



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE
HIDALGO**

ESCUELA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

**“METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN
UN CASO CLÍNICO DE DIABETES MELLITUS TIPO I MAS RETINOPATÍA”**

PROCESO DE ENFERMERIA

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTA:

P.L.E. MARIBEL POMPA PARRA

ASESORA:

M.C. ELVA ROSA VALTIERRA OBA.

Morelia, Mich. Marzo del 2006



DIRECTIVOS

M.C JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA

DIRECTORA

L.E.O. MARTHA MARÍN LAREDO

SECRETARIA ACADEMICA

L.E.D. ANA CELIA ANGUIANO MORAN

SECRETARIA ADMINISTRATIVA

J U R A D O

M. C. ELVA ROSA VALTIERRA OBA

PRESIDENTA

L.E.O AURORA ROMERO VENCES

VOCAL I

PSIQ. BRUNO MONTESANO CASTELLANOS

VOCAL II

ING. RICARDO JOSÉ GUADALUPE MOLINA MARTINEZ

SUPLENTE

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Gracias por bendecir mi camino
y acompañarme en los momentos difíciles
sin tu paz y tranquilidad pude desistir.

A MI MADRE

Gracias por darme la vida, tus desvelos,
cuidados y ser mí guía, por tu confianza
y apoyo incondicional, por todo gracias.

A MIS HERMANOS

Gracias por compartir con migo alegrías y tristezas,
por el apoyo que me brindaron en los tiempos difíciles
y sus palabras que me alentaron a continuar.

A MI ASESORA

Quien gracias a su colaboración, dedicación y paciencia
fue un elemento indispensable en el desarrollo de esta trabajo.

DEDICATORIA

A MI HERMANO

Que a su corta edad tuvo que marcharse para reunirse con todos aquellos que se han ido dejándonos a todos sus seres queridos con un gran dolor y vacío en el corazón y en el que permanecerá hasta el último día de nuestros días.

A MI FAMILIA

Quienes siempre creyeron e hicieron posible el logro de esta meta,
a ese ser maravilloso y único que me comprendió, apoyo
y permitió lograr una mejor superación.

A MIS MAESTROS

Que a través de sus enseñanzas se esforzaron
a trasmitirme con dedicación sus conocimientos y experiencias
para formarme como profesional de enfermería.

CONTENIDO

INTRODUCCION.....	1
I.- JUSTIFICACION.....	2
II.- OBJETIVOS.....	3
III.- METODOLOGIA.....	4
IV.- MARCO TEORICO.....	5
4.1. PROCESO ENFERMERO.....	5
4.2. MODELO DE VIRGINIA HERDERSON.....	25
4.3. DIABETES MELLITUS.....	30
V.- CASO CLINICO.....	32
VI.- APLICACIÓN DEL PROCESO.....	34
6.1. VALORACION.....	34
6.2. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.....	40
6.3. PLAN DE INTERVENCION.....	40
6.4. EJECUCION.....	41
6.5. EVALUACION.....	42
VII.- CONCLUSIONES.....	59
VIII.- SUGERENCIAS.....	60
IX.- BIBLIOGRAFIAS.....	61
X.- GLOSARIO.....	63
XI.- ANEXOS.....	64

INTRODUCCION

La diabetes mellitus por su magnitud y trascendencia constituye un problema de salud pública en México y muchos otros países, además por ser una enfermedad crónica que demanda cada vez de mayor atención y genera una gran erogación monetaria. Su incidencia parece estar creciendo debido a la mayor esperanza de vida en general que preserva la vida del paciente diabético con lo cual aumentan las posibilidades de la reproducción y transmisión de mensajes genéticos predisponentes, aunado a los estilos de vida sedentarios y las tendencias alimentarias de la llamada vida moderna.

El tratamiento terapéutico debe de incluir, en orden de importancia: el aspecto educacional, alimentación, ejercicio y medicación; orden comúnmente invertido por el corto tiempo que dura la consulta médica y falta de entrenamiento del personal médico hacia la educación del paciente diabético, además de requerirse de grandes esfuerzos organizados y recursos, y los resultados son a largo plazo.

La educación del paciente y la capacitación del personal médico lograrían abatir los altos niveles de incidencia o bien mejoraría la calidad de vida del paciente, en el área de enfermería uno de los instrumentos más valiosos para la implementación de estas medidas lo constituye el proceso enfermero o también conocido como metodología de intervención la cual se aplico en el desarrollo de este trabajo en un paciente diabético tipo I mas retinopatía el cual se comenzó el 01 de Agosto del 2005 y finalizado el 27 de Diciembre del mismo año.

I.- JUSTIFICACION

En México cada año se registran más de 180 mil casos nuevos de diabetes mellitus y es la causa de 36 mil defunciones anuales por complicaciones de esta enfermedad, en el IMSS diariamente mueren en promedio 40 derechohabientes ¹, para 1992 se estimó que fue el cuarto motivo más frecuente de consulta y en general fue la novena causa de morbilidad y la cuarta de mortalidad.²

La prevalencia mundial se ha incrementado de forma espectacular en el transcurso de las dos últimas décadas. Existe una considerable variabilidad geográfica en la incidencia de diabetes tipo 1 y tipo 2. Escandinavia tiene la tasa máxima de DM de tipo 1 (en Finlandia, la incidencia anual es de 35 / 100,000). La frecuencia de DM de tipo 1 es mucho más baja en la cuenca del Pacífico (en Japón y China, la incidencia anual es de 1 a 3 por 100,000); el norte de Europa y los Estados Unidos comparten una frecuencia intermedia (88 a 17/100,000 por año).³

El número de diabéticos aumenta con la edad de la población y su incidencia oscila entre aproximadamente el 1.5% entre los 20 y los 39 años hasta en torno al 20% en los demás de 75 años. La incidencia es similar en ambos sexos y en todos los grupos de edad, pero es levemente superior en los varones de más de 60 años. La prevalencia de DM es aproximadamente doble en afroamericanos, hispanonorteamericanos y nativos de Norteamérica que en blancos de origen no hispano, y el comienzo de la DM de tipo 2 se produce en promedio a edades más tempranas en los primeros grupos mencionados que en los blancos no hispanos. ³

En un estudio realizado en el IMSS de Guadalajara Jalisco, se observó que a 33% de los diabéticos se le aplicó un programa educativo, 50% tenía indicaciones escritas sobre alimentación, y solo 17% seguía en forma regular la dieta y 8% practicaba el automonitoreo. En la primera consulta 20 a 50% de los diabéticos presenta ya secuelas o enfermedades asociadas. ²

1. - Rev. Med. IMSS 2001; 39 (4): 311

2. - Rev. Med. IMSS 2000; 38 (3): 188

3.- Principios de Medicina Interna, Braunwald – Fauci etc. 15 edición, Mc Graw – Hill: 2469

II.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Diseñar y poner en práctica un plan de educación para la salud que satisfaga las necesidades de un paciente diabético mediante la aplicación del Proceso Enfermero.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Que José desarrolle la capacidad de cuidar eficazmente de su salud al término de la aplicación del proceso enfermero durante cinco meses.
- Proporcionar al paciente educación en diabetes y prevenir conjuntamente con el familiar la manifestación de otras complicaciones.
- Que adquiera / aumente su capacidad para realizar las técnicas / habilidades requeridas para la satisfacción de las 14 necesidades humanas básicas.

III.- METODOLOGIA

Para la realización del trabajo presentado se aplicó el método científico o proceso de atención de enfermería compuesto de cinco etapas valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

En la primera fase se lleva a cabo la valoración por necesidades con base al modelo conceptual de Virginia Henderson el cual considera catorce necesidades humanas fundamentales que deben de ser satisfechas, posteriormente se elaboran los correspondientes diagnósticos utilizando las etiquetas de diagnóstico aprobadas por la Asociación Norteamericana de diagnósticos enfermeros (NANDA) e identifican un diagnóstico de riesgo y seis reales, en la etapa de planeación se elaboran los objetivos y plan de estrategias para prevenir, corregir o disminuir los problemas identificados, durante la ejecución se llevan a cabo los cuidados programados y en la última etapa se realizan evaluaciones de los resultados obtenidos del plan de intervenciones, así como durante el desarrollo de sus distintas etapas.

IV.- MARCO TEORICO

4.1.- PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

OBJETIVOS:

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

EL DESARROLLO DEL PAE:

Hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades:

- Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje).
- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico).
- Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).

VENTAJAS:

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

CARACTERÍSTICAS:

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.

- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

ETAPA DE VALORACIÓN:

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.

- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

PARA LA RECOLECCION DE DATOS SE NECESITA:

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

Tipos de datos a recoger:

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

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).
- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).

- Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (hospitalizaciones previas).
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

A) ENTREVISTA CLÍNICA:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.
- Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:
 - Expresiones faciales.
 - La forma de estar y la posición corporal.
 - Los gestos.
 - El contacto físico.
 - La forma de hablar.

B) LA OBSERVACIÓN:

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

C) LA EXPLORACIÓN FÍSICA:

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: Determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- **Inspección:** es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración
- **Percusión:** implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- **Auscultación:** consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

VALIDACIÓN DE DATOS:

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es lo que debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones.

Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.

Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS:

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas o por patrones funcionales.

Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnósticas y los tratamientos prescritos.
- Valoración física
- Patrones funcionales de salud.

DOCUMENTACION Y REGISTRO DE LA VALORACIÓN:

Es el segundo componente de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad.
- Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- Prueba de carácter legal
- Permite la investigación en enfermería
- Permite la formación pregrado y postgrado

FASE DE DIAGNÓSTICO:

Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo
- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería.

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis.
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2.- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

Tipos de diagnósticos:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo, de bienestar o posibles.

- Diagnostico real: describe la respuesta actual de una persona, una familia, o comunidad y se apoya en la existencia de características definitorias, además de tener factores relacionados.
- Diagnostico de alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- Diagnostico posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- Diagnostico de bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

Es posible añadir un quinto tipo:

- De síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

Al formular diagnósticos enfermeros se debe de evitar:

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

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Una vez que hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se

procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

Etapas en el Plan de Cuidados:

DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES:

- **Establecer prioridades en los cuidados.** Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
 - **Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.** Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.
- Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de enfermería de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.
- Deben formularse en términos de conductas, medibles, observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades, así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.
- Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo

con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería y señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

- **Elaboración de las actuaciones de enfermería.** Esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

El éxito de las actuaciones de enfermería dependerá de la capacidad del profesional para elegir actividades y posteriormente desarrollar las más adecuadas para obtener los resultados esperados, solución del problema/diagnóstico posibles.

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas

interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

DOCUMENTACIÓN EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería. Ello se obtiene mediante una documentación.

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- Los cuidados individualizados
- La continuidad de los cuidados
- La comunicación, y
- La evaluación.

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

EJECUCIÓN:

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería: Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

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

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

EVALUACIÓN:

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

El proceso de evaluación consta de dos partes:

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

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

2.- Señales y Síntomas específicos:

- Observación directa
- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia

3.- Conocimientos:

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test)

4.- Capacidad psicomotora (habilidades).

- Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional:

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

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

- Entrevista con el paciente.
- información dada por el resto del personal

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

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica,

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

4.2.- MODELO DE VIRGINIA HENDERSON



Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"

Los elementos más importantes de su teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow.

Las necesidades humanas básicas según Henderson son:

- 1.- Respirar con normalidad.
- 2.- Comer y beber adecuadamente.
- 3.- Eliminar los desechos del organismo.
- 4.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5.- Descansar y dormir.
- 6.- Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7.- Mantener la temperatura corporal.
- 8.- Mantener la higiene corporal.
- 9.- Evitar los peligros del entorno.
- 10.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- 11.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
- 12.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13.- Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- 14.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales. Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

- **Permanentes:** edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- **Variables:** estados patológicos:
 - Falta aguda de oxígeno.
 - Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
 - Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
 - Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
 - Estados febriles agudos debidos a toda causa.
 - Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
 - Una enfermedad transmisible.
 - Estado preoperatorio.
 - Estado postoperatorio
 - Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
 - Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera - paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

- Sustituta - Compensa lo que le falta al paciente.
- Ayudante - Establece las intervenciones clínicas.
- Compañera - Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería:

Persona:

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.

La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

Entorno:

Sin definirlo explícitamente, lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad espera de los servicios de la enfermería para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia y espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera.

Salud:

La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.

Enfermería:

La define como la ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a una muerte tranquila. La persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento realizaría estas actividades sin ayuda. La enfermería ayuda a la persona a ser independiente lo antes posible.

Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas. Ayuda al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas. Implica la utilización de un "plan de cuidado enfermero" por escrito.

Desde nuestro punto de vista esta teoría es congruente, ya que busca la independencia de la persona a través de la promoción y educación en la salud, en las personas sanas y en las enfermas a través de los cuidados de enfermería.

4.3.- DIABETES MELLITUS TIPO 1 (INSULINODEPENDIENTE)

La diabetes tipo 1 es una enfermedad crónica , es decir requiere atención durante toda la vida , caracterizada por el aumento del nivel de glucosa (azúcar) en la sangre por encima de los niveles normales, que ocurre cuando su cuerpo produce escasa o ninguna insulina.

La insulina es una hormona producida por el páncreas. (El páncreas es una glándula de gran tamaño que se encuentra detrás del estómago.) Cuando usted digiere alimentos, su cuerpo convierte una gran parte de los alimentos en azúcar (glucosa). Su sangre lleva el azúcar a las células de su cuerpo para convertirla en energía. La insulina ayuda a que el azúcar penetre en las células y controla el nivel de azúcar en su sangre. Cuando su cuerpo no cuenta con insulina suficiente, las células de su cuerpo no absorben suficiente azúcar de su sangre. Cuando usted tiene demasiada azúcar en su sangre, comienzan a presentarse muchos problemas. Estos problemas pueden poner en riesgo la vida si no se los trata. Sin embargo, con el tratamiento, su nivel de azúcar en la sangre puede ser controlado.

Este tipo de diabetes generalmente se desarrolla en la niñez o a principios de la madurez.

Ocurre cuando la mayor parte de las células del páncreas que producen insulina han sido destruidas. Generalmente se desconoce la causa de este tipo de diabetes. A veces es el resultado de una infección viral o de una lesión del páncreas. También puede ser el resultado de un trastorno del sistema inmunológico.

Los síntomas pueden desarrollarse repentinamente o gradualmente en el transcurso de días o semanas. Varían ampliamente de una persona a otra. Los más comunes incluyen:

- Orina con mayor frecuencia

- Sed excesiva, boca reseca y beber muchos líquidos
- Aumento del apetito o pérdida del apetito
- Pérdida de peso visible debido a la pérdida de líquidos corporales
- Desgaste muscular
- Pérdida de grasa
- Visión borrosa
- Infecciones de la piel
- Cansancio
- Sensaciones anormales de pinchazos/piquetes, ardor o comezón en la piel, generalmente en las manos o los pies.

DIAGNOSTICO:

Se pueden hacer dos análisis de sangre para diagnosticar la diabetes: la prueba de glicemia en ayuno (FPG) y la prueba de tolerancia oral a la glucosa (OGTT). La prueba FPG es más fácil y rápida de realizar, y cuesta menos. Para hacerla se le tomará una muestra de sangre a la mañana, antes de que haya comido. Si la prueba muestra que tiene un nivel de azúcar en la sangre de 125mg/dl o más en ayuno, es posible que sea diabético.

En la prueba de tolerancia a la glucosa, se toma una muestra de sangre después de no haber comido nada desde la noche anterior. Después tomará una bebida azucarada y le harán otro análisis de sangre 2 horas más tarde. Si después de 2 horas su nivel de azúcar en la sangre es de 200mg/dl o más, quiere decir que es diabético.

TRATAMIENTO:

El tratamiento consiste en el suministro diario de insulina mediante inyecciones, ya que la insulina administrada oralmente no es eficaz al ser degradada en estómago y duodeno, además se debe de seguir una dieta equilibrada individualizada o según los requerimientos nutricionales de cada paciente, realizar ejercicio diario y proporcionar educación en diabetes.

V.- CASO CLINICO

José C. Z. de 25 años de edad, soltero, originario y residente de Ario de Rosales, de religión católica, con estudio mínimo en educación primaria, ocupa el octavo lugar de nueve hijos, habita casa en compañía con una hermana y su mamá, sin ocupación por el momento por accidente automovilístico en abril del 2005 en el que sufre lesión de mano y rodilla izquierda y internamientos por enfermedad descontrolada, fue intervenido quirúrgicamente hace 15 años en la que se le practica una circuncisión, actualmente cursa con diabetes mellitus tipo 1 con 14 años de evolución, hijo de madre hipertensa, tía materna diabética tipo II, hermana con probable cardiopatía, padre fallecido por consumo excesivo de alcohol.

Se registra en el expediente clínico recaídas constantemente durante todo el tiempo de evolución de su padecimiento y faltas a citas de control mensual.

Se visualiza palidez de tegumentos, cuenta con estudios de laboratorio de hemoglobinas inferiores a lo normal ultimo registro de 9mg/dl marcado el 28 - 06 - 05, presenta rigidez articular sobre todo en mano izquierda y ambas piernas, además de presentar lesiones cicatrizadas, expresión facial inexpresivo e inadecuado, postura corporal decaída, modo de andar lento y resequedad de tegumentos, además mano derecha con amputación de dedo pulgar por accidente de trabajo.

Se observa visión cansada no centrada, refiere dificultad visual y cuenta con estudios realizados el 23 de mayo del 2005 en óptica de Pátzcuaro en la que se le diagnostica retinopatía diabética e indica tratar su corrección.

A la medición de las constantes vitales registra una Temp. 36 °C, FR 20x', FC 70x' y una T/A 110/70mm Hg registrados el 01 – 08 - 05. Con una somatometría Talla 148cm, Peso 52.5 Kg. e índice de masa corporal de 23.9. El paciente dice que anteriormente fue consumidor 1 a 2 cajetillas de tabaco por día, niega haber fumado en los últimos 6 a 7 meses, no alérgico a medicamentos solo a leche entera, hace mención de ingerir café de una a dos veces cada 15 días, no consumidor de bebidas embriagantes, consumo de alimentos de los 8 grupos pero poco agrado y consumo de verduras, cuenta con lista de alimentos permitidos y menú de acuerdo a sus requerimientos nutricionales elaborado por su

dietista, pero solo se le preparan alimentos con poca grasa y azúcar sin consultar los alimentos recomendados ni requerimientos nutricionales por falta de recursos económicos así como deficiente conocimiento de sustitución, refiere que en ocasiones consume refresco por presentar mareos y dolor de cabeza, sin tener la certeza que sean datos de altas o bajas de glucosa en sangre.

Con disminución en el apetito, ingesta de líquidos de 2 a 3 litros de agua por día, presenta poliuria, duerme durante la noche de 9 a 10 horas al despertar experimenta una sensación de cansancio por lo que duerme durante el día la mayor parte del tiempo, realiza caminatas de dos a tres veces por semana, no practica ningún deporte, tiene la capacidad y cuenta con los recursos materiales para mantener una buena higiene pero muestra poco interés en su arreglo personal solo baño de 1 a 2 veces por semana, limpieza deficiente en su vestimenta, no practica cepillado de dientes hay presencia de caries y sarro en algunas de las piezas.

Se describe como una persona triste, tímida, pierde el interés por las actividades recreativas, cuenta con amigos los cuales casi no frecuenta, dice pasar la mayor parte del tiempo en su casa por enfermedad incapacitante.

En última consulta médica de control se prescribe INPH 21 - 0 - 9, ácido fólico 1 x 1, furosemide 1 x 1, fumarato ferroso 1x 1, dieta baja en calorías, consumo abundante de líquidos y practica de ejercicio.

VI.- APLICACIÓN DEL PROCESO

6.1.- VALORACION DE ENFERMERIA

INFORMACION GENERAL

NOMBRE: José

OCUPACION: ninguna

ESTADO CIVIL: Soltero

DOMICILIO: Ario de Rosales Mich.

FECHA DE NACIMIENTO: 31 / 01/ 80

EDAD: 25años

PESO: 52.5

TALLA: 148cm

T/A:110/70 mmhg

FC: 70X'

FR: 20X'

TEMPERATURA: 36° C

ANTECEDENTES HEREDO – FAMILIARES:

Su madre padece hipertensión, tía materna cursa con diabetes mellitas tipo 2, una de sus hermanas con probable cardiopatía y abuelo materno cursa con hipertensión.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Nacido en Ario de Rosales, de religión católica, escolaridad primaria, sin ninguna ocupación por el momento, habita en casa de tabique de su mamá con piso de tierra, cuenta con ventilación, luz eléctrica, agua intradomiciliaria, fosa séptica, no alérgico a medicamentos, sin transfusiones por el momento, niega toxicomanías, convive con una mascota.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Fue intervenido quirúrgicamente hace 15 años en la que se le practica circuncisión, se le diagnostica diabetes a los 11 años de edad, presento varicela a los 16 años, se amputa dedo índice por accidente de trabajo y sufrió lesión en mano y rodilla izquierda por accidente automovilístico.

PADECIMIENTO ACTUAL

Paciente masculino que cursa con diabetes mellitus tipo 1 con catorce años de evolución el cual se interroga y dice presentar poliuria, polidipsia, disminución del apetito, sensación de pinchazos o comezón en la piel, se observa palidez y poca hidratación de tegumentos, miden constantes vitales de las cuales se reporta un temperatura de 36 °c, frecuencia respiratoria de 20x', T/A de 110/70mm Hg. Talla 148cm, Peso 52.5 Kg. e índice de masa corporal de 23.9, se observa visión cansada, refiere dificultad visual y cuenta con estudios realizados el 26 de mayo del 2005 en óptica de Pátzcuaro en el que séle diagnostica retinopatía diabética e indica intervención quirúrgica.

A la detección de glucosa en sangre refiere una glucemia de 280 mg/dl y reporta verbalmente que no administra de manera correcta su tratamiento con insulina por experimentar dolor al pincharse diariamente, así como la falta de confianza en el régimen terapéutico y durante las visitas domiciliarias se encuentra reposando en cama y menciona hacerlo diariamente por presentar adinamia, solo en ocasiones realiza caminatas por 30 minutos, además no maneja adecuadamente la dieta prescrita por su nutrióloga.

Frecuenta poco a sus amistades por enfermedad crónica incapacitante, no practica cepillado dental y presenta caries y sarro en una de sus piezas dentales, su baño corporal es de 1 a 2 veces por semana, cambio de ropa cada tercer día, permanece la mayor parte en el hogar y tiene pocos conocimientos de su padecimiento.

VALORACION POR NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

NECESIDAD DE OXIGENACION: José registra una frecuencia respiratoria de 20x' de calidad normal, no ruidos anormales a la auscultación, tos, secreciones, ni dolor al respirar, fue consumidor de 1 a 2 cajetillas de cigarros por día dice haberlo dejado hace aproximadamente de 6 a 7 meses, no consumo anteriormente de otras drogas, T/A 110/70, FC 70x', con pulso fuerte y regular.

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION: Talla de 148cm, peso de 52.5kg, ingesta habitual de alimentos avena, te, leche entera, pan integral, bolillo, tortilla, carne roja, nopales, frijoles, pollo, frutas, poco consumo de verduras, dice agregar un poco de sal, azúcar y grasas a la preparación de alimentos, dieta indicada baja en calorías bebe mas de dos litros por día, poco agrado al repollo, con apetito disminuido sin nauseas ni vomito, presenta variaciones de peso gana de 2 a 3 kilogramos, sin problemas a la masticación, deglución, ni digestión, no prótesis dental, con regular hidratación, come fruta entre comidas y su familiar prepara sus alimentos.

NECESIDAD DE ELIMINACION: Micciones constantes con coloración amarillas no muy concentradas referidas por el paciente, sin dolor, ni sangre, no a presentado datos de infección, ni colocado sonda vesical, una evacuación por día sin dificultad para arrojarlas y registro de características normales, no sudoración cutánea y secreciones anormales de órgano sexual masculino.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA: Expresión facial inexpresiva, inadecuada, con rigidez articular y motor, postura decaída, modo de andar lento, sin limitaciones física, no requiera de ningún aparato de ayuda, con rigidez articular de mano izquierda, realiza caminatas pero no diario y no practica algún deporte.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO: Duerme de 8 a 10 horas durante la noche y descansa durante el día por largos periodos, sin problemas de sueño, con sensación de cansancio después de dormir, dice no existir ningún factor que afecte el sueño.

NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE: Actualmente es capaz de vestirse por si mismo pero muestra poco interés en su aspecto, no alergia a las prendas de vestir y es adecuada al lugar y estación, pero es deficiente en limpieza.

NECESIDAD DE TERMORREGULACION: A la medición su temperatura se obtiene un registro de 36.5°C, sin sintomatología como frialdad en pies ni manos, sudoración, y no cuenta con conocimientos para medir su temperatura por si mismo.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL: Su aseo corporal es de 1 a 2 veces por semana, refiere no recordar la ultima vez de haber practicado su cepillado de dientes, registra caries y sarro en gran parte de las piezas dentarias, sin caída de cabello, con pequeñas lesiones en miembros inferiores en proceso de cicatrización, con palidez y resequedad de tegumentos.

NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS: Se muestra somnoliento, apático, distraído, no responde a estímulos solo sigue instrucciones, se encuentra orientado en espacio, tiempo y persona (reconoce personas significativas), con alteración de la agudeza visual al refiere visión borrosa, se describe como una persona triste, tímida y no es alérgico a medicamentos, su auto evaluación es positiva pero se nota triste.

NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD: Su pensamiento es coherente y organizado con lenguaje claro, escaso, tranquilo y lento al retardar sus respuestas al interrogatorio, con humor deprimido y triste.

Ocupa el octavo lugar de nueve hijos, no ha iniciado vida sexual activa. Actualmente convive con una hermana y su mamá la persona mas significativa para el, frecuenta a diario a la familia de su hermano que viven cerca de su casa, cuenta con amigos los cuales poco frecuenta, por lo general solo sale a caminar de 20 a 30 minutos algunas ocasiones, pero permanece casi a diario en su casa por enfermedad crónica incapacitante.

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES:

De religión católica, no realiza prácticas religiosas, en caso de no poder tomar por si mismo decisiones le gustaría que lo hiciera su familiar.

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE:

Su estado de salud actual le impide trabajar por la persistencia de los síntomas de descontrol e insuficiente capacidad visual, además cuenta con suficiente tiempo para distraerse sin embargo es poco tiempo el que invierte, con capacidad para tomar sus propias decisiones sin embargo su mamá interviene en estas.

Menciona que en ocasiones se siente cansado y deja de realizar lo esta realizando,

Deja su trabajo por internamiento hospitalario y permanece la mayor parte del tiempo solo y en muy pocas veces sale a divertirse.

NECESIDAD DE JUGAR / PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS:

Reserva poco tiempo, sin diversión preferida, ha perdido el interés de las actividades recreativas.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE:

No presenta alteraciones de la memoria, adaptado al momento, sin comportamientos de interés en el aprendizaje solo escucha y no conoce la causa de su enfermedad, tratamiento y cuidados cotidianos.

6.2.- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Diagnostico real.

Problema dependiente.

1.- Intolerancia a la actividad relacionada con niveles elevados de glucosa en sangre y hemoglobina de 9mg/dl manifestado por hipersomnia, debilidad generalizada, mareos y dolor de cabeza en el desarrollo de las actividades.

OBJETIVOS:

El paciente:

- Identificara las causas de la intolerancia a la actividad posteriormente a su capacitación y a su recordatorio en cinco días.
- Practicara ejercicios de fortalecimiento muscular y de movilización de las extremidades inferiores en una semana.
- Aumentara su capacidad de energía en el desarrollo de las actividades físicas requeridas en una semana.
- El familiar colaborara activamente en el plan de ejercicios establecidos y seguimiento correcto del tratamiento.

6.3.- INTERVENCIONES:

- Orientar a José y su familiar a través de una platica informal sobre las causas generadoras de la intolerancia a la actividad.
- Establecer conjuntamente con el paciente un programa realista de ejercicio moderado.

- Enseñar al paciente y sus cuidadores ejercicios de fortalecimiento muscular y de las extremidades o que favorezcan la irrigación sanguínea.
- Apoyar en el seguimiento del tratamiento con fumarato ferroso y ácido fólico.

6.4.- EJECUCION: (08/Agot/05)

Cuando no existe un adecuado control de la diabetes o los niveles de azúcar en sangre no se encuentran en los parámetros saludables o bien no se toman los medicamentos cuando debe, no sigue el plan de comidas y no realiza ejercicio regularmente o hace más o menos ejercicio de lo usual pueden desencadenarse signos y síntomas característicos de hiperglucemias e hipoglucemias como: visión borrosa, cansancio, dolor de cabeza, mareos, entre otros.

La falta de consumo de hierro y vitamina B12 o ácido fólico en los alimentos disminuye la producción de glóbulos rojos (células sanguíneas) y niveles de hemoglobina (es una proteína que se encuentra dentro de los glóbulos y contiene en su interior hierro lo que le da el color a la sangre) o bien se genera anemia la cual puede manifestarse con agotamiento temprano con cualquier esfuerzo, anomalías en el comportamiento como apatía, somnolencia, disminución del rendimiento intelectual, debilidad muscular, color pálido de la piel, disminución del apetito, dolor de cabeza etc.

Se vigila y apoya en colaboración con el familiar del paciente en la administración oral de fumarato ferroso y ácido fólico, se organiza un plan de ejercicios conjuntamente con José en el que se establece realizar a diario caminatas durante media hora, realizar ejercicios de estiramiento de las extremidades inferiores de 10 a 15 minutos y para favorecer la circulación de retorno y la fuerza y resistencia muscular de 5 a 10 veces cada lado ambos, se previene en el manejo de estos a el y su familiar al cual se solicita su colaboración en el seguimiento de estos.

6.5.- EVALUACION: (15/Agot/05)

Al interrogatorio José menciona las causas de la intolerancia a la actividad correctamente dentro de lo establecido y daños perjudiciales del reposo en cama sin ninguna dificultad y el familiar se muestra cooperativo participa en la ejecución de los ejercicios marcados e informa cuando no son aceptados por el paciente, fue difícil que los integrara según lo establecido durante las primeras sesiones y solo realiza caminatas, pero finalmente a la semana y media los realiza según lo especificado con y sin la supervisión, además el paciente menciona y se aprecia un aumento de la energía para realizar los ejercicios establecidos y durante el desarrollo de las actividades físicas requeridas.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

Diagnostico real.

Problema independiente.

2.- Déficit de autocuidado de la higiene bucal relacionado con apatía en el cuidado de la higiene personal manifestado por no practicar cepillado dental, presencia de sarro y caries en algunas de las piezas dentales.

OBJETIVOS:

El paciente:

- Aprenderá sobre la salud dental a través de la orientación con rotafolio con imágenes, dominando la información presentada en una semana.
- Practicará cepillado dental 3 veces al día al transcurrir dos semanas lo integrará como parte fundamental de sus hábitos higiénicos.

6.3.- INTERVENCIONES:

- Proporcionar educación en limpieza dental.
- Apoyar al paciente en la realización de la técnica de cepillado dental y supervisar su práctica durante las visitas domiciliarias.
- Solicitar la participación del familiar para que se involucre en la limpieza bucal diaria que efectúa José.
- Canalizar con la dentista de su clínica de atención médica para que le realice la valoración y limpieza bucal correspondiente.

6.4.- EJECUCION: (16/Agot/05)

A través del apoyo con rotafolio con imágenes en una sección se capacita al paciente y su familiar en salud bucal, se habla sobre la importancia de mantener la limpieza dental, se mencionan las enfermedades de la boca que se presentan por la deficiente limpieza las cuales pueden ser curables si se practica cepillado dental después de cada comida, merienda y antes de acostarse o por lo menos 3 veces al día, función de la práctica y técnica del cepillado dental.

Se recomienda cambiar el cepillo a los 2 o 3 meses o cuando sus cerdas ya estén muy dañadas, se hace mención de los productos o limpiadores para el cuidado dental y se capacita en el uso del hilo dental el cual se debe emplear por lo menos una vez al día para sacar los restos de comida entre los dientes y muelas que el cepillado adecuado no pueden eliminar, el cual debe de ser cuidadoso para evitar dañar o lesionar las encías, se recomienda el uso de sal y bicarbonato en igual cantidad en caso de no contar con los limpiadores pertinente.

Posteriormente a la capacitación se proporcionan cepillos dentales y se pide al paciente practicar la limpieza dental, y durante su realización se verifica el uso correcto de la técnica y hacen las correspondientes correcciones de su manejo inadecuado, se solicita la colaboración de su familiar en la vigilancia e insistencia en el cepillado dental y durante las visitas domiciliaria se inspecciona la boca en caso de presenciar restos de alimentos o reportes de no efectuar limpieza bucal se insiste en llevar acabo la técnica bajo supervisión.

Se sugiere al paciente consultar con el dentista de su clínica el cual le realizara un examen oral y limpieza dental según el tratamiento que requiera de su estado de salud bucal y le ayudara a seleccionar el cepillo adecuado, resolverá sus dudas del manejo del hilo dental, otros limpiadores interdetales y hará recomendaciones del uso de los limpiadores pertinentes.

Se comenta el caso de José al odontólogo encargado de su clínica de atención el cual muestra interés y autoriza cita para el paciente y se conduce para su atención.

6.5.- EVALUACION: (30/Agot/05)

Durante la capacitación el paciente se muestra desinteresado, no realiza preguntas, pero acepta cuando se indica que realice la técnica de cepillado bajo supervisión. Durante las visitas domiciliarias no se opone a las revisiones bucales ni a las indicaciones de practicar el cepillado cuando se considera necesario, fue difícil para él integrar la práctica diaria del cepillado como parte de sus hábitos higiénicos. En principio solo se logra que efectúe limpieza bucal durante el día después de probar alimentos por la mañana, pocas veces después de su comida matutina y antes de acostarse tiempo en el cual su familiar insiste y se tiene contacto con él. Finalmente se puede apreciar que ya no requiere ser supervisado.

Al término de la capacitación se realizan preguntas a José referentes a lo expuesto y sus respuestas no son correctas y se retoma la intervención. La evaluación final se considera como un logro del noventa por ciento de lo esperado.

NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS.

Diagnostico real.

Problema independiente.

3.- Alteración de la agudeza visual relacionada con deterioro de los vasos sanguíneos que irrigan la retina del fondo del ojo y administración incompleta de tratamiento manifestado por visión borrosa.

OBJETIVOS:

El paciente:

- Adquirirá conocimiento del trastorno ocular generado en una semana posterior a su capacitación.
- Aprenderá la importancia del seguimiento del tratamiento y opciones de intervención quirúrgica durante la capacitación y a su recordatorio.
- Identificar los signos de desprendimiento de retina posteriormente a su orientación y al recordatorio durante una semana.

6.3.- INTERVENCIONES:

- Proporcionar información a través de una platica formal sobre el desarrollo y causas del trastorno ocular.
- Orientar a José en el procedimiento de las opciones de tratamiento quirúrgico y cuidados para el éxito del tratamiento.
- Apoyar al paciente en la identificación de desprendimiento de la retina ocular.

6.4.- EJECUCION: (31/Agot/05)

Con el apoyo de rotafolio con imágenes en una sesión se proporciona información al paciente sobre la retinopatía la cual se dice que es considerada como una de las complicación oculares que se presenta en el paciente diabético por causa del deterioro de los vasos sanguíneos que irrigan la retina del ojo, estos vasos debilitados pueden dejar salir líquido o sangre y formar ramas frágiles y grandes y cuando esto ocurre la imagen se hace borrosa o bien hay disminución de la capacidad visual, se mencionan los dos tipos de retinopatía que se presentan, sus causas las cuales no se conocen pero pueden deberse al desarrollo de la diabetes, presión arterial elevada, niveles altos de azúcar que lesionan los vasos o nervios y algunas sustancias del azúcar que se acumulan en sus paredes y los vasos se engruesas aportando menos sangre lo cual permite el desarrollo de esta complicación.

El tratamiento mas significativo consiste en usar Láser, es un procedimiento que ayuda a cerrar los vasos sanguíneos sangrantes en el cual no se requiere de la incisión si se detecta a tiempo, en caso de que el líquido del globo ocular este lleno de sangre se realiza una Vitrectomia que consiste en la extracción del líquido del ojo y reemplaza por una solución transparente. Esta intervención consiste en inyectar una cantidad de anestésico con una aguja a través del parpado inferior consiguiendo la anestesia total del ojo.

Es importante la intervención por el oftalmólogo pero para evitar la perdida visual por completo o tener éxito en el tratamiento no solo depende de el sino también son esenciales los cuidados propios del paciente debe de tomar los medicamentos o administrarse la insulina indicada, cumplir con la dieta recomendada, mantener niveles de glucosa normales para controlar su diabetes y su actividad física debe ser moderada y se deben de evitar esfuerzos grandes o inclinarse con la cabeza agachada, fumar y dormir con la cabeza elevada.

Al momento del desprendimiento de la retina puede aparecer distorsión de las imágenes, impresiones de moscas volantes o puntos negros al mover el ojo o percepción de cómo una cortina negra le cae por alguna zona del campo visual, si

esto síntomas aparecen es importante que consulte inmediatamente con un oftalmólogo, de ser tratado a tiempo puede evitarse la pérdida funcional o total del ojo (ceguera).

6.5.- EVALUACION: (07/Sep/05)

Al interrogatorio posterior a su capacitación responde acertadamente solo a los síntomas de desprendimiento de la retina y cuidados que debe manejar, en lo que se refiere a la alteración ocular, tratamiento y sobre la importancia del seguimiento del tratamiento no responde correctamente, pero al retomar la información en lo establecido a lo largo de las visitas domiciliarias. En la evaluación final contesta acertadamente en un noventa por ciento de las preguntas formuladas.

NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Diagnostico de riesgo.

Problema independiente.

4.- Riesgo de pérdida de la capacidad visual relacionada con tratamiento administrado de forma incompleta, falta de intervención quirúrgica y empleo de medidas de cuidado ocular.

OBJETIVOS:

El paciente:

- Identificara las situaciones en que puede haber riesgo de perdida de la capacidad visual después de la explicación y al recordatorio de cinco días.
- Demostrara habilidad en la instauración de medidas preventivas en una semana posterior a su capacitación.
- Expresara su intención de seguir las medidas preventivas recomendadas en una semana.
- El familiar colaborara activamente en el seguimiento de las medidas de cuidado recomendadas al paciente.

6.3.- INTERVENCIONES:

- A través de una plática informal se proporcionar orientación a José de los cuidados a efectuar para preservar su capacidad visual.
- Supervisar y apoyar al paciente en la ejecución de las acciones preventivas recomendadas.
- Solicitar la colaboración del familiar en la involucración de los cuidados a efectuar por José.

6.4.- EJECUCION: (08/Sep/05)

Para evitar el agravamiento ocular o perdida de la capacidad visual se deben de evitar las actividades físicas intensas o muy intensas, las pesas con cargas elevadas, los ejercicios en los que se requiera inclinar la cabeza. Es recomendable mantener elevada la cabeza al dormir o durante los periodos de descanso esta posición disminuye la presión sanguínea en los ojos y debe de evitarse el consumo de tabaco. Tiene que mantenerse la glucosa en sangre en los parámetros saludables, administrar el tratamiento inyectable prescrito por su medico, seguir la dieta recomendada por su dietista, vigilar su presión sanguínea la cual debe de mantenerse por debajo de 130 de máximo y 80 de mínima.

Se sugiere y apoya a José en el chequeo de su presión sanguínea de tres a cuatro veces por semana y en caso de registros por arriba de las cifras normales se recomienda consultar con su medico en sus citas de control, y se colabora en el ordenamiento de sus artículos de uso personal según su sistema acordado y de fácil localización. Se solicita la participación de su familiar en la vigilancia del empleo de las medidas de cuidado recomendadas al paciente y se capacita previamente en conjunto con el paciente y posteriormente a su orientación se procede a supervisar las acciones preventivas recomendadas a José.

6.5.- EVALUACION: (15/Sep/05)

Posteriormente a la orientación José identifica los cuidados que tiene que seguir y al recordatorio de lo establecido, además su familiar hace mención y se aprecia a partir de los dos días de la sesión educativa que José emplea las medidas de seguridad recomendadas: al momento de su baño, el evitar inclinarse o permanecer con la cabeza agachada, cuida de no cargar y / o levantar objetos pesados, realizar el chequeo de su presión sanguínea, muestra la evidencia de ello a través de resultados escritos. Además ordena los artículos de uso personal según un sistema acordado y de fácil localización, no consume tabaco y menciona dificultarse mantener la cabeza elevada pero trata de efectuar esta acción lo mejor posible.

NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Diagnostico real.

Problema dependiente.

5.- Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal relacionado con déficit de conocimientos, dolor a la aplicación de biológico y dificultad en la adquisición de alimentos recomendados manifestado por persistencia de los signos y síntomas.

OBJETIVOS:

El paciente:

- Adecuará la ingesta calórica y nutritiva a sus necesidades metabólicas en tres semanas.
- Aprenderá a sustituir y combinar los alimentos con la lista del grupo de alimentos proporcionada por su nutriologa a las dos semanas.
- Administrará su tratamiento inyectable en orden de tiempo y dosis señaladas con mejoría de los signos y síntomas en una semana.
- El familiar colaborara en el seguimiento del plan terapéutico establecido.

6.3.- INTERVENCIONES:

- Hacer el cálculo de los requerimientos nutricionales de José por día.
- confeccionar conjuntamente con el paciente una dieta adecuada a su gasto energético para una semana, adaptándola, en la medida de lo posible, a sus gustos, horarios, y recursos.
- Enseñar a José y su familiar a manejar su plan de alimentación.
- Orientar a José en la sustitución de alimentos del menú establecido con la lista de los distintos grupos de alimentos proporcionada por su nutriologa.

- Apoyar al usuario en la administración de medicamento y vigilar que sea administrado de manera correcta.
- Pedir la participación del familiar en la administración correcta del tratamiento inyectable prescrito y seguimiento de la dieta.

6.4.- EJECUCION: (16/Sep/05)

Se emplea la formula de Harris Benedick con la que se obtienen los requerimientos nutricionales de José por día y se elabora conjuntamente un plan de alimentación para cubrir sus necesidades calóricas por una semana la cual se ajusta a sus recursos económicos, gustos, nivel de actividad y horarios.

Se capacita a José y su familiar en la preparación del menú establecido y se orienta en la sustitución de alimentos del menú establecido de la lista de los grupos de alimentos proporcionada por su nutriologa, se pide al familiar vigilar e insistir en el manejo adecuado de tratamiento marcado y durante las visitas domiciliarias se verifica que sea preparado de manera correcta el menú y se administre su dosis de insulina mediante la búsqueda de datos de hiperglucemia, cantidad biológico y reporte de su familiar y en caso de no aplicación se apoya en su administración.

Se aconseja al paciente seguir con sus citas de control nutricional y si este profesional elabora su menú con alimentos que no puede adquirir mencionarle solo los que le son de fácil acceso.

6.5.- EVALUACION: (05/Oct/05)

Con respecto a la elaboración de su dieta, José se muestra interesado y no se opone a proporcionar la información necesaria, menciona los alimentos de consumo habitual y que son de su agrado. El familiar encargado de los cuidados coopera con lo establecido en el plan, pero a ambos se les dificultad la elaboración del menú propuesto durante los primeros días por la falta de conocimientos ya que no están familiarizados con algunas recetas, sin embargo

posteriormente al retomar la información inician a manejar sin dificultad la dieta, pero la sustitución y combinación de alimentos solo es adecuada en un sesenta por ciento, tanto el cuidador como el paciente se comprometen a continuar esforzándose en lograr las modificaciones propuestas.

En relación con el tratamiento inyectable de insulina según lo indicado por el médico, la consecución de los objetivos fue difícil pero con la participación decidida del familiar, quien está pendiente y reporta las dosis que no son administradas e insiste, y con el recordatorio constante de los beneficios de tratamiento finalmente se aplican las dosis indicadas sin la oposición de José con lo cual disminuyen los signos y síntomas.

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

Diagnostico real.

Problema independiente.

6.- Deterioro de la interacción social relacionado con enfermedad crónica descontrolada manifestado por interacción social disfuncional con los amigos.

OBJETIVOS:

El paciente:

- Expresara verbalmente la causa de su deficiente interacción social con sus amistadas a su interrogatorio.
- Participara en un intercambio social apropiado con su grupo de amigos en dos semanas.

6.3.- INTERVENCIONES:

- Mediante el mantenimiento de una conversación se interrogara al paciente sobre las fuentes que generan su deficiente interacción social con sus amigos.
- Planificar conjuntamente con José su aumento progresivo, ayudándolo a identificar soluciones alternativas.

6.4.- EJECUCION: (06/Oct/05)

Se mantiene una conversación con el paciente el cual menciona que parte de sus amistades que anteriormente con frecuencia frecuentaba eran sus compañeros de trabajo, al cual tubo que renunciar por causa de un accidente automovilístico que sufrió en abril del 2005, siendo la primera causa de perdida de contacto con sus

amistades, posteriormente por internamientos hospitalarios de enfermedad descontrolada y en la actualidad por la persistencia de los signos y síntomas característicos de la diabetes entre los cuales dice presentar visión borrosa, debilidad generaliza, mareos, dolor de cabeza y poliuria.

Se planifica conjuntamente con el paciente en la medida de lo posible iniciar encuentros con su grupo de amistades a los cuales frecuentara en el hogar, se comunique por teléfono, les realice invitaciones a encuentros deportivos, centros de recreación.

6.5.- EVALUACION: (20/Oct/05)

El paciente expresa sin dificultad lo que lo llevo a una interacción social deficiente y colabora en el plan de actividades que se plantea y el cual aplica sin oposición dando solución a la lejanía que existía entre él y parte de sus amigos con los cuales se mantiene comunicado y se divierte con ellos.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Diagnostico real.

Problema independiente.

7.- Déficit de conocimientos en diabetes (causas, síntomas, alimentación, ejercicio, insulina, autoanálisis, cuidado de pies y heridas) relacionado con poca familiaridad con los recursos para obtener la información manifestada verbalmente.

OBJETIVOS:

El paciente:

- Adquirirá los conocimientos necesarios para manejar su situación de salud después de las actividades planteadas en dos meses.
- Demostrara su comprensión de la información recibida mediante la aplicación de un interrogatorio oral.
- Adquirirá /aumentara su capacidad para realizar las técnicas/habilidades requeridas.
- El familiar colaborara activamente en la ejecución práctica de las acciones recomendadas a José en una semana.

6.3.- INTERVENCIONES:

- Mediante el apoyo con rotafolio se proporcionara educación continua en diabetes a José y su familiar.
- Se supervisara y acompañara al paciente en la ejecución práctica de los procedimientos de forma gradual hasta lograr una relativa independencia.
- Solicitar la participación del familiar en la ejecución de los cuidados recomendados.

- Estimular al paciente a participar en las sesiones de educación continua programas para pacientes diabéticos intra y extra hospitalarias.

6.4.- EJECUCION: (21/Oct/05)

Por medio del apoyo con rotafolio con imágenes durante una semana de educación continua se capacita a José y su familiar sobre las causas de la enfermedad, mencionan los signos y síntomas característicos de la diabetes o cuando hay elevación de la glucosa o no está controlada, describe la función de la insulina, efectos del exceso y deficiencia de su administración, síntomas de hipoglucemia, factores desencadenantes y recomendaciones para tratarla, sitios habituales de aplicación, importancia de su rotación, se explica y efectúa el procedimiento de inyección.

Se proporciona orientación sobre principios básicos en alimentación y proporciona lista de los grupos de alimentos prohibidos y permitidos.

Mencionan los beneficios del ejercicio físico, cuando debe de evitarse, cambios adversos que se producen durante su práctica, causas que los desencadenan, consejos para evitar la hipoglucemia durante y después del ejercicio.

Orienta sobre autoanálisis, indica cuando efectuar detecciones, marcan las cifras normales recomendadas en ayunas y después de las comidas, describen los métodos de autoanálisis, enseña a interpretar los resultados obtenidos, menciona su utilidad.

Marcan las causas que favorecen los problemas de los pies, cuidados especiales a realizar para evitar la aparición de lesiones, cuando consultarse con su médico para evitar la aparición de complicaciones y en caso de presentar heridas cuidados que debe de emplear.

Se solicita la colaboración del familiar en la aplicación de las acciones preventivas expuestas, e insiste y acompaña a José a las sesiones de educación para diabéticos programadas intra y extra hospitalarias.

6.5.- EVALUACION: (27/Dic/05)

El paciente identifica algunos de los signos y síntomas de hipoglucemias e hiperglucemias, menciona parte de las causas que desencadenan estos trastornos y aprende a manejarlos, reconoce la función de la insulina, cuando realizar autoanálisis de glucosa en sangre, métodos de análisis, cual es su utilidad, cuando debe de evitarse la práctica de ejercicio, alteraciones que se presentan durante su empleo y causas que lo generan, cifras normales de glucemia preprandiales y postprandiales, sitios de aplicación de insulina, distancia de administración entre una y otra dosis en la misma región, menciona el objetivo del control de los alimentos ingeridos, adquiere conocimiento en parte de los alimentos permitidos y prohibidos, menciona los alimentos que debe de incluir en su dieta, número de comidas por día, algunos de los factores que favorecen los problemas de los pies, cuidados y manejo de heridas.

Realiza en ocasiones autoanálisis antes del comienzo del plan de ejercicio, aprende a manejar la lectura de los resultados obtenidos de glucosa, emplea la técnica de aplicación de insulina biológica sin dificultad, realiza cuidados de sus pies después del baño, consume de tres a cuatro litros de agua por día, aplica los consejos recomendados para disminuir el consumo de grasa en los alimentos. Acepta acudir a capacitaciones cuando se conduce y asiste a parte de las sesiones sin ser supervisado.

Logros obtenidos con la colaboración del familiar de José que supervisa y apoya en la aplicación de las acciones recomendadas, además de su apreciación e insistencia en el periodo establecido concluyendo con dominio de la información en un ochenta y cinco por ciento de lo esperado.

XII.- CONCLUSION

El proceso enfermero o metodología de intervención le permite a la enfermera profesional brindar una atención integral ya que es un proceso metódico; se puede concluir sin temor a equivocarse que es una útil herramienta para que se fomente y aplique el pensamiento crítico de enfermería y se pueda constituir el fundamento científico que sostenga a la profesión y eleve su prestigio social.

Mediante la satisfacción de las necesidades humanas básicas se logro, que durante el tiempo establecido asistido al paciente obtuviera los conocimientos necesarios para manejar su situación de salud, aunque la adquisición de conocimientos relacionados con la diabetes es un proceso complejo y extenso que requiere constancia y participación activa de las partes involucradas.

XIII.- SUGERENCIAS

- En forma personal y como profesional de enfermería, la autora se compromete a dar continuidad a la difusión y aplicación del proceso enfermero, a partir de asumir la responsabilidad de cuidar de su salud individual, familiar y comunitaria en la medida de lo posible.
- Profundizar la capacitación del método científico, parte del programa de materias cursadas en el último año, es decir que se de la orientación pertinente; que la aplicación se aborde de manera concreta no solo al área de salud si no a enfermería.

IX.- BIBLIOGRAFIA

Revista medica del instituto mexicano del seguro social, Vol. 38, num. 4 julio-agosto 2001, num. Pág. 311 – 317.

Revista medica del instituto mexicano del seguro social, Vol. 38, num. 3 mayo – junio 2000, Pág. 187 – 191.

Revista medica del instituto mexicano del seguro social, Vol. 39, num. 5 Septiembre – octubre 2001, Pág. 373 – 380.

Revista medica del instituto mexicano del seguro social, Vol. 39, num. 5 2001, Pág. 445 – 452.

Juan Ramón de la fuente, UNAM Método científico y proceso de enfermería impresión 2003, num. Pág. 56 – 182.

Israel Lerma, Atención Integral del paciente diabético, tercera edición McGrawHill, num. Pág. 55–61, 74-79, 81–107, 109-119, 146-153, 179-187,257-265, 417-421, 426-433.

L.J Carpenito Planes de cuidado y documentación en enfermería, primera edición 1994, McGrawHill, num. Pág. 128 – 141.

Lynda Juall Carpenito, Diagnósticos de enfermería aplicación a la practica clínica, novena edición 2003 McGrawHill, num. Pág. 2467- 2497.

Bertha A. Rodríguez, Proceso enfermero aplicación actual, segunda edición Gulellar, num. Pág. 29 – 260.

Janet w. griffith, Proceso de atención de enfermería, edición 1993 manual moderno, num. Pág. 41 – 193.

Díaz Domínguez Ma. Isabel, Manual de enfermería, edición 2003 Lexus, num. Pág. 1 -22.

Braunwald, Fauci, Principios de medicina interna, 15 edición McGrawHill, num. Pág. 2467 – 2499.

www.terra.es/personal/duenas/pae.htm

www.terra.es/personal/duenas/teorias.2htm

www.perso.wanadoo.es/aniorte-nic/progr-asignat-teor-metod5.htm

www.ecomedic.com/em/tesazuc.htm

www.adezaragoza.org/diabetes/indez.php?id=4-40k-

www.diabetic-help.com/ssAUTOANALIS.htm

www.geocities.com/fabianroch/diabetica.html

www.cica.es/aliens/samfyo/autoan-l.htm

X.- GLOSARIO

GLUCOGENO. Forma en la que el cuerpo almacena los hidratos de carbono en el hígado y, en menor cantidad, en los músculos y en varios tejidos; en el momento de ser utilizado por el organismo, se transforma en glucosa.

MACULA. Lesión cutánea elemental que consiste en una mancha roja de dimensiones variables que no se eleva de la piel y que desaparece por vitropresión.

IRIS. Membrana circular, pigmentada, contráctil, situada detrás de la córnea y delante del cristalino, bañada por el humor acuoso de la cámara anterior del ojo, con dos circunferencias.

RETINA. Parte central del revestimiento posterior interno del ojo que capta la luz. Contiene gran número de capilares (vasos sanguíneos pequeños) que cuando una persona ha tenido diabetes de larga duración a veces se lesionan.

CETOACIDOSIS DIABETICA. Se observa cuando la sangre carece de la insulina necesaria bien sea porque no se la aplicó o porque aumentaron los requerimientos de la hormona por la presencia de otras enfermedades.

CUERPOS CETONICOS. Sustancias químicas que produce el organismo cuando no hay suficiente insulina en la sangre y tiene que descomponer las grasas para obtener energía. Los cuerpos cetónicos pueden envenenar y hasta destruir células corporales. Al carecer el organismo de la ayuda de la insulina, los cuerpos cetónicos se van acumulando en la sangre y luego se "derraman" en la orina para poderse eliminar.

XI.- AXEXOS

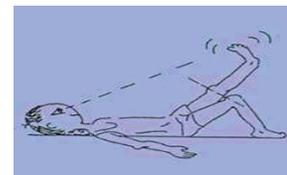
ANEXO I

PLAN DE EJERCICIO A EFECTUAR DURANTE EL DIA

Ejercicio de estiramiento de extremidades inferiores.



- 1.- De pie, frente a una silla
- 2.- Apoyar ambas manos sobre el respaldo
- 3.- Colocar sobre la silla la pierna izquierda flexionada
- 4.- Extender la pierna derecha el máximo hacia atrás
- 5.- El pie tocando al suelo, sin levantarlo
- 6.- Mantener esta postura de 4 a 8 segundos, relajar despacio
- 7.- Repetir sobre la otra pierna.
- 8.- Efectuarlo de 10 a 15 minutos.



Ejercicio para favorecer la circulación de retorno y la fuerza y resistencia muscular.

- 1.- En el suelo, boca arriba
- 2.- Pierna derecha flexionada con el pie en el suelo. Elevar la pierna izquierda extendida.
- 3.- Mantener al mismo nivel que la rodilla derecha.
- 4.- Realizar 10 movimientos suaves con el tobillo de flexión y extensión, sin forzar.
- 5- Repetir entre 5 y 10 veces cada lado.

ANEXO II

SALUD BUCAL

Los pacientes con diabetes igual que todas las personas están expuestos a problemas de caries dentales, problemas de encías, sarro, etc. Pero esto se agrava en los pacientes con diabetes que tienen un control inadecuado de sus niveles de glucosa, ya que las altas concentraciones de glucosa favorecen la multiplicación de las bacterias que se encuentran en la boca.

El problema dental que más puede afectar a la salud del paciente diabético es la enfermedad periodontal o infecciones de encías. Estos problemas dentales son muy peligrosos porque pueden propagarse hasta causar la pérdida de los dientes, y no sólo eso, si no que también pueden introducirse al torrente sanguíneo y causar complicaciones en los riñones, las articulaciones e incluso en el corazón.

La boca es una parte fundamental del cuerpo. Tener una boca sana es muy importante para poder masticar, hablar y lucir bien. Además, la salud de los dientes y las encías puede afectar la salud de todo el cuerpo. Los microbios de las caries pueden llegar a la sangre y a través de ella invadir a varios órganos vitales del organismo.

Después de comer, en los dientes y las muelas quedan residuos de comida. Cepillar los dientes después de las comidas y entre las meriendas no sólo elimina las partículas de comidas, sino que también elimina la placa, una capa pegajosa que se forma sobre los dientes. La placa consiste de bacteria que produce ácidos, los cuales causan degeneración dental y enfermedades en la encía; por lo tanto, la meta principal de cepillarse los dientes es remover la placa.

Los microbios que viven en la boca se juntan con el azúcar en la comida, produciendo la caries. Una caries es un hueco en el diente y aparece como un punto negro o un cambio del color del diente. Los microbios primero destruyen el esmalte o parte dura en el exterior del diente. A veces la caries parece chiquita de afuera, pero es más grande en el interior del diente, como se extiende más fácilmente en la parte suave debajo del esmalte.

Es importante curar una caries mientras todavía esté pequeña. Una caries que no se hace curar crece y crece, finalmente llega al nervio y hueso, causando un absceso o postemilla. Se hincha la cara y el dolor es muy fuerte. Cuando se presenta esta situación, no queda más remedio que sacar la muela.

También se pueden enfermar las encías. Los mismos microbios que atacan a los dientes pueden infectar las encías. Se ponen rojas e hinchadas y sangran fácilmente. Cuando esta enfermedad avanza, las encías dejan de sujetar a los dientes y muelas, al punto que pueden caerse. Las enfermedades de las encías como las de la boca se evitan con limpieza de la boca y una buena alimentación.

Si ya tiene una muela picada (cariada).

Para que no le duela tanto y no se forme una postemilla, evite toda clase de dulces y lávese la boca después de cada comida. Vaya a un dentista lo más pronto posible y no espere hasta que le duela mucho. Si va a tiempo, muchas veces se puede limpiar y curar la muela para que le sirva por muchos años.

Las enfermedades de la boca no son inevitables. Si se cuida bien la dentadura, ésta debe durar toda la vida. Se puede evitar la mayoría de los problemas dentales con una buena alimentación y limpieza de la boca. También los enjuagatorios de fluor sirven para que los dientes y las muelas sean más fuertes y resistan el ataque de microbios. Utilizar una pasta dental con flúor es muy importante también debido a que el fluoruro reduce los niveles de bacteria, como también devuelve los minerales a las superficies de los dientes, haciéndolos más fuertes

Nuestras bocas deben mantenerse limpias. Tenemos que cepillar los dientes todos los días:

- Después de cada comida.
- Después de comer dulces.
- Antes de acostarse.

TÉCNICA DE CEPILLADO

Para lavarse bien la boca, tiene que hacerlo despacio y cuidadosamente.

Debemos cepillar cada superficie de todos los dientes y todas las muelas por lo menos 5 veces.

1. Se coloca el cepillo sobre las encías y se lava los dientes de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba. Así hay que cepillarse los dientes centrales, del lado derecho y del lado izquierdo.
2. Las superficies que mastican se cepillan de adelante hacia atrás los de arriba y los de abajo.
4. Se cepilla la lengua, como en la lengua también se forma la placa bacteriana.
5. Se enjuaga con agua limpia, pasándola con fuerza entre los dientes, entre las muelas, y por dentro de toda la boca.

Recuerde: los cepillos dentales desgastados no pueden limpiar adecuadamente sus dientes y pueden lesionar sus encías. Los cepillos dentales deben ser repuestos cada ciertos meses o en el momento que las cerdas revelen señales de desgaste.

Limpieza entre los dientes

Aunque nos cepillamos bien, es difícil sacar los pedacitos de comida entre los dientes. Estas partes se limpian usando un hilo entre muela y muela y entre diente y diente. Pero tenga cuidado se puede dañar y lastimar las encías si no lo hace bien.

¿POR QUÉ DEBEMOS USAR HILO DENTAL?

Para prevenir la degeneración dental y las enfermedades de las encías, se deberá quitar completamente la placa de todas las superficies de los dientes. Desafortunadamente, su cepillo no puede alcanzar eficazmente entre los dientes y

por debajo de la línea de la encía. Debido a que la degeneración dental y las enfermedades periodontales frecuentemente comienzan en estas áreas, es tan importante utilizar hilo dental diariamente como cepillarse los dientes.

Utilizar hilo dental es una destreza que debe ser aprendida. Usted no debe desanimarse si lo encuentra muy difícil al principio. Su dentista puede ayudarlo a aprender a utilizar el hilo dental adecuadamente y podrá brindarle consejos sobre cómo hacerlo de manera fácil. Con práctica, usted verá que utilizar el hilo dental solamente toma unos pocos minutos de su tiempo cada día.

El Flúor es un preventivo contra la caries dental. Hace los dientes más fuertes y resistentes a las caries. Los enjuagatorios deben efectuarse una vez por semana. Si no lo hacen todas las semanas en el mismo día, no va a tener eficacia en proteger la dentadura.

¿QUÉ HAY SOBRE ENJUAGUES BUCALES, PASTAS DENTALES Y OTROS PRODUCTOS PARA EL CUIDADO ORAL?

Existen una variedad de productos disponibles para ayudar a su salud oral. Los enjuagues bucales, gel para los dientes y pastas dentales con flúor pueden usarse para prevenir las caries. Algunos enjuagues bucales y pastas dentales contienen ingredientes con propiedades antibacterianas y pueden ayudar a prevenir o controlar la gingivitis (inflamación de la encía). Otros contienen ingredientes para reducir la formación del sarro, la placa endurecida que se forma sobre los dientes con el tiempo.

Si usted ya usa un producto disponible sin receta para su salud oral, siempre es bueno consultar con su dentista, si ese producto es apropiado para usted. Dependiendo de su situación particular, su dentista puede recomendar el uso de algún producto particular.

Si no tiene pasta mezcle un poquito de sal y bicarbonato en igual cantidad, y use esto en su cepillo. Para que se pegue al cepillo, moje el cepillo antes de meterlo en el polvo. Sal y bicarbonato sirve igual que la pasta dental para lavarse los dientes. Si no tiene bicarbonato, use solamente sal.

ANEXO III

RETINOPATIA DIABETICA

La retinopatía diabética es una complicación ocular de la diabetes, causada por el deterioro de los vasos sanguíneos que irrigan la retina del fondo de ojo. Estos vasos sanguíneos debilitados pueden dejar salir líquido o sangre, formar ramas frágiles en forma de cepillo, y agrandarse en ciertos lugares.

Cuando la sangre o líquido que sale de los vasos lesiona o forma tejidos fibrosos en la retina, la imagen enviada al cerebro se hace borrosa.

Hay dos tipos de retinopatía diabética.

La **retinopatía no proliferativa**, los vasos sanguíneos localizados dentro de la retina presentan cambios; algunos disminuyen de tamaño y otros se agrandan y forman sacos en forma de globos que obstruyen la circulación de la sangre. Estos vasos sanguíneos gotean y sufren hemorragias. En estas circunstancias, la retina se hincha y/o se forman depósitos llamados exudados, sin embargo, el líquido exudativo se deposita en la mácula. Esta es la porción central de la retina, que permite la visión central. Las imágenes de objetos situados directamente al frente, la lectura y el trabajo detallado pueden volverse borrosos y la pérdida de la visión central puede convertirse en una ceguera legal. La retinopatía no proliferativa es una señal de peligro; puede avanzar a etapas más graves y dañar la vista.

El segundo tipo es la **retinopatía proliferativa**. Este tipo comienza de la misma manera que la no proliferativa pero, además, hay neoformación de vasos sanguíneos en la superficie de la retina o del nervio óptico. Estos nuevos vasos sanguíneos, de gran fragilidad, pueden desgarrarse y sangrar dentro del humor vítreo, que es la sustancia transparente y gelatinosa que llena el centro del globo ocular. Si la sangre vuelve opaco el humor vítreo que generalmente es transparente, se bloquea la luz que pasa hacia la retina, y las imágenes se ven distorsionadas. Además, el tejido fibroso que se forma a partir de la masa de los

vasos sanguíneos rotos en el humor vítreo puede estirar y retraer la retina, desprendiéndola del fondo del ojo. Los vasos sanguíneos pueden también formarse en el iris y causar aumento de la presión ocular, dando severas pérdidas de la visión.

CAUSAS

La causa de la retinopatía diabética no se conoce muy bien; sin embargo se sabe que a medida que la Diabetes se va desarrollando, los niveles anormalmente elevados en sangre de azúcar van lesionando los vasos sanguíneos, los nervios y otras estructuras. Ciertas sustancias derivadas del azúcar se acumulan en las paredes de los pequeños vasos sanguíneos, provocando su engrosamiento y posible rotura. Al aumentar el grosor de los vasos, estos cada vez pueden aportar menos sangre y se producen las temidas complicaciones de la enfermedad.

TRATAMIENTO

En muchos casos el tratamiento no es necesario, pero se requerirá de someterse a exámenes periódicos de la vista. En otros casos, se recomendará un tratamiento para detener el avance de las lesiones ocasionadas por la retinopatía diabética y, de ser posible, para mejorar la calidad de la vista.

El tratamiento más significativo consiste en usar **láser** para cerrar o fotocoagular los vasos sanguíneos que gotean. Con este tratamiento no se necesita una incisión y puede realizarse en el consultorio. Si la retinopatía diabética se descubre pronto, la fotocoagulación con láser puede detener el daño.

Sin embargo el láser no puede usarse en todos los pacientes. En el caso de que el humor vítreo esté lleno de sangre se procede a realizar una **vitrectomía**, el humor vítreo lleno de sangre se extrae del ojo y se reemplaza por una solución artificial transparente.

Sin embargo, si la retinopatía diabética causa que la retina se desprenda del fondo del ojo, puede haber una pérdida grave de la visión o ceguera, a menos que se recurra inmediatamente a la cirugía para sujetar la retina.

Los síntomas visuales sospechosos de un desprendimiento de retina suelen aparecer sucesivamente:

- Impresión de moscas volantes (puntos negros que se mueven al mover el ojo).
- Destellos luminosos. Es un síntoma de mayor importancia que el anterior. Traduce la existencia de tracciones sobre la retina y con frecuencia aparecen cuando ya se ha producido un desgarro.
- Cuando ya existe un desprendimiento de retina el paciente puede percibir como una cortina negra que le cae por alguna zona del campo visual. Ante esto, la consulta con un oftalmólogo debe ser inmediata.
- Si se daña la zona central de la retina (mácula) inicialmente puede aparecer una distorsión en las imágenes para posteriormente producirse una importante disminución de la agudeza visual.

El éxito en el tratamiento de la retinopatía diabética no depende solamente del descubrimiento precoz, la vigilancia y el tratamiento por parte del oftalmólogo, sino también de la actitud y cuidado propio del paciente. Se deben tomar todos los medicamentos y se debe cumplir con la dieta recomendada para controlar la diabetes. Aunque la actividad física presenta pocos problemas en el caso de retinopatía de fondo, puede aumentar las hemorragias en la retinopatía proliferativa. El ejercicio realizado por pacientes con retinopatía proliferativa debe ser moderado y se deben evitar esfuerzos grandes o inclinarse con la cabeza agachada. Debe mantener niveles bajos de azúcar en la sangre, evitar fumar y vigilar su presión arterial.

ANEXO V

REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES POR DIA.

$$P.I = TALLA \div 2 - 20$$

$$P.I = 148 \div 2 - 20$$

$$P.I = 54\text{Kg}$$

FORMULA DE HARRIS BENEDICK

$$MB (\text{Kcal} * \text{día. Homb}) = 66.47 + (13.75 * \text{KG}) + (5.0 * \text{CM}) - (6.74 * \text{AÑOS})$$

$$MB = 66.47 + (13.75 * 54\text{Kg}) + (5.0 * 148) - (6.74 * 25)$$

$$MB = 66.47 + 742.5 + 740 - 168.5 = 1380.47 + 500 (\text{Actividad ligera}) = 1880.47$$

Kcal. Totales

DISTRIBUCION CALORICA

CHO – 50%	940.23 Kcal.	235.05Gr
PROTEINAS – 20%	376.09 Kcal.	94.02Gr
LIPIDOS – 30%	564.14 Kcal.	62.68Gr

GRUPO	GRUPO DE EQUIVALENTES Y SU COMPOSICION								
	RACION	KCAL			CHO		LIPIDOS		PROTEINAS
Cereales	6	70	420	15	90	0	0	2	12
Leguminosas	4	105	420	18	72	1	4	6	24
Carnes	3	75	225	0	0	5	15	7	21
Lácteos	3	145	435	4	12	8	24	9	27
Verduras	4	25	100	5	20	0	0	2	8
Frutas	3	40	120	10	30	0	0	0	0
Grasas	3	45	135	0	0	5	15	0	0
Azúcares	1	40	40	10	10	0	0	0	0
Total	27	1895		234			58		92

PLAN DE ALIMENTACION PARA UNA SEMANA DE 1880.47 KCAL POR DIA

DIA	LUNES	ALIMENTOS	CANTIDAD
	<u>DESAYUNO</u>	Pan integral	4 reb
	2 sándwiches de frijol fritos con queso	Frijol	1 tza
	1 vaso de leche descremada	Leche descremada	240ml = 1 tza
		Queso fresco	2 cc
		Aceite de maíz	1 cta
	<u>COLACION</u>	Naranja	1 pza med
	1 Naranja		
	<u>COMIDA</u>	Nopal	1 ½ tza
	Nopales guisados y sopa de pasta	Jitomate	1 tza
	4 Tortillas	Cebolla	½ tza
		Pasta para sopa	½ tza cocida
		Aceite de maíz	2 cta
		Tortilla	4 pzas
	<u>COLACION</u>	Manzana	1 pza med
	Manzana	Galletas marías	6 pzas
	<u>CENA</u>	Leche	240 ml = 1 tza
	1 Vaso de leche descremada con galletas de trigo	Galletas de trigo	1 ½ pzas
	1 Gelatina	Gelatina	60ml
	<u>COLACION</u>	Manzana	1pza
	1 Manzana		

DIA MARTES	ALIMENTO	CANTIDAD
<u>DESAYUNO</u>	Leche descremada	240ml = 1 tza
Chocolate en leche con pan tostado	Chocolate	1 cta
Fríjoles	Fríjol	1 tza
fritos con queso 3	Queso	2 cc
Tortillas	Aceite de maíz	1 cta
	Pan tostado	1 reb
	Tortillas	3 pzas
	Mandarina	1pza med
<u>COLACION</u>		
Mandarina		
<u>COMIDA</u>	Papa	½ tza
2 tortitas de papa y Abas guisadas	Haba seca	½ taza
3 Tortilla	Jitomate	1 tza
	Cebolla	½ tza
	Cilantro	¼ tza
	Huevo	1 pza
	Harina de maíz	3 cc
	Aceite de maíz	2.5 cta
	Tortillas	3 pzas
	plátano	1pza
<u>COLACION</u>		
Plátano		
<u>CENA</u>	Leche descremada	240ml = 1 tza
1 taza de atole de maicena con pan tostado	Maicena	2 cucharadas
	pan tostado	1 reb
	Azúcar blanca	1 cta
<u>COLACION</u>	Plátano	1 pza
Plátano		

DIA MIERCOLES	ALIMENTO	CANTIDAD
<u>DESAYUNO</u>	Naranja	4 pzas med
Jugo de naranja con betabel	Betabel	½ tza
1 Huevo frito con frijoles sin freír	Huevo	1 pza
3 Torrillas	Fríjol	½ taza
	Azúcar blanca	1 cta
	Aceite de maíz	1 cta
	Tortillas	3 pzas
<u>COLACION</u>	Plátano	1pza
Plátano	Galletas marías	8 pzas
Galletas marías		
<u>COMIDA</u>	Calabacita	1 ½ tza
Calabazas guisadas y Lentejas	Lenteja	½ tza
3 Tortillas	Jitomate	1 tza
	Cebolla	½ tza
	Aceite de maíz	2 cta
	Tortilla	3 pzas
	cilantro	¼ tza
	Guayaba	2 pza med
<u>COLACION</u>	Galletas	3 pzas
Guayaba marías	Galletas marías	
<u>CENA</u>	Leche descremada	240ml = 1 tza
1 Vaso de leche descremada con pan dulce	Pan dulce	½ pza
<u>COLACION</u>		
1 Plátano	Plátano	1 pza

DIA JUEVES	ALIMENTOS	CANTIDAD
<u>DESAYUNO</u>	Leche descremada	240ml = 1 tza
1 taza de avena con pan dulce	Avena seca	2 cc
Huevo a la mexicana	Huevo	1 pza
2 Panes integrales	Jitomate	1 tza
	Cebolla	½ tza
	Aceite de maíz	1 cta
	Azúcar	1 cta
	Pan integral	2 rebanadas
	Pan dulce	½ pza
	Guayaba	2 pzas med
<u>COLACION</u>		
Guayaba		
<u>COMIDA</u>	Carne de pollo	120 gr
Caldo de pollo y arroz rojo	Arroz	½ tza cocida
3 Tortillas	Zanahoria	½ tza
	Calabacita	1 tza
	papa	½ tza
	Jitomate	1 tza
	Cebolla	½ tza
	Aceite de maíz	1 cta
	Tortilla	3 pzas
	Manzana	1 pza
<u>COLACION</u>		
Manzana		
<u>CENA</u>	Leche descremada	240ml = 1 tza
1 Taza de avena con	Avena seca	2 cc
Galletas marías	Galletas marías	4 pzas
<u>COLACION</u>	Plátano	1 pza
Plátano		

DIA VIERNES	ALIMENTOS	CANTIDAD
<u>DESAYUNO</u>	Naranja	4 pzas
Jugo de naranja con betabel	Betabel	½ tza
Chilaquiles con frijoles fritos y queso	Jitomate	1 tza
	Cebolla	½ tza
	Fríjol	½ tza
	Tortilla	3 pzas
	Aceite de maíz	1 cta
	Queso	2 cc
	Azúcar	1 cta
	Mandarina	1 pza med
<u>COLACION</u>		
Mandarina		
<u>COMIDA</u>	Chayote	1 ½ tza
Chayote a la mexicana y	Pasta para sopa	½ taza cocida
Sopa	Jitomate	1 tza
3 Tortilla	Cebolla	½ tza
	Aceite de maíz	2 cta
	Tortilla	3 pzas
	guayaba	2 pzas med
<u>COLACION</u>		
Guayaba		
<u>CENA</u>	Leche descremada	240ml = 1 tza
1 Vaso de leche con pan dulce	Pan dulce	½ pza
<u>COLACION</u>	Guayaba	2 pzas med
Guayaba		

DIA SABADO	ALIMENTOS	CANTIDAD
<u>DESAYUNO</u>	Leche descremada	240ml = 1 tza
Licuada de plátano con galletas	Plátano	1 pza
3 Quesadillas de queso	Tortillas de harina	3 pzas
	Queso Oaxaca	150 gr
	Galletas marías	8 pzas
<u>COLACION</u>	Mandarina	1 pza
Mandarina		
<u>COMIDA</u>	Papa	1 tza
Papas con acelgas en salsa roja y sopa de verduras.	Acelgas	1 tza
3 Tortillas	Jitomate	1 tza
	Cebolla	½ tza
	Calabacita	1 tza
	Zanahoria	½ tza
	Chicharo	½ tza
	Aceite de maíz	2 cta
	Tortillas	3 pzas
	Guayaba	2 pzas med
<u>COLACION</u>		
Guayaba		
<u>CENA</u>	Leche descremada	240ml = 1 tza
1 vaso de leche con pan tostado	Pan tostado	1 reb
1 gelatina	Gelatina de agua	60ml
<u>COLACION</u>	manzana	1 pza med
Manzana		

DIA DOMINGO	ALIMENTOS	CANTIDAD
<u>DESAYUNO</u>	Leche descremada	240ml = 1 tza
Cereal con leche y	Hojuelas de maíz	¾ de tza
Fríjoles fritos con queso	Fríjol	1 tza
3 Tortillas	Aceite de maíz	1 cta
	Queso	2 cc
	Tortillas	3 pzas
	Azúcar	1 cta
	Naranja	1pza
<u>COLACION</u>		
Naranja		
<u>COMIDA</u>	Filete de res	150 gr
Bistec asado con ensalada y	Pasta para sopa	½ tza cocida
Sopa de pasta	Lechuga	1 tza
3 Tortillas	Jitomate	1 tza
	Cebolla	½ tza
	Pepino	½ tza
	Limón	½ pieza
	Aceite de maíz	1 cta
	Tortillas	3 pzas
	Manzana	1 pza
	Galletas marías	4 pzas
<u>COLACION</u>		
MANZANA		
Galletas marías		
<u>CENA</u>	Leche descremada	240ml = 1 tza
1 vaso de leche con pan tostado	Pan tostado	1 pza
<u>COLACION</u>	Plátano	1 pza
Plátano		

LISTA DE GRUPO DE ALIMENTOS

TAZA = tza = 240ml

CUCHARADA =CC= 15gr

CUCHARADITA = Cta. = 5gr

PIEZA = Pza

REBANADA = reb

CEREALES Y TUBERCULOS

Tortilla de maíz	1 pza
Arroz	½ tza cocida
Sopa de pasta	½ tza cocida
Avena seca	2 cc
Palomitas	3tzas
Cereal de salvado de trigo	½ tza
Elote	½ pza
Cereal infantil	30gr

PANES:

Bolillo sin migajón	½ pza
Bolillo con migajón	1/3 pza
Pan blanco	1 reb
Pan integral	1 reb
Pan tostado	1 reb
Bollo para hamburguesa	½ pza
Media noche	½ pza

GALLETAS:

Marías	4 pzas	Arroz inflado	½ tza
De animalitos	5 pzas	Palitos salados	2 pzas
Saladas	3 pzas		
Para sopa	20 pzas		
Habaneras	3 pzas		
Hojuelas de maíz	¾ tza		
Hojuelas de maíz azucaradas	½ tza		

HARINAS:

Maicena	2 cc
Harina de trigo	2 cc
Harina de arroz	1 ½ cc
Harina de maíz	2 cc
Harina integral	2 ½ cc
Masa para nixtamal	1 cc

TUBERCULOS:

Papa	½ tza
Camote	¼ tza
Calabaza de castilla	¼ tza
Castaña	4 pzas
Yuca	¾ tza
Salsifí	¾ tza

CEREALES CON 1 RAC. DE

GRASA:

Pan de dulce	½ pza
Tortillas de harina de trigo	1 pza
Tamal	½ pza
Hot cakes	½ pza
Galletas de chocolate	1 ½ pza
Galletas de barquillo	2 pzas
Pay	1 reb
Galletas de trigo	1 ½ pza

LEGUMINOSAS:

Fríjol, Garbanzo, haba seca, Lenteja, Alubia, Alverjón	½ tza
Soya texturizada cocida	2/3 tza

PRODUCTOS DE ORIGEN ANIMAL

Clara de huevo	2 pzas	Hígado de res	30 gr
Huevo	1 pza	Riñon	30gr
Pollo	30 gr	Hígado de pollo	3 pzas
Res	30 gr	Menudo	100 gr
Pescado	30 gr	Chicharrón	12 gr
Sardina drenada	35 gr	Chorizo	30 gr
Atún drenado	¼ tza	Jamón	1 reb
Charales secos	10 gr	Salchicha	1 pza
Cerdo	30 gr	Mortadela	1 reb
Ternera	30 gr	Pastel de pollo	1 reb
Queso	2 cc	Queso de puerco	50 gr

LACTEOS

Leche entera	1 tza
Leche descremada líquida	1 tza
Leche evaporada	½ tza
Leche entera en polvo	1/3 tza
Leche descremada en polvo	1/3 tza
Yogurt	1 tza

Betabel, Berenjena, Calabaza, cebolla, coles de Bruselas, Chile poblano, Chicharo, Flor de maguey y de yuca, Germinados, Guaje verde, Hojas de chaya o de nabo, Huazontle, Poro, Quelite, Quintoniles, Zanahoria.

½ tza

FRUTAS

Arandino	½ tza
Capulín	¼ tza
Ciruela	3 pzas
Ciruela pasa	2 pzas
Chabacano	4pzas
Chirimoya	70gr
Dátiles	2 pzas
Lima	2 pzas
Mandarina	1 pza

VERDURAS

Acelga, Apio, Berros, Brócoli, Col, Calabacita, Cilantro, Coliflor, Chilacayote, Ejote, Espinaca, Espárragos, Flor de calabaza, Guías de calabaza, Hongos, Jitomate, Lechuga, Malva, Nabo, Nopales, Papaloquelite, Pepino, Perejil, pimiento, rábano, Romeritos, Tomate, Verdolagas, Xoconostle.

1 tza

Fresa	1 tza
Guayaba	2 pzas
Granada china	¼ tza
Higos	2 pzas
Jícama	2/3 tza
Mango	½ pza
Jugo de uva	¼ tza
Piña	½ tza
Platano	½ pza

Durazno	1 pza	Frambuesa	½ pza
Manzana	½ pza	Sandia	1 tza
Mamey	¼ tza	Tuna	3 pzas
Melón	1 taza	Uva	12 pzas
Naranja	1 pza	Zapote negro	1/3 tza
Nectarina	1 pza	Zarzamora	¾ tza
Papaya	¾ tza	Jugo de naranja	½ tza
Pasas	2 cc	Jugo de piña	1/3 tza
Pera	1 pza	Jugo de toronja	½ tza
Pitaya	½ tza		
Persimo	1 pza		

GRASAS

Toronja	½ tza	Aderezos	1 cc
Aceite	1 cta	Aceitunas	13 gr
Crema	1 cc	Pepitas	1 cc
Queso crema	1 cc	Ajonjolí	1 cc
Crema de cacahuete	1 cc	Cacahuete	6 sem
Coco	1 cc	Almendras	7 sem
Mayonesa	1 cta	Avellanas	4 sem
Margarina	1 cta	Piñones	4 sem
Mantequilla	1 cta	Nueces	2 sem
Aguacate	1/8 pza		
Tocino	1 reb		

AZUCARES

Azúcar	1 cta	Fruta en almíbar	¼ tza
Ate	15 gr	Leche condensada	1 cc
Cajeta	1 cta	Mermelada y chocolate tab	1 cta
Gelatina de agua	60 ml	Miel y piloncillo	1 cc
Nieve de agua	¼ tza		

ANEXO VII

ASPECTOS GENERALES DE LA DIABETES

La diabetes es una enfermedad en la que el páncreas no produce suficiente insulina, o bien las células del organismo no son capaces de utilizarla en forma adecuada. Como consecuencia, la glucosa que se consume y la que el cuerpo produce en forma normal no se transforma en la fuente principal de energía y permanece en la circulación sin poder ser utilizada. Entonces, se elevan los niveles de azúcar en la sangre y se presentan los síntomas de este padecimiento.

La glucosa, para utilizarla como principal fuente de energía o para almacenarla, es necesario que ingrese a las células del organismo capaces de procesarla y convertirla en una fuente de energía. Para que esto ocurra, se requiere de insulina.

La insulina se encarga de abrir las puertas de las células, permite que la glucosa entre, sea utilizada y transformada en energía.

Los signos y síntomas de la diabetes dependen de la elevación de la glucosa en sangre cuando la enfermedad no está controlada, se elimina gran cantidad de glucosa y agua por la orina, y se presentan los siguientes síntomas,

- Acudir con frecuencia al baño a orinar en grandes cantidades.
- Tener mucha sed, boca reseca e ingerir grandes cantidades de líquidos.
- Cansancio y pérdida de peso.
- Calambres
- Visión borrosa.
- Aumento del apetito o pérdida del apetito
- Pérdida de peso visible debido a la pérdida de líquidos corporales
- Cansancio

- Sensaciones anormales de pinchazos/piquetes, ardor o comezón en la piel, generalmente en las manos o los pies.

GENERALIDADES SOBRE EL TRATAMIENTO CON INSULINA

Las personas con [diabetes tipo 1](#) necesitan inyectarse insulina para sobrevivir. Sin la insulina, el organismo no puede utilizar la glucosa (azúcar), ésta se eleva en la sangre y las células comienzan a quemar las grasas para obtener energía. A los pocos días, se desarrolla un trastorno llamado [cetoacidosis diabética](#), que puede llegar a ser mortal si no se trata adecuadamente.

Por otra parte, un exceso de insulina hace bajar demasiado la glucemia ([glucosa en la sangre](#)) provocando un trastorno conocido como [hipoglucemia](#). La hipoglucemia se caracteriza por síntomas como palidez, temblores, escalofríos, sudores, palpitaciones, hambre, ansiedad, dolor de cabeza, mareos, debilidad, somnolencia y visión borrosa. En algunos casos, el paciente puede perder el conocimiento (coma hipoglucémico) o desarrollar convulsiones. Estos síntomas de hipoglucemia suelen aparecer en forma brusca o aguda y casi siempre están relacionados con alguno de los siguientes factores desencadenantes.

- Retraso en la ingesta de alimentos o disminución en la cantidad de los mismos.
- Incremento de la actividad física. El ejercicio disminuye los requerimientos de insulina; por eso ocurre un mayor riesgo de hipoglucemia si no aumenta la cantidad de comida o disminuye las dosis de medicamentos al mismo tiempo que incrementa su actividad física.
- Dosis excesiva de insulina.
- Ingesta de alcohol. El exceso de alcohol impide durante varias horas que el hígado libere azúcar a la circulación; por lo tanto, si ingiere mucho alcohol sin alimento alguno.

Si se sospecha hipoglucemia, deben seguirse las recomendaciones siguientes

- Si usted esta conciente y puede tragar normalmente, tome líquidos; por ejemplo, 120 a 180ml de jugo de frutas o de refresco dulce, cuatro cubitos o tres cucharadas de azúcar diluidas en agua.
- Averiguar la causa: (exceso de ejercicio, insulina, medicamento o omisión de algún alimento).
- Si es posible, mida la glucemia capilar con tiras reactivas antes de tomar cualquier alimento; si no puede, hágalo justo después.

El azúcar ingerido de esta forma aumenta sus niveles de glucosa en poco tiempo; manténgase en reposo y, si persisten los síntomas, tal vez sea necesario repetir el procedimiento después de 10 a 15 minutos.

Si la persona está inconsciente, nunca deben administrarse líquidos o alimentos por la boca pues podría aspirarlos hacia los bronquios, lo que agravaría la situación.

- Busque rápidamente atención médica.
- Intentar frotar miel en las mucosas de la boca.
- Si la persona no reacciona, hay que trasladarlo a un hospital para que se le administre suero con glucosa por una vena.
- Recuerde que si la persona no está consciente, hay que colocarla de costado (lado) de manera que no broncoaspire si presenta vomito.

Si estas reacciones no se tratan en forma temprana y oportuna, el cuadro evoluciona hasta situaciones más serias que incluyen:

- Confusión mental
- Incapacidad para articular palabras
- Desmayos
- Crisis convulsivas

Los sitios habituales de aplicación son los brazos, la parte anterolateral de los muslos, el abdomen y las nalgas. El sitio de inyección se cambia a diario dentro de la misma región de 4 a 5 cm. del otro. Deben planificarse la rotación de los puntos de inyección, para que pasen entre 6 a 8 semanas para la reutilización del mismo. Debe de utilizarse un área durante una semana antes de pasar a la siguiente; para localizarse el siguiente punto de inyección, puede ser útil cubrir los anteriores con esparadrapo.

No debe de darse masaje en la zona de inyección, porque de lo contrario se acelera la absorción del fármaco.

PROCEDIMIENTO PARA APLICAR LA INSULINA:

- Prepare la jeringa y cerciórese de que la cantidad de insulina que va ha usar es la indicada.
- Limpie el lugar donde se va a inyectar con un algodón mojado en alcohol.
- Para aplicarse se forma un pliegue en el sitio de aplicación con los dedos pulgar e índice y se inyecta en un ángulo de 90 ° introduciendo toda la aguja.
- Tome la jeringa como si fuera un lápiz e introdúzcala perpendicularmente a la piel. Empuje el embolo de la jeringa para introducir la insulina en su cuerpo.
- Suelte el pliegue de la piel y retire la aguja.

ALIMENTACION

La alimentación juega un papel muy importante, ya que la disminución de los niveles de glucosa sanguínea se puede lograr evitando ciertos alimentos (grasas, harinas refinadas, azúcares, entre otros).

El objetivo principal de la alimentación es evitar complicaciones causadas por alimentos que provoquen un aumento en los niveles de glucosa sanguínea, hay que conservar la glucosa dentro del valor normal, sin llegar a causar una disminución muy severa. Para poder lograrlo es conveniente seguir con la dieta establecida y tener de referencia aquellos alimentos restringidos en el plan nutricional.

El número de comidas recomendado es de 6 por día. Tres comidas principales (desayuno, comida y cena) y otras tres intermedias (media mañana, merienda y antes de acostarse), para evitar las variaciones bruscas de azúcar.

La dieta del diabético no debe diferenciarse mucho de la que sería una alimentación equilibrada recomendable para cualquier persona no diabética, debe constar de proteínas, grasas, hidratos de carbono, vitaminas y minerales. Todos ellos son nutrientes que el cuerpo necesita, pero, el diabético, en particular, debe ser consciente de que su organismo requiere el mayor equilibrio posible en la consumición de éstos.

Según la Pirámide nutricional, los alimentos a consumir se clasifican en seis grupos: grasas, dulces, proteínas, lácteos, verduras, fruta. Siempre teniendo en cuenta que se deben tomar alimentos diarios de los seis grupos y se debe mantener una dosificación adecuada de cada uno de ellos.

GRASAS

LÁCTEOS

VERDURAS

CARBOHIDRATOS



DULCES

PROTEÍNAS

FRUTA

FÉCULAS

Los Hidratos de Carbono

Comúnmente conocidos como **Carbohidratos**, son nutrimentos “energéticos”, ya que son la principal fuente de energía para el organismo. Se clasifican en Simples y Complejos:

Hidratos de Carbono Simples: Su utilización y absorción es a corto plazo, por lo tanto, no son buenos en la **Diabetes Mellitus**, pues se concentra rápidamente en sangre, provocando una elevación de glucosa (hiperglucemia).

Hidratos de Carbono Complejos: Su utilización es a largo plazo, es decir, no se absorbe rápidamente en sangre, por lo tanto, son adecuados para evitar problemas en las glucemias post-prandiales (posteriores a la comida). Son útiles en el tratamiento del diabético.

Es importante tomar en cuenta que en la Diabetes Mellitus también se presenta un mal metabolismo de grasas, por tal razón se debe moderar su ingestión.

Cuando la insulina es insuficiente o su actividad no es eficaz, se promueve la utilización de grasas en vez de glucosa para proporcionar energía, aumentando en sangre ácidos grasos, triglicéridos, colesterol y fosfolípidos (todos son tipos de grasas).

Regulación de la Glucemia

La glucosa se proporciona por medio de alimentos y cuando ésta tiene un exceso, se almacena en hígado como glucógeno hepático y en músculo como glucógeno muscular. Cuando es utilizado en músculo y no puede regresar a la sangre como glucosa, pues se produce ácido láctico que se dirige al hígado y ahí se convierte en glucosa para utilizarse como energía.

Como el organismo no debe carecer de glucosa, cuando se encuentra en cantidades insuficientes se activan mecanismos en los cuales hay aporte de glucosa, tal es el caso del ayuno prolongado o un gasto de energía de alto nivel, en donde los aminoácidos que son las estructuras de las proteínas se convierten en glucosa, dicho mecanismo debe evitarse, ya que la proteína **NO** debe proporcionar energía, se considera un proceso inadecuado para el organismo, porque la proteína se encuentra en músculo, lo que provoca pérdida de masa muscular.

GUÍA DE ALIMENTACIÓN

Alimentos permitidos	Alimentos prohibidos
<p><u>Cereales</u></p> <p>Tortilla de maíz, arroz, pan de caja integral, cereales con fibra (allbran, bran flakes, etc), avena, centeno, amaranto. Palomitas de maíz naturales (sin azúcar y grasa). Galletas Marías, habaneras y kraker-bran.</p>	<p>Galletas rellenas, pan dulce, cereales azucarados, tortillas de harina, pan blanco, harinas refinadas (harina para hot cake, sopas de pastas, pasteles, etc.) y frituras, etc.</p>
<p><u>Frutas</u></p> <p>Manzana, naranja, toronja, piña, mandarina, ciruela, sandía, melón, papaya, uvas, pera, pasas, plátano, mango, kiwi, tuna, etc.</p>	<p>Mamey, coco y evitar jugos.</p>
<p><u>Verduras</u></p> <p>Nopales, verdolagas, zanahorias, apio, col, coliflor, acelgas, ejotes, espárragos, espinacas, hongos, lechuga, pepino, jitomate, berros, brócoli, etc.</p>	<p>Con moderación zanahoria, betabel, papa y chícharo.</p>
<p><u>Productos de origen animal</u></p> <p>Cortes magros de carne (sin grasa), pescado, pollo, quesos fresco, oaxaca, panela, cottage, huevo, yogurt, leche descremada y semidescremada.</p>	<p>Carnes grasosas. Evitar embutidos (jamón, salchicha, chorizo, salami, etc.). Mantequilla, crema, manteca, mayonesa, quesos maduros.</p>
<p><u>Varios</u></p> <p>Gelatina dietética, refresco dietético, substitutos de azúcar, clight,</p>	<p>Azúcar, miel, mermelada, cajeta, leche condensada, gelatina, golosinas, chocolate, refresco, ate, helado,</p>

fresquibonight, café y té.	camote, postres, etc.
<u>Fibra</u> Productos integrales, frutas y verduras con cáscara etc.	
<u>Leguminosas</u> Frijol, haba, lenteja garbanzo, alubia, soya.	

CONSEJOS PARA DISMINUIR EL CONSUMO DE GRASAS:

1. Hornee, use la parrilla, o hierva las carnes y los sustitutos en vez de freírlos. Si está usando un sartén, use un spray o una sartén de las que la comida no se pega.
2. No añada harina, pan rallado o coberturas prehechas cuando cocina carnes y sustitutos.
3. Trate de sacar la grasa que está visible antes y después de cocinar.
4. Pese la porción de carne, luego de remover los huesos y la grasa.

TIPS DE AYUDA

- Evitar alimentos o preparaciones muy grasosas y muy dulces.
- Ingerir 3 litros de líquidos al día.
- Evitar el consumo de alcohol.
- Respetar los alimentos prohibidos y permitidos.
- No omitir ningún alimento, siempre realizar desayuno, comida y cena; y si es posible introducir colaciones.
- Incluir alimentos de hidratos de carbono complejos (frijol, haba, lenteja, garbanzo, avena, tortilla de maíz, salvado de trigo, frutas, verduras, cereales y panes integrales).
- Aumentar el consumo de fibra.

- Hacer ejercicio (mejora la utilización de glucosa y reduce la resistencia a la insulina)
- Moderar el consumo de sal, y trate de acostumbrarse a no llevar un salero a la mesa para no agregar sal extra.
- Disminuya el consumo de comidas altas en sodio como ser sopas enlatadas, jamón, embutidos. Los alimentos que tienen un sabor muy salado, tienen mucho sodio.
- Coma menos cantidad de alimentos preparados, y trate de evitar restaurantes de servicio rápido. Aunque su comida pueda no saber salada, está cargada de sodio.
- Elija los condimentos que no contienen sal o sodio.

EJERCICIO

El ejercicio físico es muy importante, junto con el régimen, la medicación y la educación diabetológica, uno de los pilares sobre el que se sustenta el tratamiento. Un buen plan de actividades puede ayudarle a controlar su nivel de azúcar en la sangre.

Mejora el control glucémico: El ejercicio provoca un descenso de glucosa en sangre, al ser utilizada por el músculo como fuente de energía.

Favorece la pérdida de peso: En el trabajo muscular también se consumen grasas, y ayudamos a combatir la obesidad.

Disminuye el riesgo de enfermedades cardiovasculares: Con la actividad física disminuye el colesterol y otras grasas y se previene las enfermedades cardiovasculares.

Tiene efectos psicológicos positivos y aumenta la autoestima: Produce una sensación de bienestar psicofísica.

Si el control metabólico en los diabéticos es malo o deficiente, los cambios que produce el ejercicio pueden ser adversos, incluso ocasiona algunas complicaciones.

¿Cuáles son los riesgos más frecuentes para un diabético tipo I?

1º) la hipoglucemia: es el riesgo más frecuente del diabético tipo I que realiza ejercicio físico; puede aparecer durante, inmediatamente después, o muchas horas después de haber acabado la actividad física. Y

2º) la hiperglucemia:

¿Por qué se produce la hipoglucemia relacionada con el ejercicio físico?

- Por un exceso de Insulina antes y/ o después del ejercicio, y/ o
- Por una alimentación escasa en hidratos de carbono antes y/ o durante y/ o después del ejercicio.

Consejos para evitar la hipoglucemia durante y después del ejercicio físico.

La hipoglucemia puede evitarse, pero es necesario que el diabético sea cuidadoso con el autocontrol de sus glucemias en los diferentes tipos de actividad física.

1. Medir la glucemia antes (-30' y 0'), durante y después del ejercicio (0', 1h, 8h, 12h), sobre todo con los nuevos programas de ejercicio.
2. Si se trata de una actividad física no prevista (previamente se ha inyectado la dosis habitual de insulina): es recomendable tomar 20- 30g de hidratos de carbono cada 30' de ejercicio.
- 3.- Evitar el ejercicio durante el pico de acción de la insulina y el que necesite la participación de músculos próximos a la zona de inyección.
- 4.- Mejor realizar el ejercicio físico de 1 a 3 horas después de haber comido. Sin embargo, el riesgo de hipoglucemia es particularmente bajo cuando el ejercicio se realiza antes de la inyección de insulina de la mañana. Sin embargo, hay que ser precavidos porque, en esta situación, una sesión de ejercicio intenso podría precipitar una hiperglucemia por los bajos niveles de insulina durante estas horas del día.
- 5.- Después del ejercicio a menudo es necesario reducir la dosis de insulina, incluso al día siguiente (la cantidad dependerá del tipo de insulina) pero debe de ser valorado previamente por su medico.

Siempre esté atento a los signos de hipoglucemia. No espere a concluir el ejercicio para tratar la reacción. Pare inmediatamente, trate la reacción y espere 5 minutos antes de reanudar la actividad. Hacer ejercicio en el mismo horario del día es lo mejor, pero no siempre posible. Recuerde los horarios en que su insulina hace pico (mayor actividad), y evite ejercitarse en esos horarios.

¿Por qué se produce la hiperglucemia relacionada con el ejercicio físico?

1º) Cuando se hace ejercicio físico con muy poca insulina en sangre (por ejemplo, ejercicio físico a primera hora de la mañana o muchas horas después de la última

inyección de insulina). En conjunto, la ausencia casi total de insulina y el exceso de hormonas contrainsulares en sangre, hace que el hígado libere una cantidad excesiva de glucosa, y como casi no hay insulina, el músculo no puede consumir este exceso de glucosa y ésta se acumula en la sangre; y

2º) Cuando se hace un ejercicio físico intenso (que se manifiesta porque esa persona jadea cuando hace, o porque con los ejercicios de pesas no puede hacer más de, por ejemplo, 5 repeticiones seguidas), se produce una elevación de hormonas contrainsulares en sangre que desencadenan la hiperglucemia).

¿Cuándo no es recomendable hacer ejercicio físico?

Si la glucemia antes de comenzar un ejercicio es superior a 250mg/dl y hay cuerpos cetónicos en orina (probablemente no hay suficiente insulina en la sangre), o si la glucemia es superior a 300mg/ dl aunque no haya cuerpos cetónicos en orina, mejor controlar este desequilibrio metabólico con una inyección de insulina y retrasar la actividad física hasta que los cuerpos cetónicos hayan desaparecido de la orina y los niveles de glucemia hayan descendido hasta valores más seguros. Sin importar si hay o no hay cetosis. Ingerir carbohidratos si los niveles de glucosa son < 100mg/dl.

AUTOANALISIS DE GLUCOSA EN SANGRE Y ORINA

Es un método sencillo de autocontrol del azúcar en la sangre, además de servir como método de disciplina con su situación. Este análisis se realiza para ver la evolución del azúcar durante las comidas en cada día y con el tiempo para ver la respuesta al tratamiento. La frecuencia de autoanálisis será la necesaria en cada paciente para alcanzar un buen control glucémico. Debe de realizarse siempre que no se sienta bien o cuando crea que puede ser excesivamente alta o baja.

Es una buena medida realizar controles del azúcar 6 veces al día, 1 día por semana:

- Antes del desayuno (glucemia basal o en ayunas).
- Antes de la comida o de la cena (glucemias preprandiales).
- Dos horas después del desayuno, comida y cena (glucemias postprandiales).

A veces si se piensa que pueda estar haciendo bajadas de azúcar por la noche, se puede hacer una determinación a las tres o cuatro de la madrugada.

Los valores óptimos son:

- 72-110 mg/dl en ayunas
- Inferior a 180 mg/dl, si se mide una hora y media después de las comidas.

METODO DE AUTOANALISIS DE GLUCOSA EN SANGRE

El método para la autoevaluación de la glucosa en sangre requiere una gota de sangre. Generalmente es recomendable que se use la cara lateral de la punta del dedo anular o medio, pero usted puede usar cualquier dedo. El uso de solamente uno o dos dedos hará que se la forme un callo, entonces sentirá menos molestias al pincharse, pero todavía podrá obtener una cantidad adecuada de sangre.

LOS PASOS A SEGUIR PARA OBTENER LA MUESTRA EN SANGRE SON LOS SIGUIENTES:

- 1.- Lave sus manos con jabón y agua y séquelas completamente o limpie el área con alcohol y déjelo secar por completo.
- 2.- Preparar el material necesario (tira reactiva o biosensor, analizador, sistema de punción, lanceta, algodón o gasa secas y mojadas en alcohol).
- 3.- Pinché el dedo con la lanceta.
- 4.- Mantenga su mano colgando hacia abajo, y exprima el dedo que se ha pinchado yendo desde la base del dedo hasta la punta. Si solo ve muy poca sangre, espere unos segundos y exprima nuevamente. No apriete solamente cerca del lugar del pinchazo.
- 5.- Dé vuelta la palma de su mano hacia abajo de manera que la gota "cuelgue".
- 6.- Deseche la primera gota y la segunda déjela caer en la tira reactiva o en el lugar especificado de su máquina.

Siga las instrucciones que están especificadas en el frasco para obtener la medida de su glucemia y anote los resultados en un cuaderno.

También puede examinar la orina para medir la presencia de azúcar (glucosa) y en algunos casos de cetonas (acetona).

Los riñones filtran la sangre constantemente y producen orina. Cuando la cantidad de azúcar en la sangre es alta, parte de este azúcar aparece en la orina. Para hacerse los análisis en la orina debe:

- Orinar en primer lugar.
- Después tomar un vaso de agua.
- Diez minutos después orine en un recipiente limpio.
- Haga el análisis con las tiras en esta segunda tira de orina.

La glucosuria y cetonuria. Son maniobras sencillas, que puede realizarse en casa con tiras reactivas que se colorean con la presencia de glucosa o cetona en la orina. En situación de normalidad la orina no contiene glucosa, si el análisis de glucosuria es positivo nos indica que la glucemia es superior al dintel renal (o lo que es lo mismo, superior a la cantidad de glucosa que puede pasar por el riñón antes de que éste empiece a eliminarla por la orina). La glucosuria es una medición que se usa sólo en algunos casos ya que las glucemias capilares son mucho más exactas. Usted se hará determinaciones de azúcar en orina cuando usted tenga su azúcar en sangre superior a 300 mg/dl.

Cuando en el análisis de orina nos encontremos que hay azúcar y acetona entonces quiere decir que la diabetes está descompensada por azúcar alta en la sangre. Si en el análisis de orina no hay azúcar y hay acetona, quiere decir que la diabetes está descompensada y podríamos estar ante una bajada de azúcar. En ambos casos consulte con su médico.

Anote todos los resultados de los análisis de sangre y orina en su libreta de registro.

La utilidad del autoanálisis puede venir justificada por:

- Mejora del control glucémico
- Facilita las modificaciones del tratamiento por el médico
- Facilita autoajustes del tratamiento en función de las circunstancias diarias (Autocontrol)
- Prevención y detección de hipoglucemias
- Detección y tratamiento de hiperglucemias severas
- Mejora de la motivación y facilitación cumplimiento
- Prevención de las complicaciones de la diabetes
- Mejora la calidad de vida y proporciona autonomía al paciente y su familia

CUIDADO DE LOS PIES

Uno de los aspectos primordiales que usted debe de conocer es el cuidado de sus pies. Una persona con diabetes puede desarrollar alteraciones en la sensibilidad y en la circulación de las extremidades inferiores, sobre todo después de muchos años de evolución y si el control de la enfermedad no ha sido del todo satisfactorio.

La pérdida en la sensibilidad se manifiesta por la menor capacidad de sentir dolor, presión y cambios de temperatura; las alteraciones circulatorias, por dolor en las pantorrillas al caminar. Al principio esto ocurre después de una larga caminata y más tarde aparece con marchas cada vez más cortas, con mejoría inmediata al detenerse a descansar.

Cuando se altera la sensibilidad: la forma de pisar es incorrecta no se percibe cuando el agua está muy caliente, si un zapato está apretado o si una pequeña piedra se quedó dentro del mismo. Pueden aparecer callos por el apoyo en puntos inadecuados, grietas, mala lubricación, úlceras y quemaduras. Si a esto se le agrega la mala circulación, el riesgo de infecciones y gangrena en las extremidades es muy alto.

Factores que favorecen los problemas en los pies:

- El descontrol crónico de la diabetes
- Problemas circulatorios
- El uso de zapatos angostos o apretados, como los de tacón alto
- Objetos extraños o bordes en el interior del calzado
- Caminar descalzo
- El contacto con objetos calientes
- El uso de calcetines muy apretados
- El empleo de removedores de callos
- Cortarse las uñas en forma incorrecta

Cuidados especiales para los pies:

- Revise los pies todos los días. De preferencia, revíselos después del baño y en lugar con buena iluminación. Es importante que tenga sus propios artículos para el cuidado de los pies: toalla suave, cortaúñas, crema humectante y espejo.
- Lávelos a diario con agua y jabón neutro. Para secarlos, frótelos con una toalla suave, seque bien los espacios entre los dedos.
- Verifique la temperatura del agua con las manos, antes de meter los pies a la regadera o tina.
- Use una crema humectante en las plantas, pero no la aplique entre los dedos.
- Aplique talco simple entre los dedos.
- Siempre use zapatos y calcetines, los cuales no deben tener arrugas, pliegues ni agujeros.
- Antes de ponerse los zapatos, verifique que no haya nada extraño en el interior.
- Para el cuidado de las uñas, córtelas en línea recta y límelas después de cortarlas. El mejor momento para hacerlo es después del baño. Si tiene problemas visuales, deje que otra persona lo haga.
- En caso de uñas enterradas, acuda con un especialista; no trate de desenterrarlas solo.
- También es importante que revise las plantas y los espacios entre los dedos. Tóquese los pies y verifique si hay callosidades, grietas o algún otro problema
- Al elegir los zapatos, recuerde que éstos deben ser de punta ancha o cuadrada y de material natural.
- Para hacer ejercicio se recomiendan zapatos de piel, de suela gruesa y con agujetas.
- Recuerde, usted debe conocerse muy bien y estar pendiente de cualquier problema importante que surja en la sensibilidad.

Usted debe de comunicarse con el médico de inmediato si descubre la presencia de ampollas, grietas o heridas, aunque estas sean pequeñas así como zonas de enrojecimiento en la piel y aumento de temperatura o presencia de menor temperatura o coloración negruzca en cualquier parte de los pies. Recuerde que los problemas en los pies pueden tener graves complicaciones posibles de prevenir, así que no se confié y revíselos bien.

PRIMEROS AUXILIOS PARA HERIDAS DE LOS PIES

El hecho de que no sienta dolor cuando se lastima los pies no quiere decir que usted no debe prestarle atención a la herida. Lávela con un jabón suave y séquela con cuidado, luego, aplique un antiséptico. Si es necesario poner una venda, use una gasa pequeña y tela adhesiva hipoalergénica (para evitar irritación de la piel). Eleve el pie cuando pueda durante el día por períodos de hasta 20 minutos.

ANEXO VIII

VALORACION DE ENFERMERIA

Valoración de Enfermería de acuerdo al modelo de Virginia Henderson, basado en las 14 necesidades humanas.

1.- VALORACION GENERAL

Nombre y apellido _____

Fecha de nacimiento _____ edad _____ sexo _____

Familiar / persona para contactar _____ Teléfono _____

T/A _____ F.C _____ Ta _____ F.R _____

Piel:

Color: normal _____ pálida _____ cianótica _____ otras _____

Edemas: si _____ no _____ descripción / localización _____

Lesiones: si _____ no _____ descripción / localización _____

Prurito: si _____ no _____ descripción / localización _____

Sentidos corporales: vista. _____ oído _____ olfato _____

Gusto _____ tacto _____

Enfermedades graves / operacionales: si _____ no _____ cuales _____

Secuelas: si _____ no _____ especificar. _____

Tabaquismo _____ Abuso de alcohol _____ café _____

Uso de sustancias toxicas _____

Diabetes _____ HTA _____ Alergias _____ especificar. _____

II.- VALORACION POR NECESIDADES

1 NECESIDAD DE OXIGENACION

Respiración.

Frecuencia _____ / min.

Calidad: normal _____ superficial _____ rápida _____ otros _____

Ruidos a la auscultación: si _____ no _____ descripción / localización _____

Tos: si _____ no _____ Secreciones: si _____ no _____ Dolor al respirar: si _____ no _____

Tabaco: si _____ no _____ Lo dejo especificar fecha _____

Consumo: < de 1 paquete al día _____ 1 – 2 paquetes al día _____

> de 2 paquetes al día _____

2.- NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION

Peso _____ Talla _____

Ingesta habitual: desayuno _____

Comida. _____

Merienda _____

Cena _____

Dieta especial: si _____ no _____ Tipo de dieta. _____

Ingesta de líquidos: < de 1 litro / día ___ 1 – 2 litros / día ___ > de 2 litros / día ___

Intolerancia a alimentos: si _____ no _____ ¿cuales? _____

Apetito: normal _____ disminuido _____ aumentado _____ náuseas _____ vomito _____

Fluctuaciones de peso (últimos 6 meses): si _____ no ___ Kg. Ganados / perdidos ___

Problemas de:

Masticación: si _____ no _____ Usa prótesis dental _____

Deglución: si _____ no _____ sólidos _____ líquidos _____ ambos _____

Digestión: si _____ no _____ Tipo: gases _____ ardor _____ pesadez _____

dolores _____ otros _____

Prótesis dental: si _____ no _____ superior _____ inferior _____

¿La piel esta hidratada? (¿cuándo se pellizca la marca dura un rato?) si _____
no _____

¿Come entre comidas?: rara vez ___ con frecuencia ___ con mucha frecuencia ___

¿Necesita ayuda?: prepara la comida _____ comer _____ trocear los alimentos _____

3.- NECESIDAD DE ELEMNACION

Intestinal:

Frecuencia _____

Estreñimiento _____ diarrea _____ incontinencia _____

Ostomía: si _____ no _____ tipo _____ autocuidado: si _____ no _____

Problemas de: hemorroides _____ sangrado _____ heces negras _____ otros _____

Uso de laxantes o rutinas: si _____ no _____ ayudas empleadas _____

Urinaria:

Frecuencia _____

Disuria _____ nicturia _____ retención _____ incontinencia _____ pañal _____

Color: amarillo claro _____ amarillo oscuro _____ naranja _____ rojo _____

¿Ha sufrido alguna enfermedad urinaria? Si _____ no _____ cual _____

Sonda vesical _____ fecha de último sondaje _____

Cutánea:

Sudoración cutánea: si _____ no _____ sudoración profusa: si _____ no _____

Menstruación: regular _____ irregular _____ abundante _____ dolorosa _____

Secreciones vaginales: aspecto _____ ¿son abundantes? si _____ no _____

¿Tiene molestias (fuera de la menstruación)? Si _____ no _____

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Expresión facial: adecuado ____ alerta ____ inexpresivo ____ hostil ____
inadecuado ____

Comportamiento motor inhibido: inhibición ____ agitación ____ temblores ____

Rigidez ____ incoordinación ____ inquietud ____ tics ____

Postura erecto ____ decaído ____

Modo de andar: normal ____ acelerado ____ tambaleante ____ lento ____

Limitaciones físicas: temporales ____ permanentes ____ ¿Cuáles? ____

Aparatos de ayuda: ninguno ____ bastón ____ muletas ____ andador ____ otros ____

Vértigo: si ____ no ____ ¿siente dolor o rigidez articular? si ____ no ____

¿Hace ejercicio? Si ____ no ____ tipo ____ ¿Cuánto tiempo? ____

¿Practica algún deporte? Si ____ no ____ ¿Cuál? ____

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Horas de sueño nocturno ____ otros descansos ____

Problemas de sueño:

Al inicio ____ interrumpido ____ (Nº de veces ____) despertar temprano ____

Sueño excesivo ____ pesadillas ____ (tipo ____)

Sensación después de dormir: descansado ____ cansado ____ confuso ____ otros ____

Factores que afectan el sueño ____

Ayudas para favorecer el sueño: lectura ____ baño ____ fármacos ____ otros ____

6.- NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE

Actualmente ¿es capaz de vestirse por si misma? Si ____ no ____ con limitaciones ____

Alergias a determinados tejidos: si ____ no ____ ¿Cuáles? ____

¿Qué importancia da a su aspecto? Poca ____ bastante ____ mucha ____

¿Su forma de vestir es adecuada al lugar, estación y circunstancia? si ____ no ____

Otros datos de interés ____

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACION

Temperatura corporal: normal ____ hipotermia ____ hipertermia ____ Ta _____

Sudoración cutánea: si ____ no ____ ¿están fríos sus pies y/o manos? Si ____ no ____

¿Si fuese necesario sería usted capaz de mirarse usted mismo la Ta? Si ____ no ____

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Hábitos de higiene corporal: baño _____ ducha _____ frecuencia _____

Cepillado de dientes: si _____ no _____ frecuencia _____

Autónomo: si ____ no ____ necesita ayuda si ____ no ____ especificar _____

Descuidado en: cabello ____ dientes ____ uñas ____ su piel es: seca ____ grasa ____

¿Ha notado alguna lesión? (ulcera, eccema) Descríbalo _____

Sus cabellos son: secos _____ grasos _____ se rompen con facilidad _____

¿Tiene últimamente tendencia a perder el pelo? Si _____ no _____

9.- NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Nivel de conciencia y actitud frente al entorno:

Somnoliento ____ confuso ____ apático ____ hipervigilante ____ distraído ____
fluctuante ____

No responde a estímulos _____ solo sigue instrucciones _____

Orientación Espacio – Tiempo – persona

Tiempo: (estación, día, mes, año) Especificar _____

Espacio: (país, provincia, ciudad, recinto, sala) Especificar _____

Persona: (reconoce personas significativas) Especificar _____

Alteraciones perceptivas: Auditivas _____ tipo. _____

_____ Visuales _____ tipo _____

_____ Táctiles _____ tipo _____

_____ Olfativas _____ tipo _____

Localización de la percepción: interna _____ externa _____

Auto descripción de si mismo:

Alegre _____ triste _____ desconfiada _____ tímida _____ inquieta _____

Sobre valoración de logros _____ exageración de errores _____ infravaloración _____

Autoevaluación general y competencia personal: positiva _____ negativa _____

Sentimientos respecto a ello: inferioridad _____ superioridad _____ tristeza _____

Culpabilidad _____ inutilidad _____ impotencia _____ ansiedad _____ miedo _____

Rabia _____ depresión _____ otros _____

Alergias a algún sustancia o medicamento: si _____ no _____ cuales _____

El estado de la persona puede constituir un peligro para ella _____

O para otros _____ especificar _____

Precauciones: más vigilancia _____ poner barandillas _____ contención mecánica _____

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD

Organización del pensamiento – lenguaje:

Contenido: coherente y organizado _____ distorsionado _____

Descripción de la alteración: _____

Curso del pensamiento:

Inhibido _____ acelerado _____ perseverancia _____ incoherencia _____ desorganizado _____

Formas de expresión:

Claro _____ organizado _____ coherente _____ confuso _____ desorganizado _____

incoherente _____ tartamudeos _____ autista _____

Humor:

Deprimido ___ eufórico ___ ansioso ___ triste ___ fluctuante ___ apático ___ otros ___

Lenguaje:

Velocidad: rápido _____ lento _____ paroxístico _____

Cantidad: abundante _____ escaso _____ lacónico _____ verborreico _____

Tono y modulación: alterado _____ tranquilo _____ hostil _____

Vive: solo ___ acompañado ___ lugar que ocupa en la familia. Rol _____

Personas más significativas. _____

Principal confidente. _____

Personas con las que se relaciona a diario _____

Su relación es: satisfactoria _____ insatisfactoria _____ indiferente _____

Tiempo que pasa solo con amigos y compañeros _____

Sexualidad: última regla _____ anticoncepción: si ___ no ___ método _____

Cambios percibidos en las relaciones sexuales: si ___ no ___ motivos _____

No. De embarazos _____ ... realiza auto examen: si _____ no _____

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

¿Qué es lo más importante para usted en la vida? _____

Religión: católica romana ___ protestante ___ judía ___ otra ___

Desea realizar prácticas religiosas: si ___ no ___ ¿visita del capellán? Si ___ no ___

En caso de no poder tomar decisiones. ¿Qué persona le gustaría que lo hiciera por usted? _____

12.- NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZARSE

Su estado de salud le impide hacer lo que le gustaría: si _____ no _____

Si la respuesta es si, explíquese _____

Problemas laborales: si _____ no _____ cuales _____

Tiempo dedicado al trabajo. _____ Tiempo dedicado al ocio. _____

Capacidad de decisiones: si ___ no ___ resolución de problemas: si ___ no ___

Grado de incapacitación personal atribuida. _____

13.- NECESIDAD DE JUGAR / PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿Reserva algún tiempo para divertirse? Poco _____ mucho _____ suficiente _____

¿Cuál es su diversión preferida? _____

Perdida de interés por las actividades recreativas: si _____ no _____

Cambios en las habilidades o funciones físicas corporales. _____

14 NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Inteligencia general: adaptado al momento _____ retraso en el desarrollo _____

Comportamientos indicativos de interés en el aprendizaje:

Pregunta _____ escucha _____ interés _____ desinterés _____ propone alternativas _____

¿Conoce usted el motivo de su hospitalización? Si ___ no ___ cual es _____

¿Hay algo que usted desearía saber sobre el medio hospitalario en que se encuentra?
