



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN
NICOLAS DE HIDALGO



FACULTAD DE ENFERMERÍA

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

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTA

P.L.E FRANCISCO JAVIER PERALTA VILLALOBOS

ASESORA

Maestra en Enfermería RUTH ESPERANZA PÉREZ GUERRERO

Morelia, Mich, Noviembre 2016.

TABLA DE CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN	2
III. OBJETIVOS	4
3.1 GENERAL	4
3.2 ESPECÍFICOS.....	4
IV. METODOLOGÍA	5
V. CASO CLÍNICO	6
VI. MARCO TEÓRICO	8
6.1 PROCESO DE ENFERMERÍA	8
<i>Definición</i>	8
<i>Características del Proceso de Enfermería</i>	8
<i>Ventajas</i>	9
<i>Etapas del proceso de enfermería</i>	9
TAXONOMIAS NANDA	18
6.2 TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM	30
6.3 DIABETES MELLITUS	40
6.3.1 <i>Definición</i>	40
6.3.2 <i>Historia natural de la Diabetes Mellitus</i>	40
TRATAMIENTO	49
APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	57
6.4 DIAGNÓSTICOS PRIORITARIOS SEGÚN OREM	57
6.4.1 <i>Plan de Cuidados. Diagnostico 1</i>	59
6.4.2 <i>Plan de Cuidados. Diagnostico 2</i>	61
6.4.3 <i>Plan de Cuidados. Diagnostico 3</i>	63
6.4.4 <i>Plan de Cuidados. Diagnostico 4</i>	65
VII. CONCLUSIONES	69
VIII. BIBLIOGRAFÍA	70
IX. GLOSARIO DE TÉRMINOS	73
X. ANEXOS	77
ANEXO 1. VALORACIÓN	77
ANEXO 2. ORGANIZACIÓN DE DATOS	97
ANEXO 3. RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO	100
ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO	104

RESUMEN

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados que se centran en un tratamiento. El uso del proceso de enfermería ayuda a las enfermeras a asignar cuidados de forma sistemática y organizada.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica de causas múltiples. En la etapa inicial no producen síntomas y cuando se detecta tardíamente no se trata adecuadamente ocasiona complicaciones de salud graves como infarto al corazón, ceguera, falla renal, amputación de extremidades inferiores y muerte prematura. Afecta a la salud de la población y economía y familiares de la persona.

Proceso de atención en enfermería.

ceguera.

falla renal.

Diabetes mellitus.

Infarto al corazón.

SUMMARY

The nursing process is a systematic and organized method of administering individualized nursing care that focus on a treatment. The use of the nursing process helps nurses to care for systematic and organized ways.

Diabetes mellitus is a chronic multiple cause disease. In the initial stage they do not produce symptoms and when detected late is not treated properly causes serious health complications such as infarction of the heart, blindness, renal failure, amputation of the lower extremities and premature death. It affects the health of the population and economy and family of the person.

AGRADECIMIENTOS

A dios

Por protegerme durante todo mi camino, darme fuerzas y valor para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida

A mi madre

Que con su amor de madre ejemplar me ha enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos

A mi asesora

L. E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero por cada uno de su valioso conocimiento. Paciencia, tiempo y apoyo se hizo posible este trabajo y por la gran calidad humana que me demostró

I. INTRODUCCIÓN

La enfermería es una disciplina profesional que tiene por objetivo desarrollar conocimientos que sirven para definir y guiar la práctica, con fin de precisar las características de la disciplina. Al asegurar una respuesta óptima a las necesidades cambiantes, requiere del dominio del saber y de competencias específicas, de la formación de recursos humanos en enfermería para que al incorporarse al mercado laboral ofrezca un cuidado de calidad presentando en principios universales de los saberes, como son el saber que incluyen valores, actitudes, creencias, convicciones: el saber hacer, que está sustentando por habilidades relacionales y técnicas. El campo de enfermería es el cuidado que permite a la persona dominar los acontecimientos ligados a su experiencia de salud y mejorar su bienestar (Rosales & Reyes, 2004).

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas potenciales (Alfaro & Luis, 1995).

El uso del proceso de enfermería ayuda a las enfermeras a asignar cuidados de forma sistemática y organizada. Guía a las enfermeras para realizar deliberadamente las etapas para identificar problemas únicos del paciente. La anotación del plan de cuidados realiza la comunicación y la continuidad de los cuidados, disminuyendo de este modo las omisiones y duplicaciones en los cuidados del paciente.

Este documento está elaborado por capítulos. El primero muestra la justificación del trabajo; el segundo contiene los objetivos generales y específicos. El capítulo cuatro contiene la metodología que se siguió en el proceso de enfermería; el caso clínico está contenido en el capítulo cinco y el marco teórico en el sexto, que incluye la teoría del déficit de autocuidado de Orem, la historia natural de la diabetes y los diagnósticos de enfermería. Las conclusiones aparecen en el capítulo séptimo.

II. JUSTIFICACIÓN

La diabetes es una enfermedad crónica de causas múltiples. En su etapa inicial no produce síntomas y cuando se detecta tardíamente y no se trata adecuadamente ocasiona complicaciones de salud graves como infarto del corazón, ceguera, falla renal, amputación de las extremidades inferiores y muerte prematura. Se ha estimado que la esperanza de vida de individuos con diabetes se reduce entre 5 y 10 años. En México, la edad promedio de las personas que murieron por diabetes en 2010 fue de 66.7 años, lo que sugiere una reducción de 10 años (Hernández, Gutiérrez & Reynoso, 2013).

Factores de riesgo cardiovasculares como la obesidad en el estado de Guanajuato registran una prevalencia de 27% mientras que en Michoacán fue de 23.50%. La hipertensión arterial en los estados de Guanajuato 29% y Michoacán 28.9%, la diabetes mellitus en Guanajuato tiene una prevalencia de 5.6% y en Michoacán 9.3%(INEGI, 2013).

Las dos principales causas de muerte por grupo de edad para el grupo de 65 años y más fueron enfermedades del corazón y diabetes mellitus, para el grupo de 45 a 64 años la diabetes mellitus y tumores malignos (INEGI, 2013).

La diabetes mellitus es una enfermedad que afecta la salud de la población y economía y familiares de la persona, se asocia a complicaciones micro vasculares y macro vasculares a largo plazo que pueden afectar cualquier parte del cuerpo. La hiperglucemia produce una alteración en el metabolismo lipídico, así como en la glicosilación no enzimática de proteínas, entre las que se encuentra el colágeno(INEGI, 2013).

La trascendencia de la prevención de factores de riesgo se basa en evitar el aumento de casos de diabetes mellitus y así mismo brindar información a la población para mantener informada a la población. Uno de los medios que apoyan para la aplicación del cuidado de la diabetes mellitus es la guía de valoración con la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem y el cuestionario de factores de riesgo, así

como la taxonomía NANDA para el diagnóstico de enfermería, y Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) para el diseño del plan de cuidados individualizados.

III. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

Brindar cuidados de enfermería a una persona con diabetes mellitus tipo IIa través del proceso de enfermería con base al referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem.

3.2 ESPECIFICOS

Valorar el estado de salud del usuario y su entorno, en base al referente teórico de Dorothea Orem.

Realizar los diagnósticos de enfermería de acuerdo con la taxonomía II de la NANDA con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiológicas que orientan a la existencia de déficit de autocuidado.

Diseñar un plan de cuidado de enfermería personalizado para el sujeto de estudio apoyado en la taxonomía de NADA, la clasificación del NOC y del NIC de enfermería.

Desarrollar las intervenciones seleccionadas por el NIC y por la agencia de cuidados necesarios para mejorar su salud.

Evaluar el estado actual del paciente de estudio y de la evolución de sus cuidados.

IV. METODOLOGÍA

El presente trabajo se inició al conformarse el marco teórico, necesario para que el autor se familiarice con los conceptos del proceso de enfermería y la teoría de Dorothea E. Orem. Para brindar cuidados de enfermería se eligió a una persona del sexo femenino que se encuentra interna en el asilo Cristo Abandonado, con diagnóstico médico de diabetes mellitus tipo II, quien recibe una consulta por mes. Se explicaron las razones por las que se decide implementar un proceso y solicitaron autorización verbal y por escrito (ver anexo 1, consentimiento informado) para el desarrollo de las actividades (Ostinguin & Velásquez, 2001).

El desarrollo de la citada actividad se hizo con base en las etapas del proceso de enfermería iniciando con la valoración, y fue necesario realizar una entrevista dirigida con la guía de Dorothea E. Orem para llevar a cabo la recolección de datos, en la cual la persona se mostró cooperadora. En segundo término, se realizó el análisis deductivo, para generar diagnósticos de enfermería y así diseñar e implementar un plan de cuidados (Ostinguin & Velásquez, 2001).

V. CASO CLINICO

G.P.Y es una mujer de 84 años, soltera, de religión católica, originaria de Charo, actualmente vive en El Hogar del Cristo Abandonado donde convive con cerca de 60 adultos mayores; depende de sí misma y tiene adecuados hábitos higiénicos. Cursó estudios de primaria y ocupa el rol de hermana en su familia y tiene un primo hermano quien funge como responsable durante su estancia en el Asilo; mantiene buena relación con su hermana y primo. Manifiesta antecedentes de tuberculosis materna. Las instalaciones cuentan con los servicios básicos intradomiciliarios.

Es diagnosticada con Diabetes Mellitus Tipo II desde hace 35 años, se realiza revisión médica anualmente. El tratamiento que está llevando a cabo desde hace 35 años consiste en glibenclamida 5 mg (comprimidos tabletas), 1 tableta diaria por la mañana y metformina 850 mg (tabletas) 1 tableta por la mañana. Conoce y lleva a cabo algunas medidas terapéuticas de su padecimiento.

Es capaz de respirar normalmente sin dificultad. Respecto a la alimentación es regular en calidad y en cantidad suficiente, en donde consiste en carne cada tercer día, pan, leche, tortillas frijol, sopas aguadas atole, arroz una colación por día pueden ser de guayaba, manzana o sandía. Cconsume agua de garrafón, un refresco diario en la comida, con una ingesta de líquidos total por 1200 ml. No presenta problemas de masticación. Evacua una o dos veces al día sin ninguna dificultad, sus heces fecales son de color café blanda y bien formadas, la orina es de color ámbar, no presenta alteraciones en la micción. Los datos somatométricos fueron: pesó 51kg, talla 1.42 mts, cintura 106 cm e IMC 17.96.

Por lo regular duerme 7 horas por su insomnio, presentando nicturia (cuando no descansa todo el día por la actividad que realiza) cuando puede, el paciente toma un descanso, presenta insuficiencia venosa presentando inflamación en ambas piernas por falta de circulación sanguínea, resequedad y dolor en piernas al flexionarlas.

La comunicación con su familia es buena. Su hermana es de las personas más importantes en su vida y cuando presenta algún problema cuenta con el apoyo de su primo hermano. Lleva una buena relación con sus compañeros de la estancia geriátrica El Cristo Abandonado con los que convive diariamente. Se siente mal por su estado de salud y veces presenta ansiedad y tristeza en el asilo por el recuerdo de su familia. Está orientado sobre su vida sexual.

Los signos vitales registrados fueron TA 130/80, pulso 71 por minuto, temperatura 36°C y frecuencia respiratoria 20 por minuto.

VI. MARCO TEÓRICO

6.1 PROCESO DE ENFERMERÍA

Definición

Es un método sistemático y organizado de administrar los cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales(Ostinguín& Velásquez, 2001).

El proceso de enfermería implica el uso de técnicas de recolección y de valoración. La esencia de los datos reunidos y su interpretación dependiendo de la perspectiva filosófica y teórica(Ostinguin& Velásquez, 2001).

Características del Proceso de Enfermería

El proceso de enfermería es sistemático, porque implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo, es dinámicoal responder a un cambio continuo de la respuesta del paciente, además es interactivo al basarse en las relaciones recíprocas que se establecen entre el profesional de enfermería y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud. Este componente garantiza la individualidad de los cuidados del paciente(Noguera,2008).

Otracaracterística del proceso es que se basa en la flexibilidad, es decir, se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente. Ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen aportes de las ciencias biológicas, sociales y humanas, por lo cual es aplicable con cualquier modelo teórico de enfermería. Se recomienda la utilización de una perspectiva teórica al implementar el método enfermero, ya que la teoría guía y orienta la práctica profesional (Noguera, 2008).

Ventajas

Como instrumento en la práctica del profesional, puede asegurar la calidad de los cuidados al individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería. También asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería. El proceso de enfermería proporciona un método lógico y racional para que el profesional de enfermería organice la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz(Noguera, 2008).

Por otra parte, al profesional de enfermería le facilita la comunicación; concede flexibilidad en el cuidado; le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo; le permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención; mejora la calidad de la atención; propicia el crecimiento profesional y proporciona información para la investigación.

Al sujeto de atención permite participar en su propio cuidado; garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas(Noguera, 2008).

Etapas del proceso de enfermería

1. Valoración. Permite reunir datos e información referente al estado de salud del usuario, familia y comunidad con el fin de identificar respuestas humanas y fisiopatológicas.
2. Diagnóstico. Consiste en hacer el análisis de la información obtenida para formular un diagnóstico sobre el estado de salud de usuario, familia o comunidad.
3. Planificación. Es el desarrollo de un proyecto donde se establecen objetivos y acciones encaminados a predecir, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud.
4. Ejecución. Es llevar a la práctica el plan (las acciones de enfermería) que conduzcan al logro de los objetivos.

5. Evaluación. Permite evaluar el progreso del usuario, familia o comunidad hacia el logro de objetivos y valorar el desarrollo de las etapas anteriores, para hacer las modificaciones necesarias (Noguera, 2008).

1. Valoración del Proceso de Enfermería

En esta etapa vamos a recoger y examinar la información sobre el estado de salud del trabajador, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que pueden generar problemas de salud, incluye la recogida, organización y validación de los datos (Alfaro & Luis, 1995).

Normalmente a esta fase se le califica como la de mayor importancia, para lo cual se debe de poner en marcha toda la capacidad, experiencia y conocimientos.

Los principales métodos empleados para la valoración del cliente son observación, entrevista y exploración.

1. Observación. Es reunir los datos utilizando los cinco sentidos; tiene dos aspectos importantes, el reconocimiento de estímulos y la selección, organización e interpretación de los datos. La organización en la observación es muy importante, a fin de que no se omitan datos. La observación del cliente por la enfermera puede realizarse en el siguiente orden: signos clínicos del cliente, amenazas de su seguridad reales o potenciales, presencia y funcionamiento del equipo asociado y el entorno inmediato, incluyendo personas (Alfaro & Luis, 1995).

2. La entrevista. Es una labor compleja que requiere ante todo de habilidades en comunicación. Es una conversación que se realiza con el propósito de dar información, identificar problemas o preocupaciones mutuas, evaluar un cambio, enseñar, dar apoyo o proporcionar asesoramiento o tratamiento.

Existen dos tipos de entrevista: dirigida y no dirigida. La primera está estructurada y proporciona información específica, generalmente la enfermera emplea en ella preguntas cerradas. La no dirigida se utiliza básicamente para crear relaciones de comprensión, es decir, de entendimiento y empatía entre dos o más personas.

En la entrevista se pueden emplear diferentes clases de preguntas. Las preguntas cerradas son restrictivas y requieren respuestas cortas para obtener datos

específicos, las preguntas abiertas consisten en la invitación al cliente a descubrir y profundizar en el tema, y proporcionan libertad al cliente para hablar de lo que deseen y las preguntas neutras son preguntas que el cliente puede contestar sin que la enfermera dirija o presione la respuesta(Alfaro & Luis, 1995).

En la etapa de planificación de la entrevista y el contexto, la enfermera revisa la información que tiene a su alcance, revisa el formulario de recolección de los datos para asegurarse de que la información debe obtenerse porque es realmente necesaria y tendrá alguna finalidad relacionada con las necesidades del cliente.

Cada entrevista y su contenido está influenciada por el tiempo de tal manera, que las intervenciones se deben de programar, el lugar debe de tener intimidad adecuada para fomentar la comunicación, debe contar con disposición adecuada de asientos y la distancia debe ser moderada (Alfaro & Luis, 1995).

Las etapas de la entrevista son comienzo, tema principal y final. El comienzo es sumamente importante ya que marca la pauta para el resto de la entrevista y consta de dos pasos: la creación de una relación de compenetración, en donde es necesario que exista voluntad y confianza; y por otra parte la orientación al entrevistado, que consiste en explicar la naturaleza de la entrevista. Al abordar el tema principal el cliente transmite lo que piensa, siente, sabe y percibe en repuesta a las preguntas de la enfermera. La finalización se caracteriza porque es el momento en el que la enfermera ha obtenido la información necesaria(Alfaro & Luis, 1995).

3. La exploración física. Es un método sistemático de recogida de datos que utiliza las capacidades de observación para descubrir problemas de salud. Nos sirve para obtener una serie de datos para valorar el estado de salud de un individuo y se requiere de los métodos de Inspección u observación, palpación, percusión y auscultación(Alfaro& Luis, 1995).

El proceso de valoración incluye cuatro actuaciones estrechamente relacionadas: recogida de datos, organización de datos, validación de los datos y registro de los datos.

La recolección de datos. Es reunir información suficiente sobre el estado de

salud del cliente. Debe ser un proceso sistemático y continuo. La base de datos es toda la información disponible de un cliente, comprende la historia y la exploración física de enfermería, así como los datos aportados por otros miembros del equipo, como la historia clínica y exploración física médica, resultados de laboratorio y pruebas diagnósticas. En la valoración se recogen cuatro tipos de datos que son: subjetivos, objetivos, históricos y actuales. Los datos subjetivos son los síntomas o datos no visibles, son aquellos que el usuario nos refiere y que manifiestan una percepción de carácter individual. Los datos objetivos son los signos o datos manifiestos; es toda aquella información que se puede observar y medir a través de los órganos de los sentidos. Los datos históricos hace referencia a hechos del pasado y que se relacionan con la salud del usuario. Los datos actuales son los hechos que suceden en el momento y que son el foco de atención. Las fuentes de datos en la valoración pueden ser primarias (cuando el cliente es la primera fuente de información) o secundarias (cuando la información la proporciona la familia del cliente, otros profesionales de salud, registros, informes, datos de laboratorio, diagnósticos o publicaciones(Alfaro& Luis, 1995).

b. Organización de datos. La enfermera utiliza un esquema de estudio organizado, conocido habitualmente como historia de enfermería o valoración de enfermería, en donde los datos son básicamente subjetivos. La organización de los datos dependerá del marco referencial elegido para la aplicación del proceso de enfermería.

Los datos pueden organizarse, además de tomar como base un modelo de enfermería, tomando como base modelos ajenos a enfermería, el modelo de sistemas corporales (por aparatos y sistemas) o por la jerarquía de necesidades de Maslow.

c. Validación de los datos: Consiste en un doble examen o inspección de datos para confirmar si son completos, precisos, exactos y objetivos. La validación permite a la enfermera asegurarse de que la información recogida durante la valoración es completa, asegurarse que los datos objetivos y subjetivos relacionados son coherentes, obtener información adicional que puede haber pasado desapercibida, distinguir entre indicios y deducciones y evitar conclusiones precipitadas y tomar una

dirección equivocada al identificar el problema (Alfaro & Luis, 1995).

d. Registro de datos: La exactitud de la información es esencial y debe incluir todos los datos obtenidos sobre el estado de salud del cliente. Los diagnósticos se recogen de forma objetiva y la enfermera los interpreta (Alfaro & Luis, 1995).

Determinación de prioridades

1. Datos que comprometen la vida del paciente, presión alta, no administración de medicamento, problemas para la deambulacion, edema en miembros inferiores orina frecuentemente.

2. Problemas a mediano plazo, pie diabético, pérdida de la visión, coma hipoglucémico, coma hipoglucemia amputación de miembros inferiores. La acidosis metabólica.

3. Lomanifestado, el paciente comenta presentar dolor en pies, y presentar mareos en ocasiones, refiere tener insomnio.

2. Diagnóstico del Proceso de Enfermería

El trabajo del profesional de enfermería es en el que debe de utilizar los diagnósticos enfermeros en el campo en que desarrolla sus funciones y competencias, para una mejor y más eficaz atención enfermera hacia el trabajador, en las múltiples situaciones y problemas con los que se puede encontrar. La utilización de estos diagnósticos enfermeros en el ámbito de la salud laboral, los convierten en una pieza clave para combatir las patologías en este contexto, adquiriendo una importancia especial el uso de los diagnósticos potenciales, ya que, al hacerlo va a detectar situaciones problemáticas antes de que se produzcan y por lo tanto se podrán tomar medidas preventivas en el trabajador para evitar su aparición. Por ello, los diagnósticos potenciales tienen una enorme importancia en el campo de la prevención, y su uso contribuirá de forma clave en el beneficio del trabajador (Alfaro & Luis, 1995).

Los diagnósticos que el Enfermero del Trabajo va a poder enunciar, deben de partir de actividades Independientes que lleve a cabo en un servicio de prevención, como, por ejemplo: realización de campañas de vacunación, cumplimentación de los

apartados de enfermería de la historia clínico-laboral, seguimiento y valoración de heridas o realización de actividades de investigación y/o formativas a los trabajadores. Se trata pues de situaciones que debe de saber afrontar con autonomía y responsabilidad, procurando al trabajador una atención enfermera integral y de calidad (Alfaro & Luis, 1995).

Tipos de diagnósticos

Son tipos de componentes de los diagnósticos de enfermería

El diagnóstico de enfermería es tanto una estructura como un proceso, la estructura de un diagnóstico de enfermería y sus componentes depende de su tipo real, alto riesgo, posible o bienestar (Rosales& Reyes, 2004).

a. Diagnóstico de enfermería real

Un diagnóstico de enfermería real representa un estado que hay sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificable. Este tipo de diagnóstico de enfermería tiene cuatro componentes, enunciados, definición, características que lo definen y factores de riesgo(Rosales& Reyes, 2004).

Enunciado. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del diagnóstico de las características que lo definen, debe contener un calificador preciso, como alteración, déficit, inefectivo, o disfuncional, en lugar de un modificador más vago y subjetivo como inacentuado, escaso, o inadecuado, el termino real no forma parte del enunciado en el diagnóstico de enfermería real(Rosales& Reyes, 2004).

Definición. Al expresar un significado claro y preciso del diagnóstico, la definición puede ayudar a diferenciar un diagnóstico particular de otros similares, la definición debe ser conceptual y coherente con el anunciado y las características que lo definen (Rosales& Reyes, 2004).

Características. En un diagnóstico de enfermería real, las características que los definen hacen referencia a los datos clínicos signos subjetivos y objetivos, que en conjunto apuntan a ser diagnóstico(Rosales& Reyes, 2004).

Factores relacionados. En los diagnósticos de enfermería reales, los factores relacionados son factores etiológicos y otros factores concurrentes que han influido en

el cambio del estado de salud. Dichos factores pueden agruparse en cuatro categorías, fisiopatológicos, biológicos, o psicológicos. Relacionado con el tratamiento, de situación ambientales. Personales y de maduración(Rosales& Reyes, 2004).

b. Diagnóstico de enfermería de alto riesgo

Según definió la NANDA un diagnóstico de enfermería de alto riesgo es, un juicio clínico de un individuo, una familia o una comunidad; quienes son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar, en el pasado todos los diagnósticos de enfermería potenciales comenzaban con la frase, de potencial de inyección. Sin embargo, actualmente, todos los diagnósticos de enfermería potenciales comienzan por alto riesgo, este cambio en la tecnología y filosofía respectó a la vulnerabilidad es importante y oportuno. Todos los clientes tienen riesgo de infección y lesión en el hospital, los centros de cuidados crónicos o la comunidad. Pero algunos tienen un riesgo mayor que otros. En vista a un sistema de prestación de cuidados sanitarios que, por motivos económicos, para los clientes enfermos a las enfermeras y deja menos tiempo para las intervenciones, los diagnósticos de enfermería potenciales proporcionan a las enfermeras un medio valioso de identificar las personas más vulnerables a los problemas. El concepto de potencial es de utilidad clínica, el profesional de enfermería previene de forma rutinaria problemas en clientes que no tienen alto riesgo(Rosales& Reyes, 2004).

La validación para apoyar a un diagnóstico real está en los signos y síntomas, por ejemplo, deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad secundaria a dolor, como indica la lesión sacra eritematosa de 2 cm, por el contrario, para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo (Rosales, & Reyes, 2004).

Enunciado: en un diagnóstico de enfermería de alto riesgo, la descripción concisa de estado de salud alterado del cliente va precedido por el termino Alto riesgo (Rosales, & Reyes, 2004).

Definición: como en un diagnóstico de enfermería real. En un diagnóstico de enfermería de alto riesgo la definición expresa un significado claro y conciso del

diagnóstico. Esta debe ser conceptual y coherente con la denominación y los factores de riesgo. Para permitir diferenciar entre diagnósticos similares (Rosales, & Reyes, 2004).

Factores relacionados: los factores de riesgo para los diagnósticos de enfermería de alto riesgo representan situaciones que aumentan la vulnerabilidad de un cliente o grupo. Estos factores diferencian a los clientes o grupos de alto riesgo del resto de la misma población que tienen un cierto riesgo. Las características que lo definen se utilizan para describir los factores de riesgo para diagnóstico de enfermería potenciales, sin embargo, la revisión de la NANDA de 1990, hoy día que las características definitorias se emplean en asociaciones con los diagnósticos de enfermería reales (Rosales & Reyes, 2004).

Diagnóstico de enfermería de bienestar

Según la NANDA, un diagnóstico de enfermería de bienestar es un juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transmisión desde un nivel específico.

Ejemplo:

Conductas generadoras de salud

Lactancia materna eficaz

Atención del afrontamiento familiar potencial de desarrollo

3. Planificación del Proceso de Enfermería

Para alcanzar los objetivos previstos de la vigilancia de la salud, es necesaria una adecuada planificación conforme a los riesgos laborales a los que están expuestos los trabajadores. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al trabajador a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados (Alfaro & Luis, 1995).

Para ello, es necesario establecer primero una serie de objetivos, que ayuden a guiar y dar forma a la planificación, como favorecer unos cuidados individualizados, garantizar una adecuada comunicación, lograr una continuidad asistencial y

proporcionar las pautas de evaluación de la asistencia prestada al trabajador(Alfaro, & Luis, 1995).

Plan de Cuidados y Elementos que lo Conforman

Para alcanzar plenamente el nivel de profesión, la enfermería debe identificar sus propios objetivos y demostrar que puede alcanzarlo. El modelo de práctica clínica bifocal es un mecanismo para identificar el objetivo de la enfermería, y la planificación de los cuidados es el mecanismo para demostrar que se puede alcanzar. Un plan de cuidados indica al personal de enfermería los problemas específicos del cliente y de las intervenciones prescritas para dirigir y evaluar los cuidados de enfermería administrados.

Para preparar un plan de cuidados, el profesional de enfermería debe abordar de forma deliberada y sistemática la resolución del problema. Los planes de cuidados tienen dos objetivos profesionales, administrativo y clínico. Los objetivos administrativos de los planes de cuidado son: definir el enfoque del cuidado de enfermería para el cliente o grupo, diferenciar la responsabilidad de la enfermera de la de otros miembros del equipo de salud, proporcionar criterios para la revisión y evaluación de los cuidados y proporcionar criterios para la clasificación y retribución económica.

Los planes de cuidados cubren los siguientes objetivos clínicos: representar la serie prioritaria de diagnósticos, problemas interdisciplinarios y diagnósticos de enfermería para un cliente, comunicar al personal de enfermería lo que se observa en la persona, proporcionar criterios de resultados y objetivos de enfermería para la revisión y evaluación de los cuidados, dirigir las intervenciones específicas a ejecutar por el cliente, familia y otros miembros del personal de enfermería, para dirigir y evaluar los cuidados de enfermería, el plan de cuidados debe incluir los diagnósticos de enfermería, criterios de resultados, objetivos del cliente, objetivo de enfermería, actuaciones o intervenciones de enfermería, evaluación del estado del plan (Arteaga, Alfaro& Navarro, 2003).

4. Ejecución del Proceso de Enfermería

En esta etapa se pone en práctica el plan de cuidados, teniendo en cuenta siempre las prioridades en base a las necesidades y posibilidades del trabajador.

La puesta en marcha de las siguientes actividades, va a requerir que el profesional de enfermería realice a su vez una serie de acciones encaminadas a lograr una mayor eficacia en esta fase de ejecución: continuar con la recogida y valoración de datos, realizar las actividades de enfermería, anotar los cuidados que se prestan y mantener el plan de cuidados actualizado.

5. Evaluación

Es comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del trabajador hacia la consecución de los resultados esperados, comprobando si los resultados finales coinciden con los esperados o por el contrario no se han logrado los objetivos establecidos. Este proceso de evaluación consta de dos partes: recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que se quiere evaluar y valorar y recoger información respecto a la situación actual y final de la lesión o problema que padecía el trabajador (Alfaro& Luis, 1995).

TAXONOMIAS NANDA

EL Nursing Diagnosis (NANDA) se basa en dominios y luego la clase y en orden alfabético según el núcleo diagnóstico dentro de cada clase por ejemplo; leche materna insuficiente esta listado en dominios: (nutrición), clase 1 (ingestión) el NANDA se basa en 12 dominios los cuales son:

Dominio 1 Promoción de la salud

Clase 1. Toma de conciencia, clase 2 Gestión de la salud.

Dominio 2 Nutrición

Clase 1. Ingestión clase 3 absorción, clase 4 metabolismo, clase 5; hidratación.

Dominio 3 Eliminación e intercambio

Clase 1 Función urinaria, clase 2: función gastrointestinal, clase 4 función respiratoria.

Dominio 4 Actividad y reposo

Clase 1 Sueño/reposo, clase 2 actividad/ejercicio, clase 3 equilibrio de la energía, clase 4 Respuestas cardiovasculares/pulmonares, clase 5 autocuidado.

Dominio 5 Percepción/ cognición

Clase 1 Atención, clase 2 orientación, clase 3 sensación/percepción, clase 4 cognición, clase 5 Comunicación.

Dominio 6 Auto percepción

Clase 1 Auto concepto, clase 2 autoestima, clase 3 imagen corporal.

Dominio 7 Rol/relaciones

Clase 1 Roles de cuidador, clase 2 relaciones familiares, clase 3: desempeño de rol.

Dominio 8 Sexualidad

Clase 1 Identidad sexual, clase 2 función sexual, clase 3 reproducciones.

Dominio 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase 1 Respuestas postraumáticas, clase 2 respuestas de afrontamiento, clase 3: estrés neurocomportamental.

Dominio 10 Principios Vitales

Clase 1: Valores, clase 2 creencias, clase 3: congruencia entre valores/ creencias/ acciones.

Dominio 11 Seguridad/protección

Clase 1 Infección, clase 2 lesión física, clase 3 violencia, clase 4 peligros del entorno clase 5 proceso defensivo, clase 6 termorregulación.

Dominio 12 Confort

Clase 1: Confort físico, clase 2 confort del entorno, clase 3 confort social.

Dominio 13 Crecimiento/desarrollo

Clase 1 Crecimiento, clase 2 desarrollo (NANDA Internacional, 2014).

TAXONOMIAS NIC

La Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), es una clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Es útil para la documentación clínica, las comunicaciones de cuidado en distinta situación, la integración de datos entresistemas y situaciones, la investigación eficaz, la cuantificación de la productividad, la evaluación de la competencia, la retribución y el diseño de programas. La clasificación incluye las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en función de los pacientes, intervenciones tanto independiente como en colaboración, y cuidados tanto directos como indirectos(Bulechek, G.M., Butcher, H.K., & Dochterman, J.M,2013).

Una intervención se define como cualquier tratamiento, basado en el criterio para mejorar los resultados del paciente. Una intervención deenfermería estodo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza unprofesional de la enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente(Bulechek, G.M., Butcher, H.K., & Dochterman, J.M,2013).

Las 554 intervenciones de la sexta edición se han organizado en 7 campos y 30 clases. Esta estructura taxonómica de tres niveles. En la parte superior, el nivel más abstracto son 7 campos. Cada campo incluye clase (alas que se les ha asignado letras por orden alfabético) o grupos de intervenciones relacionadas cada una con un cocido de cuatro números (cada una de cuatro números) que están el tercer nivel de la taxonomía. En la taxonomía solo se utilizan las etiquetas de las intervenciones. La taxonomía se elaboró utilizando los métodos de análisis de semejanzas, agrupaciones jerárquicas, juicio clínico y revisión de expertos(Bulechek, G.M., Butcher, H.K., & Dochterman, J.M,2013).

Los grupos de la taxonomía están relacionados con las intervenciones para facilitar su uso. Las agrupaciones representan todas las áreas de la práctica enfermera. Los profesionales de enfermería de cualquier especialidad deben tener en cuenta que necesitaran el uso de la taxonomía completa con un paciente concreto, y no solo las intervenciones de una clase u campo. La taxonomía es teóricamente

natural; las intervenciones pueden utilizarse con cualquier teoría enfermera y en cualquiera de los contextos enfermeros y sistemas de prestación de cuidados.

A cada una de las intervenciones se le ha asignado un número único para facilitar su información. Si se desea identificar la clase y el campo de intervención deben utilizarse 6 dígitos (p.ej., 1A-0140, es fomentar la mecánica corporal y está situada en la clase control de actividad y ejercicio en el campo fisiológico: básico). La clasificación del NIC incluyen tanto la espera biológica p.je., manejo de ácido base como la psicosocial p.ej.,disminución de la ansiedad.Las intervenciones se han incluido para el tratamiento de enfermedades p. ej., manejo de la hiperglucemia (Bulechek, G.M., Butcher, H.K., & Dochterman, J.M,2013),

Factibilidadde realizar la intervención

Las inquietudes sobre las factibilidad incluyen la forma en que la intervención particular interactúa con otras intervenciones, tanto como el personal de enfermería como otros proveedores de cuidados sanitarios, es importante que el profesional se involucre en el plan completo de cuidados del paciente, otras inquietudes de factibilidad críticas en el ambiente actual del cuidado, sanitario, son el coste de intervención y el tiempo de puesta en práctica, el personal debe considerar las intervenciones de otros proveedores, el coste y el tiempo que se tarda para elegir una intervención (Bulechek, G.M., Butcher, H.K., & Dochterman, J.M,2013).

Tipos de intervenciones

Incluyen la NIC los tratamientos utilizados por los profesionales de enfermería. Si totalmente muchas de las intervenciones de la NIC requieren educación avanzada y experiencia en la especialidad clínica, por ejemplo obstetricia, administración, del parto, monitorización fetal electrónica, antes del parto, facilitar el duelo o muerte, o embarazo de alto riesgo, inducción al parto, supresión de las contracciones del parto (Bulechek, G.M., Butcher, H.K., & Dochterman, J.M,2013).

Uso de la NIC en la práctica clínica

Los profesionales de enfermería usan el criterio clínico con las personas, familias y comunidades para mejorar la salud, aumentar la capacidad de afrontar los problemas de salud y afrontar su calidad de vida, la selección de una intervención de enfermería para un paciente concreto, es parte de criterios clínicos de profesional de enfermería, al elegir una intervención deben tenerse en cuenta seis factores: 1. resultados deseados en el paciente, 2. características del diagnóstico de enfermería, 3. base de la investigación de la intervención, 4. factibilidad de la ejecución, 5. aceptación por el paciente y 6. Capacidad del profesional (Bulechek, G.M., Butcher, H.K., & Dochterman, J.M., 2013).

Campos del NIC

Campo 1 fisiológico: básicos cuidados que apoyan el funcionamiento físico, clase; control de actividades y ejercicio intervenciones para organizar o ayudar a la actividad física y la conservación y el gasto de energía alteradas, control de alimentación; intervenciones para establecer y el mantener las pautas regulares de alimentación intestinal urinaria y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas, control de inmovilidad; intervención para controlar el movimiento corporal restringido y las secuelas, apoyo nutricional; intervenciones para modificar y mantener el estado nutricional, fomento de la comodidad física; intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas, facilitación del autocuidado intervenciones para proporcionar ayuda a las actividades rutinarias de la vida diaria.

Campo 2 fisiológico: complejo cuidados que apoyan a la regulación homeostática, control de electrolitos y ácidos básicos intervenciones para regular equilibrio electrolítico y ácido básico prevenir complicaciones, control de fármacos; intervenciones para facilitar los efectos deseados de los agentes farmacológicos, control neurológico; intervención para optimizar la función neurológica, cuidados peroperatorios; intervenciones para proporcionar cuidados antes y durante, inmediatamente después de la cirugía, control respiratorio; intervenciones para fomentar la permeabilidad de las vías aéreas del intercambio de gases, control de la

piel; heridas intervenciones para mantener o restablecer la integridad de los tejidos, termorregulación; intervenciones para mantener la temperatura corporal dentro de unos límites normales, control de la perfusión tisular; intervenciones para optimizar la circulación sanguínea y líquidos hacia el tejido,

Campo 3 Conductual: cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilita los cambios de estilo de vida, terapia conductual intervenciones para reforzar fomentar conductas deseables o alterar con doctas indeseables, terapia cognitiva intervención para reforzar y fomentar el funcionamiento cognitivo deseable o modificar el funcionamiento cognitivo, potenciación de la comunicación, intervenciones para facilitar la expresión y recepción de mensajes verbales y no verbales, ayuda para el afrontamiento, intervención para ayudar a otro a crear sus propios puntos fuertes, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento, educar los pacientes, intervenciones para facilitar el aprendizaje, fomento de la comodidad psicológica, intervenciones para fomentar comodidad utilizado técnicas psicológicas.

Campo 4 Seguridad: cuidados que apoyan la protección contra el daño; control de casos de crisis, intervenciones para proporcionar una ayuda inmediata a corto plazo en caso de crisis psicológicas y fisiológicas, control de riesgo; intervenciones para iniciar actividad de reducción de riesgo y continuar el control del riesgo a lo largo del tiempo

Campo 5 Familia: cuidados que apoyan a la unidad familia, cuidados de un nuevo bebe; intervenciones para ayudar a la preparación del parto y controlar los cambio psicológicos y fisiológicos antes durante e inmediatamente después del parto, cuidados de crianza de un nuevo bebé; intervención para ayudar a la crianza de los niños, cuidados durante la vida; intervenciones para facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y fomentar la salud y el bienestar de los miembros de la familia.

Campo 6 Sistema Sanitario: cuidados que apoyan el uso eficaz del sistema de presentación de asistencia sanitaria, mediación del sistema sanitario; intervenciones para facilitar el encuentro entre el paciente familia y el sistema de asistencia sanitaria, gestión del sistema sanitario; intervenciones para proporcionar y potenciar los

servicios de apoyo para la provisión de los cuidados, control de la información; intervenciones para facilitar la comunicación sobre la asistencia sanitaria.

Campo 7 Fomento de la Salud:de la comunidad; intervenciones que fomentan la salud de toda la comunidad, control de riesgos de la comunidad; intervenciones que ayudan a detectar y prevenir riesgos sanitarios en el conjunto de la comunidad (Bulechek, G.M., Butcher, H.K., & Dochterman, J.M, 2013).

Desarrollo Histórico de la Taxonomía Clasificación de Resultados de Enfermería (Nursing Outcomes, NOC)

Es la clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente, que puede utilizarse para evaluar el impacto de las intervenciones de enfermería en el estado de salud del paciente (Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L, & Swanson, E, 2014).

Este proceso de estructuración de la taxonomía llevó a la identificación de 6 dominios: salud funcional, salud fisiológica, salud psicológica, conocimiento y conducta de salud, salud percibida y salud familiar. Cuando la primera publicación estuvo disponible, 197 resultados habían sido colocados en la taxonomía incluyendo varios resultados que se incluyeron por primera vez en la segunda edición de la NOC.

La clasificación de resultados de enfermería

La clasificación actual es una lista de 385 resultados con definiciones, indicadores y escalas de medida y bibliografía complementaria. Se incluyen 58 resultados nuevos que han desarrollado desde la publicación de la tercera edición. En la clasificación, los resultados se presentan para su uso a nivel individual, familiar, y comunitario o poblacional. En algunas situaciones clínicas pueden utilizarse resultados de varias de estas perspectivas para un paciente. El término paciente se usa en la clasificación para referirse a un individuo que es el destinatario de los cuidados enfermeros. Sin embargo, se reconoce que el término cliente o usuario se emplea en muchos ámbitos comunitarios y de mantenimiento de la salud y que el residente se usa en muchos centros de cuidados crónicos o de vivienda asistida. El término

cuidado se emplea para referirse a un miembro de la familia, o a un amigo o a otra persona que cuida o actúa el nombre del paciente (Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L, & Swanson, E, 2014).

Planificación de recogida de datos en el tiempo

Los momentos en que deberían evaluarse los resultados no están especificados, aún que el requisitomínimo debería tenerse una puntuación cuando selecciona el resultado es decir de medida basal, y cuando finaliza los cuidados es decir en medida de alta esto puede ser suficiente en cuidados agudos si el paciente tiene una estancia corta, y también por una vez por turno.

Definición de un resultado

Un resultado del paciente sensible a la práctica enfermera es un resultado, conducta o percepción de una persona, familia o comunidad, medido a lo largo de un continuo, en respuesta a una intervención o intervenciones enfermera/s.

Los resultados son conceptos variables que pueden medirse a lo largo de un continuo utilizando una escala o escalas de medidas. Los resultados se expresan como conceptos que reflejan el estado, conducta o percepción de un paciente, cuidador, familia o comunidad y no como objetivos esperados.

Medición de un resultado

Se utiliza una escala tipo Likert de cinco puntos con todos los resultados e indicadores que proporcionan un número adecuado de opciones para demostrar la variabilidad en el estado, conducta o percepción descrita por el resultado (Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L, & Swanson, E, 2014).

Uso de los indicadores del resultado

Después de seleccionar los resultados para un paciente individual, las enfermeras eligen los indicadores que utilizarán para determinar el estado del paciente y la puntuación global del resultado. Para facilitar el uso de la NOC en unidades de asistencia al paciente, el personal de enfermería como grupo puede especificar los indicadores importantes que considera representativos del concepto de resultado y relevantes para su población de pacientes antes de utilizar la NOC. Al hacer esta revisión, muchos usuarios han seleccionado de cuatro a siete indicadores de cada resultado para determinar el estado del paciente, mientras que otros quieren seleccionar más indicadores. En ambas situaciones los indicadores seleccionados pueden utilizarse para determinar el estado del paciente respecto al resultado. Con los indicadores seleccionados las enfermeras evalúan los indicadores y el resultado en la escala de medición correspondiente. (Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L, & Swanson, E, 2014).

Uso de las escalas de medición

Como se han mencionado antes las escalas se puntúan en una escala de 1 a 5 puntos. Los indicadores se han proporcionado para ayudar a las enfermeras a determinar el estado del paciente y para servir de evidencia en la puntuación del resultado, pero las existencias de los indicadores no eliminan las necesidades de un juicio enfermero. Dado que los puntos de referencia de escalas por ejemplo (grave sustancial moderado leve ninguno), no está definido específicamente para cada indicador y resultado, la enfermera deberá de realizar un juicio enfermero sobre el resultado del paciente en los indicadores que se utilizan y en el resultado global aunque la percepción de este juicio es de mayor importancia al asignar una puntuación diana, requiere el mismo juicio al determinar el paciente ha conseguido un 5 en la puntuación de resultado. Para ayudar al personal de enfermería algunas organizaciones han elegido proporcionar puntos de referencia más específicas para

cada una de las puntuaciones de resultado que se utilizan en un respectivo servicio, ejemplo de ese trabajo se documenta en la cuarta edición NOC. Esta estrategia es especialmente útil cuando los resultados se utilizan en un plan estándar, cuando el número de resultado que se utilizan en número de población concreta es limitado en un estudio de investigación.(Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L, & Swanson, E, 2014).

La taxonomía NOC

Dominio I salud funcional: resultados que describen la capacidad y realización de las actividades básicas de la vida.

Clase, Mantenimiento de la energía: resultados que describen la recuperación, conservación y gasto de la energía en una persona

Clase, Crecimiento y resultado: resultados que describen la maduración física, emocional y social de una persona.

Clase, Movilidad: resultados que describan la movilidad física de una persona y las secuelas de la restricción de movimientos.

Clase, Autocuidado: resultados que describen la capacidad de una persona para realizar actividades de la vida diaria.

Dominio II salud fisiológica: resultados que describen el funcionamiento orgánico

Clase, Cardiopulmonar: resultados que describen el estado cardiaco, pulmonar, circulatorio o de perfusión tisular.

Clase, Eliminación: resultados que describen los patrones y el estado de excreción y eliminación de una persona.

Clase, Líquidos y electrolitos: resultados que describen el estado hidroelectrolítico de una persona.

Clase, Respuesta inmune: resultados que describen fisiológica de una persona a sustancia extrañas o que el organismo considera extrañas.

Clase, Regulación metabólica: resultados que describen la capacidad de una persona para controlar el metabolismo corporal.

Clase, Neurocognitiva: resultados que describen el estado neurológico y cognitivo de una persona.

Clase, Digestión y Nutrición: resultados que describen los patrones digestivos y nutricionales de una persona.

Clase, Respuestaterapéutica: resultados que describen una reacción sistemática de una persona a un tratamiento, agente o método sanitario.

Clase, Integridad tisular: resultados que describen la condición y función de los tejidos corporales de una persona

Clase, Función sanitaria: resultados que describen la percepción de una persona y del uso de información sensorial.

Dominio III salud psicosocial: resultados que describen el funcionamiento psicológico y social.

Clase, Bienestar psicológico: resultados que describen la salud emocional de una persona y la auto percepción relacionada.

Clase, Adaptación psicosocial: resultados que describen la adaptación psicológica y/o social de una persona a la alteración de la salud de las circunstancias de la vida.

Clase, Autocontrol: resultados que describen la capacidad de una persona para controlar una conducta que puede ser emocional o físicamente perjudicial para el mismo y para los demás.

Clase, Interacción social: resultados que describen las relaciones de una persona con los demás.

Dominio IV Conocimiento y conducta de la salud: resultados que describen actividades, comprensión y acciones con respecto a la salud y a la enfermedad.

Clase, Conducta de salud: resultados que describen las acciones de una persona para promover o restaurar la salud.

Clase, Creencias sobre la salud: resultados que describen las ideas y percepción de una persona que influye en la conducta de la salud.

Clase, Conocimiento sobre la salud: resultado que describen la comprensión de una persona a la hora de aplicar la información para promover, mantener o restablecer la salud.

Clase, Gestión de salud: resultados que describen las acciones de una persona para controlar una enfermedad aguda o crónica.

Clase, Control de riesgo y seguridad resultado que describe el estado de seguridad de una persona y/o las acciones para evitar, limitar o controlar las amenazas identificables para la salud.

Dominio V Salud Pública: resultados que describen información de las personas sobre la salud y la asistencia sanitaria.

Clase, Salud y calidad de la vida: resultados que describen el estado de salud percibido de una persona y las circunstancias de la vida relacionada con ella.

Clase, Satisfacción con los resultados: que describen percepción de una persona de la calidad de la educación de la asistencia sanitaria.

Clase, Sintomatología: resultados que describen el índice de una enfermedad, lesión y pérdida de una persona.

Dominio VI Salud familiar: resultados que describen el estado de salud, conducta o el funcionamiento de la familia en conjunto o de una persona como miembro de la familia.

Clase, Desempeño del cuidador familiar: resultados que describen la adaptación y desempeño de un miembro y de la familia que cuida a un niño adulto dependiente.

Clase, Estado de la salud de los miembros de la familia: resultados que describen la salud física, psicológica, social y espiritual de un miembro de la familia.

Clase, Bienestar familiar resultados que describen el entorno familiar, el estado de la salud global y la competencia social de la familia como unidad.

Clase, Ser padres: resultados que describen conductas de los padres que fomentan el crecimiento y el desarrollo óptimo de un hijo.

Dominio VII Salud Comunitaria: resultados que describen la salud, el bienestar y el funcionamiento de una comunidad o población.

Clase, Protección de la salud comunitaria: resultados que describen las estructuras y programas de una comunidad para eliminar o reducir los riesgos sanitarios y aumentar la resistencia comunitaria a las amenazas sanitarias.

Clase, Bienestar comunitario: resultados que describen el estado global de salud y la competencia social de una población o comunidad (NOC, 2013).

6.2 TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

Dorothea Orem presenta su Teoría de enfermería del Déficit de Auto cuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la Teoría de Auto cuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la Teoría de Déficit de Auto cuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la Teoría de Sistemas de Enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener (Orem, 2001).

Para aplicar el Modelo de Orem es necesario conocer cómo este define los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud.

La **persona** es concebida por Dorothea Orem como un organismo biológico, racional y pensante; los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros. Define los **cuidados** de enfermería como el ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta. El **entorno** es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona. Y finalmente el concepto de **Salud** es definido como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona (Orem, 2001).

Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana (Orem, 2001).

Requisitos de auto cuidado 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, adultez y vejez (Orem, 2001).

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud (Orem, 2001).

Requisitos de Auto cuidado

Son reflexiones formuladas y expresadas sobre acciones que se sabe que son necesarias o que se supone que tienen validez en la regulación de aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, son expresiones de los objetivos a lograr al ocuparse intencionalmente del auto cuidado. Se identificaron tres tipos de requisitos de auto cuidado: universales, del desarrollo, y de desviación de la salud (Orem, 2001).

Demanda terapéutica de auto cuidado

Es una entidad construida por las personas. Representa la suma de actividades de auto cuidado requeridas por los individuos, en un lugar y en un momento determinado y durante un cierto tiempo, para cubrir los requisitos de auto cuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias (Orem, 2001).

Agencia de auto cuidado

Es la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de auto cuidado terapéutico y finalmente para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de auto cuidado a lo largo del tiempo (Orem, 2001).

La agencia de cuidado dependiente es la compleja capacidad desarrollada por los adultos responsables de hacer todo lo anteriormente señalado por las personas que de ellos dependen, principalmente infantes y adultos y adultos mayores dependientes (Orem, 2001).

Déficit de auto cuidado

Se produce cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de auto cuidado conocida (Orem, 2001).

Agencia de enfermería

Es una compleja propiedad y atributo de las personas educadas y entrenadas como enfermeras, tiene que ver con las capacidades para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de auto cuidado terapéutico,

Para cubrir las demandas de auto cuidado terapéutico de otros o ayudarles a cubrirlas por sí mismos, y para ayudar a otros a regular el ejercicio o desarrollo de su agencia de autocuidado o su agencia de cuidados dependientes(Orem, 2001).

Sistema de enfermería

La teoría de los sistemas de enfermería articula las teorías porque señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado. El profesional de enfermería, al activar alguno de estos sistemas, considera los componentes de poder que la persona, comunidad o grupo posee. Los componentes de poder están constituidos por la capacidad para mantener la atención; para razonar; para tomar decisiones; para adquirir conocimiento y hacerlo operativo; para ordenar acciones de autocuidado tendientes a conseguir objetivos; para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria; para utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación. Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo en sus actividades de auto cuidado. Los sistemas de enfermería que se proponen son:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona aquellas actividades de auto cuidado que el paciente no puede realizar, por limitaciones del estado de salud u otras causas y la persona realiza las actividades de auto cuidado que están al alcance de sus capacidades.
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de auto cuidado (Orem, 2001).

Para Orem el objetivo de la enfermería radica en "ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de auto cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda, actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo (Orem, 2001).

Auto cuidado

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

Cuidado Dependiente

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

Requisitos de Autocuidado

Un requisito de auto cuidado es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, hay sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas(Orem, 2001).

Actividad Enfermera

En la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que se les da poder para ser representadas como enfermeras, dentro del marco de una relación interpersonal legítima, para actuar, saber ayudar a las personas implicadas en esa relación a cubrir sus necesidades terapéuticas de auto cuidado y regular el desarrollo o ejercicio de la actividad de su auto cuidado (Orem, 2001).

Diseño enfermero

Se trata de una actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción enfermera, apartar de los vicios prácticos de reflexión sobre las condiciones existentes, para sintetizar el elemento de una situación concreta de una relación ordena a unidades operativas de estructura. El objetivo de diseño enfermero es ofrecer guías para alcanzar los resultados necesarios y previstos en producción de enfermería hacia el logro de las metas de enfermera: estas unidades conjugadas constituyen la pauta de guía la producción de la enfermería (Orem, 2001).

Método de Ayuda

Un método de ayuda, desde una perspectiva, es una serie secuencial de acciones que, si se lleva a cabo resolverá o compensará las limitaciones asociadas a la salud de las personas que se comprometen a realizar acciones para regular su propio funcionamiento y desarrollo, el de sus dependientes (Orem, 2001).

Factores Condicionantes Básicos

Hacen referencia a los factores que condicionan o alteran el valor de la demanda de auto cuidado terapéutico y/o la actividad de auto cuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas. Se han identificado diez factores: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, modelo de vida, factores del sistema sanitario, factores del sistema familiar, factores socioculturales, disponibilidad de recursos, factores externos del entorno (Orem, 2001).

Un requisito de auto cuidado formulado comprende dos elementos:

El factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humanos en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personales. La naturaleza de la acción requerida. Los requisitos de auto cuidado formulados y expresados representan los objetivos formalizados del auto cuidado. Son las razones por las que se emplean el auto cuidado: expresan los resultados deseados el objetivo de auto cuidado (Orem, 2001).

Conceptos de tres Micro teorías

Teoría de sistema de enfermeros

La teoría de los enfermos señala que la enfermería es una acción humana: los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el auto cuidado o en el cuidado dependiente. Las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarcan las intenciones y actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación. Los sistemas enfermeros pueden ser elaborados para personas, para

aquellos que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para un miembro tienen necesidades terapéuticas de auto cuidado con componentes similares o limitaciones similares que les impiden comprometerse a desempeñar un auto cuidado o el cuidado dependiente, o para familiares u otros grupos personales(Orem, 2001).

Teoría del déficit de auto cuidado

La idea central de la teoría del déficit de auto cuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermedad de subjetividad de la madurez y de las personas maduras a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaz de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos. También tienen capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay que controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función o desarrollo o de las personas dependientes de ellos(Orem, 2001).

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

Teoría del auto cuidado

El auto cuidado es una función reguladora del hombre de las personas deben, deliberadamente, llevar acabo por si solas o haber llevado acabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El auto cuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de auto cuidado, la demanda de auto cuidado y la actividad de auto cuidado ofrecen la base para entender los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería. El auto cuidado como función reguladora del hombre, se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano, como regulación neuroendocrina. El autocuidado se debe aprender y a desarrollarse de manera liberada y continua y

conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con su período de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales. La teoría del autocuidado también se amplía con la teoría del cuidado dependiente, en la que expresan el objetivo, los métodos y los resultados del cuidado de los otros(Orem, 2001).

Requisito de auto cuidado universales

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

1. El mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. El mantenimiento de un aporte suficiente alimentos.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
4. La provisión de cuidados asociado con los procesos de alimentación
5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso
6. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
7. La prevención de peligros para la vida del funcionamiento y el bienestar humano.
8. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal(Orem, 2001).

Requisitos de Auto cuidado de Desarrollo

Los requisitos de auto cuidado y de desarrollo estaban separados de los requisitos de auto cuidado universales en la segunda edición de Nursing Concepts of Practica se han identificado tres conjuntos de requisitos de auto cuidados de desarrollo:

1. Prevención de condiciones que fomentan el desarrollo.
2. Implicaciones del autodesarrollo.
3. Prevenir o vencer los afectos de las condiciones y de las situaciones vitales que puedan afectar de manera relativa al desarrollo humano (Orem, 2001).

Requisito de Auto cuidado en Caso Desviación de Salud

Estos requisitos de auto cuidado existen para las personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas del estado o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico (Orem, 2001).

Las características de las desviaciones de salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tiempos de existencia de cuidado que propician las personas, hay que se combinan con los efectos de estados patológicos y viven mientras ellos duran. Las enfermedades o las lesiones no solo afectan una estructura específica y a los mecanismos psicológicos o fisiológicos, sino también al funcionamiento humano integral. Cuando el funcionamiento integrado se ve profundamente afectado (retraso mental grave y estados de coma) los poderes desarrollados o poderes de la persona, se ven otra vez deteriorados de manera temporal o permanente en estados anormales de salud. Los requisitos de auto cuidado surgen del estado de enfermedad y de las medidas usadas en su diagnóstico o en su tratamiento (Orem, 2001).

Las medidas adoptadas para cubrir las necesidades de cuidados cuando falla la salud tienen que ser componentes activos del sistema de auto cuidado o de cuidado dependiente de la persona. La complejidad del auto cuidado o del cuidado dependiente aumenta según el número de necesidades que deben ser cubiertas en plazos de tiempos determinados (Orem, 2001).

Actividad de cuidado dependiente: se refiere a la capacidad adquirida de una persona para conocer y satisfacer la demanda de auto cuidado terapéutico de la persona dependiente y/o regular el desarrollo y el ejercicio de la actividad de auto cuidado dependiente(Orem, 2001).

Principales Supuestos

Dorothea E. Orem identifica las cinco premisas subyacentes en la teoría general de la enfermería

1. Los seres humanos requieren estímulos continuos deliberados de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo de acuerdo a las leyes, de la naturaleza.
2. La actividad humana es el poder de actuar de manera deliberada, se ejercita en forma de cuidado por uno mismo, y por otra parte se identifican las necesidades.
3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de la acción de cuidado de uno mismo y de los demás haciendo la sostenibilidad de vida de los estímulos regulados por las funciones.
4. La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos para uno mismo y para otro.
5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructurales que agrupan las tareas y asignan la responsabilidad para ofrecer cuidados al miembro del grupo, que experimentan privación.

Descripción de los instrumentos para la valoración

El instrumento de valoración contará con factores condicionantes básicos, patrón de vida, estado de sistema de salud, estado de desarrollo, requisitos auto cuidado universal, mantenimiento de un aporte suficiente de aire, mantenimiento de aporte de agua suficiente, mantenimiento de un aporte de alimentación, mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo, sistema musculo esquelético, requisitos de autocuidado de desarrollo, etapas del ciclo vital, salud sexual, sistema ocular, prevención y peligro para la vida el funcionamiento y bienestar humano, sistema neurológico, promoción del funcionamiento humano y desarrollo humano

dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de la limitación y deseo de ser normal y requisitos de desviación de la salud.

6.3 DIABETES MELLITUS

6.3.1 Definición

La diabetes mellitus es un grupo de alteraciones metabólicas que se caracteriza por hiperglucemia crónica, debido a un defecto en la secreción de la insulina, o un defecto en la acción de la misma, o ambas. Además de la hiperglucemia, coexisten alteraciones en el metabolismo de las grasas y de las proteínas. La hiperglucemia sostenida en el tiempo se asocia con daño, disfunción y falla de varios órganos y sistemas, especialmente riñones, ojos, nervios, corazón y vasos sanguíneos (Rojas & Rodríguez, 2012).

6.3.2 Historia natural de la Diabetes Mellitus

El componente genético y el ambiental hacen plantear la pregunta de cuándo se inicia la diabetes. Para algunos, al estar la enfermedad inscrita en el genoma, se es diabético desde que se nace (o aún antes de nacer), sólo que la enfermedad no se ha manifestado fenotípicamente. Para otros la diabetes se inicia hasta que se reúnen los criterios diagnósticos. Hay indicios de que los pacientes pueden tener alteraciones vasculares (y por supuesto tienen cambios metabólicos) antes de que se llenen los criterios de diagnóstico, en una etapa que convencionalmente se conoce como “prediabetes” en la que se suele identificar una resistencia a la acción de la insulina, frecuentemente con hiperinsulinemia. Esta fase, más que una condición de riesgo de diabetes, se tiende a considerar hoy en día una etapa temprana de la enfermedad. Muchos pacientes no tienen síntomas o éstos son muy inespecíficos (astenia, hormigueo, fatigabilidad) y la enfermedad se descubre casualmente cuando se hace una medición de la glucemia. En las dos encuestas nacionales de enfermedades crónicas, un tercio de los diabéticos desconocían serlo. La diabetes asintomática no es necesariamente una fase de la historia natural pues, por un lado, muchos pacientes debutan con síntomas floridos y otros permanecen prácticamente asintomáticos durante toda la vida; más bien parece depender de la intensidad de la

diabetes, lo que significa que hay diversos grados de la enfermedad, de algún modo relacionados con la reserva pancreática de insulina (Lifshits, 2001).

Clasificación

Diabetes mellitus tipo 1 (DM1). Su característica distintiva es la destrucción autoinmune de la célula β , lo cual ocasiona deficiencia absoluta de insulina, y tendencia a la cetoacidosis. Tal destrucción en un alto porcentaje es mediada por el sistema inmunitario, lo cual puede ser evidenciado mediante la determinación de anticuerpos (Rojas & Rodríguez, 2012).

Diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Es la forma más común y con frecuencia se asocia a obesidad o incremento en la grasa visceral. Muy raramente ocurre cetoacidosis de manera espontánea. El defecto va desde una resistencia predominante a la insulina, acompañada con una deficiencia relativa de la hormona, hasta un progresivo defecto en su secreción (Rojas & Rodríguez, 2012).

Diabetes mellitus gestacional (DMG): Agrupa específicamente la intolerancia a la glucosa detectada por primera vez durante el embarazo. La hiperglucemia previa a las veinticuatro semanas del embarazo, se considera diabetes preexistente no diagnosticada (Rojas & Rodríguez, 2012).

Factores de riesgo

El Ministerio de Sanidad y consumo de España en 2008 (Rojas & Rodríguez, 2012) señaló que los factores de riesgo pre disponibles para Diabetes Mellitus son los siguientes.

Edad y sexo. La prevalencia de la diabetes aumenta con la edad. Es inferior al 10% en personas menores de 60 años y entre el 10%-20% entre los 60-79 años de edad (10). Existe una mayor prevalencia en varones entre 30 y 69 años y en las mujeres mayores de 70 años.

Etnia: El estudio Nurses' Health Study (n 78.419 pacientes) concluye, tras 20 años de seguimiento, que el riesgo de desarrollar diabetes era menor en caucásicos que en el resto de etnias estudiadas (raza negra, asiáticos e hispanos).

Susceptibilidad genética. La mayoría del riesgo genético para el desarrollo de la DM 2 se basa en una compleja interacción entre diversos factores politécnicos y ambientales (Rojas & Rodríguez, 2012).

Un estudio de cohorte de 20 años de duración concluye que hay un mayor riesgo de DM en descendientes de diabéticos; el riesgo es parecido si es diabética la madre o diabético el padre [Riesgo relativo (RR) 3,5 (IC 95%: 2,3-5,2)] y mucho mayor cuando lo son ambos progenitores [(RR 6,1 (IC 95%: 2,9-13,0))].

Diabetes gestacional. El riesgo de desarrollar DM 2 es mayor en mujeres con antecedentes de diabetes gestacional. La incidencia de desarrollar DM 2 en mujeres con antecedentes de diabetes gestacional era mayor durante los primeros cinco años tras el parto, con un aumento más lento a partir de los 10 años (Rojas & Rodríguez, 2012).

Bajo peso al nacer. No está clara la relación entre el bajo peso al nacer y la incidencia de DM. En un metaanálisis (18) de alta calidad de 14 estudios (n 132.180) la odds ratio (OR) fue de 1,49 (IC 95%: 1,36-1,64). Los resultados de este estudio son heterogéneos y están determinados por la ausencia de un solo estudio (19); omitiendo este, desaparece la significación estadística. Este metaanálisis también asocia un incremento de riesgo de DM 2 al alto peso al nacer (>4 kg) [OR 1,25 (IC 95%: 1,12-1,42)]. Los autores concluyen la dificultad de conocer el verdadero impacto de los factores de confusión en la relación entre el bajo peso al nacer y la DM 2 (Rojas & Rodríguez, 2012).

Lactancia materna. Una revisión sistemática (RS) (20) concluye que podría existir una asociación entre la lactancia materna y la disminución de la incidencia de DM 2 [OR: 0,61 (IC 95%: 0,44-0,85)]; no obstante, el resultado puede estar sobreestimado al no estar ajustado por los factores de confusión en todos los estudios. Estos resultados son coincidentes a los mostrados en el Nurses' Health Study en el que el efecto benéfico se produjo a partir de los 11 meses de lactancia (Rojas & Rodríguez, 2012).

Obesidad. Un estudio de cohorte realizado en mujeres (n=84 991) con un seguimiento medio de 16 años concluyó que el factor de riesgo más importante para

la DM 2 era el IMC elevado. El riesgo relativo (RR) para mujeres con un IMC 23-24,9 era 2,67 (IC 95%: 2,13-3,34); IMC 25-29,9, RR 7,59 (IC 95%: 6,27-9,19); IMC 30-34,9, RR 20,1 (IC 95%: 16,6-24,4), IMC >35, RR 38,8 (IC 95%: 31,9-47,2). En el caso de los hombres se realizó un estudio de cohorte (23) y, tras un seguimiento de cinco años, se concluyó que los hombres con un IMC >35 tenían un RR 42,1 (IC 95%: 22-80,6) comparado con tener un IMC <23.

La obesidad abdominal (índice cintura-cadera >0,95) aumentó el riesgo de diabetes [RR: 42,2 (IC 95% 22-80,6)] en una cohorte de varones (24). En otro estudio de cohorte (25) realizado en población general alemana, el mayor riesgo de DM fue en hombres con un alto IMC combinado con un alto índice cintura-cadera.

Dieta y alcohol

Tipo de dieta

El patronodietético incluye en el riesgo de presentar DM 2.

De un estudio de cohorte de 20 años de duración, tras realizar un ajuste multivalente (edad, IMC, etnia), se concluye que una dieta sana (alta en bar y grasa poliinsaturada y baja en ácidos grasos tras y azúcares) tiene mayor impacto en el riesgo de diabetes en algunas etnias (raza negra, asiáticos e hispanos) que en la raza blanca (RR 0,54 (IC 95%: 0,39-0,73) vs. RR 0,77 (0,72-0,84)).

En otro estudio realizado en 42.000 profesionales sanitarios varones, una dieta con un alto consumo de carne roja, carne procesada, productos lácteos grasos, dulces y postres se asoció con un incremento del riesgo de diabetes independientemente del IMC, la actividad física, la edad o la historia familiar [RR 1,6 (IC 95%: 1,3-1,9)] (26). El riesgo era mayor [RR 11,2 (IC 95%: 8,07-15,6)] si además los pacientes eran obesos (IMC >30 kg/m²). Por otro lado, los varones que realizaban una dieta con alto consumo de vegetales, fruta, pescado y aves tenían una reducción del riesgo que rozaba la significación estadística [RR 0,8 (IC 95%: 0,7-1,0)]. Estos resultados son similares en las mujeres (27)(Rojas & Rodríguez, 2012).

Productos lácteos, frutos secos, café, té verde, bebidas azucaradas y Alcohol.

Actividad física: La actividad física moderada (intensidad $\geq 5,5$ MET, Metabolic Equivalent T, y de duración mayor a 40 minutos/semana) reduce la incidencia de nuevos casos de DM 2 (37-39).

Tabaco: Un estudio de cohorte (40) (n 41.372) evaluó la asociación entre el tabaco y el riesgo de DM 2. Tras un seguimiento de 21 años concluyó que fumar menos de 20 cigarrillos por día incrementa un 30% el riesgo de presentar DM 2 y fumar más de 20 cigarrillos diarios lo incrementa un 65%.

Síndrome del ovario poliquístico: En un estudio transversal realizado en Italia (n 121) (41) en pacientes con síndrome del ovario poliquístico, la prevalencia de DM e intolerancia a hidratos de carbono fue mayor que la correspondiente a la población general de la misma edad (Rojas & Rodríguez, 2012).

Insuficiencia cardíaca: La asociación entre la insuficiencia cardíaca y el aumento del riesgo de DM 2 ha sido estudiada (42) en 2.616 pacientes no diabéticos con enfermedad coronaria (infarto de miocardio y angina estable)(Rojas & Rodríguez, 2012).

El subgrupo con una insuficiencia cardíaca avanzada (clase III de la NYHA) tenía un mayor riesgo de desarrollar diabetes [RR 1,7 (IC 95%: 1,1- 2,6)], pero no así la clase II de la NYHA. El estudio no estaba diseñado inicialmente para este objetivo y tampoco se recogía la actividad física de los pacientes(Rojas & Rodríguez, 2012).

Fármacos: Antipsicóticos atípicos, Diuréticos y betabloqueantes, y otros fármacos implicados en el desarrollo de diabetes son: glucocorticoides, anticonceptivos orales, tacrolimus, ciclosporina, ácido nicotínico, antirretrovirales, inhibidores de la proteasa, hormonas agonistas de la gonadotropina, celastrol y pentamidina(Rojas & Rodríguez 2012).

La Secretaría de Salud en México en su Norma Oficial Mexicana para la atención de la Diabetes Mellitus utiliza el siguiente cuestionario de factores de riesgo:

CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO

Nombre: _____ Dominillo: _____

¿Tiene Diabetes y no lo sabe?

Para encontrar si está en riesgo de padecer diabetes, hipertensión u obesidad, marque con una cruz la respuesta que se ajuste a usted o a su paciente.

	SI	NO
1. ¿Se medicaba antes con Insulina, Sulfonilureas, Glucosidos?	10	0
2. Cintura: Mujer > 80cm Hombre > 90cm	10	0
3. ¿Nunca sintió náuseas, vomitos o gases de estómago? (Solo para personas de 65 años)	0	1
4. Tiene entre 45 a 64 años de edad	5	0
5. ¿Tiene DM o más antecedentes?	0	1
6. Alguno de sus hermanos padece o padeció diabetes mellitus	1	0
7. ¿Se curó su padre, madre o pariente de diabetes mellitus?	0	1
8. Si es mujer y ha tenido algún bebé con más de 4 kg de peso al nacer	2	0

MES/AÑO: _____

TOTAL:

Si obtuvo menos de 10 puntos de puntuación, existe alto riesgo de tener diabetes. Para confirmar que está en riesgo puede entrar en riesgo online, se le recordará al ingresar sus datos en esta plataforma y podrá descargar el resultado en 5 días.

Si obtuvo 10 o más puntos de puntuación, está en alto riesgo de padecer diabetes. Haga la determinación de azúcar en sangre y si es el resultado fuera negativo, practique estilos de vida saludable e ingiera la determinación en su vida.

¿Tiene diabetes? SI NO

GLUCEMIA

AÑO: 20__ 20__ 20__ 20__ 20__

AYUNO: _____ CASUAL: _____

POSITIVA: Si la prueba de Glucemia Capilar fue mayor o igual a 120 mg/dl ayuno o más de 140 mg/dl casual. Tendido que acudir al médico para que le practique otra prueba en ayuno.

NEGATIVA: Si la prueba de Glucemia es menor de 100 mg/dl.

Cuestionario de Seguridad Social: SE || FIC || IZAMA || MIRE || ODRIS

EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	OCUPACION	NIVEL DE INGRESOS
PESO (kg)				
GLUCEMIA (casual)				
F.M.C. (mg/dl)				
CINTURA (cm)				

Edad	Mujer		Hombre		ESTADO CIVIL					
	0-14	15-24	25-34	35-44	0	1	2	3	4	5
1-44	30.4	22.4	21.4	22.4	12.3	15.1	12.1	22.2	22.2	
1-44	35.4	31.4	32.2	31.2	13.2	14.4	14.4	24.3	24.3	
1-44	40.5	33.2	34.8	33.5	13.7	14.4	14.7	24.4	24.4	
1-44	41.6	34.0	35.0	33.2	13.2	14.2	14.2	24.2	24.2	
1-44	42.7	32.0	31.8	31.1	13.1	14.1	14.1	24.1	24.1	
1-44	43.8	33.1	32.0	31.1	13.1	14.1	14.1	24.1	24.1	
1-44	44.9	33.6	32.4	31.4	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	46.0	34.2	33.0	32.0	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	47.1	34.7	33.4	32.4	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	48.2	35.2	33.8	32.8	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	49.3	35.7	34.2	33.2	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	50.4	36.2	34.6	33.6	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	51.5	36.7	35.0	34.0	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	52.6	37.2	35.4	34.4	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	53.7	37.7	35.8	34.8	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	54.8	38.2	36.2	35.2	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	55.9	38.7	36.6	35.6	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	57.0	39.2	37.0	36.0	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	58.1	39.7	37.4	36.4	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	59.2	40.2	37.8	36.8	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	60.3	40.7	38.2	37.2	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	61.4	41.2	38.6	37.6	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	62.5	41.7	39.0	38.0	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	63.6	42.2	39.4	38.4	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	64.7	42.7	39.8	38.8	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	65.8	43.2	40.2	39.2	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	66.9	43.7	40.6	39.6	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	68.0	44.2	41.0	40.0	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	69.1	44.7	41.4	40.4	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	70.2	45.2	41.8	40.8	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	71.3	45.7	42.2	41.2	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	72.4	46.2	42.6	41.6	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	73.5	46.7	43.0	42.0	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	74.6	47.2	43.4	42.4	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	75.7	47.7	43.8	42.8	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	76.8	48.2	44.2	43.2	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	77.9	48.7	44.6	43.6	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	79.0	49.2	45.0	44.0	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	80.1	49.7	45.4	44.4	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	81.2	50.2	45.8	44.8	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	82.3	50.7	46.2	45.2	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	83.4	51.2	46.6	45.6	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	84.5	51.7	47.0	46.0	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	85.6	52.2	47.4	46.4	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	86.7	52.7	47.8	46.8	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	87.8	53.2	48.2	47.2	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	88.9	53.7	48.6	47.6	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	90.0	54.2	49.0	48.0	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	91.1	54.7	49.4	48.4	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	92.2	55.2	49.8	48.8	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	93.3	55.7	50.2	49.2	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	94.4	56.2	50.6	49.6	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	95.5	56.7	51.0	50.0	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	96.6	57.2	51.4	50.4	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	97.7	57.7	51.8	50.8	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	98.8	58.2	52.2	51.2	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	99.9	58.7	52.6	51.6	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	101.0	59.2	53.0	52.0	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	102.1	59.7	53.4	52.4	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	103.2	60.2	53.8	52.8	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	104.3	60.7	54.2	53.2	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	105.4	61.2	54.6	53.6	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	106.5	61.7	55.0	54.0	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	107.6	62.2	55.4	54.4	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	108.7	62.7	55.8	54.8	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	109.8	63.2	56.2	55.2	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	110.9	63.7	56.6	55.6	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	112.0	64.2	57.0	56.0	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	113.1	64.7	57.4	56.4	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	114.2	65.2	57.8	56.8	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	115.3	65.7	58.2	57.2	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	116.4	66.2	58.6	57.6	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	117.5	66.7	59.0	58.0	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	118.6	67.2	59.4	58.4	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	119.7	67.7	59.8	58.8	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	120.8	68.2	60.2	59.2	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	121.9	68.7	60.6	59.6	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	123.0	69.2	61.0	60.0	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	124.1	69.7	61.4	60.4	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	125.2	70.2	61.8	60.8	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	126.3	70.7	62.2	61.2	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	127.4	71.2	62.6	61.6	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	128.5	71.7	63.0	62.0	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	129.6	72.2	63.4	62.4	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	130.7	72.7	63.8	62.8	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	131.8	73.2	64.2	63.2	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	132.9	73.7	64.6	63.6	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	134.0	74.2	65.0	64.0	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44	135.1	74.7	65.4	64.4	13.4	14.4	14.4	24.4	24.4	
1-44										

Patogenia de la Diabetes Mellitus

A pesar de lo mucho que se ha aprendido en los últimos años, la patogenia de la diabetes tipo 2 sigue siendo enigmática. Los factores ambientales, tales como el estilo de vida sedentario y los hábitos dietéticos, desempeñan claramente un papel importante. Sin embargo, los factores genéticos son incluso más importantes que en la diabetes tipo 1. A diferencia de la diabetes tipo 1, la enfermedad no se relaciona con los genes implicados en la tolerancia y regulación inmunitaria, y no hay evidencia que sugiera una base autoinmune en la diabetes tipo 2. Los dos defectos metabólicos que caracterizan la diabetes tipo 2 son: un descenso de la capacidad de los tejidos periféricos para responder a la insulina (resistencia a la insulina) y disfunción de las células β que se manifiesta por una secreción inadecuada de insulina en el contexto de resistencia a la insulina e hiperglucemia. En la mayoría de los casos, la resistencia a la insulina es el primer evento, seguida por grados crecientes de disfunción de las células β . a) Resistencia a la insulina: Consiste en la resistencia a los efectos de la insulina sobre la captación, metabolismo o almacenamiento de la glucosa. Es un hecho característico de la mayoría de los pacientes con diabetes tipo 2, y casi un hallazgo universal en los diabéticos obesos. El papel de la resistencia a la insulina en la patogenia de la diabetes tipo 2 puede demostrarse por los siguientes hallazgos: 1) la resistencia a la insulina se detecta a menudo de 10 a 20 años del inicio de la enfermedad en pacientes predispuestos y, 2) en estudios prospectivos, la resistencia a la insulina es el mejor productor de la subsiguiente progresión a diabetes. Esta resistencia conduce a un descenso en la captación de glucosa en el músculo y en el tejido adiposo, y a una incapacidad de la hormona para suprimir la neo glucogénesis hepática (López, 2009).

Algunos de los mecanismos probables que intervienen en este aumento de la resistencia a la insulina son los siguientes.

1. Defectos genéticos del receptor de insulina y de las vías de señalización de la insulina. De los análisis realizados, parece extraerse que mientras que el riesgo poblacional asociado con una variante genética determinada (polimorfismo) puede ser significativo, el incremento del riesgo de desarrollar diabetes para un individuo

concreto portador de dicha variante es bajo en el menor de los casos. Basta con decir que mientras nadie cuestiona un componente genético en la resistencia a la insulina, la “impureza” de los resultados ha dificultado la identificación de los genes implicados. La base genética de la resistencia a la insulina, y por extensión a la diabetes tipo 2, sigue siendo, por tanto, un enigma (López, 2009).

2. Obesidad y resistencia a la insulina. Se ha comprobado que en los excesos de grasa existe una alteración de la señalización de la insulina, incluso en casos de obesidad simple no acompañada de hiperglucemia. El riesgo para desarrollar diabetes aumenta a medida que el índice de masa corporal lo hace. No es sólo la cantidad absoluta de grasa corporal sino también su distribución la que tiene efecto sobre la sensibilidad a la insulina. En este aumento de la resistencia a la insulina se han implicado distintos mecanismos, como son el exceso de ácidos grasos libres y su papel citotóxico, diversas proteínas liberadas a la circulación sistémica por el tejido adiposo (adipocinas) o el papel del receptor gamma activado por el proliferado peroxisómico y tiazolidinedionas .b) Disfunción de las células β : Esta disfunción refleja la incapacidad de las células para adaptarse a las demandas a largo plazo de la resistencia a la insulina periférica y al incremento de la secreción de insulina. En los estados de insulinoresistencia, la secreción de insulina es inicialmente mayor para todos los niveles de glucosa que en los controles. Este estado de hiperinsulinismo es una compensación a la resistencia periférica, y a menudo puede mantener la glucosa plasmática en niveles normales durante años. Finalmente, sin embargo, la compensación de las células β comienza a ser inadecuada, y se produce la progresión a diabetes. La base subyacente a este fallo de adaptación de las células β se desconoce, aunque se especula que diversos mecanismos, incluyendo los efectos adversos de las altas concentraciones circulantes de ácidos grasos la hiperglucemia crónica, pueden desempeñar un papel. Nos vamos a encontrar con una disfunción cualitativa, en la que se produce una pérdida del patrón oscilante y pulsátil normal de la secreción de insulina y la atenuación de la fase inicial rápida de secreción de insulina desencadenada por una elevación de la glucosa plasmática, y por otro lado, una disfunción cuantitativa de las células β , que se refleja en un descenso en la masa

celular, degeneración de los islotes y depósito de amiloide en los mismos(López, 2009).

Cuadro clínico

El cuadro clínico de un diabético no insulino dependiente y sobre todo en pacientes cuyo inicio fue en la vida adulta puede incluso llegar a ser asintomático, es decir no tener ninguna sintomatología, y el diagnóstico puede llegar a realizarse de manera fortuita, por ejemplo, en los pacientes, en los que hay predisposiciones a la arterioesclerosis prematura es frecuente encontrar que su antecedente de fondo es precisamente la diabetes; en pacientes jóvenes que sufren infarto al corazón y que además tienen padecimientos circulatorios y ocasionalmente dolores en piernas y calambres en las mismas, pueden ser las primeras manifestaciones, de enfermedad diabética (Cruz,1999).

Las primeras manifestaciones de este padecimiento pueden presentarse de manera gradual estas por lo regular no son características y pueden consistir en síntomas poco comunes infección vaginal, infecciones del pene y en micosis combinada de infecciones, furúnculos en diversas partes del cuerpo retardo en la cicatrización en heridas casuales, disminución de fuerza de las piernas, impotencia sexual, disminución de la capacidad, orgánica y psíquica los pacientes fácilmente se deprimen y se sienten muy cansados, bajan de peso, presentan sed, hay cefalea y dolor en todo el cuerpo (ataques multineuríticos), polifagia y nicturia (Cruz,1999).

Diagnóstico por estudio.

Para el diagnóstico de la DM se puede utilizar cualquiera de los siguientes criterios:

1. Síntomas de diabetes más una glucemia casual medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dl (11.1 mmol/l). Casual se define como cualquier hora del día sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida. Los

síntomas clásicos de diabetes incluyen poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso (Roses & Rosas, 2008).

2. Glucemia en ayuna medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 126 mg/dl (7 mmol/l). En ayunas se define como un período sin ingesta calórica de por lo menos ocho horas (Roses & Rosas, 2008).

3. Glucemia medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dl (11.1 mmol/l) dos horas después de una carga de glucosa durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG). Para el diagnóstico en la persona asintomática es esencial tener al menos un resultado adicional de glucemia igual o mayor a las cifras que se describen en los numerales dos y tres. Si el nuevo resultado no logra confirmar la presencia de DM, es aconsejable hacer controles periódicos hasta que se aclare la situación. En estas circunstancias el clínico debe tener en consideración factores adicionales como edad, obesidad, historia familiar, honorabilidades, antes de tomar una decisión diagnóstica o terapéutica (Roses & Rosas, 2008).

Tratamiento

El tratamiento de la Diabetes Mellitus es integral que incluya, dieta, ejercicio y farmacoterapia.

La dieta generalmente hipocalórica por la frecuencia de obesidad y al ejercicio. Es necesario calcular el número de calorías que necesita para conseguir y mantener el peso ideal, y que debe estar de acuerdo con la edad, sexo, situación biológica y actividad física. El reparto de los distintos nutrientes proteínas, carbohidratos grasos debe ser para una persona sana, la relación entre energía y cantidad de proteínas relacionadas con la edad: + 51 años, peso: 70 kg talla: 1.78 cm, energía (kcal) 2, 400 proteínas (g) (Martina, Placencia & González, 2009).

El tratamiento dietético está dirigido a establecer una ingesta nutricional adecuada para lograr o mantener un peso deseado, prevenir la hiperglucemia, reducir el riesgo de arteriosclerosis y de complicaciones.

El cálculo de la dieta para los pacientes diabéticos se realizará de la forma siguiente.

Energía: El aporte energético de la dieta en relación con el requerimiento energético del individuo influye el control metabólico a largo plazo.

Un método muy preciso es el que tiene en cuenta el metabolismo basal. La distribución porcentual energética recomendada es:

Hidratos de carbono: 55-60 %.
 Proteínas: 12-20 %.

Grasas: 20-30 %.

La información plasmada en la tabla sobre los alimentos y porcentajes que debe consumir un diabético, la podemos consultar en el manual de dieta terapia en la página 42(Martina, Placencia & González, 2009).

Hidrato de carbono	Porcentaje	Proteínas	Porcentaje	Grasas	Porcentaje
Espárragos Aguacate Pimientos Brócoli Coliflor Zanahorias Apio Berza Maíz Pepinos Berenjena Aceitunas Cebolla Patatas y camotes Calabaza Lechuga Romana Espinacas Tomates Berro Calabacín Manzanas Albaricoques Plátanos Fresas, frambuesas ,  moras,	40%	Lentejas Atún Queso Pechuga de pollo Chorizo sandia Hígado de res Garbanzos Almendras Pistaches Ostiones Leche Clara de huevo	1200 kcl 20 % 12 %	Caramelos. Galletas. Helados. Margarina. Palomitas de microondas. Pastelería industrial (incluidos cereales). Productos de bollería industrial. Productos precocinados (empanadillas, croquetas, pastas, pizzas)	6% 7% Y 13% 15% 10%

arándanos Cantalupo  Cerezas Higos Jugos de frutas Uvas Guayaba Kiwi Limas y limones Mangos Naranjas Papayas Peras Piña Ciruelas Pasas Sandía Frijoles, alubias y legumbres Nueces crudas y semillas Grasa de lácteos Arroz					
--	--	--	--	--	--

Ejercicio: Realizar 30 minutos al día de ejercicio diario.

Hipoglicemiantes Orales

Los hipoglucemiantes orales son un conjunto heterogéneo de drogas que se caracterizan por producir una disminución de los niveles de glucemia luego de su administración por vía oral, cumpliendo con este propósito a través de mecanismos pancreáticos y/o extra pancreáticos.

MEDICAMENTO	FORMULACIONES	DOSIFICACIÓN	COMENTARIOS
-------------	---------------	--------------	-------------

Tolbutamida	tabletas de 500 mg	Inicial: 1000-200 mg diarios Rango: 250-3000 mg (pocas veces se necesitan >2000mg/día) Dosis: Se toma dos o tres veces por día.	EC: hipoglucemia, aumento de peso SFU preferida para los ancianos Se debe tomar 2-3 veces por día.
Glimepirida	tabletas de 1 mg, 2 mg, 4 mg	Inicial: 1-2 mg diarios Rango: 1-8 mg Dosis: Se toma una vez por día.	EC: hipoglucemia, aumento de peso Tiene que tomarse sólo una vez por día.
Repaglinida	tabletas de 0,5 mg (blancas), 1 mg (amarillas), 2 mg (rojas)	Inicial: 1-2 mg diarios (0,5 mg si A1C <8%) Rango: 0,5-16 mgLa dosis máxima por comida es 4 mg Dosis: se toma dos, tres o cuatro veces por día.	EC: hipoglucemia Seguro para los ancianosLa duración del efecto es sólo 4 horasSe toma dentro de los 15-30 minutos de la comida.
Nateglinida	tabletas de 60 mg (rosas), 120 mg (amarillas)	Inicial: 120 mg tres veces por día (si la A1C está cerca del objetivo, u 60 mg) Rango: 180-360mg Dosis: se toma tres veces por día.	EC: hipoglucemia Seguro para los ancianosLa duración del efecto es sólo 2 horasSe toma dentro de los 30 minutos de la comida.
Metformina	Glucophage: tabletas de 500 mg, 850 mg, 1000 mg Glucophage XR: tabletas de 500 mg, 750 mg Fortamet: tabletas de 500 mg, 1000 mg Glumetza: tabletas de 500 mg, 1000 mg Metformina genérica de LP: tabletas de 500 mg, 750 mg	Inicial: 500 mg dos veces por día u 850 mg una vez por día Rango: 500-2550 mg Dosis: Se toma dos o tres veces por día LP: Inicial: 500 mg una vez por día Rango: 500-2000 mg Dosificada una vez por día.	EC: Síntomas gastrointestinales (diarrea, náuseas, estómago revuelto), sabor metálico (3%),acidosis láctica (0,03 cases/1000 personas) Se toma con las comidas (la de LP con la comida de la noche) No se puede usar si se tienen problemas hepáticos o renales, si se toma un medicamento para tratar la insuficiencia cardíaca, o si se toma alcohol en exceso.
Dulaglutida	0,75 mg o 1,5 mg por dosis Inyectada debajo de la piel (subcutánea/SC) Disponibles en dispositivos tipo lapicera/pluma de dosis única específica.	Inicial: 0,75 mg una vez por semana Rango: se puede incrementar hasta 1,5 mg una vez por semana si hay una respuesta inadecuada.	EC: náuseas,diarrea, vómitos, dolor abdominal No se puede usar si se tienen antecedentes familiares de carcinoma tiroideo medular (CTM) o si se tiene síndrome de neoplasia endócrina múltiple tipo 2 (NEM2) Rara vez se informaron casos de pancreatitis (inflamación del páncreas); no se puede usar si se tienen antecedentes de cáncer tiroideo medular.
Alogliptina	tabletas de 6,25mg	25 mg por boca diarios.	EC: nariz congestionada o

	(rosa claro), 12,5mg (amarillas), 25 mg (rojas claras)	Se toma una vez por día.	con goteo, dolor de garganta, jaqueca, infección del tracto respiratorio superior, reacciones alérgicas severas raramente (inflamación de la lengua, garganta, rostro o cuerpo; sarpullido severo) raras veces se informó pancreatitis.No hay aumento de peso.
Canagliflozina	tabletas de 100 mg (amarillas, con forma de cápsula), 300 mg (blancas, con forma de cápsula)	Inicial: 100 mg diarios Rango: 100-300 mg diarios Dosis: Se toma una vez por día.	EC: incremento o urgencia para orinar, presión sanguínea más baja, mareos, infecciones genitales por levaduras, infecciones del tracto urinario incremento del potasio en sangre; rara vez, reacciones alérgicas severas (inflamación de la lengua, garganta, rostro o cuerpo; sarpullido severo..
Empagliflozina/Linagliptina	tabletas triangulares de 10 mg/5 mg (amarillo pálido), 25 mg/5 mg (rosa pálido)	Inicial: 10 mg/5 mg una vez por día Rango: hasta 25 mg/5 mg una vez por día.	Igual que los anteriores para la empagliflozina y linagliptina.
Empagliflozina/Metformina	tabletas ovales, recubiertas por una película, de 5 mg/500 mg (amarillo anaranjado), 5 mg/1000 mg (amarillo amarronado), 12,5 mg/500 mg (púrpura amarronado pálido), 12,5 mg/1000 mg púrpura amarronado oscuro)	Inicial: 5 mg/500 mg o 5 mg/1000 mg Rango: hasta 25 mg/2000 mg Se toma dividida en 2 dosis.	Igual que los anteriores para la empagliflozina y metformina.
Canagliflozina/Metformina	tabletas con forma de cápsula, recubiertas por una película, de 50 mg/500 mg (blancas), 50 mg/1000 mg (beige), 150 mg/500 mg (amarillas), 150 mg/1000 mg (púrpura)	Inicial: 50 mg/500 mg o 50 mg/1000 mg Rango: hasta 300 mg/2000 mg Se toma dividida en 2 dosis.	Igual que los anteriores para la canagliflozina y metformina.

Insulina

La Insulina es sintetizada y secretada en el páncreas por las células Beta de los islotes de Langerhans los que se identifican fácilmente por reaccionar con menor intensidad a la tinción de hematoxilina–eosina que el tejido exocrino que lo rodea (Rodríguez, 2003).

Tipos de insulina

Existen diferentes tipos de insulina, las más utilizadas en nuestro país son.

Insulina rápida o cristalina: Es transparente como el agua. Inicia su acción 30 minutos después de inyectada. Tiene su máximo efecto a las 2 - 3 horas después de inyectada. Su acción total es de 6 a 8 horas(Rodríguez, 2003).

Análogos de Insulina rápida (ultra-rápida): LISPRO Insulina cristalina (transparente como el agua), de acción más rápida que la insulina cristalin

A habitual, comienza a actuar a los 5 minutos después de inyectada. Máxima acción 1 hora después. Termina su efecto en 2 a 4 horas(Rodríguez, 2003).

Insulina Lenta o NPH: Es de color lechoso. Comienza a actuar 2 a 3 horas después de inyectada: Tiene su máxima a las 6 - 8 horas después de inyectada. Su acción total es de 20 a 22 horas. Ultra lenta Comienza en forma paulatina 2 horas después de inyectada. Su acción es pareja. Su efecto total dura alrededor de 36 horas. Estos tipos de insulina se pueden usar juntos o separados, según indique el médico. Cuando una persona comienza un tratamiento con insulina, es probable que el médico le cambie la dosis y el esquema de tratamiento varias veces, para ajustarlos a sus necesidades específicas(Carrasco, Flores, Galván, Miranda, Pérez & Rojas, 2001).

Administración de la insulina

La forma clásica de administración de insulina es la jeringa de 1 ml graduada en unidades estrada de viales de 100 UI/ML, con aguja De administración subcutánea. Si ha de mezclarse IHC con intermedia, se carga primero la IHC, la administración es con una sola mano, la mayor exactitud en pacientes con problemas de manipulación, realizar la aspiración para comprobar si no se encuentra en un vaso. Seelige unazona con suficientegrasa, aquellas donde se pueda hacer pliegue para la inyección, se debe guardar enel fresco del refrigerador de 2 a 8 c para evitar que ocurra el deterioro de la insulina en temperatura ambiental, se debe de sacar un momento antes de la administración Carrasco, Flores, Galván, Miranda, Pérez,& Rojas .2001)

Diagnósticos diferenciales

Por el aumento de la diuresis y de la sed, la diabetes insípida, es la afección que más se asemeja a la diabetes mellitus. Ambos signos son marcados en la primera, pudiendo llegar la diuresis a más de 10 litros, cifras que no se alcanza nunca en la segunda; la orina es de poca densidad y sólo excepcionalmente contiene pequeñas cantidades de glucosa, siendo la glucemia normal. No se acompaña tampoco de adelgazamiento. En el hipertiroidismo, el adelgazamiento, la astenia y el aumento del apetito son signos frecuentes y a ellos se asocia más raramente una discreta glucosuria e hiperglucemia. Salvo en los casos en que existe una diabetes concomitante, los signos oculares, cardiocirculatorios, digestivos, periféricos y el metabolismo basal, permiten identificar el síndrome tiroideo, La obesidad, sea en la edad puberal (síndrome adiposo genital) o en el adulto, se acompaña con frecuencia de aumento de la sed y del apetito, aunque sin poliuria franca (Rubio & Argente, 2012).

Complicaciones de la Diabetes

La diabetes mellitus es una enfermedad con gran morbilidad en el mundo actual. Dentro de las complicaciones que nos podemos encontrar, cabe diferenciar las

complicaciones agudas de las crónicas. Mientras las primeras requieren un tratamiento inmediato, las segundas se tratan de prevenir mediante un control estricto de la enfermedad (Mediavilla, 2016). Las principales complicaciones son.

a) Complicaciones agudas: En los pacientes diabéticos los niveles de glucosa suben y bajan bruscamente, existiendo un mayor riesgo de sufrir episodios de hipoglucemia e hiperglucemia. El mayor riesgo de todos es que estos episodios desencadenen un coma. Cabe destacar que el coma hipoglucémico conlleva al paciente a un riesgo vital mucho mayor con lo que, ante la duda, tratar la emergencia como un coma hipoglucémico (Mediavilla, 2016).

b) Complicaciones crónicas: La diabetes se asocia a complicaciones micro vasculares y macro vasculares a largo plazo que pueden afectar cualquier parte del cuerpo. La hiperglucemia produce una alteración en el metabolismo lipídico, así como en la glicosilación no enzimática de proteínas, entre las que se encuentra el colágeno (Mediavilla, 2016).

Coma hipoglucemia. Se produce por un exceso de insulina, ejercicio, alcohol o por comer poco. Los signos son sudor caliente, taquicardia, pupilas dilatadas y retraídas, ansiedad, temor, agresividad, hormigueo, en la boca, dolor de cabeza, disartria, confusión, desorientación, inconsciencia y signos neurológicos focales.

Coma hiperglucemia Se produce por defecto de insulina, infecciones o infarto al miocardio. Los signos son vómito, hiperventilación, acetonuria, hipotensión, taquicardia, boca y pies secos y dolor abdominal.

Si es posible medir los niveles de glucosa en la sangre por muestra de sangre.

Si el paciente se encuentra consciente se administra 25g de glucosa vía oral, si el paciente está inconsciente, administrar glucagón por vía intramuscular o 20mg de dextrosa intravenosa.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Valoración. Valore al paciente por medio de la guía de valoración con el referente de la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea orem. Con esto se logró recolección de datos del paciente para determinar el síntoma prioritario (Anexo 2 Valoración).

6.4 DIAGNÓSTICOS PRIORITARIOS SEGÚN OREM

El diagnóstico es una etapa del proceso de enfermería muy útil ya que en ella se encuentra el problema más importante en la persona y poder brindar los cuidados pertinentes.

DIAGNOSTICOS

Diagnostico 1.

Dominio: 4 Actividad / reposo Clase: 4 Respuesta cardiovascular / pulmonar.

(00204) Perfusión tisular ineficaz relacionado con conocimientos deficientes sobre su enfermedad, sedentarismo, y diabetes mellitus manifestado por alteración en las características de la piel (palidez), edema, y dolor en las extremidades.

Diagnostico 2.

Dominio 11 Seguridad / protección Clase 2 lesión física

(00155) Riesgo de caídas, relacionado con edad superior a 65 años, uso de dispositivo de ayuda (andador), dificultad en la marcha, mareos, insomnio y dificultades visuales

Diagnostico 3

Dominio 4 Actividad/ reposo Clase 3 Equilibrio de la energía

(0093) Fatiga relacionado con derivación del sueño manifestado por aumento de las quejas físicas, aumento de los requerimientos del descanso, falta de energía y expresa cansancio.

Diagnostico 4

Dominio 4 Actividad / reposo

Clase 1 sueño/ reposo

(0095) Insomnio relacionado con deterioro del patrón del sueño normal y malestar físico (nicturia) manifestado al expresa dificultad para conciliar el sueño, dificultad para permanecer dormido y para despertarse demasiado temprano.

Diagnostico 5

Dominio 12 Confort

clase 1 confort físico

(00132) *Dolor agudo relacionado con Agentes lesivos* manifestado por Observaciones de evidencias del dolor Expresa dolor

6.4.1 Plan de Cuidados. Diagnostico 1

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Dolor agudo (00132) relacionado con agente lesivo manifestado por observaciones de evidencias del dolor, expresa dolor.			
CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Control del dolor (1605)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconoce el comienzo del dolor 2. Reconoce factores causales 3. Reconoce síntomas asociados del dolor 4. Utiliza medidas de alivio no analgésicas 5. Utiliza los recursos disponibles 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sustancial (2) 2. Sustancial (2) 3. Grave(1) 4. Moderado(3) 5. Leve(4) 	<p>Mantener a: 2</p> <p>Aumentar a: 12</p>

PLAN DE INTERVENCIÓN (NIC):

Agente de autocuidado: Totalmente dependiente Demanda de autocuidado:

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio

Agente de auto cuidado terapéutico

INTERVENCIÓN (NIC): Apoyo en la toma de Decisiones (5250)

1.

ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO
1. Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.	El paracetamol es un analgésico antipirético actúa inhibiendo la síntesis de prostaglandinas mediadores celulares responsable de la aparición del dolor. (García, Montes, Porta & Salmon, 2013).
2. Utiliza estrategias de comunicación terapéuticas para conocer la experiencia Del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.	Se debe preguntar acerca tanto de las características del dolor (localización, irradiación, tipo de dolor, factores precipitantes o aliviadores), como de la intensidad y la respuesta al tratamiento instaurado (Muños, C & C, 2006).
3. Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida.	Orientando al paciente sobre el administrar un analgésico para aliviar su malestar
4. Utilizar medidas de control del dolor antes de que este sea muy intenso.	Utilizar medidas de control del dolor antes de que este sea muy intenso.
5. Explorar con el paciente los factores que alivien e empeoran al dolor	Informar al paciente sobre la enfermedad e identificar los factores de riesgo que causan el dolor (Silva, & Gomez, 2008).

1. EVALUACIÓN

El paciente mejoro en cuanto al dolor encontrándolo levemente, y ha estado administrando los analgésicos al horario marcado y sabe el nivel de dolor que presenta y por la aplicación de masajes con ungüentos tópicos en pies y el paciente deambuló sin dificultad.

2. EVALUACION

La paciente ha mejorado mucho en cuanto al dolor que presentaba, toma sus analgésicos y masajes a la hora indicada. Los masajes se aplicaron para mejorar la circulación y evitar la presencia de dolor, y los analgésicos se administraron para calmar completamente el dolor.

6.4.2 Plan de Cuidados. Diagnostico 2

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de caídas(00155) Relacionado con: edad superior a 65 años uso de dispositivo de ayuda (andador) Dificultad en la marcha mareos insomnio dificultades visuales

CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Conocimiento: prevención de caídas. (1828)	1. Uso correcto de dispositivos de ayuda 2. Calzado adecuado 3. Ejercicio para reducción el riesgo de caídas 4. Uso correcto de los mecanismos de seguridad 5. Uso correcto de iluminación ambientea	1. Sustancial (2) 2. Sustancial (2) 3. Grave (1) 4. Moderado(3) 5. Leve(4)	Mantener a: 2 Aumentar a: 12

PLAN DE INTERVENCIÓN (NIC):

Agente de autocuidado: Totalmente dependiente
Agente de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatoria

INTERVENCIÓN (NIC): Prevención de caídas (6490)

Actividades	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
1. Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.	Se identificaron los estudios revisados, sin embargo, entre las características sociodemográficas, cuatro estudios encontraron caídas en la edad avanzada (Silva, & Gomez, 2008).
2. Controlar la marcha, el equilibrio y la marcha, al deambular	Se orienta al paciente sobre la enfermedad que padece y reconozca que puede sufrir caída por falta de fuerza y apoyo en pies y circulación
3. Proporcionar al paciente medios de solicitud de ayuda, como timbre, luz con el medio de solicitud como usar el timbre y la luz	Se pretende avisar al personal de enfermería sobre algún riesgo que comprometa la vida del paciente
4. Sugerir el uso de calzado seguro	Usar el calzado cómodo y no lizo les ayuda a no tener caídas repentinas
5. Mantener las barandillas de la cuna en posición elevada cuando el cuidador no está presente	Según corresponda. Se pretende evitar caídas de camas a los pacientes.
6. Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa	Se pretende evitar caídas de camas a los pacientes. Se pretende evitar caídas de camas a los pacientes. Se pretende evitar caídas de camas a los pacientes.

1. EVALUACIÓN

En cuanto al deambular ya no requiere del apoyo de andadera y mejoró el equilibrio. Sabe claramente cómo puede sufrir una caída y cuáles son los factores de riesgo.

2. EVALUACION

La paciente deambula perfectamente sin ningún problema, la paciente aunque no necesita de la andadera, no la deja por segura. Está orientada de presentar una caída.

6.4.3 Plan de Cuidados. Dignostico3

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Insomnio (00095 Relacionado con: deterioro del patrón del sueño malestar físico (nicturia) manifestado por: expresar dificultad para conciliar el sueño, expresa dificultad para permanecer dormido, expresa despertar demasiado temprano

CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Sueno (0004)	1.Dificultad para conciliar el sueno 2. Sueno interrumpido 3. Siesta inapropiada 4. Nicturia 5.Ronquidos	1.Grave(1) 2.Moderado (3) 3. Sustancial (2) 4. Grave(1) 5. Leve(4)	Mantener a: 2 Aumentar a: 12

PLAN DE INTERVENCIÓN (NIC):

Agente de autocuidado: Totalmente dependiente Demanda de autocuidado:

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio

Agente de auto cuidado terapéutico

INTERVENCIÓN (NIC): Fatiga (531)

ACTIVIDAD	FUNDAMENTO CIENTIFICO
1. Manejo de la energía	Evitar que realice actividades muy pesadas para evitar que pierda energía.
2. Manejo de la nutrición	El uso prolongado e incontrolado de medicamentos laxantes puede inducir el riesgo de malabsorción generalizada de los distintos nutrientes, al disminuir el tiempo de contacto con la mucosa intestinal (Arbones, Carbajar, Gonzalvo, Gonzales, Martin, Martinez, Montero, Nuñez, Ruigdueta, Rivero, Roset, Sanches & Vaquero, 2003).
3. Manejo del sueño	Para las personas que padecen un proceso de enfermedad la necesidad de descanso y sueño aumenta, pues la situación patológica implica un gasto extra de energía. La enfermedad, con las preocupaciones que conlleva, en muchas ocasiones influye sobre el patrón descanso-sueño
4. Control del estado de ánimo	El tener control del ánimo es esencial para tomar su medicamento y manejar autocuidado.
5. Terapia de relajación	Es relevante señalar que el estrés es altamente individualizado, ya que algunas personas enfrentan bien las situaciones difíciles o tensas. Sin embargo, otras se derrumban con facilidad ante las mismas circunstancias.
6. Terapia de ejercicio control muscular	Terapia en los pies para controlar la fuerza en los músculos y no provoque dolor
7. Trabajo de actividad	Múltiples estudios que demuestran el beneficio del ejercicio regular en el control glucémico a largo plazo han utilizado Actividad física (AF) realizada por 30 a 60 minutos, al 50 a 80 % del VO2 máximo, 3 a 4 veces por semana. Con este tipo de programas se logran reducciones de 10 % a 20 % en la Hemoglobina glicosilada.

1 EVALUACIÓN

El insomnio sigue presente, no mejora ni consigue dormir, no mejora ni con masaje ni con terapia de relajación.

2 EVALUACION La paciente ha podido descansar un poco más de lo que dormía. Para lograr esto se le brindaron masajes relajantes y la terapia de relajación antes de acostarse. Duerme un poco más.

6.4.4 Plan de Cuidados. Diagnostico 4

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: : Insomnio(00095)relacionado con: deterioro del patrón del sueño malestar físico (nicturia) manifestado por: expresa dificultad para conciliar el sueño, expresa dificultad para permanecer dormido, expresa despertar demasiado temprano.

CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Sueno (0004)	1.Dificultad para conciliar el sueno 2. Sueno interrumpido 3. siesta inapropiada 4. Nicturia 5.Ronquidos	1. Grave (1) 2. Moderado(3) 3. Substancial (2) 4. Grave(1) 5. Leve(4)	Mantener a: 2 Aumentar a: 12

PLAN DE INTERVENCIÓN (NIC):

Agente de autocuidado: Totalmente dependiente Demanda de autocuidado:

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio

Agente de auto cuidado terapéutico

INTERVENCIÓN (NIC): Insomnio (543)

ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO
1. Control del estado de ánimo	En el paciente presenta pérdida de interés, sentimientos de culpa, baja autoestima, trastornos del sueño, apetito, baja energía, y falta de concentración afectando(Forta, Martes, Villalva, Fuentes, & Perez, 2011).
2. Manejo ambiental, conft	Se define como la infección, la ulceración y la destrucción de los tejidos profundos, asociadas con anomalías neurológicas (pérdida de la sensibilidad al dolor) y vasculopatía periférica de diversa gravedad en las extremidades inferiores
3. Manejo del sueño	Para el desarrollo de resistencia a la insulina y DM2, modelos animales han demostrado que la HI altera la homeostasis de la glucosa y que períodos prolongados de hipoxia incrementan los niveles de insulina y la intolerancia a la glucosa (Carrasco, Galgani, & Reyez, 2013).
4. Terapia de relajación	Es relevante señalar que el estrés es altamente individualizado, ya que algunas personas enfrentan bien las situaciones difíciles o tensas. Sin embargo, otras se derrumban con facilidad ante las mismas circunstancias(Montes, Oropeza, Pedraza, Verdugo, & bielmar, 2013).
5. Masaje	Existen en nuestra piel alrededor de 5 millones de receptores dedicados al tacto que envían impulsos nerviosos al cerebro a través de la medula espinal. El tacto es uno de los primeros sentidos en desarrollarse y posiblemente sea el último en desaparecer. Los más insignificantes contactos físicos tienen importantes efectos, un interesante ejemplo cotidiano es que aquellas camareras que tocan la mano o el hombro del cliente al traer el cambio suelen recibir más propina. Al realizar un masaje el paciente indudablemente recibe una información, la cual induce a modificaciones en su cuerpo y su mente posibles de ser aprovechadas para la terapia.

1. EVALUACIÓN

El insomnio sigue presente, no mejora ni consigue dormir, no mejora ni con el masaje ni con la terapia de relajación. Y terapia ocupacional.

2. EVALUACION En la persona ha mejorado el insomnio. La paciente logró dormir un poco más gracias a los cuidados brindados. La paciente se encuentra más alegre y participativa.

6.3.5 Plan de Cuidados. Diagnostico 5

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:(00132) Dolor agudo relacionado con agente lesivo manifestado por expresión de dolor y observar evidencias del mismo.

CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Control del dolor(1605)	1.reconoce el comienzo del dolor 2. reconoce factores causales 3.reconoce síntomas asociados del dolor 4. utiliza medidas de alivio no analgésicas 5. utiliza los recurso disponibles	1.Raramente(2) 2.A veces (3) 3.Siempre (5) 4.Siempre (5) 5 Nunca (1)	Mantener a: 2 Aumentar a: 12

PLAN DE INTERVENCIÓN (NIC):

Agente de autocuidado: Totalmente dependiente Demanda de autocuidado:

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio

Agente de auto cuidado terapéutico

INTERVENCIÓN (NIC): Apoyo en la toma de Decisiones (5250)

ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO
5. Control del estado de ánimo	En el paciente presenta pérdida de interés, sentimientos de culpa, baja autoestima, trastornos del sueño apetito, baja energía, y falta de concentración afectando(Dorta, Martes, Villalva, Fuentes, & Perez, 2011).
6. Manejo ambiental, conft	Se define como la infección, la ulceración y la destrucción de los tejidos profundos, asociadas con anomalías neurológicas (pérdida de la sensibilidad al dolor) y vasculopatía periférica de diversa gravedad en las extremidades inferiores.
7. Manejo del sueño	Para el desarrollo de resistencia a la insulina y DM2, modelos animales han demostrado que la HI altera la homeostasis de la glucosa y que períodos prolongados de hipoxia incrementan los niveles de insulina y la intolerancia a la glucosa(Carrasco, Galgani, & Reyez, 2013).
8. Terapia de relajación	Es relevante señalar que el estrés es altamente individualizado, ya que algunas personas enfrentan bien las situaciones difíciles o tensas. Sin embargo, otras se derrumban con facilidad ante las mismas circunstancias(Montes, Oropeza, Pedraza, Verdugo, & bielmar, 2013).
5. Masaje	Existen en nuestra piel alrededor de 5 millones de receptores dedicados al tacto que envían impulsos nerviosos al cerebro a través de la medula espinal. El tacto es uno de los primeros sentidos en desarrollarse y posiblemente sea el último en desaparecer. Los más insignificantes contactos físicos tienen importantes efectos, un interesante ejemplo cotidiano es que aquellas camareras que tocan la mano o el hombro del cliente al traer el cambio suelen recibir más propina. Al realizar un masaje el paciente indudablemente recibe una información, la cual induce a modificaciones en su cuerpo y su mente posibles de ser aprovechadas para la terapia.

1.EVALUACIÓN

La paciente se presenta cooperadora para tomar sus medicamentos en la hora precisa y tener un control de analgésicos para mejorar el dolor y no empeora. Mejoró un 90%, sabe identificar el nivel del dolor que presenta.

2. EVALUACION

La paciente mejoró mucho en cuanto al dolor que presentaba, gracias a los masajes realizados en los pies y favoreciendo a la paciente el deambular.

VII. CONCLUSIONES

La aplicación de este proceso de enfermería es de gran importancia ya que se logran los objetivos planeados hacia la usuaria, tomando en cuenta las cinco etapas del proceso de enfermería, así mismo se mejora la calidad de vida, con apoyo en la teoría general de Dorothea E. Orem.

La metodología de este proceso fue una herramienta de gran utilidad que se aplicó a una persona con diabetes mellitus tipo II, también permitió identificar las necesidades de la persona y de esta forma se le ayudó en sus alteraciones.

Este método de Dorothea E. Orem nos ayudó a brindar una atención más adecuada y de calidad a la persona, además de concientizarnos de lo importante y primordial que son cada una de las etapas del proceso hacia la persona, y la relación entre cliente – enfermera.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

Rosales, S., & Reyes, E., (2009). *Fundamentos de enfermería*. Colombia: Manual moderno, 125-625.

Alfaro, R., & Luis, M. T., (1995). *Aplicación del proceso de enfermería*. Barcelona: Mosby-Doyma.

Hernández, M., Gutiérrez, J. P., & Reynoso, N., (2013) *Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemiología*, Salud Pública de México, 55,129-136.

Maldonado, J.A., Cortes, N. L., & Gómez, C., (2012). *Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en poblaciones; rural, suburbano y urbano de los estados de Guanajuato y Michoacán, México. Revista Mexicana de Cardiología*, 23,3,25-133.

Inegi, (2013). *Mortalidad. Instituto Nacional de Estadística y Geografía-3*

Ostiguin, R. M., & Velásquez, S.M., (2001). *Teoría general del déficit de autocuidado*, guía básica ilustrada. México: El Manual Moderno.

Noruega, M.Y., (2008). *Proceso de atención de enfermería. En Colombia*.

Heathe, T. H., Heath, C., Lunney, M., & Vassa, L. (2010). *Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación (NANDA)* Barcelona: Elsevier.

Bulechek, G.M., Butcher, H.K., & Dochterman, J.M. (2014). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Barcelona: Elsevier.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., & Swanson, E. (2014). *Clasificación de resultados de enfermería medición de resultados de salud (NOC)*. Barcelona: Elsevier.

Dorothea, E. O., (2013). *La teoría del déficit de autocuidado, modelos y teorías de enfermería*, Barcelona: Elsevier.

Arteaga, M. V., Alfaro, & Navarro, N. F., (2003). *Establecimiento de prioridades y elaboración de objetivos, revista española aprende en línea plataforma académica para pregrado y posgrado*, Barcelona: Elsevier. 43-68.

Rojas, E., Molina, R., & Rodríguez, C., (2012). *Definición y clasificación y diagnóstico de diabetes mellitus. Revistar venezolana de endocrinología y metabolismo* 10-1.

Lifshitz, A., (2001) *Diabetes mellitus, Ejercicio actual de medicina.*

López, G., (2009) *Diabetes mellitus: clasificación patológica y diagnóstico, revista biomédica.*

Cruz, A., (1999) *Diabetes y su cura natural, Mexico: Selector, 1-79.*

Roses, M., & Rosas, J., (2008) *Diagnósticos y control y tratamiento de la diabetes mellitus, Asociación latinoamericana de diabetes, 1-82.*

Martin, L. C., Placencia, D., & Gonzales, T. L., (2009). *Manual de dietoterapia. Ciencias médicas.*

Rodríguez, G., (2003) *Insulinoterapia. Departamento de medicina de la Universidad Peruana. 3, 140 -144.*

Carrasco, E., Flores, G., Galván, G., Miranda, D., & Pérez, M. D., (2001) *Manual para educadores. Organización Mundial de la Salud: Chile, 2-157.*

Rubio, O., & Argentes, J., (2012) *Diabetes mellitus, forma de representación clínica y diagnóstico diferencial de la hipoglucemia en la infancia y adolescencia. Doyna Madrid: Elsevier 11-344.*

Mediavilla, J. J., (2016) *Complicaciones de la diabetes diagnóstico y tratamiento. Centro de salud pan pliega. Burgos: Semergen, 27. 132-145.*

García, C., Montes, T., Porta, O., & Salmón, S., (2013). *Control de la calidad y estudio de estabilidad del paracetamol gotas orales 100mg/ml. Ciudad de la Habana: Revista cubana de farmacia.*

Muñoz, C., & C, C., (2006) *Monitorización del dolor, recomendación del grupo de trabajo de analgesia y sedación. Madrid: Elsevier, 30.379-85.*

Silava, Z., & Gomez, A., (2008) *Factores de riesgo de caídas en ancianos: salud pública.*

Arbones, G., Carbajar, A., Gonzalvo, A., Gonzalez,M., Joyones, M., Marquez, Z.Martin, M., Rivero, M., Roset, M., Sanchez, F., Vaquero, M., et al (2003). *Nutricion y recomendaciones dietéticas para personas mayores, Grupos de trabajo, salud publica, Madrid, Sonpe.3* 109-139.

Farta, D., Martes, L., Villalba,M., Fuentes, P.P.,& Perez, P (2004) *Riesgo de depresión en pacientes con diabetes mllitus tipo 2, según tiempo de evolución, Carabobo: Redalyc.* 12. 32-38.

Carrasco, F., Galgani, J.,& Reyez, M (2013). *Sindrome de resistencia a la insulina estudio y manejo,Chile: Elsevier,* 5. 877-837.

Montes, R., Oropeza, R., Pedraza, F., Verduco, J.,& Bielmar, J., (2013).*Manejo de estrés para el control del metabolismo de personas con diabetes mellitus tipo 2, Mexico: Enclavez,* 12. 67- 87.

IX. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Coma hipoglucemia: Se produce por un exceso de insulina, ejercicio, alcohol o por comer poco.

Coma hiperglucemia: Se produce por aumento de insulina, infecciones o infarto al miocardio.

DM: Diabetes mellitus

La enfermería: se basa en brindar cuidados, autónomos y en colaboración, que se presentan en personas y entadas las edades, familias grupos comunidades enfermos y sanos.

NIC: Clasificación de intervenciones de enfermería.

NOC: clasificación de resultados de enfermería.

NANDA: Diagnósticos de enfermería.

Agencia de autocuidado: Es la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo.

Déficit de autocuidado Se produce cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de auto cuidado conocida.

Agencia de enfermería: Es una compleja propiedad y atributo de las personas educadas y entrenadas como enfermeras, tiene que ver con las capacidades para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de autocuidado terapéutico.

Sistema de enfermería: La teoría de los sistemas de enfermería articula las teorías porque señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado.

Auto Cuidado: El auto cuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano.

Cuidado Dependiente: Cuidado dependiente se refiere al cuidado que se ofrece a una persona, debido a la edad o a factores relacionados, no pueden realizar el auto cuidado necesaria para mantener la vida, un funcionamiento saludable, un desarrollo personal continuado y el bienestar.

Requisitos De Autocuidado: Un requisito de auto cuidado es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano.

Actividad Enfermera: En la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que se les da poder para ser representadas como enfermeras, dentro del marco de una relación interpersonal legítima, para actuar saber ayudar a las personas implicadas en esa relación a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado.

Diseño Enfermería: Se trata de una actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción enfermera.

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

Teoría de sistema de enfermeros:La teoría de los enfermos señala que la enfermería es una acción humana: los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente.

Teoría del déficit de autocuidado:La idea central de la teoría del déficit de autocuidado se basa en las necesidades de las personas que precisan la enfermería a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud.

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

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

Requisitos de Auto cuidado de Desarrollo: Los requisitos de autocuidado y de desarrollo estaban separados de los requisitos de autocuidado universales en la segunda edición de nursing concepts of practice se han identificado tres conjuntos de requisitos de autocuidados de desarrollo Prevención de condiciones que fomentan el desarrollo.

Hipoglucemiantes orales: Los hipoglucemiantes orales son un conjunto heterogéneo de drogas que se caracterizan por producir una disminución de los niveles de glucemia luego de su administración por vía oral, cumpliendo con este propósito a través de mecanismos pancreáticos y/o extra pancreáticos.

La dieta hipocalórica: Controla y limita las calorías que puedes consumir, está compuesta por un gran porcentaje de alimentos bajos en calorías como es el caso de los vegetales y calorías.

Insulina: La insulina es sintetizada y secretada en el páncreas por las células beta de los islotes de Langerhans los que se identifican fácilmente por reaccionar con menor intensidad a la tinción de hematoxilina–eosina que el tejido exocrino que lo rodea.

X. ANEXOS

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería

IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

CON EL REFERENTE TEÓRICO DE D. ELIZABETH OREM



ANEXO 1. VALORACIÓN

GUÍA DE VALORACIÓN CON EL REFERENTE DE LA TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

Instrucciones: Por favor, marque con una x en los paréntesis que corresponda y llene los espacios de acuerdo a las respuestas que la persona le otorgue y/o lo que usted perciba y observe según sea el caso.

I. FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

a. Descriptivos de la persona

Fecha _____ Nombre G p y Sexo: Masc. () Fem () Edad 85

Religión católica Edo. Civil: soltera Escolaridad 6 primaria

Lugar de residencia Hogar del cristo abandonado Domicilio actual (calle, número, colonia):

Uruapan

Características de la vivienda

Renta _____ Propia Otros _____

Material de Construcción

Adobe _____ Ladrillo tros _____

Cuenta con los servicios básicos de vivienda

Agua potable Luz eléctrica _____

Drenaje Pavimentación _____

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios básicos:

Alumbramiento público ()

Recolección de basura ()

Drenaje y alcantarillado ()

Rol que ocupa en la familia: hermana

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

Número de hijos: 0 () 1 () 2 () 3 () Más de 3 ()

Relación con la familia:

Buena () Regular () Mala ()

Nivel de educación:

Analfabeta () Primaria () Secundaria ()

Bachillerato () Licenciatura () Otros ()

Ocupación empleada doméstica Horario 8 horas

Antecedentes laborales: buenos

Ingreso Económico Familiar 100 pesos diarios

Menos de 1 Salario mínimo () 1-2 S m () Más de 3 S m ()

Dependencia económica: Si () No ()

De quien: Padres () Esposo/ a () Otros (x) _hermano_____

b. Patrón de vida

¿Qué actividades recreativas realiza en su tiempo libre?

Sociales () Culturales () Deportivas ()

Religiosas () Otras no realiza nada

¿Qué hace usted para cuidar su salud

Tomar el medicamento, en ocasiones se muestra renuente al consumir su medicamento

c. Estado de sistema de salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno () Regular (x) Deficiente ()

¿A qué servicio de salud acude usted regularmente?

IMSS () ISSSTE () Secretaría de Salud ()

Particular (x) Otros _____

Diagnóstico médico Diabetes mellitus tipo 1

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

Valoración de la existencia de recursos disponibles para la atención del cliente _____

d. Estado de desarrollo

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

Si (X)

No ()

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

¿Quién autoriza su tratamiento médico? _ Médico residente del asilo

II. REQUISITOS DE AUTO CUIDADO UNIVERSALES

a. Mantenimiento del aporte suficiente de aire

Frecuencia respiratoria 20 Llenado capilar: 3 minutos

Cianosis: Si () No (x) Especifique: _____

Tabaquismo: Si () No (x) Especifique: _____

Cocina con leña: Si () No (x) Especifique: _____

Alergias: Si () No (x) Especifique _____

Tipo de Respiración:

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

Otros _____

Nariz:

Desviación de tabique () Pólipos () Secreciones ()

Dolor () Edema () Otros _____

Tórax:

En Tonel () En quilla () En embudo () Otros _____

Ruidos respiratorios:

Estertores () Sibilancias () Murmullo vesicular ()

Padece alguna enfermedad pulmonar: Si () No (x)

Especifique _____

Cardiovascular:

T/A 130/80 FC 71 Soplos () Arritmias ()

Otras alteraciones: Presenta astenia

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta disnea: Si (x) No ()

Apoyo Ventilatorio: Si () No (X) Especifique _____

b. Mantenimiento de aporte de agua suficiente

Valore datos de deshidratación

Mucosa oral: Seca () Hidratada (x)

Piel: Seca (x) Escamosa () Normal ()

Turgencia: Normal (x) Escasa ()

¿Qué cantidad de agua ingiere usted al día?

300-500 ml (x)

500-1000ml ()

1500- 2000 ml ()

Más de 2000ml ()

¿De donde proviene el agua que consume?

Llave pública ()

Pila ()

Entubada ()

Garrafón (x)

Otros: _____

¿Utiliza algún método para purificar el agua? Si () No (x)

Especifique _____

Ingiere algún otro tipo de líquido durante el día

Si (x)

No ()

Especifique cantidad 600 ml de coca-cola

Aporte de líquidos parenterales:

Especifique:

c. Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos.

Peso: 51 kg Talla: 1.42 cm IMC: 17.96 Cintura: 106

Glucemia: 133 mg/dL

Ha observado variaciones en el peso.

Si () No (x)

Pérdida () Ganancia ()

1-3 kg () 4-6 kg () 7-9 kg () más de 10 kg ()

Dentadura:

Completa () Faltan piezas (x)

Prótesis fija () Prótesis extraíble (x)

Especifique _____

Estado de las mucosas:

Presenta algún problema en la mucosa oral.

Si () No (x) Especifique _____

Lengua en tónica () Estomatitis () Xerostomía ()

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

Drenaje purulento () Gingivorragia () Ulceraciones ()

Otros _____

Alteraciones en cara y cuello: Presenta daño en la piel, como manchas producidas por los rayos ultravioletas.

Abdomen:

Peristaltismo: Ausencia () Disminuido ()

Aumentado () Normal (X)

Distención abdominal ()

Otros _____

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

¿Cuál? Acidez () Náuseas () Vómito () Hematemesis () Disfagia ()

Pirosis () Regurgitación () Polidipsia ()

Polifagia () Bulimia () Anorexia () Reflujo ()

Sialorrea () Saciedad () Eructos ()

Otros _____

¿Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse?

Si () No (x) Especifique _____

Tipo de nutrición: Oral (x)

Sonda Nasogástrica () Sonda Nasoyeyunal ()

Gastroclisis () Nutrición parenteral ()

¿Qué tan frecuente usted come?

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

Alimento/frecuencia	1	2	3	4
Leche		x		
Deriv.de la leche		x		
Carnes		x		
Cereales		x		
Verduras		x		
Frutas		x		
Huevos		X		
Pescado		X		
Pastas y harinas		x		

¿Con qué guisa los alimentos?

Aceite (x) Manteca ()

Otros _____

¿Cómo es su dieta?

Sin restricciones (X) Para diabético () Hiposódica ()

Hipoprotéica () Hiperprotéica () Otros:

d. Provisión de los cuidados asociados al proceso de eliminación y los excrementos.

Grupo de evacuación intestinal

Presencia de:

Estoma intestinal () Colostomía () Ileostomía ()

Hemorroides () Pólipo rectal () Rectorragia ()

Otros _____

Apoyo para la eliminación intestinal: Si () No (X)

Movilización () Medicación () Higiene ()

Otros _____

Evacuación intestinal.

Espontanea (x) Estreñimiento ()

Diarrea () otros _____

Características de las Heces fecales.

Café (x) Acolia () Melena () Otros _____

Consistencia de las Heces fecales.

Pastosa (x) Semipastosa () Líquida () Semilíquida () Dura ()

Grupo de la eliminación vesical.

Presencia de:

Incontinencia () Retención urinaria () Tenesmo ()

Disuria () Alteraciones uretero-vesicales () Otro: _____

Alteración en la micción: Si (x) No ()

Ámbar () Coluria () Hematuria () Turbia () Otros: nicturia

Grupo Transpiración.

Cambio en los patrones normales de sudoración.

Disminuida (x) Ausente () Aumentada ()

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal: 36 c Dolor ()

Alteraciones emocionales (x) Temperatura ambiental ()

Otros: _____

Grupo menstruación.

Menarca: 14 años Días del ciclo menstrual: 3 días

Tipo, cantidad y características del flujo: normal

Presenta algún problema durante su menstruación

Si () No (x) Ocasional () Especifique _____

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

Reposo

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

Menor de 6 horas (x) 6- 8 horas () Más de 10 horas ()

¿Cómo se encuentra al despertarse?

Cansado () Descansado (x) Fatigado () Otros ()

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?

Si (x) No ()

¿Ha sufrido algún cambio su patrón de sueño?

Si (x) No () Desde cuando:
1 semana () 15 días () 1 mes () Más de un mes (X)

Presencia de:

Bostezo () Insomnio (x) Hipersomnia () Pesadillas ()
Alucinaciones () Ojeras () Ronquido () Enuresis ()
Sonambulismo () Terrores nocturnos ()

Factores que interrumpan su descanso y sueño _____

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

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?

Si () No (x) Especifique _____

Actividad

Sistema músculo esquelético.

Presencia en articulaciones de:

Dolor () Rigidez () Inflamación (x) Limitaciones ()

Contracturas () Especifique: tobillos _____

¿Alguna actividad física le produce dolor?

Si (x) No () Especifique: caminar

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si () No (x) Especifique _____

Frecuencia/ duración _____

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

Sistema auditivo

¿Presenta problemas de audición?

Si () No (x) Especifique _____

Utiliza apoyo para escuchar.

Si () No (x) Especifique _____

Presencia de: Mareo (x) Vértigo () Acúfenos () Malformaciones ()

Tumoraciones () Lesiones ()

Sistema ocular

¿Presenta problemas visuales?

Si (x) No () Especifique: presenta astigmatismo

¿Utiliza lentes? Si () No (x) Armazón () Contacto ()

Tiempo_____

Presencia de alteraciones oculares.

Si () No (x) Especifique _____

¿Con quienes convive diariamente?

Familia () Amigos () Compañeros de trabajo () Otros:
compañeros del asilo

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

Buena () Regular (x) Mala ()

¿A quién recurre para platicar de sus problemas?

Familia () Amigos () Nadie () Otros_hermano_____

Observar: Seguridad (x) Timidez () Introversión () Apatía ()

Extroversión () Otros _____

Razones que le impiden socializar:

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

Dificultad para la comunicación () Otros_____

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

Sistema neurológico.

Estado de conciencia:

Consciente (x) Inconsciente () Sopor ()

Estupor () Confusión () Coma ()

Glasgow_____

Problemas de:

Concentración () Razonamiento () Especificar_____

¿Utiliza algún dispositivo de ayuda para realizar la deambulaci3n?

Bast3n () Silla de ruedas () Andador (x) Otros_____

Antecedentes heredo familiares / patol3gicos:

Si () No (x) Especifique _____

Toxicoman3as:

Si () No (x) Especifique _____

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?

Si () No (x) Especifique _____

h. Promoci3n del funcionamiento humano y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseo de ser normal.

¿Se acepta en su aspecto f3sico?

Si (x) No () Especifique _____

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad?

Si (x) No () Especifique _____

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

Si (x) No () Especifique: necesita ayuda para diambular

¿Considera que su vida es o ha sido productiva?

Si (x) No () Especifique _____

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales?

Si () No (x)

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

Desesperanza () Negatividad () Tristeza ()

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

Negación (x) Inadaptación () Irritabilidad ()

Culpa () Agresión () Cólera ()

III. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

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

1. Etapa del ciclo vital.

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

Niñez	Si ()	No (x)	Especifique_____
Edad escolar	Si (x)	No ()	Especifique: <u>sufrió maltrato</u>
Adolescente	Si ()	No (x)	Especifique_____
Adulto joven	Si ()	No (x)	Especifique_____
Edad fértil	Si ()	No (x)	Especifique_____
Adulto maduro	Si (x)	No ()	Especifique: <u>separación de su hermana por problemas de salud.</u>

2. Salud sexual.

Sistema reproductor

¿Ha recibido educación sexual?

Si () No (x) Especifique_____

¿Cuál es su orientación sexual? heterosexuales

Inicio de Vida Sexual Activa: Si () No (x) Especifique_____

Número de parejas sexuales_____

¿Está satisfecho con su vida sexual?

Si () No (x) Porque _____

¿Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales?

Si () No (x) Especifique_____

¿Utiliza algún método de planificación familiar?

Si () No (x) Especifique / tiempo_____

Número de hijos: _____

¿Tiene problemas de infertilidad?

Si () No (x) Especifique_____

Causa / tratamiento _____

¿Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual?

Si () No (x) Especifique_____

Tratamiento _____

Cirugías realizadas en Aparato reproductor

Si () No (x) Especifique_____

Hombre:

¿Acude a examen de próstata/testicular?

Si () No () Especifique_____

¿Presenta problemas de erección?

Si () No () Especifique_____

¿Presenta problemas de eyaculación precoz?

Si () No () Especifique/Tratamiento_____

Mujer:

Menarca: 14 Días del ciclo menstrual 3

Tipo, cantidad y características del flujo. Normal color rojo

Presenta algún problema durante su menstruación

Si () No (x) Especifique _____

Embarazos _____ Partos _____ Cesárea _____ Abortos _____

Óbitos _____ Partos prematuros _____

Embarazos de alto riesgo _____ Periodo intergenésico: _____

Menopausia 20 noviembre 1973 Fecha de último Papanicolaou _____

Presencia de flujo/ hemorragia transvaginal:

Si () No () Especifique _____

¿Existe alteración del crecimiento físico?

Si () No () Especifique _____

IV. REQUISITOS DE DESVIACION DE LA SALUD

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

4- 6 meses () 6- 12 meses () más de 12 meses (x)

No se realiza () Especifique _____

¿Sabe usted de su enfermedad? si

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

Si (X) No ()

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

Apoyo mutuo y asistencia.

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación?

Si () No (X) Especifique_____

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

Ambientales (x) Familiares () Personales ()

Especifique: no consume su medicamento

Observaciones:

Paciente femenino orientado en tiempo y espacio, se encuentra estable sobre su enfermedad, presentando alteraciones para deambular y edema en piernas.



**IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA
CON EL REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM**

VALORACIÓN

ANEXO 2. ORGANIZACIÓN DE DATOS

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS:

Sexo: femenino

Edad: 85 años

Edo. Civil: soltera

Religión: católica

**Escolaridad: 6 de primaria
domestica**

Ocupación: Empleada

Familia Nuclear: 3

Persona que constituye el principal apoyo para el paciente:

Dependencia Económica: de hermano

Condiciones del hogar: Está construida de material, cuenta, con luz y drenaje, agua potable .

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES:

a. Mantenimiento del aporte de aire suficiente.

FC 71 T/A 130/80 mmHg, FR 20 x' SPO2 %

Presenta astenia, y disnea al realizar esfuerzo físico

b. Mantenimiento de un aporte de agua suficiente.

Presenta piel seca y turgente. Aporte de líquidos de 1.100 L de agua y consume otro tipo de líquido (coca 600 ml) diario

c. Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.

Peso51 **Talla** 1.42 **IMC** 17.96 **Niveles de Glucosa** 133 mg/ dL

Utiliza prótesis extraíble, y le faltan algunas piezas dentales. Presenta manchas en cara y cuello. Consume 2 veces por semana alimentos como leche y sus derivados, carnes, cereales, verduras, frutas, huevos, pescado y harinas. Las características de la dieta que consume no tienen restricciones acorde a su patología.

e. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreción. Las evacuaciones intestinales son espontaneas, heces fecales color café y consistencia pastosa. Presenta alteración en la micción (nicturia). Temperatura 36° C.

f. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo. Duerme 6 horas y toma la siesta en el día, al despertar se encuentra descansada y presenta dificultad para conciliar el sueño por más de un mes.

En el sistema musculo esquelético presenta inflamación en el ligamento peroneo astraglino anterior del tobillo. Al caminar presenta dolor, por lo que no realiza ejercicio.

g. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social

En sistema auditivo refiere mareo. Presenta astigmatismo y no utiliza lentes. Diariamente convive con compañeros del asilo, su relación con ellos es regular, a veces reacciona agresiva con algunos.

h. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano. La paciente refiere recordar todo, se encuentra orientada en tiempo y espacio, utiliza un dispositivo para la deambulacion (andadera), no implementa medidas de seguridad para su vida.

i. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseo de ser normal. Se acepta en su aspecto físico, y acepta los cambios a partir de la enfermedad, necesita ayuda para deambular para satisfacer las necesidades refiere que su vida no ha sido productiva, cuando se estresa se niega a todo

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO:

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

Etapas de desarrollo: Recuerda usted algún problema o aspecto relevante referente a su salud en alguna de las siguientes etapas de su vida? Si en la edad escolar sufrió maltrato y en la edad adulta, el separarse de su hermano por problemas de salud.

Rol (es):

Salud Sexual:

Historia Gineco- obstétrica: Presento menarca a los 14 años y sus días de ciclo menstrual 3 días su flujo es normal color rojo, menopausia 20 noviembre de 1973

REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD:

La paciente realiza chequeos generales de salud cada 12 meses, se encuentra orientada sobre su enfermedad, cuando se realiza alguna campaña de salud la paciente asiste, no realiza ejercicio, identifica algún obstáculo que le impida continuar o llevar a cabo los cuidados para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Ambientales en ocasiones se encuentra renuente al consumo de medicamentos .

ANEXO 3. RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

DATOS SIGNIFICATIVOS (Evidencia)	ANÁLISIS DEDUCTIVO (Dominio, Clase, Requisito de autocuidado involucrados)	PROBLEMA (Etiqueta diagnóstica NANDA II) P	FACTOR RELACIONAL (Etiología) E	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas) S
Molestia de las piernas Coloración de piernas pálidas Dolor en las piernas Dificultad de movilidad alteración en el patrón del sueño Sedentarismo Diabetes Mellitus Conocimientos deficientes sobre su enfermedad	Requisito de autocuidado universal: <i>Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo</i> Dominio: 4 Actividad / reposo Clase: 4 Respuesta cardiovascular pulmonar.	Perfusión tisular ineficaz (00204)	Conocimientos deficientes sobre su enfermedad Sedentarismo Diabetes mellitus	Alteración de las características de la piel (palidez) Edema Dolor en las extremidades
se encuentra orientada en tiempo y espacio, utiliza un dispositivo para la	Requisito de autocuidado universal: Prevención de peligros		Edad superior a 65 años Uso de dispositivo de ayuda	

<p>deambulaci3n (andadera), No implementa medidas de seguridad para su vida. Refiere mareo. Presenta astigmatismo y no utiliza lentes Edad 85 a1os Insomnio</p>	<p>para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano Dominio: 11 Seguridad / protecci3n Clase: 2 Lesi3n f3sica.</p>	<p>Riesgo de ca3das (00155)</p>	<p>(andador) Dificultad en la marcha Mareos Insomnio Dificultades visuales</p>	
<p>Presenta astenia Disnea al realizar esfuerzo f3sico, piel seca y turgente L3quidos 1. 100L, de agua y consumiendo otro tipo de alimentos. Coca de 600ml <i>tienen restricciones acorde a su patolog3a</i></p>	<p>Requisito de autocuidado universal: <i>Mantenimiento del aporte de aire suficiente</i> Dominio 4 Actividad reposo Clase 3 Equilibrio de la energ3a</p>	<p>Fatiga (00093),</p>	<p>Derivaci3n del sue1o</p>	<p>Aumento de las quejas f3sicas Aumento de los requerimientos del descanso Falta de energ3a Expresa cansancio</p>

Duerme 6 horas y toma una siesta en el día, al despertar se encuentra descansada y presenta dificultad para conciliar el sueño por más de un mes.	Requisito de autocuidado universal: <i>Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo</i> Dominio 4 Actividad reposo Clase 1 Sueno/ reposo	Insomnio (00095)	Deterioro del patrón del sueño Malestar físico (nicturia)	Expresa dificultad para conciliar el sueño expresa dificultad para permanecer dormido expresa despertarse demasiado temprano

Presenta inflamación en el ligamento perineo astraglino anterior del tobillo. Al caminar presenta dolor, por lo que/ no realiza ejercicio.	Dominio 12 Confort Clase 1 Confort físico	Dolor agudo (00132)	Agentes lesivos	Observaciones de evidencias del dolor Expresa dolor

ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN
NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERIA



"CONSENTIMIENTO INFORMADO"

Yo Gloria Pille Andrade; acepto participar en la realización en todas sus fases del Proceso de enfermería con el referente teórico de Dorothea E. Orem aplicado a una persona con diabetes mellitus tipo II cargo de PLE. Francisco Javier Peralta Villalobos. El cual me ha informado que no pone en riesgo mi integridad y que mis datos serán confidenciales y que podre retirarme del proceso cuando yo lo desee sin que esto tenga repercusión en mi persona, acepto participar sin ningún beneficio económico. Me han informado que si tengo dudas puedo localizar al tesista en la Facultad de Enfermería el día lunes a las 15 horas.

Morelia, Mich a 21 de Abril 2016

Francisco Javier Peralta Villalobos

Nombre del tesista

Gloria Pille Andrade

Nombre del paciente