de lo que come si no lo hace ella no lo hara nadie por ella por eso es ahí la importancia.

Proporcionar información sobre cuando y donde estarán disponibles las personas que puedan dar información acerca de la enfermedad. Se le dijo dónde puede recurrir si necesita información o si le surgen dudas de su enfermedad y donde se encuentran las personas con experiencias de este tema.

Explicar las necesidades de ciertos quipos para notificar los resultados obtenidos de cierta enfermedad. Se le dijo que existe equipo que nos sirve para saber los niveles de glucosa y como utilizarlos antes y después de cada alimento para saber en qué nivel se encuentra la glucosa.

### EVALUCION

Fecha: 09-12-13

En el diagnostico disposición para mejorar el autocuidado se evalúa.

<b>Conducta de búsqueda de salud (1603)</b>						
Acciones personales para fomentar el bienestar la recuperación y la rehabilitación óptimas. N O C pag. 241						
<b>Escala Diana</b>	1.- gravemente comprometido 2.- sustancialmente comprometido 3.- moderadamente comprometido 4.- levemente comprometido 5.- no comprometido					
<b>Código</b>	<b>Indicadores</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
160305	Realiza actividades de la vida diaria compatibles con su tolerancia		x		▲	
160316	Busca ayuda de familiares cuando es necesario		x		▲	
160301	Hace preguntas		x			▲
Puntuación diana: mantener <u>6</u> aumentar a <u>13</u>						

**Realiza actividades de la vida diaria compatibles con su tolerancia:** de sustancialmente comprometido se mantiene a levemente comprometido, la usuaria ha mejorado su rutina diaria y realiza actividades para seguir mejorando.

**Busca ayuda de familiares cuando es necesario:** de sustancialmente comprometido se mantiene a levemente comprometido, la usuaria busca información con sus familiares cuando ella no entiende algún problema

**Hace preguntas:** de sustancialmente comprometido se mantiene ha no comprometido, la usuaria ha comprendido que el hacer preguntas es una muy buena forma de informarse mejor.

<b>Autocontrol de la diabetes (1619)</b>						
Acciones personales para controlar la diabetes mellitus, su tratamiento y para prevenir el progreso de la enfermedad. N O C pag. 184						
<b>Escala Diana</b>	1.-Ningún conocimiento 2.-conocimiento escaso 3.- conocimiento moderado 4.- conocimiento sustancial 5.- conocimiento extenso					
<b>Código</b>	<b>Indicadores</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
161911	Controla el nivel de glucosa en sangre		x		▲	
161917	Utiliza medidas preventivas para reducir complicaciones		x			▲
161921	Sigue nivel de actividad		x		▲	
Puntuación diana: mantener <u>6</u> aumentar a <u>13</u>						

**X Mantener**

**▲ Aumentar**

Autocontrol de la diabetes se evalúa los siguientes puntos.

**Controla el nivel de glucosa en sangre:** de ningún conocimiento se mantiene en conocimiento sustancial, la usuaria no tenía conocimiento profundo de su enfermedad con las pláticas ha mejorado.

**Utiliza medidas preventivas para reducir complicaciones:** de ningún conocimiento se mantiene en conocimiento extenso, ha mostrado interés la usuaria en mejorar su estado de salud lo cual le pone empeño y dedicación en cuanto a las pláticas obtenidas.

**Sigue nivel de actividad:** de ningún conocimiento se mantiene en conocimiento sustancial, la usuaria sigue los niveles de actividad para mantener su salud estable.

Se cumplieron cada una de las intervenciones de enfermería a la fecha el paciente ha logrado tener más conocimientos en cuanto a su enfermedad, en la planeación se mantenía una puntuación Diana de conducta de búsqueda de salud de 6 aumentar a 13, autocontrol de la Diabetes de 6 aumentar a 13. Con las pláticas realizadas la usuaria es capaz de identificar y saber si algo ando mal en ella. Se cumple satisfactoriamente.



## 7 CONCLUSIONES

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

En el trabajo realizado con la paciente se obtuvieron resultados favorables en el autocuidado a través de la aplicación y ejecución de las actividades que se plantearon con la participación de la usuaria.

Los objetivos planteados se cumplieron un 90% que ayudo a poner en práctica la usuaria a mejorar su enfermedad.

Los cuidados de enfermería están sujetos al diagnóstico integral del usuario, se enfocaron principalmente en las necesidades prioritarias de la paciente por eso fue de gran importancia considerar cada una de sus acciones en función a los signos y síntomas y necesidades de atención a la usuaria.

Se interactuó con la usuaria, las enseñanzas fueron basadas en conocimientos científicos que nos permitió establecer una relación enfermera – usuario – familia, lo que la usuaria podrá aprender en el autocontrol basado en principios como: ingesta de líquidos, prevención de infecciones, alimentación, ejercicio y conocimientos profundos en cuanto a la diabetes.

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

## 8 SUGERENCIAS PARA EL PACIENTE DIABETICO

- ❖ Es importante que la familia que conozca la enfermedad que padece el paciente para recibir el apoyo necesario.
- ❖ Fomentar la participación de la familia y del paciente en el seguimiento del régimen terapéutico por parte del personal de salud capacitado en hospitales.
- ❖ Que el personal de salud realice campañas en medio de comunicación, que difundan la problemática de la Diabetes Mellitus, sus factores de riesgo, así como los fundamentos y prácticas de una alimentación y ejercicio saludable.
- ❖ Enfatizar la importancia del proceso enfermero en las aulas de clases y practicarlo antes de realizar la práctica clínica y de campo.
- ❖ Priorizar en la facultad de enfermería talleres y actividades dinámicas a través de la elaboración y presentación de casos clínicos desarrollando la metodología del proceso de enfermería a toda la comunicación estudiantil.

## 9 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alfaro-Lefevre, R. (2002). *Aplicacion del proceso enfermero.fomentar el cuidado en colaboracion*. España: Elsevier. (5º edición)

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2005). *Fundamentos de Enfermeria conceptos, proceso y práctica*. España: McGraw-Hill.Interamericana.

Marrinner, T. A., & Raile, A. M. (2003). *Modelos Y Teorias en Enfermeria*. España: Elsevier Science.

Potter, & perry. (2002). *Fundamentos de Enfermeria*. España: Harcourt/Oceano.

Rodríguez Sánchez, Bertha Alicia. (2001). *Proceso Enfermero*. Ediciones Cuellar. México

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

Rosales Barrera, Susana; Reyes Gómez, Eva 2002. *Fundamentos de enfermería* Editorial el Manual Moderno S. A. de C.V. 3ra Edición. México

Tomey Ann Marriner, Raile AlligooMartha. (2005) *Modelos y Teorías en Enfermería* quinta Edición

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

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

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

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

Manual de enfermería. (2002). Océano-centrum

Lic. Susana Rosales Barrera, Maestra Eva Reyes Gómez, Editorial el manual moderno, Fundamentos de Enfermería 3ra edición (2004)

### **PÁGINAS ELECTRÓNICAS**

Página de la Universidad Michoacana de san Nicolás de Hidalgo  
<http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/jspui/>

Fundación española del corazón. Dieta para diabético  
<http://www.fundaciondelcorazon.com/files/dieta-diabetes.pdf>

Libro de diabetes mellitus tipo II  
<http://books.google.com.mx/books?id=m8dcQYBF3UQC&pg=PR11&dq=diabetes+libros&hl=es&sa=X&ei=PT9xUqi5Kcbh2wWg8oGgCQ&ved=0CDYQ6AEwAA#v=onepage&q=diabetes%20libros&f=false>

Durán de Villalobos MM. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. Revista Aquichan (2005).

<http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermvol110408/Procesosdeatenciondeenfermeria1.htm>

Bello Fernández, NL. (2004) Módulo Proceso de Atención de Enfermería. Maestría en enfermería Material digitalizado.

<http://www.portalesmedicos.com/revista-medica/proceso-enfermero-diabetes-mellitus-caso-clinico/>

Kramer, Peter D. (2006).

<http://www.diabetesyendocrino.com/?gclid=CNvvvcyK5boCFUhk7AodIAMAuQ#!info.-para--paciente/vstc1=diabetes>

INEGI. *cuadratin.com.mx*. Recuperado el 11/noviembre/2013

<http://www.quadratin.com.mx/principal/9-de-cada-100-personas-resultan-positivo-en-la-prueba-de-diabetes-INEGI/>

Hernandez, L. marzo de 2010. Historia natural de la enfermedad

[http://3.bp.blogspot.com/\\_B0BY\\_n8tWns/SW664JFCdZI/AAAAAAAAABg/s-RnPZ9yvvdQ/s1600-h/historia+natural+diabetes+tipo+II.bmp](http://3.bp.blogspot.com/_B0BY_n8tWns/SW664JFCdZI/AAAAAAAAABg/s-RnPZ9yvvdQ/s1600-h/historia+natural+diabetes+tipo+II.bmp)

Berenice Resendiz: 2013 "DIABETES, BIENESTAR Y SALUD

<http://www.diabetesbienestarysalud.com/cuales-son-los-niveles-optimos-de-glucosa/>

INEGI MUNDIAL (2008)

<http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0C DIQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.inegi.org.mx%2Finegi%2Fcontenidos%2Fesp-anol%2Fprensa%2FContenidos%2Festadisticas%2F2010%2Fdiabetes0.doc&ei=K FlxUpO3L0O82gXXulGoBg&usg=AFQjCNF1Q3hAKa0OYocAOBqQfPxvkSAU9Q &bvm=bv.55617003,d.b2l>

INEGI Consejo Nacional de Población (2010). Indicadores demográficos básicos, 1990-2050.

[http://www.inegi.org.mx/sistemas/consulta\\_resultados/scince2010.aspx](http://www.inegi.org.mx/sistemas/consulta_resultados/scince2010.aspx)

Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] (2010). Diabetes tipo II.  
[http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Documents/000GER\\_Diabetes Mellitus.pdf](http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Documents/000GER_Diabetes Mellitus.pdf)

Organización Mundial de la Salud (2010). Día Mundial de la Diabetes.  
<http://www.worlddiabetesday.org/es>

Secretaría de Salud [SSA] (2003). Mensaje del doctor Julio Frenk Mora, Secretario de Salud, en la inauguración del 15° Congreso Nacional de la Federación Mexicana de Diabetes.  
[http://www.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala\\_noticias/discursos/2003-03-20-FEDERACION-MEXICANA-DE-DIABETES.htm](http://www.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/discursos/2003-03-20-FEDERACION-MEXICANA-DE-DIABETES.htm)

INEGI 2011 nivel estatal Michoacán Boletín de información estadística 2011. México: SSA.  
<http://timonel.mx/secciones/salud/item/9385-diabetes-crece-a-un-ritmo-del-32-en-michoac%C3%A1n#.UnFfbVO22eY>

Historia natural de la enfermedad Robins, Contran (1990), Whalex (1992), Nelson (1992), Harrison (1990)  
<http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/9110/Capitulo1.pdf>

## 10 GLOSARIO DE TERMINOS

**P. E:** proceso enfermero.

**ANA:** American Nursing Association (Asociación Americana de Enfermería).

**NANDA:** North, American, Nursing, Diagnosis, Association.

**HIPOGLUCEMIA:** Es una afección que ocurre cuando el nivel de azúcar en la sangre (glucosa) está demasiado bajo.

**Hiperglucemia:** El alto nivel de azúcar en la sangre se presenta cuando el cuerpo produce muy poca insulina o cuando no es capaz de usar dicha insulina de la manera apropiada. La insulina es una hormona que le ayuda al cuerpo a usar la glucosa (azúcar) como energía y es producida por el páncreas.

**Cardiopatía:** Es un estrechamiento de los pequeños vasos sanguíneos que suministran sangre y oxígeno al corazón.

**Arteriopatias:** Es una enfermedad de los vasos sanguíneos que lleva al estrechamiento y endurecimiento de las arterias que irrigan las piernas y los pies. El estrechamiento de los vasos sanguíneos lleva a una disminución de la circulación, lo cual puede lesionar nervios y otros tejidos.

**Poliuria:** El volumen urinario excesivo, cuya denominación médica es poliuria, se refiere a la emisión anormal de grandes cantidades de orina cada día.

**Polidipsia:** Es una sensación anormal de requerir siempre el consumo de líquidos.

**Polifagia:** deseo excesivo por alimento.

**Oculopatía:** enfermedad de los ojos.

**Neuropatía:** Es un daño a los nervios del cuerpo que ocurre debido a niveles altos de azúcar en la sangre por la diabetes.

**Vasculopatías:** es una enfermedad en la que la placa se acumula en las arterias que llevan sangre a la cabeza, los órganos y extremidades. La placa se compone de grasa, colesterol, calcio, tejido fibroso y otras sustancias de la sangre.

**DM I:** también conocida como diabetes juvenil o diabetes mellitus insulino dependiente, es una enfermedad autoinmune y metabólica caracterizada por una

destrucción selectiva de las células beta del páncreas causando una deficiencia absoluta de insulina.

**DM II:** es un trastorno metabólico crónico que resulta de defectos en la secreción pancreática de insulina y la acción de ésta en los tejidos periféricos.

**CTG:** curva de tolerancia a la glucosa.

**Nivel sérico:** Relativo o perteneciente al suero.

**Glucosa:** La glucosa es un carbohidrato, y es el azúcar simple más importante en el metabolismo humano. La glucosa se llama un azúcar simple o un monosacárido, porque es una de las unidades más pequeñas que tiene las características de esta clase de hidratos de carbono.

**Obesidad:** tener un exceso de grasa en el cuerpo.

**Insulina:** La insulina es una hormona en el cuerpo, necesaria para que los alimentos sean convertidos en energía. Al igual que todas las hormonas, la insulina es producida por una glándula (órgano), en este caso el páncreas. Específicamente, la insulina es producida por ciertas células en el páncreas llamadas células beta. Su cuerpo utiliza la insulina para llevar el azúcar (glucosa) obtenida del alimento desde el flujo sanguíneo hasta las células en todo el cuerpo, que luego utilizan el azúcar para crear energía.

**Células beta:** Las células beta producen insulina, necesaria para el metabolismo de la glucosa en el cuerpo.

**Cetoacidosis:** se presenta cuando el cuerpo no puede usar el azúcar (glucosa) como fuente de energía, debido a que no hay insulina o ésta es insuficiente. En lugar de esto, se utiliza la grasa para obtener energía.

**Retinopatías diabética:** dañar los ojos, puede causarles daño a los pequeños vasos sanguíneos de la retina, la parte posterior del ojo.

**Dermopatía:** son máculas hiperpigmentadas atróficas localizadas en la tibia de pacientes con diabetes.

**Apatía:** es la falta de emoción, motivación o entusiasmo, en el que un individuo no responde a aspectos de la vida emocional, social o física.

**Vértigo:** Sensación de miedo a perder el equilibrio, semejante a un mareo, que se experimenta en lugares elevados o por trastornos orgánicos.



**Diaforesis:** se referirse a una excesiva sudoración, que puede ser normal.

**Letargo:** es un estado de somnolencia prolongada causada por ciertas enfermedades.

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

**Parálisis:** la pérdida de las funciones musculares en parte de su cuerpo. Ocurre cuando algo funciona mal en la transmisión de los mensajes entre el cerebro y los músculos.

**Prurito:** Es un hormigueo o irritación de la piel que provoca el deseo de rascarse en el área afectada. El prurito o picazón puede ocurrir en todo el cuerpo o solamente en un lugar.

**Taquicardia:** Es un latido cardíaco rápido que se inicia en los ventrículos.

**Taquipnea:** consiste en un aumento de la frecuencia respiratoria por encima de los valores normales (>20 inspiraciones por minuto).

**Angiopatía:** Es una afección neurológica en la cual las proteínas llamadas amiloides se acumulan en las paredes de las arterias cerebrales. Esta afección incrementa el riesgo de accidente cerebrovascular hemorrágico y demencia.

**Autocuidado:** Practica de actividades que los individuos realizan de manera voluntaria e intencionada a favor de su propio beneficio para la conservación de su vida salud y bienestar.

**Factores Condicionantes básicos:** Son las características de los individuos que incluyen propiedades específicas las cuales son afectadas por factores ambientales y humanos.

**Requisitos de autocuidado universal:** Representan las acciones humanas que se producen a través de las condiciones internas y externas, que mantienen la estructura y el funcionamiento humano.

**Requisitos de desarrollo:** Son las expresiones más específicas y particulares de la persona que se derivan de una condición o están asociadas a un acontecimiento de la vida.

**Requisitos de autocuidado en la desviación de la salud:** Son los que existe para personas que están enfermas o lesionadas.

**Agente de cuidado dependiente:** persona madura que reconoce requisitos de autocuidado a los que no puede responder por sí mismo.

**Agencia de autocuidado:** Acto de conocer y realizar acciones para el cuidado de la salud de forma deliberada.

**Agente de cuidado terapéutica:** Lo representa la enfermera cuando entra en acción cuando la persona genera demandas de autocuidado terapéutico es decir cuando sabe que requiere un tratamiento por parte de una persona con conocimientos específicos de salud.

**Déficit de autocuidado:** Se refiere a la relación entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico.

#### **Supuestos Paradigmas:**

**Persona:** Unidad sustancial cuyas partes están formadas para la perfección y tiende a diferenciarse de otros durante todo su proceso de desarrollo.

**Salud:** Es el estado de integridad y bienestar de la persona durante su crecimiento y desarrollo.

**Entorno:** Implica las condiciones ambientales psicológicas y físicas que motivan a la persona a reorientar su conducta hacia las prácticas de salud.

**Teoría de sistemas:** Es una serie continua de acciones cuando las enfermeras vinculan su ayuda a las capacidades de las personas para regular sus acciones de autocuidado.

**Apoyo educativo:** Dejar hacer al otro.

**Parcialmente compensatorio:** Hacer con el otro.

**Totalmente compensatorio:** Hacer por el otro.

## 11 ANEXOS

## RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

DATOS SIGNIFICATIVOS (Evidencia)	ANÁLISIS DEDUCTIVO Dominio, Clase, requisito de autocuidado involucrados	PROBLEMA Etiqueta diagnóstica NANDA II  P	FACTOR RELACIONADO Etiología  E	MANIFESTACIONES Signos y Síntomas  S
<p>Ingiere de 300 a 500 ml. De agua purificada al día, por las noches toma 250 ml de café, mucosas orales secas, cuando toma mucha agua refiere le dan ganas de ir al baño con frecuencia, pero cuando no ingiere muchos líquidos va de 3 a 4 veces al día al baño y refiere que le da dolor al momento de miccionar cuando toma poca agua.</p>	<p><b>Dominio:</b> II Nutrición <b>Clase:</b> V Hidratación <b>Pág.:</b> 84</p> <p><b>MANTENIMIENTO DE APOORTE SUFICIENTE DE AGUA</b></p>	<p>00027 Déficit de volumen de líquidos</p>	<p>Perdida activa del volumen de líquidos</p>	<p>Sequedad de las membranas mucosas, sequedad de piel, disminución del turgor de la piel, disminución de la diuresis, aumento de concentración de la orina</p>

<p>Peso 74 kg, talla 1.45 cm, IMC 35, su dieta es sin restricciones, come de todo un poco, como no sabe que comer con la diabetes que tiene.</p>	<p><b>Dominio:</b> II Nutrición <b>clase:</b> IV Metabolismo <b>pág.:</b> 81 <b>MANTENIMIENTO DE UNA INGESTA SUFICIENTE DE ALIMENT</b></p>	<p>00179 riesgo de nivel de glucemia inestable</p>	<p>Conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes, pérdida de peso.</p>	<p>Pérdida de peso, falta de alimento.</p>
<p>No presenta problemas al evacuar, las características de las heces es de color normal semipastosa.</p>	<p><b>Dominio:</b> II eliminación intercambio <b>clase:</b> I función urinaria <b>pág.:</b> 91 <b>PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS ELIMINACIÓN URINARIA FECAL</b></p>	<p>00016 deterioro de la eliminación urinaria</p>	<p>Multicausalidad</p>	<p>Vacilación, disuria Frecuencia.</p>

<p>Alteración en el patrón del sueño por salir a miccionar en las noches si toma mucha agua durante el día, refiere dolor en rodillas y tobillos, presenta dolor al palpar el área afectada, cuando visita a su hermana le lleva 15 minutos de camino de su casa a la de ella.</p>	<p><b>Dominio:</b> IV Actividad/Repos <b>clase:</b> IV respue cardiovascular/pulmonar <b>pág.: 136</b></p> <p><b>VALORACIÓN DEL MANTENIMIENTO DE UN EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO</b></p>	<p>00092 intolerancia a la actividad</p>	<p>Desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno, sedentarismo.</p>	<p>Molestar debido al esfuerzo, frecuencia cardiaca anormal en respuesta a la actividad, malestar debido al esfuerzo, debilidad, fatiga.</p>
<p>Presenta problemas de concentración, se le olvida tomar los fármacos. No ha recibido pláticas de su enfermedad, acude al médico de 4 a 6 meses. Conoce muy poco de su enfermedad.</p>	<p><b>Dominio:</b> IV Actividad/Repos <b>clase:</b> V Autocuidado <b>pág.: 150</b></p> <p><b>PROMOCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL DESARROLLO HUMANO, POTENCIAL HUMANO, LIMITACIONES CONOCIDAS Y EL DESEO DE SER NORMAL.</b></p>	<p>00182 disposición para mejorar el autocuidado</p>		<p>Expresa deseos de aumentar el conocimiento de estrategias para el autocuidado, manifiesta deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad, tratamiento, prevención de secuela.</p>

**CLASIFICACION DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES EN OBJETIVOS Y  
SUBJETIVOS.**

<b>1.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE.</b>	
Frecuencia cardiaca 72 x'	No fuma
Frecuencia respiratoria 16 x'	No cocina con leña
Llenado capilar de 2 segundos	No alergias
<b>2.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA</b>	
Mucosa oral se observan secas	Ingiere de 300 a 500ml de agua purificada al día.
Turgencia de la piel es normal	Por las noches toma café 250ml
Temperatura de 36.5	
<b>3.- MANTENIMIENTO DE UNA INGESTA SUFICIENTE DE ALIMENTOS</b>	
Peso 74 kg	Refiere que ha bajado de peso de hace unos años hasta la actualidad 4-6 kg
Talla 1.45 cm	Presenta polifagia de vez en cuando
IMC 35.2	Come 3 veces al día
Dentadura completa solo puente fijo de enfrente	Su dieta es sin restricciones consume Muy poca leche, carne cereal. Come regularmente verduras, frutas, huevos, carne de pescado pastas y harinas.
Peristaltismo normal	

**4.- PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN URINARIA Y FECAL.**

	<p>No presenta problemas al evacuar</p> <p>Las características de las heces es de color normal semipastosa</p> <p>Presenta dificultad para orinar</p> <p>La micción es de 4 a 5 veces al día de color ámbar cuando toma agua</p>
--	--

**5.- VALORACIÓN DEL MANTENIMIENTO DE UN EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO.**

<p>Presenta quejido de dolor al palpar el área afectada</p>	<p>Duerme 8 horas</p> <p>Se despierta descansado</p> <p>Sin dificultad para dormir</p> <p>Con alteración en el patrón del sueño por salir a mocionar en las noches</p> <p>Refiere que ronca por las noches</p> <p>Realiza siestas en el día con duración de 20 a 30 minutos</p> <p>Refiere dolor en rodillas y tobillos</p> <p>Cuando aseos el aseo de su casa le duele la cadera</p> <p>Cuando visita a su hermana le lleva 15 minutos de camino de su casa a la de ella</p>
---	---

<b>6.-MANTENIMIENTO DE UN EQUILIBRIO ENTRE LA INTERACCIÓN SOCIAL Y LA SOLEDAD</b>	
Utiliza lentes de vez en cuando	Presenta problemas de audición en los dos oídos más del lado izquierdo
Es introvertida sin alteraciones en la audición	Refiere acufenos de vez en cuando
La relación con sus familiares es buena convive diariamente con sus familiares	Presenta problemas ocular, (miopía)
Recurre a su hijo cuando le pasa algo	
<b>7.- PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO</b>	
Esta consiente	Presenta problemas de concentración, se le olvida tomar los fármacos
Por parte de la mama diabética e hipertensa	No implementa medidas de seguridad para su familia
<b>8.- PROMOCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL DESARROLLO HUMANO, POTENCIAL HUMANO, LIMITACIONES CONOCIDAS Y EL DESEO DE SER NORMAL.</b>	
Acude al médico de 4 a 6 meses	Se acepta en su estado de salud físico
Conoce muy poco de su enfermedad	De niñez recuerda que le dio tipo idea
	No ha recibido platicas de su enfermedad



**VALORACIÓN CON EL REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM**

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO

FACULTAD DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DE CELAYA

MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

GUIA DE VALORACION

(DOROTHEA ELIZABETH OREM)

**FACTORES CONDICIONANTES BASICOS**

Descriptivos de la persona:

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Fem ( ) Mas Edad: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_ Edo civil: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Lugar de residencia: \_\_\_\_\_

Domicilio actual (calle número, colonia): \_\_\_\_\_

Características de la vivienda:

Adobe: \_\_\_\_\_ Ladrillo: ( ) Otros: \_\_\_\_\_

Cuenta con los servicios básicos de vivienda:

Agua Potable: ( ) Luz Eléctrica: ( ) Drenaje: ( )

Pavimentación: ( )

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios básicos:

Alumbrado público: ( ) Recolección de basura: ( )

Drenaje y alcantarillado: ( )

Rol que ocupa en la familia:

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

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

Como es su relación con la familia:

Buenas: ( ) Regular: ( ) Mala: ( )

Nivel de educación:

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

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

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

Antecedentes laborales: \_\_\_\_\_

Ingreso económico familiar:

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

Dependencia económica: Si ( ) No ( )

De quien: Padres ( ) Esposa/o ( ) Otros: \_\_\_\_\_

*a) Patrón de vida.*

¿Qué actividades recreativas realiza en sus tiempos libres?

Sociales ( ) Culturales ( ) Deportivas ( ) Religiosas ( )

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

¿Qué hace usted para cuidarse: \_\_\_\_\_

*b) Estado del sistema de salud*

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno ( ) Regular ( ) Deficiente ( )

¿A qué servicios de salud acude usted regularmente?

IMSS ( ) ISSSTE ( ) SALUBRIDAD ( ) PARTICULAR ( )

Diagnostico medico: \_\_\_\_\_

Estado de salud: Grave: ( )      Delicado ( )      Estable: ( )

Valorar la existencia de recursos disponibles para la atención a clientes:

\_\_\_\_\_

c) Estado del desarrollo

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

Si ( )                      No ( )

Cuáles son los factores que afectan la toma de decisiones

\_\_\_\_\_

¿Quién autoriza su tratamiento médico?

\_\_\_\_\_

### REQUISITOS DE AUTO CUIDADO UNIVERSALES

a) *Mantenimiento del aporte suficiente de aire.*

**Frecuencia respiratoria:** \_\_\_\_\_ llenado capilar: \_\_\_\_\_

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

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

¿Cocina con leña?

Si ( ) No ( ) Cuanto tiempo: \_\_\_\_\_

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

Tipo de respiración:

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

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

**Nariz:**

Desviación del tabique: ( ) Pólipos: ( ) Secreciones: ( ) Dolor: ( )

Edema: ( ) Otros: \_\_\_\_\_

**Tórax:**

Tonel: ( ) En quilla ( ) En embudo: ( )

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

**Ruidos respiratorios:**

Estertores: ( ) Sibilancias: ( ) Murmullo vesicular: ( )

Padece alguna enfermedad pulmonar:

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

**Cardiovascular:**

T/A: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ Soplos: ( ) Arritmias: ( )

Otras alteraciones: \_\_\_\_\_

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta disnea:

Si: ( ) No: ( )

Apoyo ventilatorio: \_\_\_\_\_

*b) Mantenimiento de aporte de agua suficiente:*

Valorar datos de deshidratación.

**Mucosa oral:**

Seca: ( ) Hidratada: ( )

**Piel:**

Seca: ( )      Escamosa: ( )      Normal: ( )

**Turgencia:**

Normal: ( )      Escamosa: ( )

Qué cantidad de agua ingiere usted al día:

300-500 ml ( )      500-1000 ml ( )      1500-2000 ml ( )      &gt; a 2000 ml ( )

De donde proviene el agua que consume:

Llave publica ( )      Pipa: ( )      Entubada: ( )      Garrafón: ( )

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

Utiliza algún método para planificar el agua:

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

Ingiere algún otro tipo de líquido durante el día:

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

Aporte de líquidos parenterales:

Especifique \_\_\_\_\_

*c) Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos*

Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ Cintura: \_\_\_\_\_

Ha observado variaciones del peso:

Si ( )      No ( )

Perdida: ( )      Ganancia: ( )

1-3 kg ( )      4-6 kg ( )      7-9 kg ( )      &gt; 10 kg ( )

**Dentadura:**

Completa: ( )    Faltan piezas ( )    Prótesis Fija: ( )    Prótesis Extraíble: ( )

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

Estado de las mucosas Hidratadas

Presenta algún problema en la mucosa oral:

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

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

Leucoplaquia ( )    Edema ( )    Lesión oral ( )    Drenaje purulento ( )

Gingivorragia ( )    Ulceraciones ( )    Otros: \_\_\_\_\_-

Alteraciones en cara y cuello:

**Abdomen:**

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

Distensión abdominal: ( )    Otros: \_\_\_\_\_

Presenta algún problema en la alimentación:

Si ( )    No ( )

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

Pirosis ( )    Regurgitación ( )    Polidipsia ( )    Polifagia ( )    Bulimia ( )

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

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

Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse:

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

**Tipo de nutrición:**

Sonda nasogástrica: ( ) Sonda Nasoyeyunal: ( ) Gastroclisis: ( )

Nutrición Parenteral ( )

Que tan frecuente come usted: \_\_\_\_\_--

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

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

¿Con que guisa sus alimentos?

Aceite ( ) Manteca: ( )

¿Cómo es su dieta habitual?

Sin restricciones ( ) Diabética ( ) Hiposodica ( ) Hipo proteica ( )

Hiperproteica ( ) Otros: \_\_\_\_\_

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

Grupo de evacuación intestinal:

Presencia de:

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

Pólipo rectal ( ) Rectorragia ( ) Otros: \_\_\_\_\_

Alteraciones al evacuar.

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

Apoyo para la eliminación intestinal:

Espontanea: ( ) Estreñimiento: ( ) Diarrea: ( ) Otros: \_\_\_\_\_

Características de las heces fecales:

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

Consistencia de las heces fecales:

Pastosa ( ) Semipastosa ( ) Líquida ( ) Semilíquida ( ) Dura ( ) normal ( )

Grupo de eliminación vesical:

Presencia de:

Incontinencia ( ) Retención urinaria ( ) Tenesmo ( ) Disuria ( )

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

Alteraciones en la micción:

Polaquiuria: ( ) Oliguria: ( ) Anuria: ( ) Normal: ( )

Apoyo para la evacuación vesical:

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

Características de la micción:



Ámbar ( ) Coluria ( ) Hematuria ( ) Turbia ( ) Otros: \_\_\_\_\_

Grupo transpiración:

Cambios en los patrones normales de sudoración

Disminuida: ( ) Ausente ( ) Aumentada ( )

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal: Dolor: ( ) Emocionales ( )

Temperatura ambiental: ( ) Otros: \_\_\_\_\_

Grupo menstruación:

Menarca: \_\_\_\_\_ - Días del ciclo menstrual: \_\_\_\_\_

Tipo, cantidad y características del flujo: \_\_\_\_\_

Presenta algún problema durante su menstruación:

Si ( ) No ( ) Ocasional ( ) Especifique, dolor de mamas e inflamación de las mismas. \_\_\_\_\_ ----

a) *Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo*

### **REPOSO**

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

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

¿Cómo se encuentra al despertar?

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

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?

Si ( ) No ( )

¿Ha sufrido algún cambio en su patrón de sueño?

Si ( ) No ( )

¿Desde cuándo?

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

Presencia de:

Bostezo: ( ) Insomnio: ( ) Hipersomnia: ( ) Pesadillas: ( ) Alucinaciones: ( )

Ojeras: ( ) Ronquidos: ( x ) Enuresis: ( ) Sonambulismo: ( ) Terrores nocturnos: ( )

Factores que interrumpen su descanso y sueño: \_\_\_\_\_--

¿Acostumbras a tomar siestas?

Si ( ) No ( )

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?

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

### **ACTIVIDAD:**

Sistema Musculo Esquelético

Presencia en articulaciones de:

Dolor: ( ) Rigidez: ( ) Inflamación: ( ) Limitaciones: ( ) Contracturas: ( )

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

Tratamiento:

¿Alguna actividad física le produce dolor?

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

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si ( ) No ( ) Cual: \_\_\_\_\_

Frecuencia/duración: \_\_\_\_\_ --

*b) Mantenimiento del equilibrio entre soledad y la interacción*

Sistema auditivo:

Presenta problemas de audición:

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

Utiliza apoyo para escuchar:

Si ( ) No ( )

Presencia de:

Mareo ( ) Vértigo ( ) Acufenos ( x) Malformaciones ( ) Tumoraciones ( )  
Lesiones ( )

**Sistema ocular:**

Presenta problemas visuales:

Si ( ) No ( ) Especifique:

Utiliza lentes: \_\_\_\_\_

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

Presencia de alteraciones oculares:

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

¿Con quienes convive diariamente?

Familia ( ) Amigos ( ) Compañeros de Trabajo ( )

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

Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )

¿A quién recurre para platicar de sus problemas?

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

**Observar.**

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

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

Razones que le impiden socializar:

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

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

*a) Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar.*

**Sistema Neurológico:**

Estado de conciencia:

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

Coma ( ) Glasgow: \_\_\_\_\_

Problemas con:

Concentración ( ) Razonamiento ( ) Especificar: \_\_\_\_\_

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

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

**Antecedentes heredofamiliares patológicos:**

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

Toxicomanías:

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

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?

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

*b) Funcionamiento humano y grupos sociales*

¿Se acepta en su estado físico?

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

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad?

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

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

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

¿Considera que su vida es o ha sido productiva?

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

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales?

Si ( ) No ( )

Depresión ( ) Ansiedad ( ) Vergüenza ( ) Temor ( )

Desesperanza y negatividad ( )

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

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

Cólera ( )

**REQUISITOS DE AUTO CUIDADO DE DESARROLLO**

Crear y mantener las condiciones que apoyan los procesos vitales y promueven los procesos de desarrollo.

*1. Etapas del ciclo vital*

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

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

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

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

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

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

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

*2. Salud sexual***Sistema reproductor:**

Has recibido educación sexual

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

¿Cuál es su orientación sexual? \_\_\_\_\_

¿Con que Frecuencia tiene actividad sexual?

¿Está satisfecho con su vida sexual?

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

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

Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales:

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

Utiliza algún método de planificación familiar:

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

Número de hijos: \_\_\_\_\_

Tiene problemas de infertilidad:

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

Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual:

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

Tratamiento: \_\_\_\_\_

### ***Cirugías realizadas en aparato reproductor***

Cirugías realizadas en aparato reproductor:

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

*Hombre:*

¿Acude a examen de Próstata/testicular?

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

¿Presenta problemas de erección?

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

¿Presenta problemas de eyaculación precoz?

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

*Mujer:*

Menarca: \_\_\_\_\_ Días del ciclo menstrual: \_\_\_\_\_

Tipo, cantidad y características del flujo: \_\_\_\_\_

Presenta algún problema durante la menstruación:

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

Embarazos: \_\_\_\_ Partos: \_\_\_\_ Cesáreas: \_\_ Abortos

Partos prematuros: \_\_\_\_\_ Fechas de último Papanicolaou: \_\_\_\_\_ -

Presencia de flujo/hemorragia tras vaginal: \_\_\_\_\_ -

Características: \_\_\_\_\_

¿Existen alteraciones de crecimiento físico?

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

### ***REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD***

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

4-6 meses ( ) 6-12 meses ( ) >12 meses ( ) No se realiza ( )

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

¿Sabe usted de que está enfermo?

Si ( ) No ( )

¿Qué conoce acerca de su enfermedad?

\_\_\_\_\_

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

Si ( ) No ( )

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



¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación?

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

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

Ambientales ( ) Familiares ( ) Personales ( )

**DIETA PARA DIABÉTICO****Lunes**

Desayuno:

Leche con cereal no azucarado

1 pieza de fruta

Comida:

Coliflor rellena

Pan

Fruta

Cena:

Arroz integral

Fruta de temporada

**Martes:**

Desayuno:

Café o leche

1 pieza de fruta

Comida:

Espinacas con champiñones

Pollo a la naranja

Fruta de temporada

Cena:

Ensalada

Pan

**Miércoles:**

Desayuno:

Zumos de naranja natural sin azúcar

3 biscotes integrales

Comida:

Ensalada de huevo

Remolacha

Lentejas guisadas

Cena:

Verduras

Mango

Papaya y fresas

**Jueves:**

Desayuno:

Tostada con queso bajo en grasas

Pieza de frutas

Comida:

Alcachofas al vapor

Pan fruta de temporada

Cena:

Ensalada

Pan

Fruta de temporada

Fruta de temporada

**Viernes:**

Desayuno:

Leche con cereal no azucarado

Pieza de fruta

Comida:

Ensalada de temporada

Manzana

Pan

Cena:

Pan

Fruta de temporada

Sábado:

**Desayuno:**

Café o leche desnatada

3 biscotes integrales

Comida:

Ensalada de garbanzo

Cena:

Brócoli al vapor

Pan

**Domingo:**

Desayuno:

Café o leche desnatada

Pieza de fruta

Comida:

Ensalada de apio

Champiñones

Cena:

Verdura

Gazpacho



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO



**Consentimiento informado para participantes en el proceso de enfermería  
con el referente teórico de D. Orem.**

Yo MGME 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 teórica de Dorotea E. Orem y estructurar un trabajo académico, con fines de titulación, para obtener el grado de Linceada en Enfermería a través del cual se me brindaran cuidados integrales que beneficiaran mi estado de salud.

He sido informado (a) con claridad de los objetivos de la metodología de intervención, así como la importancia de mi participación en la misma, la cual no implica ningún tipo de riesgo a mi persona. Estoy convencida que mis datos serán totalmente confidenciales y que atribuirán en un futuro al cuidado integral de otras personas que cursan 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 consciente, sin recibir ninguna remuneración económica.

Enterado (a) a que el responsable de dicho proceso de Enfermería es el (la) PLE Yesenia Guadalupe Aguilar de la torre, doy mi consentimiento para colaborar en el trabajo académico solicitado.

ACEPTO PARTICIPAR.

PLE

TESTIGO

Morelia, Michoacán Agosto 2013