

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO



FACULTAD DE ENFERMERÍA



PROCESO DE ENFERMERÍA BASADO EN EL REFERENTE TEÓRICO DE
DOROTHEA ELIZABETH OREM, APLICADO AUN PACIENTE CON
DIABETES MELLITUS II

PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADA (A) EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

María Clara Zavala Ceja

ASESORA:

MAESTRA EN ENFERMERÍA
EMMA FLORES MENDOZA

ASESORA:

MAESTRA EN ENFERMERÍA
RUTH E. PEREZ GUERRERO

i. Directivos

MSP. JULIO CESAR GONZALEZ CABRERA.

Directora

M.E. RUTH E. PEREZ GUERRERO.

Secretaria Académica

M.M.E. RENATO HERNANDEZ CAMPOS.

Secretaria Administrativa

ii. Mesa sinodal

PRESIDENTE

M.E. Emma Flores Mendoza

1^{er} VOCAL

María Leticia Rubí García Valenzuela

2^{do} VOCAL

Brenda Martínez Ávila

iii. Dedicatorias

Agradezco a Dios por guiarme en mi camino y por permitirme concluir mi objetivo.

A mis padres que son mi motor y mi mayor inspiración, que atreves de su amor, paciencia, buenos valores ayudan trazar mi camino.

Padres míos gracias por darme dicha de concluir esta meta y la dicha de poder tener el título de licenciada en enfermería, y gracias por compartir conmigo esta dicha.

Gracias a mi familia por estar todo este tiempo apoyándome en mis buenas y malas daciones.

iv. Agradecimientos

Y por supuesto que a mi asesora y a la facultad de enfermería, por permitirme concluir con una etapa de mi vida, gracias por la paciencia, orientación y guiarme en el desarrollo de este.

A mi asesora que durante todo este tiempo creyó en mí y tuvo confianza en que lo lograríamos, gracias por estar tanto tiempo y por su enorme paciencia.

v. Resumen

Se realizó un proceso de enfermería (PE) con el fin de establecer un conocimiento profesional con método científico, humanizado y de calidad a las necesidades individualizadas de un paciente, en un área preventiva y asistencial que fundamenta la eficacia de los problemas reales y potenciales en un paciente, familia y comunidad. Todo proceso lleva una secuencia que considera una sucesión de acción y dirección que vincule los fines o propósitos con el pensamiento, crítico y analítico.

El objetivo es identificar al paciente y su estado de salud, para saber de qué manera se puede dar el cuidado basado en un plan de acción con intervenciones que atiendan las necesidades detectadas. El plan de intervención fue basado en el modelo teórico de Dorothea E. Orem con un paciente de 51 años de edad con diagnóstico médico de Diabetes Mellitus tipo II. El desarrollo de aplicación se consideró con carácter ético en el proceso de cuidado, se definió con Taxonomía II de la NANDA, clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC) y Clasificación de resultados de enfermería (NOC).

El proceso de enfermería es un marco sistemático y organizado para concretarse en un diagnóstico de enfermería, para realizar metodológicamente el proceso se concentra una base de datos para poder valorar, se auxilia de la entrevista y de un examen físico con pensamiento crítico y reflexivo. Lo anterior con cinco fases que son:

Valoración: Recogida y recopilación de datos organizada y sistemática sobre el estado de salud del paciente, basándose en distintos criterios, siguiendo un orden "cabeza a pies".

Diagnóstico: Enunciado de un juicio clínico, para explicar y describir un estado de salud y nace de problemas reales y potenciales de en un individuo, familia o colectividad.

Planificación: Identificar los resultados deseados en la atención y establecer una secuencia de acciones específicas.

Ejecución: Poner en práctica la planificación de los cuidados de enfermería con el objetivo de alcanzar los resultados esperados.

Evaluación: Mide las respuestas de la persona a las intervenciones de enfermería.

De acuerdo al diagnóstico y objetivos planteado se obtienen resultados favorables en mejora de la herida, interés por aumentar horas de sueño, lo cual refirió una narrativa de sentirse más descansado en el paciente, se permitió como área de enfermería educar en la reorganización de

autocuidado desde el enfoque de Dorothea E. Orem (déficit de autocuidado), el manejo glucémico mejoró al mantener niveles de glicemia con parámetros normales de un paciente diabético.

Mejoraron los hábitos alimenticios y de esa manera mejora la actividad física y corporal, con menos niveles de ansiedad y hábitos de higiene tanto en alimentación como en cuidados de la piel, en beneficio de la herida presentada.

El paciente muestra interés por mejorar la calidad de piel en su herida, lo que lleva a acciones comprometidas de autocuidado con un sentido de acompañamiento en el proceso de sanación, ante la desinformación de complicaciones en el padecimiento de la enfermedad (diabetes mellitus tipo II), que aunado a su proceso de aprendizaje en autocuidado logra aminorar dudas y temores. PALABRAS CLAVES: TRATAMIENTO, CASO CLÍNICO, ENFERMEDAD, SIGNOS

Y SINTOMAS.

vi. Abstrac

A nursing process (PE) was carried out in order to establish professional knowledge with a scientific, humanized and quality method to the individualized needs of a patient, in a preventive and assistance area that bases the effectiveness of real and potential problems on A patient, family and community. Every process has a sequence that considers a succession of action and direction that links the ends or purposes with thought, critical and analytical.

The objective is to identify the patient and his state of health, to know how care can be given based on an action plan with interventions that meet the needs identified. The intervention plan was based on the theoretical model of Dorothea E. Orem with a 51-year-old patient with a medical diagnosis of Type II Diabetes Mellitus.

Application development was considered ethically in the care process, defined with Taxonomy II of the NANDA, classification of nursing interventions (NIC) and Classification of nursing results (NOC).

The nursing process is a systematic and organized framework to be specified in a nursing diagnosis, to methodologically carry out the process a database is concentrated in order to assess, it is helped by the interview and a physical examination with critical and reflective thinking. The above with five phases that are:

Assessment: Collection and collection of organized and systematic data on the patient's health status, based on different criteria, following a "head to toe" order.

Diagnosis: Statement of a clinical trial, to explain and describe a state of health and arises from real and potential problems in an individual, family or community.

Planning: Identify the desired results in the care and establish a sequence of specific actions.

Execution: Implement the planning of nursing care in order to achieve the expected results.

Evaluation: Measures the person's responses to nursing interventions.

According to the diagnosis and objectives set, favorable results are obtained in improving the wound, interest in increasing hours of sleep, which referred to a narrative of feeling more rested in the patient, it was allowed as a nursing area to educate in the reorganization of self-care from The approach of Dorothea E. Orem (self-care deficit), glycemic management improved by maintaining glycemic levels with normal parameters of a diabetic patient.

Improved eating habits and thus improves physical and body activity, with less levels of anxiety and hygiene habits both in food and skin care, for the benefit of the wound presented.

The patient shows interest in improving the quality of skin in his wound, which leads to committed actions of self-care with a sense of accompaniment in the healing process, given the disinformation of complications in the disease (type II diabetes mellitus) , which, together with its learning process in self-care, reduces doubts and fears.

I.- Introducción	1
II.- Justificación	2
III.- Objetivos.....	4
3.1.- Objetivo General.....	4
3.2.- Objetivos Específicos	4
IV.- Marco teórico	5
4.1.- Proceso de enfermería	5
4.1.1.- Características.....	6
4.2.- Aplicación del proceso de enfermería	8
4.3.- Aplicación de proceso para el paciente	9
4.4.- Requisitos para aplicar proceso enfermero.....	10
4.5.- Etapas del proceso de enfermería	10
4.2.- Dorothea E Orem.....	19
4.2.1.- Teoría del autocuidado de Dorothea E. Orem.:	19
4.2.2.- Subteorías interrelacionadas que describe Orem	20
4.2.4.- Supuestos principales	21
4.2.5.- Teoría de los sistemas de enfermería.....	23
4.2.6.- Teoría del déficit del autocuidado	24
4.2.7.- Teoría del autocuidado	25
4.2.8.- Meta paradigma de Orem	27
4.3.- Historia natural de la Enfermedad	27
4.3.1.- Periodo pre patogénico	28
4.3.2.- Periodo patogénico	29
4.4.- Diabetes mellitus	30
4.4.1.- Signos y síntomas	31
4.4.2.- Tratamiento.....	32
4.4.4.- Epidemiología.....	35
V.- Metodología.....	37
VI.- Caso Clínico	37
VII.- Consideraciones Éticas	38
VIII.- Aplicación del proceso de enfermería.....	38
8.1.- Valoración con el referente teórico de Dorotea E Orem	38
8.2.- Diagnóstico I	38

8.3.- Diagnóstico 2.....	38
8.4.- Diagnóstico 3.....	38
8.5.- Diagnóstico 4.....	38
IX.- Conclusiones	75
X.- Sugerencias	76
XI.- Referencias Bibliográficas	77
XII.- Anexos	82

I.- Introducción

La experiencia del brindar un servicio en enfermería, proporciona al estudiante la oportunidad de desempeñarse ante la comunidad de manera profesional y comprometida, contexto donde las enfermedades crónicas son comunes y exigen su cuidado e intervención en programas, preventivos y de atención. La OMS (2015) define una enfermedad crónica como de larga duración y por lo general de progresión lenta, las principales son los infartos, cáncer, enfermedades cardíacas, respiratorias y la diabetes; conforman una epidemia mundialmente significativa, mismas que se desarrollan en los países de bajos y medios recursos con poblaciones que cuentan con poca calidad de vida en sus desarrollos; la cronicidad de un padecimiento con bajos recursos, aumenta los riesgos y además quebrantan el desarrollo económico de los países y localidades en los países.

En el presente trabajo se desarrolló un plan de cuidados de enfermería a un hombre con el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II, bajo el enfoque del sistema de apoyo educativo de la teoría general del autocuidado de Dorothea E. Orem. La Diabetes Mellitus tipo II es una enfermedad crónica degenerativa e incurable pero controlable, existen varios objetivos en el tratamiento de la diabetes, pero el principal es el control metabólico y la prevención de complicaciones, al ser es una enfermedad frecuente en el ser humano se le considera un problema de salud pública por su elevada morbilidad y mortalidad (Reyes Sáname et al; 2015).

En este proceso (PAE) fue necesario establecer como pilar del conocimiento y práctica, mismo que se aplica en un sistema de intervenciones propias de enfermería para el cuidado de la salud del individuo familia y comunidad, implica el uso de método científico para la identificación de necesidades, y su ejecución permite la integridad de los cuidados, cubrirlos intereses y necesidades que el usuario manifiesta para el cuidado de su salud. Requiere de un seguimiento racional y sistemático para planificar y proporcionar cuidados con el objetivo de identificar el estado de salud del paciente que recibirá la intervención e identificar en problemas de salud reales y posibles potenciales. (Gayosso & Sánchez, 2019).

El marco teórico aborda los conceptos de proceso de enfermería, la teoría en la que se fundamenta el cuidado requerido, así como el manejo de la enfermedad crónica degenerativa de la Diabetes mellitus tipo II.

La metodología de trabajo a seguir fue desarrollar un caso clínico enfocado al modelo del déficit del cuidado como una teoría general compuesta por tres sub teorías, encontrar la valoración general del paciente mediante la recopilación de datos de forma general y específica y obtener la información de forma directa e indirecta. Lo anterior permitió establecer los diagnósticos de enfermería necesarios, mismos que contribuyen a establecer las bases para la elección de las actuaciones de enfermería para conseguir los resultados progresivos y asistenciales para el paciente.

Se desarrolló una planeación con tareas direccionadas a tratar la etiología del problema de salud en el paciente, con objetivos y actividades estructuradas en acciones de enfermería. Asimismo se documentaron los avances y resultados del paciente, en relación a sus conductas alimenticias y hábitos de autocuidado y orientaciones del personal de enfermería encaminadas al control estricto de la evolución de mejorar de la enfermedad y evitar fatales complicaciones.

II.- Justificación

Realizar un estudio de caso clínico requiere de fijar una estructura determinada donde se gestionen cuidados basados en el uso de las taxonomías enfermeras, contemplando cada apartado de la práctica como fase de diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación; el proceso de atención promueve la asistencia reflexiva, individualizada y dirigida a los resultados. (Jara & Lizano, 2016).

En el presente trabajo se abordó un caso clínico sobre el padecimiento de diabetes mellitus II a fin de colaborar con el equipo de salud y aplicar conocimientos científicos, tecnológicos y humanísticos, para mejorar el estado de salud y buscar mejor nivel en calidad de vida del paciente.

Para Rico, Juárez, Sánchez y Muñoz (2018), la diabetes mellitus es una enfermedad sistémica crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, se caracteriza por hiperglucemia crónica, debido a la deficiencia de producción o acción de insulina, lo que afecta el metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

Fue la segunda causa de mortalidad en México en 2015, algunas causas del problema son malos estilos de vida y desconocimiento de la enfermedad, el constante cambio y evolución de la sociedad mexicana ha generado cambios en las enfermedades que padecen y por las que mueren las personas. (Rico, Juárez, Sánchez y Muñoz; 2018).

Estudios recientes por la OMS (2018) demuestran que el número de personas con diabetes ha aumentado de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014, por lo que la prevalencia mundial de diabetes en adultos ha aumentado del 4.7% a 8.5%. Se estima que en 2015 fue la causa directa de 1,6 millones de muerte, antes de los 70 años de edad.

El presente trabajo de investigación surge del interés por concientizar que la diabetes se puede tratar y evitar o retrasar sus consecuencias con dieta, actividad física, medicación y exámenes periódicos para detectar y tratar sus complicaciones.

Para la Federación mexicana de diabetes (2018), refiere que en México la diabetes se encuentra en las principales causas de muerte, 4 millones refirieron haber sido diagnosticadas, aumenta la probabilidad a los 50 años, los estados con prevalencia más alta

son Distrito Federal, Nuevo León, Durango, Veracruz, Tamaulipas y San Luis Potosí, a prevalencia fue de 10.3% en mujeres en 2016 y 8.4% en hombres.

La diabetes representa un reto para los países de América Latina, especialmente para México donde la mortalidad es acelerada, en países como Argentina, Chile y Colombia no se alcanza la misma proporción que en México; representa un alto costo institucional, social y económico en América Latina y el caribe donde el inadecuado control de la diabetes genera serios daños en la salud de los individuos. (Agudelo & Dávila, 2015).

La enfermería como participante activo de cuidado en la población, frente al paciente con Diabetes mellitus tipo II, requiere de orientación, atención y la búsqueda de una excelencia de los cuidados y estrategias preventivas de complicaciones. Las intervenciones de enfermería para el autocuidado vienen a ayudar en prevenir las complicaciones crónicas propias de la enfermedad, evitar un deterioro rápido de la salud y se busca rescatar la importancia de la aplicación de estas intervenciones y evaluar el trabajo que realizan actualmente los profesionales de enfermería. (Oñete & Bustamante, 2019).

III.- Objetivos

3.1.- Objetivo General

Contribuir a la mejorar del estado de salud de un paciente con esta patología y sus complicaciones; aplicando el proceso enfermero mediante la teoría de Dorothea E. Orem, para mejorar y recuperar su estado de salud.

3.2.- Objetivos Específicos

Elaborar un plan de cuidados aplicando la metodología de intervenciones de enfermería en base a las necesidades detectadas por el modelo de Dorothea E. Orem para favorecer la recuperación del paciente y la relación enfermera-paciente.

Identificar las principales necesidades reales del paciente y modificar los hábitos perjudiciales para la salud, mediante orientación y apoyo en el cambio de hábitos para mejorar su estado de salud.

Brindar la atención de enfermería que el paciente requiera y así poder contribuir en su estado de salud.

IV.- Marco teórico

4.1.- Proceso de enfermería

Es un elemento indispensable en la construcción disciplinar de la enfermería, representa la herramienta metodológica de cuidado, su aplicación evidencia una formación teórico práctica, crítica y reflexiva que posibilita al estudiante y profesional a resolver problemas práctico-teóricos (Sotomayor, 2018).

Es por lo que este conjunto de acciones, realizadas por el profesional de enfermería, tienen como fin asegurar que el paciente necesitado de cuidados en salud, reciba los idóneos por parte del personal de enfermería. Se realiza a través de la ejecución de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. (Blandón & Castañeda, 2018).

El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso de enfermería trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no solo en su enfermedad. (Rosales & Reyes, 2015).

4.1.1.- Características

Sistémico: Método de solución de problemas, consta de las cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación en los que se lleva a cabo una serie de acciones deliberadas para obtener los resultados esperados.

Dinámico: A medida que se adquiere más experiencia, podrá moverse hacia atrás y hacia adelante entre las distintas actividades para conseguir el mismo resultado final.

Humanístico: Porque los cuidados se planifican y se ejecutan teniendo en cuenta las necesidades, intereses, valores y deseos específicos de la persona, familia o comunidad. Como enfermeros debemos considerarla mente, cuerpo y espíritu.

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

Flexible: Puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

Interactivo: Porque requiere de la interacción humano-humano con el (los) usuarios para acordar y lograr objetivos comunes. (Gálvez, 2018).

Para Rivas Olivares (2019) el objetivo principal del proceso enfermero es constituir una estructura que pueda cubrir e individualizar las necesidades del paciente, de la familia y de la comunidad, otros objetivos del Proceso de atención en enfermería son:

Ayuda a identificar problemas únicos de la persona

Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios

Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

La aplicación del proceso de atención en enfermería (PAE) desde el año de 1995 fue un método sistemático de intervención que provocó un impacto a nivel nacional e internacional, y la disciplina de enfermería ha evolucionado en este proceso y en la actualidad es considerado un proceso científico para cuidados profesionales que fundamenta la práctica

clínica y humana. Por lo que constituye un plan de trabajo diario en lo profesional y se basa en las capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales para cubrir necesidades individuales, familiares y del entorno en la población que lo requiera.

Aplicar el proceso enfermero es brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, es un verdadero reto por el sin número de factores que caracterizan la formación y práctica de la enfermería en muchos países, sin embargo esto no debe constituir un obstáculo para que toda enfermera que busca el logro de identidad profesional y brindar una atención de calidad trabaje con esta metodología que requiere ejercicio en las habilidades del pensamiento. (Díaz Aguilar, et al; 2015).

Con aplicación del proceso de enfermería, se delimita el campo de acción específico de la enfermería y con ellos se demuestra que la enfermería profesional realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una preinscripción médica, ya que el proceso enfermero completa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en las respuestas humanas, además se considera oportuno que una vez graduados los profesionales en enfermería adquieran y transmitan conocimientos que lleven a las teorías que sean aplicables a cada país y que les sea útil en su vida cotidiana, en la atención al paciente y permitir en una realidad llegara los diagnósticos con expectativas alcanzables y no solo prometedoras y detectar día a día de manera oportuna. (Díaz Aguilar, et al; 2015).

Para Velasco, Suárez, Rivera y Espinoza (2018), los profesionales de enfermería a nivel educativo e institucional deben participar activamente en el modelo calidad de enfermería que se establece en las instituciones, al ser una base científica, en busca de un perfil competente con interacción humanizada, buena competencia técnica, actividades de investigación, trabajo en equipo, adecuada administración de servicios y seguridad en los pacientes, a fin de integrar una realidad con metodologías y lenguajes propicios (taxonomía); el proceso de enfermería se caracteriza por una serie determinada de acciones diseñadas para preservar el bienestar de la persona y evaluar la calidad de los cuidados prestados. El diseño del proceso un de sus raíces en la teoría general de sistemas, en la teoría de la información y de la comunidad y de la resolución de problemas en la que la percepción y en la de las

necesidades humanas presentando como común denominador de todas ellas el elemento de la retroalimentación.

González y Monroy (2016), explican que el proceso de enfermería ha transcurrido por tres generaciones en las cuales se ha transformado su alcance y técnicas a partir de los métodos y aportes clínicos, se establece que actualmente se encuentra en la tercera generación de aplicabilidad, lo que convierte los cuidados en innovadores a la salud de las personas, con una participación activa, y explícita, se formulan juicios clínicos, se deliberan como obtener los mejores resultados con cuidados específicos todo en la búsqueda de una estandarización del cuidado, lo que requiere de una innegable habilidad crítica que ya se aplica en las instituciones de salud de México, con estrategias para medir resultados en los pacientes influenciados por el cuidado en enfermería.

Un aspecto importante en el proceso de enfermería es la autonomía de la profesión, que se traslada en la autonomía del profesional, con lo que se proyecta el tópico en dos vertientes, por un lado centrada en la enfermería y por otro en el paciente. La autonomía en enfermería es una facultad que una persona tiene para determinar sus propias normas, dentro de la profesión para controlar sus actividades profesionales en el ámbito de su práctica, en la medida que la enfermería se ha empoderado de los cuidados como su principal propósito, cuenta con argumentos teóricos capaces de perfilar a su hacer autónomo e indelegable, esta autonomía toma decisiones, es independiente, tiene juicio clínico y responsabilidad. (Gómez, Hernández y González, 2016).

4.2.- Aplicación del proceso de enfermería

La utilización de proceso de enfermería en la práctica tiene aplicaciones para la profesión de enfermería paciente y enfermera, desde el punto de vista profesional, el proceso de enfermería favorece el desarrollo profesional e impacto de la carrera a nivel social principalmente si se optimiza en práctica permanente, un acertado acompañamiento docente durante la formación académica, así como el apropiarse de conocimientos en teorías y modelos de concepto en disciplinas, esto destaca claramente que el campo de la enfermería

es algo más que la sola ejecución de plan de cuidados según lo describe el médico. (Jara & Lizano, 2016).

4.3.- Aplicación de proceso para el paciente

Los profesionales de enfermería a nivel de proceso, participan activamente en la calidad del servicio de enfermería que se aplica en una institución y considera como base científica la resonancia del cuidado con una buena seguridad para el paciente. Esta atención al paciente se compone de una interacción humanizada hacia él y su familia. Para Velasco, Suárez & Rivera (2018), el modelo pedagógico de la problematización de Paulo Freire, permite un análisis donde la problematización o análisis crítico de la práctica cotidiana se basado en un método científico y se adapta para lograr la actualización permanente de la práctica y su adaptación a los cambios del entorno sociopolítico, económico y cultural.

Galvez (2018) establece que el principal objetivo del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, de forma individualizada, las necesidades del paciente, familia y comunidad.

Con el modelo mencionado, el /la enfermero(a) integra su saber, a una realidad concreta o por evidencia y se da a conocer la praxis que en la atención del paciente lleva a una buena competencia técnica y de investigación permanente del cuidado, donde se identifican como criterios de aplicación y evaluación de las etapas del proceso de atención enfermero, permitiendo así estandarizar y aplicar el lenguaje propio del profesional de enfermería. . (Velasco, Suárez & Rivera; 2018).

En el efecto para la enfermería, como personal del área de salud, llevar a cabo el proceso, aumenta la satisfacción de mejorar la salud de llevando una buena relación entre enfermería y paciente, la recompensa o satisfacción que se obtiene del labor de enfermería se derivan del proceso que se le aplica al paciente para mejorar su estado de salud que cubra todas sus necesidades terapéuticas identificadas, el verdadero agradecimiento y satisfacción de enfermería es el que expresa el paciente y sus familiares con los resultados que se mostraron por medio del proceso que se lleva durante su periodo de enfermedad, El proceso

de enfermería fomenta la innovación y la creatividad solucionar los problemas de atención al paciente. (Rosales y Reyes, 2015).

4.4.- Requisitos para aplicar proceso enfermero

En la aplicación del proceso se requieren competencias, por tal motivo es fundamental que el personal de enfermería este altamente capacitado para llevar acabo ciertas habilidades para poder dar un mejor apoyo al paciente. Es un conjunto de acciones del profesional de enfermería, basándose en teórica y modelos en un orden metódico, con la finalidad de mejorar la calidad de salud y del autocuidado, asegurado las necesidades de los cuidados de salud hacia el paciente. Es un método organizado y sistematizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas reales de salud. (Rosales y Reyes, 2015).

4.5.- Etapas del proceso de enfermería

Constituye de 5 etapas: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación del Cuidado.

4.5.1.- Valoración: Es el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente. Se puede hacer basándonos en distintos criterios, siguiendo un orden "cabeza a pies", por "sistemas y aparatos" o por "patrones funcionales de salud". Se recogen los datos, que han de ser validados, organizados y registrados. Se indica la primera etapa del proceso que nos permiten indagar en el estado de salud del paciente, familia y comunidad. Con la valorización se reúne todas las piezas necesarias del rompecabezas correspondiente a respuestas humanas y fisiológicas con lo que se logra el conocimiento integral del estado de salud del paciente o enfermedades que derivan de comunidad o familia. (Gálvez, 2018).

Para Calpa Vallejos (2019), las fases de la Valoración son:

Recolección de datos: Etapa que se inicia cuando surge el primer contacto con la persona, familia o comunidad, es visto como un proceso dinámico y continuo.

Un dato es la información de la persona, familia o comunidad en relación al estado de salud, este dato se analiza con recolección, clasificación, fuentes, métodos, medios y técnicas, las características de la recolección de datos deben ser completa, sistemática y ordenada.

Tipos de datos

- Datos Objetivos: son los signos o datos evidentes y q se pueden observar o medirlos, es decir, son datos que se miran, escuchan, palpan o se huelen.
- Datos Subjetivos. Es la información o sentimientos que solo refiere la persona enferma, las opiniones de terceras personas se pueden considerar también como datos subjetivos
- Datos Históricos y de Antecedentes. Son aquellos hechos que ocurrieron y que se suscitaron en las hospitalizaciones y enfermedades previas o crónicas, en donde se da a conocer lo que tuvo el paciente en su proceso de enfermedad.
- Datos Actuales. Son los datos problema de salud actual de la persona que se atiende.

La fuente directa es la persona que nos da a conocer los principales problemas con respecto a su condición de salud y su entorno. Mientras que la fuente indirecta se considera los datos que nos proporciona la familia u otras personas como acompañantes o el personal de salud, cuando la persona no puede hacerlo, se recolectan: datos históricos, actuales de exámenes de laboratorio, diagnóstico, pronóstico, indicaciones médicas. (Calpa Vallejos, 2019).

Los medios y técnicas para la recolección de los datos son:

- Observación es un proceso de atención que lleva a un objetivo, se lo realiza por medio de los órganos de los sentidos para obtener información de fenómenos reales. Esta debe ser selectiva, objetiva, ilustrada y ordenada, para lo cual es de importancia el conocimiento y la experiencia para realizarla.
- Entrevista es un dialogo entre dos personas con la finalidad de dar y obtener información mediante la identificación de problemas con la recogida de la información.

Etapas de la entrevista:

- **Introducción:** o presentación se toma en cuenta lo siguiente: objetivo, concretar el tiempo, iniciar con preguntas abiertas
- **Conversación:** consiste en buscar y proporcionar información que busque verificar los datos obtenidos y anotarlos
- **Resumen:** sintetizar la información en orden de importancia y preguntar si desea añadir algo. (Calpa Vallejos, 2019).

La entrevista cumple con tres propósitos:

- **Iniciación.** El rol de enfermería–paciente se inicia una relación terapéutica, donde es fundamental la actitud y la presentación por parte de enfermería.
- **Desarrollo.** La finalidad y la importancia de la conversión en este apartado es la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o molestia principal del paciente y revisando su historia clínica, antecedentes heredofamiliares, datos socioculturales
- **Finalización.** Fase final de la entrevista no se debe introducir más temas para no abrumar o confundir al paciente, es importante resumir datos. (Rosales y Reyes, 2015).

Factores que influyen en la entrevista

- **Ambientales:** La entrevista habrá que organizarse para que haya una cómoda influencia cara a cara, para obtener una buena concentración la área de entrevista no deberá tener olores, ruidos e interrupciones
- **Examen físico:** Permite obtener una serie de datos para valorar el estado de salud y determinar la eficacia de las intervenciones, debe de ser completo, sistemático, con un modelo por sistemas corporales o de cabeza a los pies. Es un examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados de ánimos o respuestas de expresión facial, se centra en las características físicas o los comportamientos, se valoran características como piel, color, olor, dolor, movimientos o ruidos, palpaciones y utilización del tacto para determinar características de estructura corporal por debajo de la piel como: tamaño, forma, textura, temperatura, pulso, vibración, constancia y movilidad. La percusión implica dar golpes con uno y varios dedos sobre la superficie de la superficie corporal, para obtener sonidos sordos que percuten en músculos o huesos y la auscultación consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo, se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmones, corazón e intestino.

El personal de enfermería ha de infundir confianza al paciente, tratándole con empatía respeto y considerar a los familiares como informantes sobre datos objetivos de interés como hábitos de sueño, comida y de vida diaria en general su entorno habitual. (Rosales y Reyes, 2015).

- **Validación de los datos:** Se verifica y confirma los datos para determinar si responden a los hechos. Este paso sirve para identificar posibles vacíos o incongruencias. Es fundamental para evitar la omisión de información relevante.
- **Organización de los datos:** Los datos se clasifican en categorías de información de forma lógica, en donde se pueda distinguir las relaciones entre ellos, identificando las capacidades del paciente, y sus problemas de salud reales y potenciales.

- **Registro de los datos:** Se debe informar y registrar los datos obtenidos en la observación, entrevista y exploración física. Estos favorecen la comunicación entre el equipo de salud, facilita la prestación de una atención de calidad, proporciona mecanismos para la evaluación de la asistencia, y se convierte en un registro legal permanente y de uso en la investigación en enfermería. Se recomienda para el registro de los datos escribir con letra clara y con tinta indeleble, evitar dejar espacios en blanco, cuidar la ortografía y evitar abreviaturas. Anotar siempre la fecha y hora en que se realiza el registro. Escribir toda la información que proporcionó el equipo de salud. Registrar cuando un usuario o su familia rechazan determinado cuidado o medida terapéutica. (Calpa Vallejos, 2019).

4.5.2.- Diagnóstico de Enfermería: Es el enunciado de un juicio clínico, se lo utiliza con el fin de explicar y describir el estado de salud del paciente, este nace de los problemas reales y potenciales detectados en los procesos vitales en un individuo, una familia o una colectividad los cuales requieren intervención por parte del profesional de enfermería para mejorar o mantener el bienestar físico, psicológico, social y espiritual. El diagnóstico de enfermería precisa claramente la práctica profesional, establece lo que se hace y determina como acción en los miembros del equipo de salud. (Calpa Vallejos, 2019).

Se plantea el problema real o potencial del paciente que requiera de las intervenciones de enfermería, con la meta de resolver o disminuir el problema. El personal de enfermería llevara a cabo el proceso mediante el cual se estafa en condiciones de estableces un problema clínico para su posterior tratamiento e intervenciones o problema interdependiente. A diferencia de los diagnósticos médicos, cambian a medida que el paciente evoluciona a través de las distintas fases de la historia de la enfermedad. (Rosales y Reyes, 2015).

Calpa Vallejos (2019), establece que NANDA-I Taxonomía II define que a un eje operacionalmente es una dimensión de la respuesta humana, visto en el proceso de diagnóstico, existen siete ejes:

Eje 1: Enfoque Diagnóstico: el objetivo del diagnóstico constituye un componente esencial para describir la respuesta humana, Consta de uno o más nombres, cada uno direcciona al diagnóstico como si fuese una sola palabra.

Eje 2: Según el Diagnóstico: se trata de a quién va dirigido el diagnóstico. Los valores en el eje 2 son los siguientes: Individuo, Cuidador, familiar o ayudante que cuida regularmente niño, anciano, persona enferma o persona con discapacidad, Familia (dos o más personas con los que mantiene relación sanguínea o por elección), Grupo y Comunidad.

Eje 3: Ensayo: descriptor o modificador, junto con el enfoque del diagnóstico, limita o especifica el significado de una etiqueta diagnóstica.

Eje 4: Ubicación: describe las partes o regiones corporales y las funciones relacionadas (todos los tejidos, órganos, regiones o estructuras anatómicas).

Eje 5: Edad: se refiere a la edad de la persona del diagnóstico: Feto (humano no nacido desde las 8 semanas de su concepción hasta su nacimiento), Neonato (menor de 28 días de nacido), Lactante (niño igual o mayor de 28 días hasta 1 año), Niño (entre 1 a 9 años de vida), Adolescente (10 a 19 años de vida), Adulto (mayor de 19 años de vida) y Anciano (igual o mayor a 65 años de vida).

Eje 6: Tiempo: Describe la duración del diagnóstico: Agudo (duración de menor de 3 meses), Crónico (duración igual o mayor de 3 meses), Continuo (duración ininterrumpida), Intermitente (se interrumpe y vuelve a comenzar), Peri-operatorio (durante o cercano a una intervención quirúrgica), Situacional (relacionado a circunstancias causales).

Eje 7: Categorización del diagnóstico: se centra en el problema, riesgo, promoción de la salud.

Durante el diagnostico se pueden cometer numerosos errores, que conducen a juicios clínicos falsos y deficientes, esto en su mayoría obedecen a la recolección incorrecta incompleta de datos, por falta de metodología durante la valoración, barreras en la comunicación, ocultación de la información por parte del paciente, distracciones e

interrupciones y carencias de habilidades para la entrevista y examen médico o físico.
(Rosales y Reyes, 2015).

Tipos de Diagnóstico: Para Calpa Vallejos (2019) los diagnósticos de enfermería que fortalecen el rol- relación, existen tres que son:

- Diagnóstico real.- Es un ensayo clínico que hace referencia a una respuesta humana indeseable es decir una condición de salud / proceso de la vida que existe en un individuo, familia, grupo o comunidad.
- Diagnóstico de Riesgo.- Se trata sobre las respuestas humanas resultado de situaciones de salud o procesos vitales que pueden desarrollarse en un futuro en un individuo, familia o comunidad vulnerable.
- Diagnóstico de salud o bienestar.- Se refiere a las respuestas humanas con relación a los niveles de bienestar en una persona, familia o comunidad que se encuentran en disposición de mejorar. Este diagnóstico no describe ningún tipo de problema, por lo cual solo podría enunciarse solo con la etiqueta.

Elaboración de diagnósticos de enfermería: El formato que se emplea con mayor frecuencia es el formato PES (P, Problema; E, Etiología y S, signos y síntomas). Es así como el enunciado del Diagnóstico que fue definido por Marjory Gordon y el cual la NANDA recomienda, su estructura de la siguiente forma:

- 1) P (indica el problema de salud)
- 2) E (relaciona la etiología es decir el factor causal, el “relacionado con”)
- 3) S (hace referencia a signos y síntomas, es decir el “manifestado por”)

Componentes del Diagnóstico: Según la taxonomía NANDA son los siguientes: Etiqueta diagnóstica, Definición, Características definitorias: son los signos y síntomas (manifestaciones clínicas) que confirman el verdadero problema, Factores relacionados: muestran algún tipo de patrón de relación con el diagnostico enfermero. Son los elementos causales es decir la etiología, Factores de riesgo: son los factores ambientales y elementos

fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de una persona, familia o comunidad ante un evento no saludable. (Calpa Vallejos, 2019).

4.5.3.- Planeación del cuidado enfermero: Posterior al diagnóstico de enfermería se realiza una planificación para identificar los resultados deseados en la atención y establecer una secuencia de acciones específicas. Sus fases son:

Establecer prioridades: Se realiza la identificación del problema de prioridad el cual crea una amenaza para la vida, donde el profesional de enfermería debe realizar acciones inmediatas, o según las circunstancias, determinar medidas de prevención de riesgos que requiera la comunidad, familia o individuo .

Elaborar Objetivos: La finalidad de los objetivos es definir la manera en que el profesional de enfermería y el paciente trabajan en relación a la respuesta humana. Son en base al diagnóstico de enfermería, son metas mensurables que se documentan, se realizan juntamente con el paciente y el equipo de salud mientras sea posible, deben ir enfocados según las capacidades actuales y potenciales del paciente y deber ser viables según los requerimientos del paciente.

Determinar los cuidados de enfermería: Después de haber establecido los resultados esperados. Los cuidados son las acciones que va ayudar al individuo al progreso del estado de salud al cual se mide en los resultados esperados.

Documentar el plan de cuidados: Posterior a la identificación de las intervenciones se procede a conformar el plan de cuidados, el cual integra tanto el diagnóstico, objetivos, resultados esperados, actividades o estrategias y evaluación específica de enfermería. (Calpa Vallejos, 2019).

4.5.4.- Ejecución de la programación del cuidado: Es poner en práctica la planificación de los cuidados de enfermería con el objetivo de alcanzar los resultados esperados. Comprende las fases de preparación, intervención y documentación.

Preparación: Se debe preguntar como el qué va hacer, por qué va a hacerlo, cómo lo hará y cómo reducirá los riesgos de lesiones. Es importante reconocer si se están alcanzando

los objetivos y averiguar la causa en caso de que no haya resultados esperados. Es propicio el conocimientos y habilidades, tener siempre el material necesario, mantener el confort y seguridad del paciente.

Intervención en la ejecución: Implementa la planificación de los cuidados, en donde el o la enfermera interviene con conocimiento de los principios y razones, realizando cambios si se requiere para lograr el objetivo. También se debe tomar en cuenta que el profesional de enfermería tenga presente el revisar y modificar el plan de cuidados durante su ejecución, ya que el estado de salud del paciente cambia constantemente.

Documentación: Notas de enfermería en documento legal permanente del usuario y obligatorio para todas las instituciones que brinden servicios. La documentación tiene los objetivos de comunicar los cuidados al personal responsable las actividades realizadas y evolución del paciente, además ayuda a identificar patrones de respuesta y cambios.

4.5.5.- **Evaluación de Enfermería:** Etapa que mide las respuestas de la persona a las intervenciones de enfermería, con los resultados esperados formulados en la planificación. Comprende tres fases:

Establecimiento de criterios de resultados: Se describen los efectos deseados de las intervenciones de enfermería. Valora los resultados se deben observar en la conducta del paciente o respuesta percibida.

Evaluación del logro de objetivos: Enfermería mide los objetivos comparando los registros de la evaluación con los resultados esperados. El cumplimiento de objetivos reconoce las metas propuestas para el bienestar del individuo, familia o comunidad.

Medidas y fuentes de evaluación: Son habilidades y técnicas aplicadas para recoger datos de la evaluación. La evaluación comprueba si los problemas han mejorado, empeorado o vivido algún cambio. Se compara los datos para realizar un juicio sobre el progreso de la persona. (Calpa Vallejos, 2019).

4.2.- Dorothea E Orem

4.2.1.- Teoría del autocuidado de Dorothea E. Orem.:

Una de las teóricas de enfermería más destacada de Norteamérica, nació en Baltimore Maryland. Su padre trabajaba como obrero de la construcción y era un apasionado de la pesca mientras que su madre, ama de casa, era muy aficionada a la lectura. La menor de dos hermanas. (Naranjo, Concepción & Rodríguez, 2017).

Orem inició su carrera profesional en la escuela de enfermería del Providence hospital de Washington, donde obtuvo el diplomado de enfermería a principios de la década de 1930, en el desempeño de su profesión, Orem trabajo como enfermera privada y de hospital y ejerció la docencia. Desde 1940 a 1949 fue directora en la escuela de enfermería y del departamento de enfermería del Providence hospital de Detroit. Tras abandonar esta ciudad, paso siete años (1949-1957) en Indiana donde trabajo en la división de servicios hospitalarios e institucionales de Board of Health del estado de Indiana. (Naranjo, Concepción & Rodríguez, 2017).

En estos años su meta principal fue siempre la calidad de la enfermería en los hospitales generales de todo el estado. Fue en esta época cuando perfiló su definición de la práctica de enfermería. (Bracher. E. (1993), en 1957 se trasladó a Washington D.C contratada por el departamento de sanidad, educación y bienestar del office education de los estados unidos. Como asesora del programa de estudios, desde 1958ba 1960. Durante su permanencia en este departamento trabajo en un proyecto para mejorar la formación de enfermería practica lo que la indujo a plantearse cual era verdaderamente el ámbito de interés de esta disciplina. (Rosales y Reyes, 2015).

En este mismo año, Orem se convirtió profesora adjunta de enfermería en The Catholic Universty. Más tarde ejerció como decana en función de la escuela de enfermería de esta universidad y como profesora asociada de educación de enfermería y sus últimos años se dedicó a impartir conferencias, redactar artículos sobre diversos elementos conceptuales de su teoría. También seguía contribuyendo el trabajo de sus colegas atreves de debates sobre la estructura de esta teoría y su aplicación en el campo de enfermería. (Rosales y Reyes, 2015).

A grandes rasgos Orem califico su enfoque filosófico de visión de moderado realismo. La teoría de la acción que ve al individuo como un acto o agente deliberado, conforma el sustrato de postulados teóricos. Orem formulo su concepto de enfermería relativo al autocuidado como parte de su estudio sobre la organización y administración de los hospitales que realizo en su estancia en el departamento de salud del estado de india. (Naranjo, Concepción & Rodríguez, 2017).

Durante la redacción del informe de este estudio Orem tomo conciencia de la necesidad de descripción de este estilo y, fruto de un proceso de reflexión espontanea. Resumió las razones por las cuales las personas en su opinión necesitan la ayuda que pueden recibir de enfermería, a lo largo de años de experiencia fue acumulando un rico conocimiento de las situaciones que surgen en el ejercicio de su profesión. Desde la primera publicación de su teoría del déficit del autocuidado se aportaron numerosas pruebas empíricas que la respaldaba. (Rosales y Reyes, 2015).

4.2.2.- Subteorías interrelacionadas que describe Orem

1. Autocuidado: como y porque se cuidan las personas.
2. Déficit de autocuidado: porque enfermería puede ayudar a las personas.
3. Sistemas de enfermería: que relaciones deben crearse y mantenerse para que exista enfermería. (Rosales y Reyes, 2015).

4.2.3.- Principales conceptos y definiciones

Autocuidado: es la práctica de enfermería que las peruanas jóvenes y maduras emprenden con arreglo a su situación temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, y conservar su bienestar. (Rosales y Reyes, 2015).

Requisitos de autocuidado: Estos requisitos se derivan de una reflexión interior formulada expresamente que distingue las acciones que, según o se sabe se cree, son necesarias para regular los diversos aspectos del funcionamiento humano y desarrollo permanente o en condiciones y circunstancias específicas, por cada requisito del autocuidado

formulado se fija el factor que se debe controlar u orientar para mantener el funcionamiento y desarrollo humano con arreglo a las normas compatibles con la vida de salud y el bienestar personal. (Rosales y Reyes, 2015).

Requisitos de autocuidado universales: los objetivos necesarios a escala universal que se debe satisfacer a través del autocuidado o del cuidado dependiente tiene su origen en lo que se debe de conocer de forma contrastada o lo que está en vías de comprobación acerca de la estructura humana y la integridad funcional en las diversas etapas del ciclo vital. (Rosales y Reyes, 2015).

La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea E Orem propone a este respecto tres tipos de requisitos:

1. Requisito de autocuidado universal.
2. Requisito de autocuidado del desarrollo
3. Requisito de autocuidado de desviación de la salud.

Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud, son la razón u objetivo de las acciones de autocuidado que realiza el paciente con incapacidad o enfermedad crónica (Naranjo, Concepción & Rodríguez, 2017).

4.2.4.- Supuestos principales

A principios de la década de 1970. Orem formuló los supuestos básicos de su teoría general que fueron presentados en la escuela de enfermería de Marquette University en 1973. Y en este modelo se identifican cinco premisas básicas que describen una teoría general de la enfermería.

1. Los seres humanos necesitan estímulos continuos deliberados que actúen sobre ellos y sobre su entorno para seguir vivos y proceder de acuerdo con la naturaleza.
2. La actividad del hombre, la capacidad de actuar de forma deliberada, se ejerce a través de los cuidados que se presentan a uno mismo, para identificar la necesidad y crear los estímulos precisos.
3. Personas maduras experimentan privaciones en forma de limitaciones de acción a la hora de cuidar de sí mismo o de los demás, mediante aportaciones que permiten el mantenimiento de la vida y regulación de las funciones vitales.
4. La actividad humana se ejerce mediante el descubrimiento, desarrollo y transmisión a los demás de forma o métodos que ayuden a identificar las necesidades y conseguir estímulos para uno mismo y para los demás.
5. Los grupos de los seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las teorías y asignan responsables para prestar ayuda a los miembros del grupo que padecen privaciones y aportar los estímulos necesarios para uno mismo y para los demás.

El modelo demuestra que cuando las capacidades de una persona son inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades del autocuidado terapéutico, la enfermera debe diseñar y aplicar un sistema de enfermería que compense limitaciones expresadas como déficit del autocuidado o de cuidados independientes es importante realizar que el modelo del déficit del autocuidado se configura a partir de la suma de tres sub teorías consideradas en su conjunto. La más general de ellas es la de los sistemas de enfermería, incluyen todos los términos esenciales manejados en los demás y describe la estructura y contenido de la profesión de enfermería la teoría de los sistemas de enfermería comprenden la de autocuidado esta última desarrolla las razones por las que una persona puede beneficiarse de la enfermería; en cuanto la del autocuidado es la que fundamenta el modelo. (Rosales y Reyes, 2015).

4.2.5.- Teoría de los sistemas de enfermería

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería. Los elementos básicos que constituyen un sistema de enfermería son:

1. La Enfermera.
2. El paciente o grupo de personas.
3. Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con familiares y amigos.

Los sistemas de enfermería tienen varias cosas en común, en particular estas.

1. Las relaciones para tener una relación de enfermería deben estar claramente establecidas.
2. Los papeles generales y específicos de la enfermera, el paciente y las personas significativas deben ser determinados. Es preciso determinar el alcance de la responsabilidad de enfermería.
3. Debe formularse la acción específica que se va a adoptar a fin de satisfacer necesidades específicas de cuidados de la salud.
4. Debe determinar la acción requerida para regular la capacidad de autocuidado para la satisfacción de las demandas de autocuidado en el futuro.

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería:

Totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo educativo.

1. Sistema totalmente compensador: Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Se trata de que la enfermera se haga cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.
2. Sistema parcialmente compensador: Este sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud o intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en términos de toma de decisiones y acción.
3. Sistema de apoyo educativo: Este sistema de enfermería es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a

adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería, a veces esto puede significar simplemente alertarlo. El papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades.

Los sistemas de enfermería parcialmente compensatorios y un sistema de apoyo educativo, son apropiados cuando el paciente debe adquirir conocimientos y habilidades. El principal rol de la enfermera es regular la comunicación y el desarrollo de capacidades de autocuidado. (Naranjo, Concepción & Rodríguez, 2017).

4.2.6.- Teoría del déficit del autocuidado

Para Naranjo, Concepción & Rodríguez (2017), la idea central de la teoría del déficit del autocuidado es que la necesidad del servicio de enfermería se asoció con factores subjetivos que afectan a personas jóvenes o maduras. Cuyas acciones están limitadas por problemas de salud o de cuidados sanitarios, lo que les hace total o parcialmente incapaces de descubrir los requisitos actuales y emergentes que han de satisfacer en el autocuidado o de quien está a su cargo, y les impide aplicar de forma permanente medidas que controlen o, en cierto modo, dirijan los factores que regulan el funcionamiento propio de las personas a su cargo. La teoría del déficit de autocuidado.

La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto.

Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero pueden darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería. Dorothea E Orem usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado. (Naranjo, Concepción & Rodríguez, 2017).

4.2.7.- Teoría del autocuidado

La agencia de autocuidado es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado. Los individuos que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado. En otros, la agencia de autocuidado está aún desarrollándose, como en los niños. Otros individuos pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada que no funciona. Por ejemplo cuando el temor y la ansiedad impiden la búsqueda de ayuda aunque la persona sepa que la necesita¹⁵.

El cuidar de uno mismo: es el proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud. Esta toma de conciencia requiere en sí misma el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en el cual debe de existir el deseo y el compromiso de continuar con el plan.

Limitaciones del cuidado: son las barreras o limitaciones para el autocuidado que son posibles, cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizás no tenga deseos de adquirirlos. Puede presentar dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar ayuda y consejo de otros.

El aprendizaje del autocuidado: el aprendizaje del autocuidado y de su mantenimiento continuo son funciones humanas. Los requisitos centrales para el autocuidado con el aprendizaje y el uso del conocimiento para la realización de secuencias de acciones de autocuidado orientadas internas y externamente. Si una acción de autocuidado es interna o externa en su orientación puede determinarse mediante la observación, obteniendo datos subjetivos del agente de autocuidado de ambas maneras. (Naranjo, Concepción & Rodríguez, 2017).

Para Rosales y Reyes (2015) la visión original de Orem sobre autocuidado y las razones en las que una persona necesita la tensión, de una enfermera surgió en un centro de investigación práctica, el segundo estadio de desarrollo teórico se produjo en el ámbito de la educación. La teoría de Orem se aplica en todos los niveles de estudios y planes de formación continua.

La investigación derivada de la teoría de Orem relacionada con ella se puede asociar con:

1. El desarrollo de instrumentos de investigación destinados a medir los elementos conceptuales de la teoría.
2. El estudio de dichos elementos en grupo de población específica.

En conjunto se ha desarrollado numerosos instrumentos de investigación para medir la aplicación del autocuidado. El primero de ellos fue publicado en 1979, y desde entonces han aparecido otros estudios destacados, que han sido sometidos a examen crítico. Orem trabajó en conjunto con especialistas, llamado Orem Study Group para seguir desarrollando los diversos marcos conceptuales y estructura las nociones sobre enfermería a partir de las teorías del déficit de autocuidado.

Numerosos investigadores y expertos han contribuido al desarrollo de esta teoría en el transcurso de los años. En 1993 se fundó la International Orem Society For Nurs registrada como una organización no lucrativa, esta sociedad tiene como objetivo impulsar el avance de la ciencia y la especialidad de la enfermería mediante la aplicación de los marcos conceptuales definidos por Dorotea Orem en el plano de la formación, el ejercicio profesional y de investigación.

La teoría de Orem ha sido empleada en investigación mediante la aplicación de metodología tanto cualitativa como cuantitativa. A sí la teoría del déficit del autocuidado depende de los requisitos de autocuidado y de los factores condicionantes básicos y obliga el desarrollo de varios instrumentos para medirla; ya que orienta todos los resultados específicos de la enfermería en relación con el conocimiento y la satisfacción de las demandas de autocuidado terapéutico, la regulación del ejercicio de la actividad de

autocuidado, el establecimiento del mismo y de los sistemas de auto gestión y otros asuntos. (Rosales y Reyes, 2015).

4.2.8.- Metaparadigma de Orem

Enfermería: Es una interacción humana, la tarea de la enfermera consiste en aplicar un conjunto de principios científicos de los que dependen las decisiones en una situación precisa que comparte con el paciente.

Persona: La persona es quien sabemos quién somos o un sentimiento de entidad o autoestima.

Salud: se determina socialmente por la capacidad de actuar de un modo racionalmente normal, podrá considerarse como la recuperación del ser cuando el individuo se siente libre o capaz de perseguir sus intereses dentro del contexto de los recursos de que dispone.

Entorno: es el contexto en el que vivimos nuestra vida; no es un telón de fondo pasivo; si no que participamos activamente en él. (Modelos y teorías en enfermería). (Naranjo, Concepción & Rodríguez, 2017).

4.3.- Historia natural de la Enfermedad

La Diabetes Mellitus tipo II es un síndrome por elevación en los niveles seicos de glucosa, ocasionada principalmente por una deficiente entrada de glucosa a las células de los tejidos. (OMS, 2018).

4.3.1.- Periodo pre patogénico

Agentes biológicos.

Comprende a microorganismos como virus, bacterias hongos así como unicelular y multicelular, los cuales tienen la habilidad de manera adversa la salud de los humanos en diversos modos. (OMS, 2017).

En este caso no existe virus ni bacterias que incidan esta enfermedad ya que la causa biológica puede ser de manera hereditaria por hipertensión arterial o malos hábitos alimenticios, en este caso el agente es la insulina y su falta de acción.

Huésped

Es el ser humano que reúne ciertos factores de riesgo que pueden predisponer la aparición de la enfermedad. (De Azevedo, 2019).

Inmunidad.

Para la Federación Mexicana de Diabetes, A.C. (2015) el sistema inmunológico como ejército natural mantiene a salvo de los ataques de virus, bacterias y hongos; sin embargo cuando esta red de células se alteran provoca cambios funcionales; en el caso de la Diabetes mellitus las causas no están consensuadas, son distintas teorías como predisposición genética, las dietas poco equilibradas, cetosis, grado de obesidad.

Estado nutricional: la dieta es el principal problema sanitario en los indios americanos apareciendo la diabetes en edad temprana entre los 20 años y el porcentaje de muerte por esa causa es tres a cuatro veces superior entre la población se piensa que esta incidencia se relaciona con una dieta alta en carbohidratos, grasa y baja en alimentos con proteínas y fibra; así como una forma de vida sedentaria. Sexo: en México la prevalencia en adultos de todas las edades es de 8 a 10 % pero uno de cada 4 individuos mayores de 50 años tiene diabetes, con cierta predominación al sexo femenino. Procura también la elevada prevalencia de diabetes, en individuos relativamente jóvenes (35 a 45) estas cifras son aún. Mayores en la población mexicana que emigra a Estados Unidos donde la prevalencia de diabetes

prácticamente se ha duplicado lo cual quizá se relacione con los cambios de hábitos de vida, en particular los alimentos y de ejercicio que favorecen un incremento en la masa corporal.

Herencia: Los factores de riesgo familiares son tener familias de primer grado con la enfermedad, una edad mayor a los 45 años, la diabetes es hereditaria, aunque en la forma que se ha dado discusión; al aceptar que la diabetes es hereditaria se basa en mayor frecuencia de diabetes entre los familiares diabéticos conocidos. Diversos factores ambientales como embarazo, agentes infecciosos por hormonas que modifican la forma significativa el riesgo de padecer la enfermedad entre ellos la obesidad juega un papel muy importante, 80% de los pacientes con diabetes mellitus, presentan un sobre peso, el aumento significativo de peso produce intolerancia a los carbohidratos, niveles elevados de insulina insensibilidad del tejido muscular y adiposo a la insulina. (De Azevedo, 2019).

Ambiente: Por sí solo no se ha reconocido como agente causal de diabetes, sin embargo existen factores de riesgo a los que está expuesto el huésped. El urbanismo, la industria y estrés diario, condicionan los hábitos sedentarios mal nutrición (dietas ricas en carbohidratos y bajas en proteínas), tabaquismo, entre otros. Predispone la aparición y desarrollo de la enfermedad tales como los hábitos y costumbres donde la dieta y la actividad física son elementos fundamentales que tradicionalmente se relacionan con la incidencia de diabetes. (De Azevedo, 2019).

4.3.2.- Periodo patogénico

En este periodo se unen varios defectos que determinarán finalmente los cuadros hiperglucémicos, el primer causante es la destrucción de células en el páncreas o mal funcionamiento por la genética. En un primer momento se vive una resistencia a la insulina en dos formas: periférica (músculo esquelético que disminuye la captación y metabolismo de Glucosa) y resistencia central (ocurre en el hígado, donde aumenta producción de glucosa, esta ignora la señal de la insulina de suspender la producción). Normalmente la evolución de la diabetes mellitus es subclínica, que no esté ya instaurada y se encuentre en periodo patogénico de la enfermedad.

Las 4 P:

1. Polidipsia
2. Poliuria
3. Polifagia
4. Pérdida de peso

Si en este período no se establecen un diagnóstico y tratamiento oportuno y cambio en el estilo de vida, se avanza a la siguiente etapa que son las complicaciones. (De Azevedo, 2019).

4.4.- Diabetes mellitus

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre) que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos. La etiología en la inmensa mayoría de los casos está tras una genética o herencia, existe una fuerte asociación genética en la que los antecedentes heredo familiares son un importante factor de riesgo, la obesidad es otro factor de riesgo, asociado a retroceder la resistencia periférica a la insulina, definida como una respuesta de los tejidos inferior a la anormalidad a la acción de una determinación concentración de insulina. La diabetes mellitus se presenta de forma lenta y progresiva. (OMS, 2018).

Para la OMS (2018), la diabetes se clasifica en:

Tipo I (también llamada insulino dependiente) se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona, se desconoce aún la causa de la diabetes tipo 1 y no se puede prevenir con el conocimiento actual.

Tipo II (también llamada no insulino dependiente) que es la que refiere el presente trabajo de investigación, se origina de una utilización ineficaz de la insulina, este tipo representa la mayoría de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física.

Diabetes Gestacional: Corresponde a una hiperglucemia que se detecta por primera vez durante el embarazo.

En la diabetes tipo II el cuerpo no produce suficiente insulina o las células no hacen uso de la insulina. La insulina es necesaria para que el cuerpo pueda usar la glucosa como fuente de energía. Cuando una persona come, el cuerpo procesa todos los almidones y azúcares, y los convierte en glucosa, que es el combustible básico para las células del cuerpo. La insulina lleva la glucosa a las células. Cuando la glucosa se acumula en la sangre en vez de ingresar a las células, puede producir complicaciones de diabetes (ADA, 2016).

La insulina es necesaria para que el cuerpo pueda usar la glucosa como fuente de energía. Cuando una persona come, el cuerpo procesa todos los almidones y azúcares, y los convierte en glucosa, que es el combustible básico para las células del cuerpo. La insulina lleva la glucosa a las células. Cuando la glucosa se acumula en la sangre en vez de ingresar a las células, puede producir complicaciones de diabetes (ADA, 2016).

4.4.1.- Signos y síntomas

Los síntomas de la diabetes tipo 2 pueden ser similares a los de la tipo 1 pero a menudo menos intensos, la insulina actúa como una llave que abre las puertas de las células en los músculos; el tejido graso y el hígado, permitiendo la entrada de la azúcar y disminuyendo, por dentro, su nivel en la sangre. Todo esto es un mecanismo muy rápido, no dando tiempo a que la glucemia se eleve. (OMS, 2018).

Cuadro clínico:

- Aumento de la frecuencia urinaria (poliuria) sed (polidipsia) hambre (polifagia) y baja de peso inexplicable.

- Entumecimiento de las extremidades, dolores (disestesias) de los pies, fatiga y visión borrosa
- Infecciones recurrentes o graves

Pérdida de la conciencia, náusea y vómito intenso o estados de coma (OMS, 2018).

4.4.2.- Tratamiento

El tratamiento de la Diabetes consiste en una dieta saludable y actividad física, junto con la reducción de la glucemia y de otros factores de riesgo conocidos que dañan los vasos sanguíneos. Para evitar las complicaciones también es importante dejar de fumar, entre las intervenciones que son factibles y económicas en los países en desarrollo se encuentran el control de la glucemia, control de tensión arterial y cuidados podológicos. Entre las intervenciones que son factibles (OMS, 2018).

La falta de adherencia terapéutica al tratamiento nutricional es un problema que tiene grandes implicaciones en la salud de la población, por lo tanto, mejorar la misma ha sido un reto para los profesionales en Nutrición, debido a que a pesar de que el abordaje nutricional se realiza en forma individualizada, aun así, el paciente no cumple con las recomendaciones mínimas. La falta de adherencia al tratamiento viene dada muchas veces por la ausencia de intercambio de información médico-paciente, falta de comprensión del diagnóstico y el tratamiento, por lo tanto, para mejorar la adherencia a la terapia nutricional es imprescindible que, como profesionales de salud, mantengamos una buena comunicación con el paciente y con sus familiares. (Roselló Araya, 2018).

El tratamiento farmacológico sobre la Diabetes tipo II se modificó significativamente para alinearse, según la actualización de los estándares de vida en octubre del 2018, con el informe de consenso de American Diabetes Association European Association for the Study of Diabetes (2018) sobre este tema, brinda una recomendación para que la mayoría de los pacientes que necesiten la mayor eficacia de un medicamento inyectable, contemplen un agonista del receptor del péptido 1 similar al glucagón, debería ser la primera opción antes

de la insulina. se agregó una nueva sección sobre la técnica de inyección de insulina, enfatizando la importancia de la técnica.

La terapia con Metformina debe iniciarse en el momento en que se diagnóstica la Diabetes tipo II a menos que existan contraindicaciones, para la mayoría esto es monoterapia en combinación con modificaciones de estilo de vida. La metformina es eficaz y segura, es barata y puede reducir el riesgo de eventos cardiovasculares y la muerte. La metformina está disponible en forma de liberación inmediata para dosis dos veces al día como una forma de prolongada que se administra una vez al día. (ADA, 2018).

En comparación con sulfonilureas la metformina como tratamiento de primera línea tiene efectos beneficiosos sobre la A1C, el peso y la mortalidad cardiovascular, hay pocos datos sistemáticos disponibles para otros agentes orales como tratamiento inicial de Diabetes tipo II. El fármaco se elimina por filtración renal y los niveles circulantes muy altos (por una sobredosis o insuficiencia renal aguda). Un ensayo reciente confirmó que el uso de la metformina está asociado con deficiencia de vitamina B12. (ADA, 2018).

En el tipo 1 requiere la administración de insulina desde el principio y en la tipo II solo será necesaria, con el paso de los años, en el 30 % de los pacientes, administración de hipoglucemiantes orales, ambos casos deben de acompañarse de ejercicio y dieta., la acarbosa es un fármaco que produce la absorción intestinal de la glucosa al inhibir la alfa glucosidasa intestinal, por lo que se utiliza como complemento de la dieta o de otros tratamientos orales. Se debe tomar justo antes de la comida, y produce los niveles de la glicemia. (ADA, 2018).

El ejercicio es una parte del tratamiento del diabético y como tal debe entenderse, sus efectos beneficiosos son los que mejoran su sistema cardiovascular, reduce las necesidades del tratamiento farmacológico por consumo de glucosa, aumenta la sensibilidad a la insulina y reduce los niveles en la sangre de colesterol, triglicéridos e insulina, factores implicados en la aterosclerosis. (ADA, 2018).

Para American Diabetes Association (2018) el tratamiento con insulina es el de elección en los pacientes con diabetes mellitus tipo II existen 4 tipos de insulina según la curva de acción: la insulina rápida o regular tiene un comienzo de acción rápida, la insulina

NPH tiene un comienzo de acción retardado y su acción se prolonga hasta 14-18 horas, la insulina lenta tiene un comienzo de acción a partir de 2 a 4hrs. (10). Se recomienda la realización de ejercicios de forma programada y ajustada a las características del paciente y su enfermedad, en general, se descarta algunos de los ejercicios que puedan tener algún riesgo con su salud si sufre una hipoglucemia y se recomiendan los aeróbicos. La existencia de insulina en el organismo de los pacientes con diabetes mellitus tipo II hace que el ejercicio les aporte muchos beneficios con mínimos efectos adversos.

4.4.3.- Complicaciones

Las complicaciones en la diabetes pueden ser microvasculares (lesiones de los vasos sanguíneos pequeños) y macrovasculares (lesiones de vasos sanguíneos más grandes). Las complicaciones microvasculares son lesiones oculares conocidas como retinopatía que desembocan en la ceguera, lesiones renales (nefropatía) que acaban en insuficiencia renal y lesiones en los nervios que ocasionan impotencia y pie diabético (que a veces obliga a amputar como consecuencia de infecciones muy graves). (OMS, 2019).

Las complicaciones macrovasculares son las enfermedades cardiovasculares, como los ataques cardíacos, accidentes cerebrales y la insuficiencia circulatoria en los miembros inferiores.

Para la (OMS, 2018) las complicaciones de la diabetes tipo II son:

Retinopatía diabética: es una causa importante de ceguera y discapacidad visual, está causada por el daño de los vasos sanguíneos de la capa posterior del ojo, la retina, lo que ocasiona pérdida progresiva de la vista que se puede convertir en ceguera. El cuadro clínico por lo regular se manifiesta por visión borrosa y otros síntomas visuales. Los diagnósticos a través de exámenes oculares periódicos permiten establecerse a tiempo en los vasos de la retina; donde el tratamiento consiste en un buen control metabólico para retrasar el inicio y evolución de la retinopatía diabética.

Nefropatía diabética: Esta causada por lesiones de los vasos sanguíneos pequeños de los riñones, ello puede causar insuficiencia renal y al final la muerte. En países desarrollados,

esta es una causa importante de diálisis y trasplantes renales, el cuadro clínico no tiene síntomas al principio, pero a medida que la enfermedad evoluciona se manifiesta fatiga, anemia, dificultad para concentrarse e incluso desequilibrios electrolíticos peligrosos. El diagnóstico temprano se establece con pruebas urinarias sencillas, centradas en proteínas y pruebas sanguíneas de funciones hepáticas.

Neuropatía: Lesiones en nervios por distintos mecanismos, como el daño directo de la hiperglucemia y la mengua de flujo sanguíneo que llega a los nervios como resultado del daño a los vasos sanguíneos. La lesión de nervios puede manifestarse por pérdida sensorial, lesiones en miembros e impotencia sexual; el cuadro clínico presenta entumecimientos o dolor de extremidades, disminución de sensibilidad en los pies puede impedir distinguir cortes o lesiones que se infectan y si no se tratan a tiempo pueden obligar a amputaciones. El diagnóstico temprano se establece mediante examen clínico cuidadoso y reconociendo los signos.

Pie diabético: Esta afectación es causada por alteraciones de los vasos sanguíneos y nervios, a menudo se complican con úlceras que obligan a amputar. Es una complicación costosa que requiere utilizar zapato adecuado, el examen y los cuidados frecuentes pueden prevenirla y reducir amputaciones. (OMS, 2018).

4.4.4.- Epidemiología

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), se establece que 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en el año 2014, frente a los 108 millones de 1980, las cifras resultan alarmantes al observar que la diabetes casi se ha duplicado desde el año 2014 al 2016, ya que pasó de 4.7% al 8.5% en la población adulta mundial.

La diabetes de tipo II (también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta) se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa la mayoría de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física (OMS, 2016).

Las cifras ante el Instituto Nacional De Estadística y Geografía (INEGI, 2015) nos dice que en México la Diabetes Mellitus se encuentra dentro de las principales causas de mortalidad y ha llegado a ocupar un tercer lugar a nivel nacional por más de noventa mil muertes.

La prevalencia mundial además del aumento, genera complicaciones de ceguera, insuficiencia renal, infarto al miocardio, accidentes cerebrovascular y amputaciones, en el año 2015 fue la causa directa de 1.6 millones de muertes y se contempla que para el año 2030 será la séptima causa de mortalidad. (OMS, 2018).

V.- Metodología

El presente trabajo se fundamenta en el modelo de autocuidado de Dorothea Orem para brindar cuidados de enfermería; se eligió para el estudio de caso a un paciente del sexo masculino de 51 años de edad, quien ingresa al servicio de Medicina interna, con un diagnóstico médico de diabetes mellitus tipo II en un criterio de descontrolado, con parámetros de signos vitales alterados. Para fines del estudio, se entregó por escrito solicitud de autorización a la institución de servicios de salud y el paciente seleccionado firmó y presentó el respectivo consentimiento informado requerido a fin de garantizar la intensión voluntaria de participar en la investigación.

Para la recolección de datos se realizó una valoración, entrevista abierta y una exploración física al paciente por medio de una visita domiciliaria, se aplicó una guía de valoración con los requisitos de autocuidado a partir del modelo de Dorothea E. Orem, a fin de identificar las respuestas humanas alteradas y clasificadas en base a la teórica, posteriormente se elaboraron los diagnósticos de enfermería utilizando la clasificación establecida por la Taxonomía I, NANDA, los diagnósticos se realizaron con intervenciones de enfermería basándose al NIC. (Heather & Shigemi, 2015) y posteriormente en la etapa de planeación se desarrolló el plan de cuidados en un trabajo en conjunto con el participante y la familia; finalmente se llevó a cabo la evaluación a través de resultados en la evolución y resultados esperados.

VI.- Caso Clínico

Paciente masculino de 51 años de edad, que ingresa a las 7:00 am, al servicio de Medicina interna, a la entrevista refiere como ocupación chofer, estado civil divorciado.

A su ingreso refiere dolor en miembro pélvico izquierdo, y haber tenido fiebre no cuantificada, antecedentes patológicos DM tipo II diagnosticada desde hace 2 años, tratamiento glibenclamida 1 tab. C/12 y metformina 1 c/8hrs; e hipertensión arterial de 15 años de evolución, con tratamiento enalapril tab. C/24hrs, refiere no llevar correctamente el tratamiento comenta que se le olvida tomar su medicamento. Además de no llevar una monitorización de la glucosa, Toxicomanías (+) fumador desde hace 30 años aproximadamente, fuma 9 cigarros al día, alcohol 2 veces por semana. Refiere el paciente hacer dos comidas al día altas en carbohidratos, omite el desayuno, ingiere bebidas gasificadas un litro, además de 6 tazas de café al día. Peso 70 kg. Y talla 1.82 mts. Además refiere dormir solo 4 horas.

A la auscultación buena ventilación en campos pulmonares, y pulso apical con una FC de 90, FR 20, temp. 37x', T/A 130/80 abdomen con aumento de perístalsis. A la exploración física pulsos periféricos con buen ritmo en miembros superiores pero pulsos en miembros inferiores poco perceptible y con un llenado capilar de 5 seg. Presenta necrosis en el 5to orjejo del miembro pélvico izquierdo, glicemia capilar 300mg/dl.

El reporte de la valoración de enfermería, a las 01:00 am refiere que el paciente se encuentra consiente, orientado, adinámico, pálido, nauseoso, diaforético además de evacuaciones diarreicas, con los siguientes signos vitales: TA: 100/50, FR: 26 X' FC: 100X' Temperatura 37.5C, glicemia capilar de 195 mg/dl, muñón enrojecido y dolor a la palpación, refiere que el dolor es leve a moderado, en herida se encuentra salida de líquido sanguinolento y secreción purulenta.

VII.- Consideraciones Éticas

En la aplicación del proceso de enfermería con un paciente que participa de manera voluntaria es necesario establecer las consideraciones éticas.

Se respeta lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (1993) donde prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de la persona sujeto de investigación (artículo 13), ajustándose a los principios científicos y éticos que la justifiquen (artículo 14 fracción I). Así mismo se contó con el consentimiento informado y escrito del sujeto de investigación (artículo 14, fracción V.).

Esta investigación se realizó por profesional de la salud que refiere el artículo 114 del reglamento, al contar con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, en responsabilidad con una institución que se actúe bajo supervisión de autoridades sanitarias competentes con recursos humanos y materiales que garanticen el bienestar del sujeto de investigación (artículo 14 fracción VI).

VIII.- Aplicación del proceso de Enfermería

8.1.- Valoración con el referente teórico de Dorotea E Orem

Factores Condicionantes Básicos:

Sexo: masculino

Edad: 51

Edo. Civil: casado

Religión: Católico

Escolaridad: Secundaria terminada

Ocupación: Chofer

Familia Nuclear: ex esposo

Persona que constituye el principal apoyo para el paciente: Ex Esposa e hijos

Dependencia Económica: Depende económicamente por sí mismo con una actividad de chofer, la cual le permite cubrir los gastos familiares, ya que lleva más de 15 años dedicado a la misma.

Condiciones del hogar: Habita en casa rentada del tipo rural; cuenta con todos los servicios, las características intradomiciliarios son: techo de lámina, agua potable, luz eléctrica y drenaje.

Requisitos de autocuidado universales:

a. Mantenimiento del aporte de aire suficiente.

FC 80 T/A 130/80 mmHg, FR 20 x' SPO2 89% fumador desde hace 30 años aproximadamente, fumando 9 cigarros al día, alcohol 2 veces por semana.

b. Mantenimiento de un aporte de agua suficiente:

Se observa mucosa oral seca a la exploración, bebe bebidas gasificadas un litro, además de 6 tazas de café al día y dos vasos de agua de garrafón durante el transcurso del día.

c. Mantenimiento de un aporte de alimentos suficientes:

Peso: 110kg Talla 182 cm IMC: 33.2 Niveles de Glucosa capilar 300md/dl

Mala alimentación en calidad y cantidad, mal apego a dieta de diabético, Refiere el paciente hacer dos comidas al día altas en carbohidratos como son las frutas (ciruela, papaya, durazno y sandía) verduras (garbanza, zanahoria, repollo, brócoli y coliflor), la leche y productos derivados de esta como el queso y el yogur omite el desayuno, comidas en la calle o comidas enlatadas y muy escasa fruta. Por lo regular solo consume un plátano o una manzana

d. Provisión de cuidados asociados con los proceso de desechos y excreción:

Evacua dos veces al día sin presentar problema al evacuar, heces duras de características café obscura, orina de tres a cuatro veces por lo regular, aspecto oscuro sin presentar molestias.

e. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo

Refiere dormir de 4 a 6 horas y muy rara vez las 8 horas, presenta dificultad para reconciliar el sueño, presencia de ojeras, ronquido, los ruidos son factores que afectan su descanso y sueño, no se acostumbra a descansar durante el día.

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

Diariamente convive con sus compañeros de trabajo y con sus hijos, no tiene ningún problema con tener una vida social, comenta que a pesar de ser divorciado tiene buena relación con sus hijos y ex pareja.

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

Se encuentra consciente, orientado, antecedentes heredofamiliares en patológicos: madre diabética y parte paterno hipertensión arterial, con referencia de una complicación para llevar un buen régimen terapéutico, debido al trabajo.

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

Acepta su aspecto físico, aceptando los cambios corporales a partir de su enfermedad, no necesita de ayuda para realizar las actividades para satisfacer sus necesarias básicas. Habitualmente presenta alteraciones emocionales, dificultad al caminar correctamente e integrarse a su trabajo eficazmente.

Requisito de Autocuidado de desarrollo

Manifiesta no haber presentado ninguna enfermedad o patología en sus etapas anteriores de desarrollo, únicamente su diagnóstico actual y pronóstico de salud ante su propio autocuidado.

Requisitos de desviación de la salud

Se realiza chequeos generales de salud una vez al año, acude a cita familiares por medio del programa de prospera, muy ocasionalmente practica algo de caminata cuando tiene un poco de tiempo libre.

8.2.- Diagnóstico 1

Valoración de los requisitos de autocuidado. 1

Dominio: 12 Confort

Clase: 1 Confort físico

Requisito de autocuidado:

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

Diagnóstico de enfermería 1:

00132 dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos manifestado por informe codificado, observación de evidencia de dolor e inquietud.

Plan de intervención

Objetivo: Reconocer síntomas asociados del dolor.

El paciente deberá tomar como se indicó medicamentos antiinflamatorios, analgésicos y relajantes musculares, para combatir las emisiones o fases de malestar del muñón de la extremidad de su pie.

Agente de autocuidado: agente de autocuidado de la persona.

Demanda de autocuidado: Demandas de autocuidado para la prevención secundaria

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio.

***Intervención de enfermería**

1400 manejo del dolor

Acciones de enfermería:

1. Ejecución de valoración exhaustiva que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o seriedad del dolor y factores desencadenantes.
2. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes, utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia de dolor y mostrar la aceptación de las respuestas del paciente al dolor.
3. Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad (actividad, humor, relaciones, trabajo).
4. Explorar con el paciente los factores que alivian o empeoran el dolor.
5. Evaluar con el paciente y equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas del control el dolor que se haya utilizado.
6. Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo.
7. Proporcionar información acerca de del dolor, tal como causas, el tiempo de dolor y las incomodidades que se esperan debido a su procedimiento.
8. Considerar la posibilidad del paciente a participar, capacidad de participar de acuerdo a sus preferencias, apoyo del método por parte de los seres queridos, y definir posibles contraindicaciones a la selección de una estrategia de alivio del dolor.
9. Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia.

10. Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia del alivio del mismo.

Fundamento científico:

El dolor es una manifestación fisiología ocasionada por el estímulo (receptores) que a su vez son provenientes del sistema nervioso autónomo a nivel del sistema simpático y parasimpático.

Experiencia o sensación y emocional desagradable que obedece a una lesión real o potencial que nos permite valorar el estado inmune del paciente, permite valorar de manera objetiva los cambios en la intensidad de dolor para actuar oportunamente.

El cambio en la estabilidad de las funciones viales nos indicara una alteración en el funcionamiento del organismo, una adecuada posición ayudara a una buena circulación y a si evitara el dolor.

El uso de antiinflamatorios no esteroides ayudara a un alivio del síntoma del dolor o aliviar ese malestar. (Vallejos et al, 2015).

Agente de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado: Demandas de autocuidado para la prevención secundaria

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio

***Intervención de enfermería:** (2210) Administración de analgésico

Acciones de enfermería:

1. Determinar los signos y síntomas de dolor evaluándolo del 1 al 10.
2. Valoración de signos vitales si algún parámetro se encuentra elevado, se le administrara al paciente analgésico preinscrito por el medico según dosis, frecuencia y vía.
3. Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada intervención, es un proceso que nos permite comprobar la eficacia del medicamento con el fin de mantener o elevar la dosis.
4. Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.

5. Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de las dosis iniciales, y se debe observar también si hay signos y síntomas de efectos adversos.
6. Administrar analgésicos y / o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia.
7. Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor intenso.
8. Instruir para que se solicite la mediación a demanda para el dolor antes de que sea intenso.
9. Establecer expectativas positivas respecto a la eficacia de los analgésicos para optimizar la respuesta del paciente.
10. Determinar el analgésico preferido, vía de administración y posología para conseguir un efecto analgésico óptimo.

Fundamentación científica:

Es la utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar facilitar el dolor, el dolor como experiencia subjetiva es de alta incidencia en el paciente hospitalizado, por tal motivo el uso de analgésicos en estos pacientes tiene gran impacto en la evolución clínica y en la calidad de la estancia hospitalaria. (Vallejos et al, 2015).

El éxito de la terapia analgésica no solo consiste en el adecuado uso de los analgésicos, sino también en las estrategias usadas para objetivar el dolor; esto se consigue por medio de la aplicación de escalas para cuantificar el dolor, de las cuales se destacan la escala visual análoga, la escala verbal numérica y la de valoración verbal.

***Intervención de enfermería:** (2380) manejo de la medicación

Agente de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado: Demandas de autocuidado para la prevención secundaria

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio

Acciones de enfermería:

1. Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.
2. Vigilar los niveles séricos (electrolitos, protrombina, medicamentos), si procede.
3. Observar si se producen interacciones farmacológicas no terapéuticas.
4. Observar si hay respuesta a los cambios en el régimen de medicación, según corresponda.
5. Determinar los factores que puedan impedir al paciente tomar los fármacos tal como se han prescrito.
6. Determinar si el paciente está utilizando remedios caseros basados en su cultura y los posibles efectos que puedan tener sobre el uso de medicamentos de venta libre y medicamentos prescritos,
7. Animar al paciente a realizarse análisis para determinar los efectos de la medicación.
8. Enseñar al paciente cuando debe solicitar atención médica.
9. Determinar el impacto del uso de la medicación en el estilo de vida del paciente.
10. Establecer un protocolo para el almacenamiento adquisición y control de los medicamentos dejados a la cabecera del paciente con propósito de automedicación.

Fundamentación científica:

Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.

La administración de medicamentos son actividades de enfermería que se realizan bajo prescripción médica, en las cuales la enfermera (o) debe enfocarla a reafirmar los conocimientos y aptitudes necesarias para aplicar un fármaco al paciente, asimismo, saber evaluar los factores fisiológicos, mecanismos de acción y las variables individuales que afectan la acción de las drogas, los diversos tipos de prescripciones y vías de administración, así como los aspectos legales que involucran una mala práctica de la administración de medicamentos.

El objetivo es lograr una acción específica mediante la administración de un medicamento, ya sea con fines preventivos, diagnósticos o terapéuticos. (Pisa, s.f.).

***Intervención de enfermería:** (6482) Manejo ambiental: confort

Agente de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado: Demandas de autocuidado para la prevención secundaria

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio

Acciones de enfermería:

1. Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohada, apoyo de las articulaciones durante el movimiento, férulas para la parte dolorosa del cuerpo.
2. Evitar exponer la piel o las mucosas a factores irritantes.
3. Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.
4. Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.
5. Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona.
6. Vigilar la piel especialmente las 'prominencias corporales por si hubiera signos de presión irritación.
7. Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.
8. Proporcionar un ambiente limpio y seguro.
9. Ofrecer la elección siempre que sea posible de actividades sociales y visitas.
10. Determinar los objetivos del paciente y de la familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptima.

Fundamentación científica:

Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima. La comodidad en salud hace referencia a una sensación de alivio al malestar, a un estado de tranquilidad y satisfacción, o a cualquier sentimiento que haga la vida fácil o agradable.

La comodidad de los pacientes hospitalizados, es importante para su recuperación física, emocional y espiritual, los cuidados de enfermería brindados con calidad, seguridad y humanizados favorecen el bienestar de los pacientes críticos, mejoran la repuesta a los tratamientos y su calidad de vida. (Gómez, 2016).

Es por esto que Gómez (2016) consideró que las intervenciones de enfermería debían estar encaminadas a aumentar la comodidad del paciente, dando un giro total al enfoque del cuidado biológico y pasando a un enfoque centrado en el paciente y su familia.

***Intervención de enfermería:** (2400) Asistencia en la analgesia controlada por el paciente

Agente de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado: Demandas de autocuidado para la prevención secundaria

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio

Acciones de enfermería:

1. Asegurarse de que el paciente no sea alérgico al analgésico que ha de administrarse.
2. Registrar el dolor del paciente, la cantidad y frecuencia de la dosis de fármaco, y la respuesta al tratamiento del dolor en un diagrama del flujo del dolor.
3. Consultar con los expertos de la unidad del dolor, si el paciente presenta dificultad para controlar el dolor.
4. Monitorizar estrechamente la aparición de depresión respiratoria en las pacientes de riesgo (mayores de 70 años).
5. Explicar al paciente y la familia la acción y los efectos secundarios de los analgésicos.
6. Colaborar con los médicos, el paciente y la familia en la selección del tipo de narcótico ha de utilizarse.
7. Enseñar al paciente y a la familia a vigilar la frecuencia cardiaca y la presión arterial.
8. Colaborar con el paciente y la familia para seleccionar el tipo de dispositivo de infusión adecuado para el paciente.
9. Establecer un acceso nasogástrico, venoso, subcutáneo o raquídeo según corresponda.
10. Recomendar un régimen intestinal para evitar el estreñimiento.

Fundamentación científica:

Facilitar el control por parte del paciente de la administración y regulación de los analgésicos.

La analgesia controlada por el paciente (PCA), es una manera de administrar medicamentos para el dolor utilizando una bomba, le permite al paciente recibir el medicamento para el

dolor en forma segura cuando más se necesita. También es un método para aliviar el dolor, mediante el cual el paciente controla la cantidad de medicina que usa.

Valorar la experiencia dolorosa, verificándolo con el paciente: localización, intensidad y cualidad, la administración de medicamentos son actividades de enfermería que se realizan bajo prescripción médica, en las cuales la enfermera (o) debe enfocarla a reafirmar los conocimientos y aptitudes necesarias para aplicar un fármaco al paciente, asimismo, saber evaluar los factores fisiológicos, mecanismos de acción y las variables individuales que afectan la acción de las drogas.

Los diversos tipos de prescripciones y vías de administración, así como los aspectos legales que involucran una mala práctica de la administración de medicamentos, las reglas de seguridad se deben llevar a cabo en cada administración de un medicamento, las cuales se conocen también como “Los Cinco Puntos Correctos. (García, s.f.)

Ejecución 02.08.18

Se inicia con la inspección general y la observación de la facies que usualmente es dolorosa; de la marcha y las posturas antiálgicas; evaluación de los movimientos articulares, con cuantificación del grado de limitación y búsqueda de signos vasomotores. Determinar la fuerza y sensibilidad general.

Se realiza la escala de Eva para medir el dolor: Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3. 2 dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7. 3 Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8, curación de muñón del 5to artejo, para la eliminación de tejido necrosado y contaminado, con método antiséptico. Todos los días.

Proporcionar los cuidados oportunos para garantizar una atención optima que limite en lo posible su progresión y sus secuelas, administración de analgésicos para la eliminación de tejido muerto y necrosado y antibiótico para la eliminación de agentes patógenos.

Orientación sobre los cuidados en casa y explicar sobre la importancia de debe de tener para evitar que agrave más, orientación sobre el aseo personal evitando que sea: inspección de herida diariamente, lavado de periódicamente de pies, secado cuidadoso, no usar productos irritantes, hidratación diaria, evitar contacto con suelo y entre otras muchas más.

Evaluación: 10.08.18

Se observa que de acuerdo al diagnóstico y objetivo planteado se llegó a obtener muy buenos resultados y buena mejoría en herida durante una semana de curación, esperando que se mantenga este mismo régimen terapéutico por un largo tiempo.

8.3.- Diagnóstico 2

Valoración de los requisitos de autocuidado

Dominio: 11 Seguridad/protección

Clase: 6 Lesión física

Agente de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado: Demandas de autocuidado para la prevención terciaria

Sistema de enfermería: totalmente compensatorio

Diagnóstico de enfermería 2:

00046 Deterioro de la integridad cutánea relacionada con humedad, Factores mecánicos, cambios de pigmentación manifestado por destrucción de las capas de la piel del 5to orjejo del miembro pélvico izquierdo

Objetivo: Curación de las heridas por segunda intención.

***Intervención de enfermería:** (3660) cuidado de las heridas

Acciones de enfermería

1. Monitorizar las características de la herida, color, tamaño y olor.
2. Medir el lecho de la herida, si procede.
3. Limpiar con solución salina normal o ya sea otra solución con la yodopovidona, jabón quirúrgico, benzal, microdacyn, ya sea una combinación.
4. Administrar cuidados de ulcera cutánea.
5. Mantenga la piel limpia y seca.
6. Debe limpiar la piel tan pronto como se ensucie, es conveniente hacerlo con un trapo o esponja suave.

7. Debe usar jabones que no irriten la piel y use agua tibia, no muy caliente.
8. No utilice sobre la piel ningún tipo de alcohol, aplique cremas hidratantes procurando que se absorban completamente.
9. Evite la sequedad de la piel: use cremas o aceites hidratantes, evite el aire frío o seco. Use ropa de cama que sea de tejidos naturales.
10. Mantenga la ropa seca, limpia y sin arrugas, coloque en la zona un vendaje protector o apósitos acolchados
11. Mantener técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de herida, cambiar apósito o gasas según sea la cantidad de cuanto este drenando la herida, inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje, comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida, ayudar y orientar a los familiares sobre el material necesario para el poder hacer la curación, los procedimientos de cuidado de la herida, signos y síntomas de una remisión de infección.

Fundamento científico.

Al observar o al estar al pendiente de la evolución de la herida ayudara a observa evolución o si se está complicando, llevando la dieta adecuada requerimientos calórico-proteicos que permita una mejoría del estado nutricional, así como una pronta resolución del proceso

La importancia de llevar buen hábito higiénico correcto tanto personal como en cuidados de piel y herida, se debe retirar el tejido no vascularizado, ya que impide el proceso de curación, por lo que la debridación proporciona un ambiente que estimula la acumulación de tejido sano y así una curación más pronta.

El proceso de curación de las heridas es complejo e intervienen varios procesos celulares y moleculares que aún no se han entendido en su totalidad, pero para su estudio se han dividido en 3 fases principalmente. La respuesta inmediata a la lesión es la vasoconstricción, que es causada por las prostaglandinas y los tromboxanos; las plaquetas se adhieren al colágeno expuesto y se libera el contenido de estas en gránulos, mientras que el factor tisular activa a la cascada de coagulación y a las plaquetas. Esta matriz y el control de la coagulación ayudan a la cicatrización. (Arruza, 2015).

***Intervención de enfermería:** (3440) cuidados del sitio de incisión

Agente de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado: Demandas de autocuidado para la prevención terciaria

Sistema de enfermería: totalmente compensatorio

Acciones de enfermería:

1. Explicar el procedimiento al paciente mediante una preparación sensorial.
2. Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signo de dehiscencia o evisceración.
3. Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.
4. Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.
5. Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.
6. Mantener la posición de cualquier tubo o drenaje.
7. Aplicar bandas adhesivas de cierre según corresponda.
8. Aplicar una pomada antiséptica según prescripción.
9. Retirar las suturas como grapas o clips, si está indicado.
10. Cambiar el vendaje en los intervalos adecuados.

Fundamentación científica:

Limpieza, seguimiento y fomento de la curación de la herida cerrada mediante suturas clips o grapas.

El objetivo es dar una atención adecuada al cuidado del sitio de la incisión, para conseguir una correcta cicatrización sin complicaciones. Y recuperar el deterioro de la integridad cutánea.

Una herida es toda lesión de la piel o mucosa accidental o intencional, que provoque un cambio en la coloración y características de los tejidos, aunque no halla pérdida de la continuidad de ellos. (Arruza, 2015)

***Intervención de enfermería:** (3590) vigilancia de la piel

Agente de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado: Demandas de autocuidado para la prevención primaria

Sistema de enfermería: totalmente compensatorio

Acciones de enfermería:

1. Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas.
2. Valorar el estado de la zona de incisión según corresponda
3. Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel
4. Vigilar el color y la temperatura de la piel
5. Observar si hay zonas de coloración, hematomas y pérdida de la integridad en la piel y mucosas
6. Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel
7. Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel
8. Observar si la ropa queda ajustada
9. Documentar los cambios en la piel y mucosas
10. Instruir al familiar / cuidador a cerca de los signos de pérdida de la integridad de la piel, según corresponda.

Fundamentación científica:

Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y las mucosas.

La estructura de la piel consta de tres capas bien diferenciadas, siendo la más externa la epidermis, seguida de la dermis y, la más profunda, la hipodermis o tejido celular subcutáneo. Cualquier persona en riesgo deberá ser valorada para establecer el estado de integridad cutánea en toda su superficie corporal. (Díaz et al; 2014).

***Intervención de enfermería:** (0840) cambios de posición.

Agente de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado: Demandas de autocuidado para la prevención terciaria

Sistema de enfermería: totalmente compensatorio

Acciones de enfermería:

1. Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición según corresponda
2. Proporcionar un colchón firme
3. Colocar sobre un colchón terapéutico adecuados
4. Animar al paciente a participar en los cambios de posición según corresponda
5. Vigilar el estado de oxigenación antes y después del cambio de posición.
6. Colocar en la posición terapéutica especificada
7. Inmovilizar o apoyar la parte corporal según corresponda
8. Elevar la parte corporal, si está indicado
9. Poner apoyo en las zonas edematosas
10. Fomentar la realización de ejercicios activos o pasivos de rango de movimiento resulta adecuando

Fundamentación científica:

Colocación deliberada del paciente o de una parte corporal, para favorecer el bienestar fisiológico y psicológico.

Los cambios posturales en pacientes encamados, son muy importantes a la hora de proporcionarles confort y de prevenir la aparición de úlceras por presión.

El objetivo es proporcionar los conocimientos necesarios para prevenir la aparición de úlceras por presión y otras complicaciones derivadas de la inmovilidad, ayudando al paciente mantener una postura adecuada para favorecer su bienestar todo ello en condiciones de seguridad y comodidad. (Díaz et al; 2014).

***Intervención de enfermería:** (3540) Prevención de úlceras por presión

Agente de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado: Demandas de autocuidado para la prevención primaria

Sistema de enfermería: totalmente compensatorio

Acciones de enfermería:

1. Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo

2. Utilizar métodos de medición de la temperatura para determinar el riesgo de úlceras por presión según el protocolo del centro
3. Documentar cualquier episodio anterior de formación de úlceras por presión
4. Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario
5. Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida
6. Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria
7. Aplicar barreras de protección como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, según corresponda
8. Poner el programa de cambios posturales alado de la cama, según corresponda
9. Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día
10. Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos

Fundamentación científica:

Es fundamental la prevención de las úlceras por presión en un individuo con alto riesgo de desarrollarlas. Las úlceras por presión (UPP) constituyen uno de los problemas más comunes en la práctica diaria de Enfermería, siendo una responsabilidad tanto su prevención como su tratamiento.

El objetivo es conocer y aplicar correctamente los cuidados orientados hacia la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las UPP, adoptando las evidencias científicas actuales, con el fin último de disminuir su incidencia.

La úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y/o tejido subyacentes, producida por la acción combinada de factores extrínsecos, entre los que se destacan las fuerzas de presión, fricción y cizallamiento, siendo determinante la relación presión-tiempo. (Burgos, s.f.)

***Intervención de enfermería:** (6550) protección contra las infecciones

Agente de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado: Demandas de autocuidado para la prevención primaria

Sistema de enfermería: totalmente compensatorio

Acciones de enfermería:

1. Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada
2. Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones
3. Limitar el número de visitas según corresponda
4. Evitar el contacto estrecho entre las mascotas, huéspedes e inmunodeprimido
5. Mantener la asepsia para el paciente de riesgo
6. Aplicar técnicas de aislamiento si es preciso
7. Inspeccionar la presencia de eritema, calor extremo o exudado de la piel y las mucosas
8. Inspeccionar de cualquier incisión / herida quirúrgica
9. Obtener muestras para cultivo si es necesario
10. Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones

Fundamentación científica:

Es importante la prevención y detección precoces de la infección en pacientes de riesgo. Las medidas de prevención de las infecciones, como el saneamiento, el lavado de manos, la preservación de la inocuidad de los alimentos y el agua y la vacunación, pueden reducir la propagación de microorganismos resistentes a los antimicrobianos.

Los procedimientos de control de infecciones son precauciones adoptadas en entornos de atención sanitaria para evitar la propagación de enfermedades. (OMS, 2014)

Ejecución 06.09.18

Paciente que acude a su curación y diariamente a su observación de evolución, se le asignó un esquema de dieta. La **arginina** es un aminoácido condicionalmente esencial que ha demostrado estimular la cicatrización, mucha vitamina A y vitamina C.

Curación de herida todos los días por las mañanas, pero si es más cómodo para el en la noche, con solución de iodopovidona espuma (isodine espuma) y agua inyectable y cambio de gasas. Con aseo de manos para evitar más infecciones, se platicó con el paciente y se estableció un acuerdo para respetar el régimen terapéutico y mejore la calidad de vida que proporcione mejor estabilidad salud tanto como emocional.

Evaluación 20.09.18

Desacuerdo al diagnóstico y objetivo planteado se observó que el paciente mejoro sus hábitos de higiene tanto como de alimentación y de cuidados de la piel por lo que ello le favorece en mejorar la herida para poder continuar con sus actividades diarias.

8.4.- Diagnóstico 3

Agente de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado: Demandas de autocuidado para la prevención primaria

Sistema de enfermería: totalmente compensatorio

Valoración de los requisitos de autocuidado

Dominio: 2 Nutrición

Clase: 1 Ingestión

Requisito de autocuidado mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

Diagnóstico de enfermería 3

00001 Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades relacionado con aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas con imc 33.2 manifestado por incapacidad para absorber los nutrientes y factores biológicos.

Plan de intervención

Objetivo: Control de peso

Agente de autocuidado: terapéutico/ agente de autocuidado

Demanda de autocuidado: para la prevención primaria.

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio / apoyo educativo.

***Intervención de enfermería:** (1280) Ayuda para disminuir el peso

Acciones de enfermería:

1. Establecer una meta semanal para bajar de peso.
2. Determinar los esquemas de alimentación haciendo que el paciente lleve un listado de lo que come.

3. Fomentar la sustitución de hábitos deseables o hábitos favorables.
4. Ayudar a ajustar las dietas al estilo de vida y nivel de actividad.
5. Fomentar el uso de sustitutos de sal y de azúcar.
6. Enseñar a leer las etiquetas, al comprar alimentos para controlar la cantidad de grasa y calorías.
7. Determinar el deseo y la motivación del paciente para reducir el peso o grasa corporal.
8. Establecer un plan realista con el paciente que incluya la disminución de la ingesta de alimentos y el aumento de gasto de energía.
9. Representar en una gráfica el progreso para llegar a la meta final y colocar en un sitio estratégico.
10. Pesar al paciente semanalmente.

Fundamento científico

Al bajar de peso ayudara en la prevención de enfermedades cardiovasculares, como posibles infartos, o arterosclerosis, la disminución de la ingesta de calorías por debajo de las necesidades totales diarias, la importancia de hacer mención que una ingesta baja en caloría y grasas disminuirá el riesgo de un probable infarto y el aumento de ejercicio mejorara la calidad de vida

Los nutrientes son una fuente de energía, constituyendo los tejidos y regulan los procesos metabólicos, los hábitos alimenticios de la familia son el factor que más influye sobre la adquisición del hábito propio, la consulta de un dietista o nutriólogo puede ayudar y asegurar que la dieta proporcione el aporte óptimo de calorías y nutrientes. (Azcona, 2013)

***Intervención de enfermería:** (5246) asesoramiento nutricional

Agente de autocuidado: terapéutico/ agente de autocuidado

Demanda de autocuidado: para la prevención primaria.

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio / apoyo educativo.

Acciones de enfermería:

1. Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y en el respeto.
2. Establecer la duración de la relación de asesoramiento.
3. Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.
4. Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar
5. Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.
6. Utilizar normas nutricionales para ayudar al paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética.
7. Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/ recomendada.
8. Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente
9. Evaluar el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares.
10. Valorar los esfuerzos realizados por el paciente para conseguir los objetivos deseados.

Fundamento científico:

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

Las intervenciones conductuales se centran en la corrección de las prácticas y los hábitos personales.

La educación y asesoramiento nutricional es una estrategia que se utiliza con mucha frecuencia para mejorar el estado nutricional.

Se recomienda brindar asesoramiento a la población sobre la importancia de una alimentación saludable y la actividad física durante las etapas del desarrollo, con el fin de que se mantengan sanas y no aumenten excesivamente de peso. (OMS, 2014)

Intervención científica: (1100) manejo de la nutrición

Agente de autocuidado: terapéutico/ agente de autocuidado

Demanda de autocuidado: para la prevención primaria.

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio / apoyo educativo.

Acciones de enfermería:

1. Determinar estado de nutrición del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.
2. Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales.
3. Proporcionar un ambiente óptimo para el consumo de comida.
4. Administrar medicamentos antes de comer si es necesario.
5. aconsejar al paciente que se siente en posición erguida si es posible.
6. Enseñar al paciente sobre los requisitos de la dieta en función de su enfermedad.
7. Asegúrese de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.
8. Monitorizar las tendencias de pérdida y aumento de peso.
9. Fomentar técnicas seguras de preparación y preservación de alimentos.
10. Derivar al paciente a los servicios necesarios.

Fundamento científico:

Es necesario proporcionar y fomentar una ingesta equilibrada de nutrientes.

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad.

La dieta es todo aquello que consumimos de alimentos y bebidas en el transcurso de un día.

Los Cuidados de las enfermeras en Nutrición son asistir, informar, formar, educar, asesorar y adiestrar, desde el aspecto bio-psico-social del paciente y con un desarrollo estructurado en diferentes etapas. (María Lourdes de Torres Aured, 2008)

***Intervenciones de enfermería:** (4360) modificación de la conducta

Agente de autocuidado: terapéutico/ agente de autocuidado

Demanda de autocuidado: para la prevención primaria.

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio / apoyo educativo.

Acciones de enfermería:

1. Determinar la motivación del paciente para un cambio de conducta.
2. Ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes y reforzarlos.
3. Fomentar la sustitución de hábitos deseables por otros.
4. Reforzar las decisiones constructivas respecto a las necesidades sanitarias.
5. Proporcionar una retroalimentación en términos de sentimientos cuando se observe que el paciente este sin síntomas.
6. Evitar mostrar rechazo o quitar importancia a los esfuerzos del paciente por cambiar su conducta.
7. Ayudar al paciente identificar incluso los pequeños éxitos logrados.
8. Identificar el problema del paciente en término de conductas.
9. Animar al paciente a participar en seguimiento y registro de las conductas.
10. Establecer objetivos por escrito.

Fundamento científico:

Es importante promocionar un cambio en la conducta del paciente para el logro de los objetivos.

Los hábitos son comportamientos que se repiten con frecuencia en el tiempo y en ambientes similares, pero que van mucho más allá de la simple repetición de conductas.

Los hábitos alimentarios incluyen más que el ingerir alimentos, implican una sucesión de hechos y pensamientos que si bien culminan en el momento de la ingesta, tiene una serie de antecedentes que llevan a ese desenlace.

La modificación de conductas tiene sus matices dependiendo de las características de la misma. Las estrategias basadas en la intencionalidad del sujeto y el establecimiento de objetivos funcionan perfectamente cuando se trata de conductas aisladas o esporádicas. En

cambio, cuando los hábitos están muy arraigados en el sujeto estas estrategias son poco efectivas para lograr el cambio. (Yolanda Campos-Uscanga, 2014)

***Intervenciones de enfermería:** (4380) establecer límites

Agente de autocuidado: terapéutico/ agente de autocuidado

Demanda de autocuidado: para la prevención primaria.

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio / apoyo educativo.

Acciones de enfermería:

1. Comentar las precauciones con el paciente a cerca de su conducta
2. Comentar con el paciente cuando proceda cal es la conducta deseable en cada situación
3. Establecer las consecuencias con la participación del paciente cuando corresponda
4. Comunicar las expectativas y consecuencias conductuales establecidas para el paciente en un lenguaje que sea fácilmente comprensible y no punitivo
5. Comunicar las consecuencias establecidas y las expectativas conductuales con el equipo de tratamiento para lograr una coherencia y continuidad de los cuidados
6. Evitar discutir o negociar las consecuencias y expectativas conductuales establecidas con el paciente
7. Ayudar al paciente cuando se necesario y adecuado a mostrar conductas deseadas
8. Disminuir el establecimiento de límites a medida que el paciente se aproxime a las conductas deseadas
9. Utilizar un método constante, práctico, no sentencioso
10. Comunicar el límite en términos positivos.

Fundamento científico:

Es establecer los parámetros de una conducta deseable y aceptable del paciente. Establecer límites claros permite una mejor comunicación con los demás pues es una manera para preservar el espacio y defender los derechos ante los demás.

La comunicación asertiva es reflejo de seguridad y autoestima, respetando los derechos de los demás. Muchas veces en las relaciones personales, familiares o laborales se anular poco a poco el espacio, las decisiones y los deseos ante los demás.

Un límite es una línea que traza donde se establece que es permitido y lo que no en una relación, por lo tanto, saber establecerlos es una habilidad que toda persona asertiva debe desarrollar pues es muestra de una sana autoestima.

Ejecución: 02.08.18

Se le facilitó un esquema de dietas para cada semana y no sea repetitiva su alimentación encontrando requerimientos nutricionales de acuerdo a su patología en cuanto al tipo de azúcar decidió no consumirla más, ya que con poca que se ingiere se empieza a sentir mal

Se le instruyó sobre el tipo de alimento que debe consumir y a sí mismo no consumir alimentos procesados, se platicó con el paciente y se estableció un acuerdo para respetar el régimen terapéutico y mejorar su estilo de vida

Evaluación: 09.08.18

De acuerdo al diagnóstico y objetivo se observó que el paciente mejora sus hábitos alimenticios de esa misma manera se siente más activo de buen humor y se continúa con el manejo de control de glicemia.

8.5.- Diagnóstico 4

Agente de autocuidado: terapéutico/ agente de autocuidado

Demanda de autocuidado: para la prevención primaria.

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio / apoyo educativo.

Valoración de los requisitos de autocuidado

Dominio: 2 nutrición

Clase: 4 Metabolismo

Requisito de autocuidado: mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

Diagnóstico de enfermería 4

000179 Riesgo de glucemia inestable relacionado con aporte dietético, aumento de peso y conocimiento deficiente sobre el manejo de la diabetes.

Plan de intervención

Objetivo: Nivel de glicemia 80/110 mg/dl

Agente de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado: 1.Demandas de autocuidado para la prevención primaria

Sistema de enfermería: totalmente compensatorio.

***Intervención de enfermera:** (2120) Manejo de hiperglicemia

Acciones de enfermería:

1. Vigilar los niveles de glucosa en sangre, observar si hay signos de hipoglucemia, poliuria, polidipsia, polifagia. Debilidad, malestar, letargia, visión borrosa o jaquecas.
2. Potenciar la ingesta oral de líquidos.
3. Consultar con el medico si persiste o empeoran los signos y síntomas de hiperglucemia.
4. Fomentar el autocuidado de los niveles de glucosa en sangre.
5. ayudar al paciente a interpretar los niveles de glucosa en sangre, mediante la explicación del uso de su glucómetro.
6. Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y ejercicio.
7. Realizar análisis de niveles de glucosa en sangre los miembros de la familia.
8. Instruir al paciente y allegados en la prevención reconocimiento y actuación ante la hiperglicemia.
9. Proporcionar ayuda en el ajuste de un régimen para evitar y tratar la hiperglicemia
10. Fomentar el autocontrol de la glucemia.

Fundamento científico:

La importancia de vigilar los niveles de glucosa en sangre es para valorar el grado de hiperglucemia ya que refleja la gravedad del proceso metabólico de base, la insulina es una hormona poli péptida producida por las células beta de los islotes de Langerhans de las páncreas que consigue producir los valores de glucemia en la sangre, el aumento de ingesta de líquidos es importante ya que la hiperglucemia produce un aumento de necesidad de beber agua y aumento en la diuresis y la pérdida de glucosa por la orina.

Es importante la información médica ya que se puede reducir complicaciones, al interpretar los niveles de glucosa en sangre ayuda al paciente a mejorar sus conocimientos sobre el manejo terapéutico y disminuirá una posible hiperglucemia, la dieta es una pieza clave y la base de cualquier tratamiento ya que mediante su seguimiento se controla el aporte de glucosa e hidratos de carbono al organismo, lo que reduce el riesgo de complicaciones, Se recomienda la realización de ejercicio de forma programada y ajustada en las características del paciente y su enfermedad, mejora la función del sistema cardiovascular, reduce las necesidades del tratamiento farmacológico. Dere R. Ruit. Taylor Simeón y Olefsky Jerrold. (2003).

Agente de auto cuidado terapéutico.

Demanda de autocuidado: Demandas de autocuidado para la prevención primaria

Sistema de enfermería: totalmente compensatorio

***Intervención de enfermería:** (2130) Manejo de hipoglucemia

Acciones de enfermería:

1. Determinar los signos y síntomas de hipoglucemia mediante la vigilancia continua, por medio de un glucómetro.
2. vigilar los niveles de glucosa en sangre, monitorizar si hay algunos signos y síntomas de hipoglucemia (palidez, <diaforesis, taquicardia, parestesias temblores, dificultad para concentrarse, examinar sucesos anteriores de hipoglucemia para determinar la posible causa.
3. Identificar al paciente con riesgo de hipoglucemia
4. Mantener una vía iv, según corresponda
5. Administrar glucosa iv, si está indicado

6. Proteger contra lesiones, si es necesario
7. Revisar los sucesos anteriores a la hipoglucemia para determinar la posible causa.
8. Proporcionar información sobre la conveniencia del autocontrol de la hipoglucemia.
9. Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas, factores de riesgo y tratamiento de la hipoglucemia.
10. Indicar al paciente que debe tener y llevar identificación médica adecuada.

Fundamento científico:

La importancia de una hipoglucemia ya que se produce de forma aguda y puede originar lesiones importantes e incluso la muerte, se produce por un desequilibrio entre el soporte de hipoglucemiantes. Orales, insulina y las necesidades del organismo en ese momento, la importancia de vigilar los niveles de glucosa en sangre es para valorar el grado de hiperglucemia ya que se refleja la gravedad del proceso metabólico de base (Di Lorenzi, 2017).

***Intervenciones de enfermería:** (5602) enseñanza: proceso de enfermedad

Agente de auto cuidado terapéutico.

Demanda de autocuidado: Demandas de autocuidado para la prevención secundaria

Sistema de enfermería: totalmente compensatorio

Acciones de enfermería:

1. Evaluar el nivel actual de conocimiento del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.
2. Revisar el conocimiento del paciente sobre su afección.
3. Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, según corresponda. explorar con el paciente lo que ya ha hecho para controlar los síntomas.
4. Describir el proceso de enfermedad, según corresponda.
5. Identificar las etiologías posibles, según corresponda.
6. Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad.-
7. Identificar los cambios en el estado físico del paciente.
8. Discutir las opciones de terapia / tratamiento.
9. Animar al paciente a explorar opciones / conseguir una segunda opción.

10. Instruir al paciente sobre las medidas/ minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.

Fundamento científico:

La educación al paciente abarca, aspectos amplios desde el rol educativo y el interés del profesional en el paciente y la ayudar al paciente para comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.

La finalidad de la educación del paciente está fundamentada en la promoción y prevención de enfermedades en primera instancia, pero cuando ya aparecen las enfermedades, especialmente las crónicas y/o degenerativas, la importancia de su implementación es fundamental y se consideran los factores ambientales, familiares y de enseñanza-aprendizaje. (Castro, Pérez &Salcedo, 2017).

La educación del paciente crónico, o en su defecto, de la familia y los cuidadores, debe ser dinámica, continua, bidireccional, motivante y adaptarse a cada paciente. Un adecuado conocimiento del paciente crónico, permite adoptar un diseño específico de aprendizaje de acuerdo a sus actitudes, comportamientos, destrezas y conocimientos. (Castro, Pérez &Salcedo, 2017).

***Intervenciones de enfermería:** (6650) vigilancia

Agente de auto cuidado terapéutico.

Demanda de autocuidado: Demandas de autocuidado para la prevención secundaria

Sistema de enfermería: totalmente compensatorio

Acciones de enfermería:

1. Determinar los riesgos de la salud del paciente.
2. Preguntar al paciente por la percepción de su estado de salud.
3. Facilitar la recopilación de pruebas diagnósticas.
4. Ponerse en contacto con el médico.
5. Observar la capacidad del paciente para realizar las actividades de autocuidado.
6. Comprobar el estado neurológico.
7. Vigilar los patrones conductuales.

8. Monitorizar la capacidad cognitiva.
9. Controlar el estado emocional.
10. Monitorización de los signos vitales.

Fundamento científico:

Recopilación, interpretación, y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas.

La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud.

El propósito es contribuir al mejoramiento continuo de la calidad en los servicios de salud, mediante la disminución de la incidencia del problema y de sus costos económicos y sociales-familiares, con el fin de que se traduzcan en el bienestar del paciente; mejorar la accesibilidad y oportunidad del sistema de salud por medio del fortalecimiento de la calidad como respuesta a las necesidades y los requerimientos identificados por el sistema de vigilancia epidemiológica. (Rocco & Garrido, 2017).

***Intervenciones de enfermería:** (5330) control del estado de ánimo

Agente de auto cuidado terapéutico.

Demanda de autocuidado: Demandas de autocuidado para la prevención secundaria

Sistema de enfermería: totalmente compensatorio

Acciones de enfermería

1. Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes familiares).
2. Administrar cuestionarios (inventario de depresión de Beck, escalas del estado funcional).
3. Determinar si el paciente supone un riesgo para la seguridad de sí mismo.
4. Comprobar la capacidad de autocuidado (aseo, higiene, ingesta de alimentos y evacuación).
5. Ayudar con el autocuidado si es necesario.
6. Vigilar el estado físico del paciente.

7. Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente de acuerdo con las necesidades del paciente.
8. Ayudar a que el paciente asuma una mayor responsabilidad en el autocuidado a medida que pueda hacerlo.
9. Proporcionar oportunidades de actividad física.
10. Vigilar la función cognitiva (concentración, atención, memoria, capacidad de procesar y toma de decisiones).

Fundamento científico:

Las intervenciones de enfermería han de estar dirigidas para potenciar la realización de cuidados en las mejores condiciones posibles, Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un estado de ánimo disfuncionalmente deprimido o eufórico.

Para Asmat, Butron & Rodríguez (2018), la enfermería es un arte donde la enfermera es un ser empático, tanto que al ver expuestos los sentimientos del otro puede detectar estos sentimientos y expresarlos de forma semejante, donde el estado de ánimo es el humor o tono sentimental, agradable o desagradable, que acompaña a una idea o situación y se mantiene por algún tiempo. Es un estado, una forma de estar o permanecer, que expresa matices afectivos y cuya duración es prolongada, de horas o días. Cuando este tono se mantiene habitualmente o es el que predomina a lo largo del tiempo, hablamos de humor dominante o estado fundamental de ánimo. El apoyo emocional junto con la comunicación es un proceso de doble vía, que incentiva un intercambio de información, por tanto, la atención debe ser integral, considerando la totalidad y la complejidad del ser humano, abarcando tanto la dimensión física cuanto la psicológica y asociando el cuidado instrumental (medicación, curativos, higiene entre otros) al cuidado expresivo, que engloba el aspecto psicosocial, el relacionamiento y el apoyo emocional

Ejecución 15.08.18

Se tomaron glicemias dos veces cada tercer día ya sea preprandial y postprandial; llevar anotación de las cifras por una semana, Ingiere más de dos litros de agua natural diariamente,

Asiste con más frecuencia a su centro de salud, se le explico al paciente sobre las cifras normales de glucosa en sangre y de cuando ir de urgencia a su hospital en caso de que se eleve o disminuya.

Evaluación: 0.2.08.18

Al paciente se le oriento sobre hipoglucemia debido que la diabetes mellitus tiene una tasa de incidencias alta de sufrir un desequilibrio de glicemia ya sea hipoglucemia e hiperglucemia; se han mejorado y mantenido sus niveles de glicemia con parámetros normales de un paciente diabético.

8.5.- Diagnóstico 5

Agente de auto cuidado terapéutico.

Demanda de autocuidado: Demandas de autocuidado para la prevención secundaria

Sistema de enfermería: totalmente compensatorio

Valoración de los requisitos de autocuidado

Dominio: 4 Actividad y reposo

Clase: 1 sueño y reposo

Diagnóstico de enfermería 5

00198 trastorno del patrón de sueño relacionado con cambios en el patrón de sueño manifestado por cambio en el patrón de sueño, quejas verbales de no sentirse bien, disminución de la capacidad para funcionar

Plan de intervención

Objetivo: Mejorar el sueño

Agentes de autocuidado: terapéutico /agente de autocuidado

Demanda de autocuidado: Demandas de autocuidado para la prevención secundaria

Sistema de enfermería: apoyo educativo:

***Intervención de enfermería:** (1850) Mejorar el sueño

Agentes de autocuidado: terapéutico /agente de autocuidado

Demanda de autocuidado: Demandas de autocuidado para la prevención primaria

Sistema de enfermería: apoyo educativo

Acciones de enfermería:

1. Determinar el esquema del sueño del paciente.
2. Animar al paciente que establezca una rutina a la hora de irse a la cama.
3. Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a dormir.
4. Orientar al paciente para que evite antes de irse a dormir ingerir alimentos y bebidas que interfieran el sueño.
5. Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autógena u otras formas no farmacológicas de inducción de sueño.
6. Dialogar con el paciente y la familia, para que utilice técnicas que favorezcan el sueño.
7. Proporcionar folletos informativos sobre técnicas favorecedoras de sueño.
8. Identificar las medicaciones que el paciente está tomando para el sueño.
9. Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día - noche normales.
10. Comentar con el paciente técnicas para favorecer el sueño.

Fundamento científico:

El sueño es un proceso fisiológico que se produce en forma cíclica alternado con los momentos de vigilia y que varía de forma normal de acuerdo con la edad, la actuación del profesional de enfermería en relación con el sueño debe centrarse en lograr que la persona bajo su cuidado disfrute de un descanso reparador. (De la Fuente, 2018).

La ingesta nocturna de grandes cantidades de alimentos favorece a una posible sensación de nocturna e incluso peristaltismo en las fases del sueño se produce ansiedad o nerviosismo por lo cual es necesario practicar algunos ejercicios de relajación con el paciente. (De la Fuente, 2018).

***Intervenciones de enfermería:** (5820) disminución de la ansiedad

Agentes de autocuidado: terapéutico /agente de autocuidado

Demanda de autocuidado: Demandas de autocuidado para la prevención primaria

Sistema de enfermería: apoyo educativo

Acciones de enfermería:

1. Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.
2. Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.
3. Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
4. Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
5. Animar a la familia a permanecer con el paciente si es el caso.
6. Administrar masajes en la espalda / cuello según corresponda.
7. Fomentar la realización de actividades no competitivas si resulta adecuado.
8. Escuchar con atención.
9. Crear un ambiente que facilite la confianza.
10. Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

Fundamento científico:

Minimizar la aprensión temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente identificada de peligro previsto. La ansiedad es una reacción emocional ante una amenaza, y se manifiesta con diversas respuestas fisiológicas caracterizada por ser anticipatoria, activadora y facilitadora de la respuesta del individuo, pudiendo llegar a interferir en su capacidad para superar las dificultades, situación o entorno causantes si esta ansiedad es elevada y persistente.

Como personal de enfermería, es el que más permanece al cuidado del paciente, busca siempre el bienestar del paciente, y favorecer su pronta mejoría, sin embargo, la ansiedad impide la tranquilidad del enfermo, así en muchas ocasiones dificulta su recuperación, haciéndola más larga y costosa tanto física como económicamente y puede favorecer la aparición de otras enfermedades, como la depresión. El personal de enfermería debe contar con las habilidades necesarias para afrontar las situaciones de ansiedad por parte de los pacientes (Serrano, Alijama & Alijama, 2016).

***Intervención de enfermería:** (5880) técnicas de relajación

Agentes de autocuidado: terapéutico /agente de autocuidado

Demanda de autocuidado: Demandas de autocuidado para la prevención terciaria

Sistema de enfermería: apoyo educativo

Acciones de enfermería:

1. Mantener la calma de una manera deliberada.
2. Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.
3. Permanecer con el paciente.
4. Identificar a otras personas cuya presencia pueda ayudar al paciente.
5. Sentarse y hablar con el paciente.
6. Ofrecer líquidos o leche caliente.
7. Frotar la espalda según corresponda.
8. Ofrecer un baño o ducha caliente.
9. Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad (técnicas de respiración lenta, distracción, visualización, relajación muscular y escuchar música calmante).
10. Proporcionar ansiolíticos.

Fundamento científico:

Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como el dolor, tensión muscular o ansiedad. Las técnicas de relajación constituyen una herramienta útil de autoayuda para cualquier persona, pero especialmente si se tiene problemas para dormir bien, estrés o ansiedad. El objetivo de las técnicas de respiración es facilitar el control voluntario de la respiración y automatizarlo para que pueda ser mantenido en situaciones de estrés, así también esta técnica forma parte de los cuidados e intervenciones de enfermería diarios y con excelentes resultados en los pacientes, viendo disminuido su estrés, ansiedad y nerviosismo por su problema de salud. (Peterson, s.f).

***Intervención de enfermería:** (5380) potenciación de la seguridad

Agentes de autocuidado: terapéutico /agente de autocuidado

Demanda de autocuidado: Demandas de autocuidado para la prevención primaria

Sistema de enfermería: apoyo educativo

Acciones de enfermería:

1. Disponer un ambiente no amenazador.
2. Mostrar calma.
3. Pasar tiempo con el paciente.
4. Permanecer con el paciente para fomentar su seguridad durante los periodos de ansiedad.
5. Evitar producir situaciones emocionales intensas.
6. Animar a la familia a que proporcione objetos personales para el uso o disfruto del paciente.
7. Escuchar los miedos del paciente / familia.
8. Dejar la luz encendida durante la noche si es necesaria.
9. Comentar situaciones específicas o sobre personas que amenacen al paciente o a la familia.
10. Explicar al paciente / familia todas las pruebas y procedimientos.

Fundamento científico:

Intensificar el sentido de seguridad física y psicológica de un paciente. La seguridad clínica es uno de los principales componentes de la calidad asistencial. La Seguridad del Paciente (SP), o el intento consciente de evitar lesiones al paciente causado por la asistencia, son un componente esencial de la calidad asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica.

El objetivo es mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios.

Los efectos no deseados secundarios a la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados. A las consecuencias personales en la salud de los pacientes por estos daños hay que añadir el elevado impacto

económico y social de los mismos. Por tanto, mejorar la seguridad de los pacientes viene siendo una estrategia prioritaria en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios. (Rocco & Garrido, 2017).

***Intervención de enfermería:** (0200) fomento del ejercicio

Acciones de enfermería:

1. Determinar la motivación del individuo para empezar / continuar con el programa de ejercicios.
2. Explorar los obstáculos para el ejercicio.
3. Fomentar la manifestación oral de sentimientos a cerca del ejercicio o la necesidad del mismo.
4. Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.
5. Ayudar al individuo a establecer las metas a corto y largo plazo del programa de ejercicio.
6. Realizar los ejercicios con las personas.
7. Informar al individuo a cerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
8. Instruir al individuo a cerca de del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud en colaboración con el médico y / o el fisioterapeuta.
9. Preparar al individuo en técnicas para evitar lesiones durante el ejercicio.
10. Enseñar l individuo técnicas de relajación adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno durante el ejercicio físico.

Fundamento científico:

Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud además produce importantes modificaciones en la personalidad, tales como estabilidad emocional, autoestima, extroversión, se modera la indefensión y la impotencia, mejorando igualmente la "percepción de sí mismo.

Mejora de la salud y la calidad de vida y no sólo la prevención de enfermedades sino que, en una acepción más amplia, se convierte en factor primordial de la calidad de vida. (Vallejos et al, 2015).

Ejecución 02.08.18

El paciente muestra interés para brindarle 2 horas durante el día y poder descansar un poco más para poder completar su sueño, se le informo sobre el manejo rutinario de irse a descansar pronto, pero menciona que depende de la hora que termine de trabajar va a ir a descansar.

Se le enseñó que no debe consumir bebidas o alimentos que disminuyen el sueño y comento que ya no consumirá más bebidas gasificadas (coca), Se le enseñó a realizar ejercicios de relajación para evitar el consumir fármacos, de la misma manera se le proporcionaron folletos sobre técnicas para mejorar el sueño. Falta ser más específicas en las técnicas y procedimientos que se realizaron, así tiempos

Evaluación 10.12.18

De acuerdo al diagnóstico y objetivo planteado refiere al paciente que día con día se siente más descansado, continua con las terapias y rutina para ir a descansar y de acuerdo a su trabajo comentan que intentan no manejar de noche, l utilizar el proceso de atención de enfermería e un paciente con diabetes mellitus, te das cuenta de la importancia que tiene la área de enfermería ya que nos permitió organizar los cuidados y ver al paciente de una manera holística, basándonos en la teoría de Dorothea E. Orem (déficit de autocuidado).

Al paciente se realizó el proceso de enfermería, para lograr para alcanzar una recuperación que le permita una estabilidad en su salud, gracias a todo lo realizado fue de gran beneficio para loga un buen manejo de los cuidados del paciente, de manera específica se logró reestablecer los problemas de mayor incidencia en el. De igual manera cabe destacar que todo proceso sirve como base para el conocimiento de la importancia de la atención de enfermería, al concluir la elaboración de este es importante la orientación y la prevención de diabetes mellitus ya que es una patología con un alto índice de mortalidad.

IX Conclusiones

La aplicación de este proceso enfermero resulta de gran importancia ya que permite mostrar que los objetivos planeados hacia el usuario, toman sentido y pueden lograrse de manera ordenada y sistemática al tomar 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 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.

La enfermería puede con la teoría de autocuidado hacer una actividad aprendida, una conducta hacia el entorno para regular los factores que afectan la salud y bienestar.

Con los requisitos de autocuidado se logra en los usuarios una condición adversa en algo mitigante o de recuperación.

X Sugerencias

Durante la formación de la carrera de enfermería los estudiantes de la licenciatura en sus prácticas de campo, orienten a personas o comunidades sobre la importancia de actividades deportivas o algún ejercicio a realizar, de manera regular para fortalecer el organismo y con ello evitar enfermedades.

Que se implementen exposiciones sobre el buen manejo de alimentación para mantener un régimen alimenticio equilibrado y disminuya el nivel de obesidad de la población en general.

Promover a la comunidad la detección oportuna de diabetes, realizar programas de salud a la comunidad con énfasis en individuos con factores de riesgo a la salud.

Como comunidad de enfermería activa en la docencia, la clínica e investigación, se debe promover la educación en salud en todos los niveles de desarrollo y atención médica a fin de lograr conservar la salud y la vida.

Utilizar los métodos de ayuda para enseñar y trabajar con aspectos de motivación y cambio de comportamiento al momento de atender a la población y hacer de esta educación para la salud un aprendizaje permanente.

XI- Referencias Bibliográficas

Agudelo Botero, Marcela y Dávila Cervantes, Claudio Alberto. (2015). Carga de la mortalidad por diabetes mellitus en América Latina 2000-2011. Los casos de Argentina, Chile, Colombia y México. *Elsevier GAC. Sanit*, 29(3): 172-177. Recuperado de:

https://scholar.google.es/scholar?as_ylo=2015&q=diabetes+mellitus+en+M%C3A9xico&hl=es&lr=lanh_es&as_sdt=0,5#d=gs_qabs&u=%23p%3D2ncHX5BUUJsJ

Asla Arruza, Miren Begoña. (2015). El papel de la nutrición en la cicatrización de las heridas. Ehubiblioteca, Universidad del país Vasco. [En internet]. Recuperado de:

<http://hdl.handle.net/10810/16049>

Asociación Americana de Diabetes. ADA (2016). Lo básico sobre la diabetes tipo II.

Recuperado de <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/diabetes-tipo-2/lo-basico-sobre-la-diabetes-tipo2.html?referrer=http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/diabetes-tipo-2/>.

Asmat Ortiz, Nataly W; Butron Yelinha, Mallea y RodríguezLópez, Flor de María. (2018). Comunicación y apoyo emocional de enfermería según el familiar del paciente crítico en un hospital de Lima Metropolitana, Septiembre-Diciembre, 2018. Tesis de Especialidad en Enfermería. Perú: Universidad Peruana. Cayetano Heredia. Recuperado de: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/3970>

Blandón Giraldo, Ana María y Castañeda Forero, Diana Cecilia. (2018). Características humanas e institucionales que influyen en la aplicación del proceso de atención de enfermería en un hospital de la ciudad de Medellín. *Rev Inv. Andinas*, 37(20): 83-100. Recuperado de:

<http://revia.areandina.edu.co/ojs/index.php/IA/article/view/983/1383#>

Calpa Vallejos, Belén Nathaly. (2019). Conocimiento y práctica sobre el PAE en estudiantes de enfermería de séptimo semestre de la universidad técnica del norte, Ibarra. 2018. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Ecuador: Universidad Técnica del norte. Recuperado de: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/9320>

Castro Meza, A.N; Pérez Zumano, S.E; & Salcedo Álvarez, R.A. (2017). La enseñanza a pacientes con Diabetes: Significado para profesionales de enfermería. *Enfermería Universitaria*, 14(1), 39-46. Recuperado de:

<https://dx.doi.org/10.1016/l.reu.2016.12.003>

Davies, J. (2018). Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2018. Report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetologia*. Recuperado de: <https://doi.org/10.1007/s00125-018-4729-5>

De Azevedo Guaura Rebeca. (2019). *Diabetes Mellitus: historia natural, factores y complicaciones*. Llifeder. En línea. Recuperado de:

<https://www.lifeder.com/diabetes-mellitus/>

De la fuente Tomás Lorena. (2018). Ciclo sueño-vigilia. *Psicología médica*. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/390978568/Ritmo-sueno-vigilia-pdf>

Díaz Aguilar, R; Amador Morán, R; Alonso Urías, R.M; Campo González, A; Maderos Dueñas, M & Oria Saavedra, M. (2015). Evaluación del conocimiento del Proceso de Atención de Enfermería. Estudiantes de licenciatura de enfermería. Facultad “Lidia Doce” 2013. *Enfermería Universitaria*, 12(1),36-40. Recuperado de:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16657063201500010006&Ing=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16657063201500010006&Ing=es&tlng=es)

- Díaz Valenzuela, Antonio, Valle Cañete M. de Jesús; Carmona Fernández Pedro Jesús, García Fernández Francisco P. y Pancorbo Hidalgo Pedro Luis. (2014). Eficacia en la prevención de úlceras por presión del aceite de oliva virgen extra frente a los ácidos grasos hiperoxigenados: resultados intermedios de un estudio de no inferioridad. *Gerokomos*:25(2): 74-80. Recuperado de: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&lr=lang_es&as_sdt=0%2C5&q=Garc%C3%ADa+Fern%C3%A1ndez+2014-.+los+cambios+posturales+en+pacientes+emcamados&btnG=#d=gs_qabs&u=%23p%3DGrdNam5hGeYJ
- Di Lorenzi Bruzzone Roberto Milton, Bruno Lorena, Pandolfi Marcelo, Javiel Gerardo, Goñi Mabel. (2017)-.Hipoglucemia en pacientes diabéticos. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 2(3):51-60. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.26445/rmu.2.3.3>
- Federación Mexicana de Diabetes ,A.C. (2015). *Sistema Inmunológico y diabetes*. Julio 3. Recueprado de: <http://fmdiabetes.org/sistema-inmunologico-y-diabetes/>
- Fundación Mexicana de Diabetes. (2018). Recuperado de: <http://fmdiabetes.org/estadisticas-en-mexico/>
- Gálvez M. (2018). Proceso de atención en enfermería. *Enfermería Creativa*. Recuperado de: <http://enfermeriacreativa.com/2018/07/18/proceso-de-atencion-de-enfermeria/>
- Gayosso Islas E; Sánchez Moreno C. (2019). *Proceso de atención de enfermería*. Universidad Autónoma del estado de Hidalgo. UAECH. Recuperado de: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/bolentin/icsa/n17m3.html>
- Gómez Torres, D; Hernández Cortés, G.G. y González Santana A. (2016). Proceso de enfermería como constructor de autonomía profesional. *Rev. Enfermería Inst Mex Seguro Soc*; 24(3): 183-9. Recuperado de <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/58180>
- González Castillo, M.G. y Monroy Rojas, A. (2016). Proceso enfermero de tercera generación. *Enfermería Universitaria*, 13(2):124-129. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.003>
- Heather Herdman, T & Shigeme Kamitsuru. (2015). Diagnósticos enfermeros.. Definición y clasificación 2015-2017. Edición hispanoamericana. *Elsevier Health Sciences*,

Recuperado de:

https://scholar.google.es/scholar?cluster=1241655807205667995&hl=es&as_sdt=2005&sciodt=0,5#d=gs_qabs&u=%23p%3Dm3TLyWA_OxEJ

Instituto Nacional De Estadística y Geografía. (2015). Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo107&s=est&c=23587>

Naranjo Hernández Ydalsys; Concepción Pacheco, José Alejandro & Rodríguez Larreynaga, Miriam. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem. *Gaceta Médica Espirituana*. 19(3), 89-100. Recuperado en: http://scielo.sld.cu/scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S160889212017000300009&Ing=es&Ing=es&tIng=es.

Jara Sanabria, F. y Lizano Pérez, A. (2016). Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. *Enfermería Universitaria*, 13(4): 208-2015. Recuperado de: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Oñete Guerrero, Diger Francisco y Bustamante Pazmiño, Jefferson Alfredo (2019). Intervenciones de enfermería en el auto cuidado para la prevención de las complicaciones crónicas en pacientes con diabetes mellitus tipo II, Subcentro Puertas Negras Cantón. Tesis de Pregrado, Babahoyo:UTB. Recuperado de: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/5838>

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención y control de las infecciones* . Recuperado de <http://www.who.int/antimicrobial-resistance/global-action-plan/infection-prevention-control/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Enfermedades crónicas*. Recuperado de http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

Organización Mundial de la Salud, Informe Mundial sobre la Diabetes. Resumen de orientación. (2016). Recuperado de <http://www.who.int/diabetes/global-report/es/>.

- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Diabetes*. Recuperado de:
<http://www.who.int/es/new-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Diabetes*. Recuperado de:
http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index3.html
- Peterson Laura A. (s.f). Para controlar la ansiedad Recuperado de:
<https://www.mayoclinic.org/es-es/to-manage-anxiety-start-with-the-way-you-think/art-20390069>
- Pisa. (s.f.) *Administración de medicamentos*. Recuperado de:
https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_1_2.htm
- Reyes Sáname, Felix Andrés, Pérez Álvarez, María Luisa, Alfonso Figueredo Ernesto, Rámirez Estupiñan, Mirtha & Jiménez Rizo Yaritza. (2016). Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. *Correo científico Médico*, 20(1),98-121. Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156043812016000100009&Ing=es&tIng=pt.
- Rico Sánchez, René; Juárez Lira, Alberto; Sánchez Perales, Mercedes y Muñoz Alonso Luz del Rosario. (2018). Nivel de conocimientos, estilos de vida y control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *ENE*, 2(11): 1-28. Recuperado de:
<http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/757/1988-348X-ene12-01-757>
- Rivas Olivares Luis Martín. (2019). *Proceso de atención en enfermería*. Expediente clínico [en internet]. Recuperado de:
<http://es.slideshare.net/mobile/luismartinrivasolares/proceso-de-atencion-de-enfermeria-133622172>
- Rocco Cristián & Garrido Alejandro. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(5): 785-795. Recuperado de:
<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.08.006>
- Rosales Barrera Susana y Reyes Gómez Eva (2015). *Fundamentos de enfermería* 3er. Edic. México: Manual Moderno.

- Roselló Araya Marcelene.(2018). ¿Cómo mejorar la adherencia al tratamiento nutricional de la persona con diabetes mellitus tipo 2.*Revista Terapéutica*, 12(2):45-7. Recuperado de <https://revistaterapeutica.net/index.php/RT/article/view/31>
- Secretaría de salud. Programa de Acción Específico 2013-2018. (2015). S. S. Recuperado de http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_PreencionControlDiabetesMellitus2013_2018.pdf.
- Serrano Carmona José Luis, Luna Aljama José y Luna Aljama María Elena. (2016). Atención de enfermería en la ansiedad. *Revista MedicaElectrónica portales médicos*. ISSN 1886-8924. Recuperado de: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/atencion-enfermeria-ansiedad/>
- Sotomayor Sánchez, Sandra M. (2018). Cotidiano de la enseñanza del proceso de enfermería de los profesores de la ENEO-UNAM. *XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería*. UNAM-ENEO. Recuperado de: <http://coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/view/1112/323>
- Vallejos Narváez, Álvaro; Ruano Camilo; Ávila, María Paula; Latorre, Sergio; Delgadillo Jennifer, Monsalva Gina, Malaver Sindy, Hernández Esteban, Torres Paula, Bernal Guillermo, Tovar Andrea y Caicedo Laura. (2015). Analgésicos en el paciente hospitalizado: Revisión de tema. *Revista Colomb. Cienc. Quím.Farm*; 44(1): 107-127. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/rccquifa/article/view/54288>
- Velasco Párraga, I.V; Suarez Fuentes, R; Rivera Salazar G. y Espinoza Villamar, H. (2018). Conocimiento sobre el proceso de atención de enfermería del profesional en el cuidado que ofrece al paciente: Unidad de cuidados intensivos cardiovascular. Hospital de niños... *Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, 2(1), 772-799,2018. Recuperado de https://scholar.google.es/scholar?as_ylo=2018&q=proceso+de+atenci%C3%B3n+en+Enfermer%C3%ADa+y+%C3%A9tica&hl=es&lr=lang_es&as_sdt=0,5#d=gs_qabs&u=%23p%3DmBlma8KCzHsJXII.- Anexos

1.- Consentimiento Informado:

ANEXO I

UNIVERSIDAD MICHOACAN DE SAN NICOLAS HIDALGO

Facultad de enfermería.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

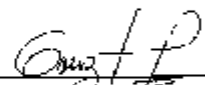
Consentimiento informado para participante en el proceso de Enfermería con el referente Teórico de Dorothea Orem.

Yo, GONZALO TORRES PÁZ doy mi consentimiento para participar en la metodología de intervención de enfermería, que tiene como finalidad conocer e identificar las respuestas humanas, fundamentadas en la teoría de Dorothea Orem y estructurar un trabajo académico, con fines de titulación, para obtener el grado de licenciatura en enfermería a través del cual se me brindaran cuidados integrales que beneficiaran mi estado de salud.

He sido informado con claridad de los objetos de la metodología de investigación, así como de importancia de mi participación en la misma, la cual no implica ningún tipo de riesgo a mi persona. Estoy convencido que mis datos serán totalmente confidenciales y que contribuirán en un futuro al cuidado integral de otras personas que cursan con una situación similar a la mía, fortaleciendo la profesión de enfermería a través del conocimiento de sus necesidades. Mi participación será voluntaria en todo momento, sin obligación y consiente, sin recibir ninguna re numeración económica.

Enterado que el responsable de dicho proceso de enfermería es la

PLE Maria Clara Zavala Ceja doy mi consentimiento para colaburar en el trabajo académico solicitado.

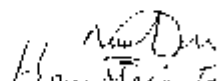


Acepto Participar

Maria Clara Zavala Ceja



PLE



Testigo

2.- Formatos de valoración:

Valoración de acuerdo al manejo conceptual de la teoría del autocuidado de Dorothea e. Orem.

Factores condicionantes básicos:

Sexo

Edad

Estado civil

Religión

Escolaridad

Ocupación

Familia nuclear

Principal apoyo para el paciente

Dependencia económica

Condiciones de vivienda

Requisitos de autocuidado universales

Fr spo2

Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

Datos de deshidratación

Cantidad de agua que ingiere al día

De donde proviene el agua que consume

Mantenimiento de aporte suficiente de alimentos

Peso

Talla

Imc

Destrostix

Provisión de cuidados asociados con los procesos de alimentación de desechos incluidos con el excremento

Característica de la uresis

Características de las evacuaciones.

Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo

Consiente

Orientado en tiempo, espacio y persona, cooperador.

Características del movimiento (postura, posición, deambulación.)

Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social

Sistema auditivo

Sistema ocular

Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento, y el bienestar social

T/A

FC

DX

Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales

Aceptación de los aspectos físicos, familiares y social, autopercepción, autoestima autorrealización.

Requisitos de desarrollo de autocuidado

Etapas de desarrollo

Orientación sexual

Requisitos de desviación de salud

Con que frecuencia se realiza chequeos generales de salud

Asiste a campañas de salud orientadas a la detección oportuna de enfermedad

Realizar actividades de ejercicio o rehabilitación



CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO

SALUD

GOBIERNO FEDERAL



MÉXICO 2010

Nombre: _____

Domicilio: _____

Cuenta con Seguridad Social? SI NO IMSS ISSSTE OTRO: _____

¿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 adapte a usted o a su paciente.

	SI	NO
1. Su IMC se ubica en: Normal=0, Sobrepeso=5, Obeso=10	10	5 0
2. Cintura: Mujer \geq A 80 cm Hombre \geq 90 cm	10	0
3. Normalmente hace poco o nada de ejercicio (Solo para menores de 65 años)	5	0
4. Tiene entre 45 a 64 años de edad	5	0
5. Tiene 65 o más años de edad	9	0
6. Alguno de sus hermanos padece o padeció diabetes mellitus	1	0
7. Alguno de sus padres padece o padeció diabetes mellitus	1	0
8. Si es mujer y ha tenido algún bebé con más de 4 kgs de peso al nacer	1	0

EDAD/AÑO: / / / / /

TOTAL

Si obtuvo menos de 30 puntos de calificación está en bajo riesgo de tener diabetes. Pero no olvide que en el futuro puede estar en riesgo mayor. Se le recomienda adoptar un estilo de vida saludable y aplicar nuevamente el cuestionario en 3 años.

Si obtuvo 30 o más puntos de calificación está en alto riesgo de padecer diabetes. Haga la determinación de azúcar en sangre y aun si el resultado fuera negativo, practique estilos de vida saludable y repita la determinación en un año.

¿Presenta mucha sed, orina mucho o tiene mucha hambre?
 SI NO

Si la respuesta es sí, realice la determinación de azúcar en sangre, independientemente de la calificación obtenida.

GLUCEMIA

AÑO: 20__ 20__ 20__ 20__ 20__

AYUNO:

CASUAL:

POSITIVA: Si su prueba de Glucemia Capilar fue mayor o igual a 100 mg/dl en ayunas, o más de 140 mg/dl casual. Tendrá que acudir al médico para que le practique otras pruebas en ayunas.

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

AÑO	20__	20__	20__	20__	20__				
PESO (kg)									
ESTATURA (mts)									
IM.C. (kg/m ²)									
CINTURA (cm)									
Rango:	0	5	10						
Peso:	Normal		Sobrepeso		Grados de obesidad				
IMC*	18.5	24.9	25	29.9	30	34.9	35	39.9	≥40
Estatura	Mín.	Máx.	Mín.	Máx.	Mín.	Máx.	Mín.	Máx.	Mín de
144	38.4	51.6	51.8	62.0	62.2	72.4	72.6	82.7	82.9
146	39.8	53.0	53.3	63.7	63.9	74.8	74.6	85.1	85.3
148	40.5	54.5	54.8	65.5	65.7	76.6	76.7	87.4	87.6
150	41.6	56.0	56.3	67.3	67.5	78.5	78.8	89.8	90.0
152	42.7	57.5	57.8	69.1	69.3	80.6	80.9	92.2	92.4
154	43.9	59.1	59.3	70.9	71.1	82.8	83.0	94.6	94.9
156	45.0	60.6	60.8	72.8	73.0	84.9	85.2	97.1	97.3
158	46.2	62.2	62.4	74.6	74.9	87.1	87.4	99.6	99.9
160	47.4	63.7	64.0	76.5	76.8	89.3	89.6	102.1	102.4
162	48.8	65.3	65.6	78.5	78.7	91.6	91.9	104.7	105.0
164	49.8	67.0	67.2	80.4	80.7	93.9	94.1	107.3	107.6
166	51.0	68.8	68.9	82.4	82.7	96.2	96.4	109.9	110.2
168	52.2	70.3	70.6	84.4	84.7	98.5	98.8	112.6	112.9
170	53.5	72.0	72.3	86.4	86.7	100.9	101.2	115.3	115.6
172	54.7	73.7	74.0	88.5	88.8	103.2	103.5	118.0	118.3
174	56.0	75.4	75.7	90.5	90.8	105.7	106.0	120.8	121.1
176	57.3	77.1	77.4	92.6	92.9	108.1	108.4	123.6	123.9
178	58.6	78.9	79.2	94.7	95.1	110.6	110.9	126.4	126.7
180	59.9	80.7	81.0	96.9	97.2	113.1	113.4	129.3	129.6
182	61.3	82.5	82.8	99.0	99.4	115.6	115.9	132.2	132.5
184	62.6	84.3	84.6	101.2	101.6	118.2	118.5	135.1	135.4

Fuente: World Health Organization, Report of WHO Consultation on Secondary Prevention of Cardiovascular Disease, WHO, 1985



ISSSTE

3.- Razonamiento diagnóstico:

DATOS SIGNIFICATIVOS (Evidencias)	ANÁLISIS DEDUCTIVO (Dominio, Clase, Requisito de autocuidado involucrado)	PROBLEMA (Etiqueta Diagnóstica NANDA II)	FACTOR RELACIONADO (Etiología)	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas)
<p>*Dolor de leve ha moderado</p> <p>*Informe verbal de dolor</p> <p>*Conducta expresiva (inquietud)</p> <p>*Expresa dolor</p> <p>*Observación de evidencia del dolor</p>	<p>*DOMINIO: 12 Confort</p> <p>Requisito de Autocuidado: prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano</p> <p>*CLASE:1 Confort físico</p>	<p>*Dolor agudo (00132)</p> <p>Pag. 439</p>	<p>*Agentes biológicos</p>	<p>*Informe codificado</p> <p>*Inquietud</p> <p>*Observación de evidencias del dolor</p>
<p>*Cambio en la pigmentación</p> <p>*Deterioro de circulación</p> <p>*Factores Inmunológicos</p> <p>*Prominencias Oseas</p>	<p>*DOMINIO:11 Seguridad/protección</p> <p>Requisito de Autocuidado: Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano</p> <p>*CLASE:6 Lesión física</p>	<p>*Deterioro de la integridad cutánea (00046)</p> <p>Pag.310</p>	<p>*Humedad</p> <p>*Factores mecánicos</p> <p>* Cambios en pigmentación.</p>	<p>*Destrucción de la capa piel del 5 orjejo de miembro pélvico izquierdo</p>
<p>*Estilo de vida sedentario</p> <p>*peso corporal superior en un 20% al ideal según la talla y</p> <p>*Percepción de la alimentación como medida de bienestar</p>	<p>*DOMINIO:2 Nutrición</p> <p>Requisito de Autocuidado: Mantenimiento de una ingesta correcta de alimentos</p> <p>*CLASE: 1 Ingestion</p>	<p>*Desequilibrio Nutricional: Ingesta superior a las necesidades (00001)</p> <p>Pag. 76</p>	<p>*Aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas (imc 33.3)</p>	<p>*Incapacidad para absorber los nutrientes</p> <p>*factores biológicos</p>
<p>*Déficit de conocimientos</p> <p>Niveles de glicemias inestables</p>	<p>*Dominio:2 Nutrición</p> <p>Requisito de autocuidado: Prevención de peligros Para la vida.</p> <p>*Clase: 4 Metabolismo.</p>	<p>*Riesgo de Nivel de Glicemia Inestable. (00179)</p> <p>Pag.81</p>		<p>*Aporte dietético</p> <p>*Aumento de peso</p> <p>*Conocimientos Deficientes sobre el</p>
	<p>*Dominio: 4 Actividad Reposo</p> <p>*Clase: 1 Sueño/</p>	<p>*Trastorno del Patrón de sueño (00198)</p>	<p>*Interrupciones</p>	<p>*Cambios en el patrón de Sueño.</p> <p>*Quejas verbales de no</p>

	reposo	Pag. 118		Sentirse bien. *Disminución de la Capacidad para funciona
--	--------	----------	--	---

4.- Glosario de términos:

- **Toxicomanías:** Estado de dependencia física o psíquica con respecto a un producto psicótopo.
- **Auscultación:** Es un método que se utiliza para escuchar los sonidos corporales en un examen físico
- **Necrosis:** Muerte de las células y los tejidos de una zona determinada de un organismo vivo
- **Ortejo: dedos del pie** a cada uno de los cinco apéndices articulados en que termina el pie humano
- **Diaforético:** término médico utilizado para referirse a una excesiva sudoración, que puede ser síntoma de una enfermedad.
- **Adinámico:** Carencia de movimiento o reacción que se puede llevar a un estado de invalidez
- **Percutir:** Explorar una parte del cuerpo dando golpes secos con los dedos.
- **Metaparadigma:** Es el conjunto de conceptos esenciales que identifican los fenómenos de interés
- **Carbohidratos:** Son uno de los principales nutrientes en nuestra alimentación. Estos ayudan a proporcionar energía al cuerpo
- **Insulina:** Hormona producida por el páncreas, que se encarga de regular la cantidad de glucosa de la sangre
- **Glucagón:** Hormona peptídica que estimula la producción de glucosa por el hígado, aumentando así la glucemia.
- **Acetoacidosis:** es una complicación grave de la diabetes que ocurre cuando el organismo produce niveles elevados de unos ácidos presentes en la sangre denominados cuerpos cetónicos.
- **Polidipsia:** Aumento anormal de la sed y que puede llevar al paciente a ingerir grandes cantidades de líquidos, habitualmente agua.
- **Deshidratación:** Pérdida de líquidos electrolíticos.
- **Poliuria:** volumen urinario excesivo, emisión anormal de grandes cantidades de orina
- **Polifagia:** Sensación imperiosa e incontenible de hambre
- **Hipoglucemia:** cifras de glucosa sanguíneas inferiores a las normales
- **Hipoglicemia:** conocida como bajo nivel de glucosa o de azúcar en la sangre, ocurre cuando el nivel de glucosa en la sangre cae por debajo de lo normal.
- **Antialgias:** Medicamento o agente que combate el dolor.
- **Cicatrización:** es un proceso biológico mediante el cual los tejidos vivos reparan sus heridas dejando para el caso de las heridas cutáneas
- **Yodopovidona:** Desinfectante de la piel de uso general en: pequeñas heridas y cortes superficiales, quemaduras

- **Debridacion:** Proceso para limpiar una herida abierta a través de la remoción de material extraño y tejido muerto, favoreciendo el proceso de cicatrización.
- **Vasoconstricción:** Disminución del calibre de un vaso por contracción de las fibras musculares.
- **Eritema:** Enrojecimiento de la piel debido al aumento de la sangre contenida en los capilares.
- **Dehiscencia:** Enrojecimiento de la piel debido al aumento de la sangre contenida en los capilares.
- **Hematomas:** acumulación de sangre u otro líquido corporal, como consecuencia de un golpe, una fuerte ligadura u otras causas.
- **Exudado:** líquido que se filtra desde los vasos sanguíneos hacia los tejidos cercanos. Este líquido está compuesto de células, proteínas y materiales sólidos. El exudado puede supurar a partir de incisiones o de zonas de infección o inflamación.
- **Astenia:** falta, pérdida de fuerza o energía; debilidad.