



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**“METODOLOGIA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA
FUNDAMENTADO EN LA FILOSOFIA DE VIRGINIA HENDERSON
APLICADO A UN CASO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2”.**

PROCESO ENFERMERO

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**PRESENTA:
P. L. E. SUSANA HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ.**

**ASESORA:
L. E. D. MARIA MAGDALENA LOZANO ZÚÑIGA**

MORELIA, MICHOACAN. A FEBRERO DEL 2007.



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**“METODOLOGIA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA
FUNDAMENTADO EN LA FILOSOFIA DE VIRGINIA HENDERSON
APLICADO A UN CASO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2”.**

**QUE PARA OBTENER:
EL TITULO DE LICENCIADO EN ENFERMERIA**

**PRESENTA:
P. L. E. SUSANA HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ.**

**ASESORA:
L. E. D. MARIA MAGDALENA LOZANO ZÚÑIGA.**

SINODALES:

L.E.D. Maria Magdalena Lozano Zúñiga

Presidente

Evangelina Chávez Carbajal

Firma

Vocal 1

Ing. Ricardo José Guadalupe
Martínez Molina

Firma

Vocal 2

Firma

MORELIA, MICHOACÁN. A FEBRERO 2007.

DIRECTIVOS

M. E. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA
DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

L. E. D MARIA DE JESUS RUIZ RESENDIZ
SECRETARIA ACADEMICA

L. E. D. ANA CELIA ANGUIANO MORA
SECRETARIA ADMINISTRATIVA

DEDICATORIA

A MIS PADRES

Sr. José Luis Y Sra. Ofelia

Quiero agradecerles que estén en mi vida, por siempre creer en mí, se que puedo contar con ustedes en momentos difíciles. Se que con ustedes puedo compartir mis alegrías y se que nuestra unión se sustenta en mutuo amor.

Papá y mamá, nunca olviden que ustedes son mi mayor ejemplo de lucha, que me enseñaron a volar y me impulsaron para superarme profesionalmente.

Gracias, por sus cuidados, desvelos, preocupaciones y consejos, por el bien que me enseñaron hacer con amor y sin pedir recompensa alguna.

A Dios doy las gracias por regalarme unos padres como ustedes, los quiero mucho y los amo.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por darme la existencia, estar conmigo en todo momento y por darme la gran oportunidad de realizar este sueño

A MIS PADRES

Que con todo su esfuerzo y sacrificio me heredaron el más preciado tesoro, mi profesión.

A MIS HERMANOS (AS)

J.Refugio, Aly, Cristy, Dany, Miguel, Felipe, Adyz y Pepe, a ustedes por compartir la dicha de formar una gran familia, por confiar en mí y brindarme siempre su apoyo, mi gratitud y cariño a todos ustedes.

A Aly

Hermana, gracias por estar al pendiente de mí, durante la carrera, cuando vivimos juntas y me viste feliz, triste, enferma y agotada, sabes que yo también lo hice por ti. Agradezco también todo tu esfuerzo y sacrificio en tu trabajo y tu apoyo económicamente que aunque no es lo más importante si fue necesario para cumplir mi meta.

A MIS SOBRINOS (AS)

Estrellita, Esmeralda, Miguelito, Brisita, Néstor, Nelson, Hectorin, Isaac, Alejandrita, Violetita, y Anversito: por brindarme momentos de alegría, los quiero mucho y siempre los tendré presentes.

A MI ESPOSO SIMON

Agradezco a Dios por que puso en mi camino a una gran persona, por tu gran cariño y apoyo incondicional, que siempre me has brindado.

Te doy gracias por concederme ser mamá de dos grandes tesoros que son nuestras hijas: **Linda Nahomi y la pequeña bebita** a ustedes por regalarme momentos muy hermosos y que por su buen comportamiento se me facilito continuar con mi carrera y llegar a la meta; las Amo y las quiero mucho.

A MIS AMIGOS (AS)

Especialmente a **Mario y Braulio**, a ustedes que pasamos momentos de alegría, tristeza, tensión, triunfos y fracasos, existiendo siempre el apoyo mutuo como compañeros, por esta oportunidad que nos dimos y nos dio la vida de conocernos, por ser buenos amigos y compañeros les agradezco.

A RAYMUNDO ANTONIO

Especialmente a ti querido amigo, por brindarme esa amistad tan bonita desde muchos años, te agradezco tu apoyo moral y económico que me brindaste sin esperar recompensa alguna, te quiero mucho, y ojala que siempre conservemos nuestra amistad, gracias por creer en mí ya que tú no pudiste seguir estudiando.

A MI ASESORA

L. E. D. Magdalena Lozano Zúñiga, mi agradecimiento y reconocimiento por su empatía, observaciones, apreciaciones, sugerencias, correcciones, orientaciones, empeño y tiempo dedicado en la realización de este proceso.

A LA SRA. OFELIA Z. T.

A usted por permitirme realizar este proceso que aunque no se cumplieron los objetivos, se mantuvo siempre dispuesta, para lograrlos.
Por brindarme siempre su apoyo, cariño y confianza le agradezco.

INDICE GENERAL

Índice

Página

I.- Introducción

II.- Justificación

III.- Objetivos

3.1- General

3.2- Específicos

IV.- Marco Teórico

4.1- Metodología del Proceso en Enfermería

4.2- Filosofía de Virginia Henderson

4.3- Padecimiento actual

V.- Metodología Aplicada

VI.- Desarrollo de Metodología

6.1 Resumen del caso clínico

6.2 Clasificación por necesidades

6.3 Organización de Datos Objetivos y Subjetivos

6.4 Organización de Datos Significativos

6.5 Diagnósticos de Enfermería

6.6 Plan de intervenciones de Enfermería

6.7 Ejecución

6.8 Evaluación

VII.-Conclusiones

VIII.-Sugerencias

IX.-Bibliografía

X.-Apéndices y anexos

I.- INTRODUCCIÓN

La Diabetes mellitus tipo 2, es una enfermedad crónica debido a una *disminución de la secreción de insulina* y a un defecto de la acción o *mala utilización de ésta hormona* en los tejidos orgánicos, o a ambas circunstancias con lo que resulta un metabolismo inadecuado de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas cuyo indicador principal es la hiperglucemia.

Es una enfermedad multiorgánica ya que puede lesionar casi todos los órganos y en especial los ojos, los riñones, el hígado, el corazón y las extremidades. La causa puede ser genética, vírica, ambiental o autoinmune o bien una combinación de tales factores.

La mayor parte de los casos de diabetes mellitus tipo 2 se producen en el contexto de lo que llamamos Síndrome Metabólico. En este síndrome se asocian la diabetes, la hipertensión arterial, el aumento de los niveles de colesterol, triglicéridos y/o ácido úrico y el sobrepeso probablemente debidos también a la insulinoresistencia. El Síndrome Metabólico eleva notablemente el riesgo cardiovascular y es una causa fundamental de muerte en los países desarrollados; por lo cual es considerado importantemente como problema de salud pública las cuales, provocan alteraciones irreversibles en el organismo y tomando en cuenta que cada vez más en nuestro país se registra un aumento significativo de casos menores, es que se hace necesario enfocar este trabajo hacia las acciones de promoción y prevención de enfermería, dirigidos al individuo, familia o comunidad de tal manera que se adopten o adapten estilos de vida más saludables.

El proceso de enfermería es el método por el que se aplican los sistemas teóricos de la enfermería a la práctica real; su principal objetivo es identificar las respuestas humanas. Proporciona la base para cubrir las necesidades individualizadas del cliente, la familia y comunidad. Está organizado en 5 etapas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y evaluación; y se caracteriza por ser intencionado, dinámico interactivo, flexible y basado en teorías.

En el presente trabajo se implementa la metodología del proceso de enfermería aplicada a una mujer de la tercera edad con Diabetes Mellitus tipo 2. Considerando que la esencia de la enfermería es el cuidado a la salud humana en todas sus dimensiones el presente trabajo se encuentra estructurado por una Justificación, Objetivos, Metodología, Marco Teórico el cual se divide en tres partes en las cuales se encuentra: La metodología de enfermería, la filosofía de Virginia Henderson y el problema patológico para continuar con la valoración general, seguida por la valoración focalizada de acuerdo a las 14 necesidades que cita Virginia Henderson para continuar con la redacción de los diagnósticos, la fase de planeación, ejecución y evaluación de los mismos.

Por último se agrega un apartado de Conclusiones, Sugerencias, Referencias bibliográficas, Bibliografías, Glosario de términos, apéndices y anexos.

II.- JUSTIFICACIÓN

La Diabetes Mellitus tipo 2, es una enfermedad crónico-degenerativa que constituye un serio problema de salud en nuestro país, ya que afecta principalmente a una gran cantidad de personas en edad reproductiva; cuando no se controla este padecimiento provoca modificaciones importantes tanto en la calidad como en la esperanza de vida de las personas que la padecen, debido entre otras causas y complicaciones que ocasiona.

La incidencia y la prevalencia de la Diabetes Mellitus tipo 1 y tipo 2 se ha incrementado de forma espectacular en las dos últimas décadas, y se espera que la segunda aumente con mayor rapidez en un futuro próximo debido a la creciente obesidad y el sedentarismo, en ambos sexos y en todos los grupos de edad.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) lanzó un comunicado en el que puso de manifiesto que a nivel mundial para el año 2000 existían aproximadamente 140 millones de personas diabéticas, el 80% de las cuales padecía Diabetes tipo 2, en el continente americano se estima que existen cerca de 35 millones de diabéticos, de los cuales 19 millones viven en América Latina y el Caribe, con esta tendencia la cifra ascenderá en esta región a 40 millones de personas con Diabetes tipo 2 para el año 2025.

Al igual que en el resto del mundo, en México existe una creciente prevalencia asociado a cambios en el estilo de vida. Por tanto hoy en día la Diabetes Mellitus tipo 2 ocupa uno de los 10 primeros lugares como causa de morbilidad y mortalidad en la población adulta; es un problema de salud serio, común, creciente y costoso.

Siendo una enfermedad generadora no solo de incapacidad laboral y diversas complicaciones; se considera importante realizar el presente trabajo a una paciente con esta patología para conocer las necesidades y condiciones en las que se encuentra la usuaria y coadyuvar en la mejora de sus hábitos de salud.

Por todo lo anterior, y con la finalidad de presentar el examen recepcional para obtener el grado de Licenciada en Enfermería, se justifica la presentación del siguiente trabajo.

III.-OBJETIVOS

3.1.- Objetivo General:

Aplicar la metodología del Proceso de Enfermería en base a las 14 necesidades de la filosofía de Virginia Henderson, identificando de manera personalizada las alteraciones reales y/o potenciales del estado de salud de la paciente con Diabetes Mellitus tipo 2.

3.2.- Objetivos Específicos:

- Realizar la valoración, de acuerdo a las catorce necesidades que cita Virginia Henderson en su filosofía.
- Identificar las alteraciones reales o potenciales del estado de salud de la paciente con Diabetes Mellitus tipo 2.
- Formular diagnósticos de enfermería de acuerdo a las necesidades prioritarias detectadas en la valoración de la paciente y brindar atención integral.
- Elaborar un plan de cuidados en cada uno de los diagnósticos formulados, para llevar acabo la ejecución, de manera organizada
- Implementar acciones de enfermería basándose en las necesidades detectadas, brindando atención humanística a la usuaria y capacitarla para favorecer un mejor control de su padecimiento.
- Evaluar constantemente los objetivos establecidos y la eficacia de la metodología aplicada.
- Presentar y Aprobar el exámen recepcional para obtener el grado de Licenciada en Enfermería.

IV.- MARCO TEORICO

4.1.- PROCESO DE ENFERMERÍA

Referentes Históricos

El término de Proceso de Enfermería fue introducido por primera vez por Lydia Hall en 1955. a finales de los años 50 y principios de los 60, Dorotty Jonson (1959), Ida Orlando (1961) y Ernestina Wiedenbach (1963) introdujeron un Modelo de Proceso de Enfermería que constaba de tres pasos. En 1966, Virginia Henderson identificó las acciones de Enfermería básicas como funciones independientes y afirmó que el proceso de enfermería utiliza los mismos pasos que el Método Científico. En 1967, Sois Knowles presentó un Modelo de procesos que llamó las cinco D: descubrir (DISCOVER), investigar (DELVE), decidir (DECIDE), hacer (DO) y distinguir (DISCRIMINATE) (perry, 1982). En 1967, la Western Interstate Comisión Of. Higher Educación (wiche) y la Catholic University of América, estudiarón El Proceso de Enfermería y comunicación, interpretación, actuación (o intervención) y evaluación el profesorado de la Catolic University of América dividió El Proceso de Enfermería en cuatro fases: valoración, planificación, interpretación, actuación y evaluación (Yura y Walsh, 1983).

En 1973, Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin de ls St. Louis University School of Nursing, iniciaron conferencias nacionales sobre la clasificación de los Diagnósticos de Enfermería (Gibbie, Lavin, 1975). Además, educadores de Enfermería y clínicos comenzaron a utilizar el Modelo de Proceso de Enfermería de cinco pasos de forma habitual. Desde 1973, han tenido lugar conferencias sobre la clasificación de los Diagnósticos de Enfermería cada 2 años.

También en 1973, la América Nurses Association (ANA) publicó los Standards of Nursing Practice, en los que se describe el modelo de Proceso de Enfermería de cinco pasos (ANA, 1973).

En la publicación de 1980 A Social Statement (ANA, 1980), se documentaba un mayor compromiso de la ANA con el Modelo de los cinco pasos, lo cual convirtió a éste Modelo en el patrón para la práctica de la Enfermería profesional. La revisión de los Standards of Clinical Nursing Practice de la ANA de 1961, continua utilizando el Modelo de cinco pasos (ANA, 1991). En 1982, se revisaron los exámenes del tribunal estatal profesional (NCLEX) para introducir el proceso de Enfermería como uno de los conceptos sobre organización necesarios para la práctica competente de enfermería.

La Joint Comisión on Accreditation of Health Care Organizations (JCACHO) continua exigiendo El Proceso de Enfermería como medio de documentación de todas las fases de cuidados del paciente (JCACHO, 1994). El proceso de Enfermería continua siendo incorporado a las políticas y prácticas de acreditados hospitales (Potter y Perry, 1996).

Definición

1983 Marriner establecía que:

"El Proceso de Enfermería es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería".

El Proceso de Enfermería, es un método sistemático de brindar cuidados humanistas, fijadas de antemano, de forma reflexiva y consciente cuya finalidad es estructurar la prestación de los cuidados de enfermería y mantener el bienestar óptimo del cliente, y si éste cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de Enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar por el mayor tiempo posible.

Propiedades del proceso de Enfermería.

- Es un *método* porque es una serie de acciones o etapas a seguir por la enfermera (o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.
- Es *sistemático* porque requiere de un orden y de un método para su realización. Es sistemático por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).
- Es *humanista* por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.
- Es *intencionado* porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y el de la propia enfermera (o).
- Es *dinámico* por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.
- Es *flexible* porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.
- Es *interactivo* porque se basa en las relaciones recíprocas que ocurren entre la enfermera y el cliente, familia y otros profesionales de salud.
- Es *deliberado* porque precisa de una actitud reflexiva voluntariosa, consciente y con un objetivo por parte de quien la ejecuta.

- Es *continuo* O lo que es lo mismo que comienza cuando la persona entra en contacto con el sistema de cuidados enfermeros y continúa durante todo el tiempo que necesita de ellos.
- Es *planificado* es decir no improvisado, sino pensado y diseñado de antemano.
- Es *resuelto* ya que va dirigido a un objetivo

Todos estos requerimiento pueden añadir multiplicidad al proceso, pero al mismo tiempo lo dotan de cientificidad y hacen que sus propósitos, concretos y especificados, puedan ser alcanzados.

Beneficios que se obtienen de su aplicación

Aplicar el Proceso Enfermero en nuestro medio es un verdadero reto por el sin número de factores que caracterizan la formación y práctica de la enfermería mexicana y que la ubican en una situación de desventaja en relación con la de otros países; sin embargo esto no debe constituir un obstáculo para que toda enfermera (o) que busca el logro de identidad profesional y brindar una atención de calidad empiece a trabajar con esta metodología que requiere del ejercicio de habilidades del pensamiento.

Con la aplicación del proceso se delimita el campo de acción específico de la enfermería y con ello se demuestra que la enfermera (o) profesional realiza numerosas acciones que van mas allá del cumplimiento de una prescripción médica, ya que “el proceso de enfermería complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana “.

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

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

Etapas del Proceso de Enfermería

Consta de cinco etapas las cuales están íntimamente interrelacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente etapa.

Dichas etapas son las siguientes:

- **Valoración**
- **Diagnóstico**
- **Planificación**
- **Ejecución**
- **Evaluación**

ETAPA DE VALORACIÓN

Definición

Es la primera etapa del proceso de enfermería que constituye la base de las siguientes etapas, pudiendo ser considerada, desde esta perspectiva como la piedra angular de la totalidad del trabajo enfermero, ya que es el método idóneo para reunir información necesaria referente al usuario, familia y comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas así como los recursos (capacidades) con los que se cuenta, que ha de permitirnos formular el diagnóstico enfermero y a partir de éste proponer y llevar a cabo intervenciones enfermeras encaminadas a su logro y evaluarlas.

La valoración que realiza la enfermera del usuario (s) tiene que ser total e integradora por lo que debe seguir un enfoque holístico; es decir un modelo enfermero para la identificación de respuestas humanas.

Objetivos de la valoración:

- Identificar las alteraciones reales o potenciales que ocasionan desequilibrio en el cliente, para alcanzar su máximo bienestar.
- Crear una base de datos sobre la respuesta de un cliente ante la salud o la enfermedad, con el fin de conocer los cuidados de enfermería que necesita el cliente.
- Captar lo más acertadamente posible la naturaleza de la respuesta humana a la situación de salud que están viviendo las personas objeto de nuestra intervención enfermera".
- Otro de los objetivos son el querer, el saber y el poder determinar, acertadamente, en cada momento la situación de salud que están viviendo las personas, así como la naturaleza de su respuesta a ésta.

Pasos para realizar la Valoración

La valoración como proceso continuo proporciona información valiosa del usuario, permitiéndonos emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas reales y/o potenciales, y de los recursos (capacidades) existentes para conservar y recuperar la salud.

Son cuatro los pasos que se deben realizar en la etapa de valoración:

- 1.- Recogida de datos
- 2.- Organización de datos
- 3.- Validación / Verificación de los datos
- 4.- Registro de los datos

1.- Recogida de la información (datos)

Es una etapa en la que adquiere un especial protagonismo sobre la filosofía que nos guíe, los conocimientos, las habilidades que poseamos, así como nuestra capacidad de interacción para llevarla a cabo, ya que de cómo orientemos y realicemos la toma de la información va a depender el éxito de la valoración.

Consiste en reunir información útil, necesaria y completa sobre el estado de salud de cliente.

Esta etapa inicia desde el “primer encuentro con el usuario, y continua en cada encuentro subsiguiente hasta que se termine de trabajar con el”, por lo que es indispensable aprovechar cada momento en que se esté con el usuario y su familia para recolectar datos que nos permitan conocerlos.

Debe ser un proceso tan sistemático como continuo para evitar que se omitan datos importantes y que reflejen los cambios en el estado de salud de un cliente. Con esto se crea una base de datos, que comprende la exploración física de enfermería, historia clínica, resultados de laboratorio y pruebas diagnósticas.

En esta etapa de recogida de información hemos de tener en cuenta:

- Las fuentes de recogida de datos a las que podemos acudir son primaria o directa y secundaria o indirecta. El cliente a valorar es la primera o la fuente directa de información, la fuente secundaria o indirecta son la familia, los amigos, o las demás personas, otros profesionales de la salud, el expediente clínico del paciente, los registros e informes, datos de laboratorio y publicaciones son fuentes secundarias o indirectas.

- El tipo de datos que podemos obtener son de dos tipos

Objetivos y Subjetivos. Los primeros son signos, datos de manifiesto o evidencias que podemos cuantificar, son detectables por un observador o pueden comprobarse con alguna norma aceptada, se obtienen mediante la observación o exploración física.(por ejemplo: una temperatura, un olor, un color, una

frecuencia,...). Los segundos conocidos como síntomas o datos no visibles, son hechos o ideas evidentes y únicamente puede expresarlos o verificarlos la persona afectada. (Por ejemplo: me duele la cabeza, no entiendo porqué, me fastidia tener que privarme siempre de lo que más me gusta,...). La información de los familiares o allegados también se considera subjetiva.

Es indispensable contar con una guía durante la recolección de datos para seguir una metodología específica durante la valoración, evitar omisiones y facilitar a la vez la organización de datos.

2.- Organización de datos

Es la agrupación sistemática de los datos en categorías o conjuntos de información relacionada, lo que ayuda a empezar a tener una imagen nítida de los diversos aspectos de la situación que se está viviendo el cliente.

Organizar los datos de una u otra forma influirá en el tipo de información que se obtiene.

La enfermera puede organizar los datos en diferentes esquemas o modelos disponibles, este se puede modificar de acuerdo al estado físico del cliente; ya sea por órganos, aparatos y sistemas biológicos, este ayudará a identificar problemas corporales; organizar los datos por patrones de respuestas humanas o por patrones funcionales de Gordon, el modelo de autocuidado de Orem y el modelo de adaptación de Roy ayudará a la identificación de problemas y diagnósticos enfermeros.

3.- Validación de datos

Una vez reunida la información del cliente tiene que ser validada esto le permitirá a la enfermera asegurarse de que la información obtenida sea la correcta, exacta y completa, a fin de evitar prejuicios y conclusiones precipitadas que nos pueden llevar a un error diagnóstico. La validación de los datos no esperados o incongruentes así como los que sean de gran importancia en la formulación del diagnóstico o la planificación de la intervención enfermera.

Para la validación de los datos es necesario: realizar un “doble examen” o inspección de los datos que consiste en revalorar al usuario, solicitar a otra enfermera (o) que recolecte aquellos datos en los que no se esté seguro, comparar datos objetivos y subjetivos, consultar al usuario / familia y a otros integrantes del equipo de salud.

4.- Registro de datos

Es el último paso de la etapa de valoración y consiste en plasmar o dejar constancia por escrito de toda la información obtenida y de las intervenciones, sin embargo este ha sido uno de los grandes problemas en donde enfermería no ha tenido impacto

Puede realizarse antes, durante o inmediatamente tras la recogida de los datos con el fin de prevenir el olvido de información relevante.

Al realizar cualquier tipo de anotación enfermera se deben seguir algunas normas, como las siguientes:

- Escribir con material indeleble: pluma, bolígrafo rotulador,...
- Hacer anotaciones concretas y concisas y con letra fácilmente legible
- Usa sólo las abreviaturas que estén consensuadas y que no puedan conducir a error.
- No borrar ni usar líquido corrector; es preferible poner el error entre paréntesis, tachar y sobre ello en color llamativo escribir ERROR.
- No dejar espacios en blanco ni escribir entre renglones.

La comunicación de los datos es un acto también revestido de una gran importancia pues lleva implícito el conocimiento de qué comunicar y a quien debe ser comunicado. En cuanto al qué comunicar decir que se suele comunicar lo que no es normal, actuación para la que es preciso un conocimiento de la normalidad. En lo referente a quien comunicar decir que los datos se pueden comunicar a la persona afecta, a la familia, a otros miembros del equipo (con mucha frecuencia al facultativo),...; y esto supone un conocimiento de las áreas de competencia de cada una de ellas. En cualquier caso siempre debemos tener en cuenta que la confidencialidad en el manejo de los datos y la intimidad del paciente han de estar preservadas.

Métodos para la recogida de datos.

Las técnicas de las que disponemos las enfermeras para llevar a cabo esta recogida de información, es mediante: la entrevista, la observación, y la exploración física a través de: la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación.

Haciendo una conjugación de estos elementos diremos que los datos objetivos se determinan mediante el examen físico y la observación del cliente y que los datos subjetivos se obtienen mediante la entrevista y tanto sobre el cliente como sobre las otras fuentes indirectas.

LA ENTREVISTA. Cumple 4 propósitos en el Diagnóstico de enfermería:

1) permite a la enfermera adquirir información específica necesaria para el diagnóstico y planificación; **2)** facilita la relación enfermera-paciente; **3)** permite al cliente recibir información y participar en la identificación de problemas y fijación de objetivos, y **4)** ayuda a la enfermera a determinar áreas de investigación. Se trata de un proceso determinado para permitir a la enfermera y el cliente dar y recibir información.

Partes de la entrevista:

Introducción. Empieza una relación terapéutica, deberá transmitir respeto, llamarlo por su nombre, explicar el propósito, calcular tiempo, crear un ambiente de seguridad y confianza, en donde el cliente pueda sentirse cómodo compartiendo información de naturaleza personal.

Núcleo. La enfermera centra el dialogo en áreas específicas diseñadas para obtener los datos necesarios. La forma de recoger la anamnesis depende del tipo del lugar y del propósito de la entrevista. Las áreas del contenido se definen, y la enfermera utiliza un formulario.

Finalización. Resumir los puntos más importantes comentados en la entrevista esto permite que el cliente verifique o niegue la percepción que la enfermera tiene de los principales problemas.

Técnicas no verbales. Los componentes no verbales muchas veces transmiten un mensaje más eficaz que las palabras verbales, el mensaje no verbal tiende a aceptarse con más facilidad. Los componentes no verbales son: expresión facial, posición corporal, el tacto, la voz, el silencio y la forma activa de escuchar.

La Expresión facial a menudo revela información importante, la enfermera deberá observar expresiones, el ceño fruncido y la falta de contacto visual. Deberá preocuparse si la expresión facial no es apropiada con el contexto del mensaje.

Fruncir el ceño puede indicar desacuerdo, falta de entendimiento, dolor, cólera o desdicha.

Falta de contacto visual podría significar que el cliente está incomodo, es tímido, débil, aburrido, intimidado o retraído.

La postura corporal y la actitud, una actitud relajada puede indicar la disponibilidad para compartir una información, del mismo modo que una actitud tensa o rígida sugiere la desgana de compartir, dolor o ansiedad.

La enfermera deberá observar en especial las discrepancias entre las palabras dichas por el cliente y los mensajes no verbales comunicados por la postura o actitud.

La utilización del tacto puede influir mucho en el proceso de la entrevista. Los clientes pueden sentirse más o menos a gustos tocando o al ser tocados. La utilización del tacto por parte de la enfermera deberá ser determinado por la disponibilidad del cliente. La enfermera puede transmitir su afecto, preocupación y apoyo simplemente tocando el brazo al cliente, apretándole la mano o el brazo.

- **LA OBSERVACIÓN.** Implica el uso de los sentidos para adquirir información relativa al cliente. Exige una amplia base de conocimientos y la utilización consciente de los sentidos

- **EXPLORACIÓN FÍSICA.** Es un método sistemático de recogida de datos que utiliza capacidades de observación para descubrir los problemas de salud. Se utilizan los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación. Requiere de conocimiento, práctica y tiempo. Se lleva a cabo de forma sistemática, puede ser cefalocaudal, por aparatos, o puede centrarse en un área conflictiva o hacer una exploración de detección selectiva.

INSPECCION: Se refiere a la exploración visual del cliente, para determinar repuestas o estados normales, inusuales o anormales. Es sistemática y detallada, ya que define características como el tamaño, color, textura, aspecto, movimiento y simetría.

PALPACIÓN. Es la utilización del tacto para determinar las características de la estructura orgánica debajo de la piel. Esta técnica permite a la enfermera evaluar el tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad.

PERCUSIÓN. Consiste en que la enfermera golpea una superficie corporal con uno o varios dedos para producir sonidos. Esto permite determinar el tamaño, la densidad, los bordes de un órgano y su localización.

AUSCULTACIÓN. Consiste en escuchar el ruido producido por los órganos de cuerpo.

METODOS DE EXPLORACIÓN.

- **DE CABEZA A PIES.**
- **PATRONES DE SALUD FUNCIONAL.** Este método permite a la enfermera examinar al cliente basándose en los nueve patrones de respuesta humana, que refleja la relación del cliente con su entorno. PERCEPCIÓN DE LA SALUD/CONTROL DE LA SALUD, NUTRICIONAL/METABOLICO, ELIMINACIÓN, ACTIVIDAD/EJERCICIO, SUEÑO/REPOSO, COGNOSCITIVO/PERCEPTUAL, AUTO-PERCEPCION, SEXUALIDAD/ACTIVIDAD SEXUAL, AFRONTAMIENTO/CONTROL DEL ESTRÉS, VALORES/CREENCIAS,

DOCUMENTACION.

Es el segundo componente de la valoración es la documentación de la base de datos.

Propósitos

1. Establece una forma mecánica de comunicación entre los miembros del equipo de salud. También ayuda a crear relaciones positivas entre el cliente y quienes le administran los cuidados sanitarios.
2. Facilita la administración de unos cuidados de calidad al cliente. La información recogida permite a la enfermera desarrollar diagnóstico, resultados e intervenciones de enfermería preliminares.
3. Garantiza un mecanismo de evaluación de los cuidados individuales de cada cliente.
4. Crea un permanente registro legal.
5. Proporciona la base para la investigación de enfermería.

ETAPA DE DIAGNOSTICO

Es la segunda etapa del Proceso de Enfermería que inicia al concluir la valoración y constituye una “función intelectual compleja”, al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como de los recursos existentes (capacidades).

Definición

El diagnóstico enfermero es la identificación y análisis de respuestas humanas del cliente ante problemas o situaciones que afectan su equilibrio.

Es crear la esencia del estado de salud de individuo o más, basada en la información visual y oral que obtuvimos en la valoración, y que nos permite actuar con la finalidad de mantener o potenciar la salud de las personas.

Un diagnóstico es esencialmente una declaración que identifica la existencia de un estado no deseado. Así la NANDA (Asociación Norteamericana del Diagnóstico de Enfermería) lo define como un juicio clínico sobre las respuestas de individuo, familia o de la comunidad ante problemas reales o potenciales, o procesos vitales. Es una compleja función intelectual. Consta de 4 fases: preparación de los datos, formulación del diagnóstico, convalidación y documentación.

El término Diagnóstico se utilizó en los cincuentas, en 1960, Faye Abdellah introdujo un sistema de clasificación de 21 problemas clínicos. En 1973 fue la primera conferencia Nacional sobre la Clasificación de los Diagnósticos, este mismo año la ANA (asociación americana de enfermería) aprobó y legitimizó la utilización del término Diagnóstico de Enfermería.

Diferencias entre diagnóstico enfermero y diagnóstico médico.

El diagnóstico enfermero describe al individuo de forma holística, a través de la identificación de una respuesta humana individual a alguna situación, por lo cual puede variar ya que las respuestas no son estáticas. Este diagnóstico guiará el cuidado de enfermería ya que es la percepción que tiene la persona de su estado de salud. Y el Diagnóstico médico, solo describe un proceso específico de enfermedad y durante todo este proceso permanece invariable, por lo cual es únicamente aplicable en situaciones de enfermedad ya que se refiere solo a alteraciones fisiopatológicas.

Las **ventajas** de la correcta utilización de diagnóstico enfermero radica en que nos proporciona un marco de referencia además, es el eje del proceso enfermero, ya que nos ayudará decidir los objetivos y las actuaciones que han de seguirse, ya que proporcionan el primer paso para construir un cuerpo de conocimientos propios, su utilización aclarará las funciones propias de la profesión a si como podrá ser áreas de investigación. También facilita la comunicación profesional, ya que crea un modelo de información conocido e identificado por todo el profesional de enfermería. Por lo tanto facilitará los principios para la organización y estructura para la formación, práctica e investigación, al tener una terminología propia nos permitirá avanzar de forma más eficiente en todos los procesos.

Errores en el Proceso de Diagnóstico

Son tres fuentes principales de errores en el proceso de diagnóstico:
1) recogida de datos inexactos e incompletos; **2)** interpretación incorrecta de los datos; y **3)** falta de conocimientos clínicos.

1) La capacidad que tiene la enfermera de formular diagnósticos de enfermería depende de una base de datos exacta y completa. Existen varios factores que

pueden interferir con la recogida de datos. Estos pueden ser problemas de comunicación, retención de información y distracciones/interrupciones.

2) Dos tipos de errores pueden llevar a una interpretación inexacta de los datos: a) usar sólo una señal o una observación para llegar a inferencias prematuras, y b) permitir que los prejuicios o las propensiones personales influyan en la interpretación de los datos.

3) La falta de conocimiento o experiencia clínica puede influir en la recogida o interpretación de los datos, pudiéndose llegar a cualquier de las siguientes situaciones: a) no se recogen los datos clínicos; b) agrupación incorrecta de las señales, o c) interpretación inexacta de las señales.

Fases del proceso diagnóstico

1.- ANALISIS:

a) Clasificar y agrupar datos: Valorar, analizar y clasificar los datos recogidos y su procedencia, o se puede agrupar por categorías, respuestas Humanas o necesidades, implementando también categoría de historia o antecedentes personales.

b) Determinar datos significativos: Resaltar la importancia a los datos significativos que nos hablen de la existencia de un problema y el ser holístico de la persona.

2.- SINTESIS:

a) Elección de la etiqueta Diagnóstica: Se elige en función del Conocimiento que tenga el listado diagnóstico, las definiciones y características definitorias de las categorías.

b) Búsqueda de etiologías o factores relacionados: Identifican la etiqueta diagnóstica determinar cual es el factor que puede ser evidente, no claro o desconocido.

3.- COMPROBACION: La enfermera trata de validar la precisión de la interpretación que ha hecho de los datos, utilizando la interacción con el usuario o familia, consultando otros profesionales, otras fuentes (revistas, libros etc.)

4.- REGISTRO: Registrar el diagnóstico, refiriéndose más a las respuestas que a la actuación de enfermería, utilizar relacionado por (r/c), hacerlo con expresiones convenientes legalmente, sin emitir prejuicios, evitando invertir el orden de los enunciados, sin reformular diagnósticos médicos, evitando formular dos palabras al mismo tiempo , utilizando conceptos que se encuentren dentro del campo de la acción de enfermería.

Componentes del diagnóstico enfermero

Hay diferentes formas de presentar un diagnóstico enfermero, el más utilizado parte del modelo de PES. (P), es una afirmación sobre el problema real o de riesgo de la persona o sobre un respuesta que arriesga su salud, (E) etiología o

factores que producen el problema, todo el conjunto de valores ideológicos y socioculturales, psicológicos o fisiológicos que puede tener relación con el problema de salud de la persona y que contribuyen a su aparición y el enunciado (S) Representa los signos y síntomas que se detectan en la valoración. Son los datos que constituyen las características definitorias que determinan la etiqueta diagnóstica.

Normalmente el diagnóstico enfermero se formula como un juicio con dos parte: la primera parte es el problema y la segunda parte es la etiología. Ambas están unidas por las palabra “relacionado con” (R/C), que implica la conexión entre el problema y los factores relacionados.

1ª parte: La respuesta humana

Una respuesta humana, identifica el modo en que el cliente responde ante un estado de salud o enfermedad. Especifica una determinada respuesta humana, identificada por la enfermera durante la valoración. Esta cláusula indica a las enfermeras lo que hay que cambiar en un determinado cliente como resultado de las intervenciones de enfermería. Por ejemplo, si la enfermera determina que al cliente le esta costando decidirse entre una serie de formas de tratar un problema médico; se pondría nombrar a la respuesta humana “conflicto de toma de decisiones”.

Al redactar la primera parte, deberá tenerse en cuenta lo siguiente:

- 1.- ¿cuál es la respuesta humana sugerida por los datos de la valoración?
- 2.- ¿hasta que punto es problemática la respuesta humana?

2ª parte: Los factores relacionados

En la segunda parte se identifican los factores relacionados (etiología). Con el fin de impedir, reducir o mitigar una respuesta en el cliente, la enfermera debe saber por qué está ocurriendo. Los factores relacionados identifican los factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales y espirituales, que se creen que son los causantes o que contribuyen a la respuesta manifestada por el cliente.

Clasificación de los diagnósticos

Se clasifican en **Reales**, de **Riesgo** y de **Salud**

El diagnóstico **Real**, “describe las respuesta actual de una persona, una familia o una comunidad y se apoya en la existencia de características definitorias (datos objetivos y subjetivos) además de tener factores relacionados.

Formato de tres (PESS)

Problema + factores relacionados + datos objetivos y subjetivos

El diagnóstico de **Riesgo** (potencial): “describe respuestas humanas, que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad

vulnerables”, no existen características definitorias (datos objetivos y subjetivos), solo se apoya en los factores de riesgo.

Formato de dos partes (PE)

Problema + factores de riesgo

El Diagnóstico enfermero de **salud**: “es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor”.

Qué se debe evitar al estructurar diagnósticos de enfermería

1. Formular diagnósticos enfermeros en términos de la respuesta del cliente, en lugar de las necesidades de enfermería.
2. usar “relacionado con” en lugar de “debido” o “causado por” para conectar los dos enunciados del diagnóstico.
3. Redactar el diagnóstico en términos legalmente aconsejables.
4. Redactar los diagnósticos sin juicio de valor.
5. Evitar la inversión de los enunciados del diagnóstico.
6. Evitar el uso de indicios asociados en el primer enunciado del diagnóstico.
7. Los dos enunciados del diagnóstico no deben significar lo mismo.
8. Expresar el factor relacionado en términos que se puedan modificar.
9. No incluir diagnósticos médicos en el diagnóstico de enfermería.
10. Exponer el diagnóstico en forma clara y concisa.

ETAPA DE PLANEACIÓN

Es la tercera etapa del proceso de enfermería sistemática y deliberativa, en la que se toman decisiones y se resuelven problemas, consultando datos de la evaluación del cliente y enunciados diagnósticos para formular objetivos y elaborar estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para prevenir, reducir o corregir los problemas de salud del cliente. El producto es un plan asistencial el paciente.

Esta fase inicia después de la formulación de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, y finaliza con la documentación del plan de cuidados.

Durante esta fase se desarrollan los RESULTADOS E INTERVENCIONES de enfermería. Los **resultados** indican lo que el cliente podrá hacer como resultado de las acciones de enfermería. Las **intervenciones** de Enfermería describen de qué modo la enfermera puede ayudar al cliente a alcanzar los resultados.

Esta etapa consta de 4 fases:

1. Fijación de prioridades.
2. Desarrollo de resultados (elaboración de objetivos).
3. Desarrollo de las intervenciones de Enfermería.
4. Documentación del plan.

1ª fase: FIJACIÓN DE PRIORIDADES

Criterios para establecer prioridades

Establecer prioridades es el proceso por el que se determina un orden de preferencias para las estrategias de enfermería. En lugar de ordenar los diagnósticos de forma sucesiva, las enfermeras pueden agruparlos en 3 categorías: prioridad alta, media o baja.

- Los problemas de riesgo vital, se consideran de prioridad alta.
- Los que suponen una amenaza de salud se les suele asignar una prioridad media.
- La prioridad baja es aquella que surge de necesidades normales y requieren un apoyo mínimo de enfermería.

Otra manera de fijar prioridades, es a través de la pirámide de Abraham Maslow, y resulta fácil para la enfermera siguiendo el mismo orden:

- Prioridad 1. problemas que amenazan la vida e interfieren con las necesidades fisiológicas.
- Prioridad 2. problemas que interfieren con la seguridad y protección.
- Prioridad 3. problemas que interfieren con el amor y la pertenencia.
- Prioridad 4. problemas que interfieren con la autoestima
- Prioridad 5. problemas que interfieren con la capacidad para lograr objetivos personales.

Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenecen, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas. Es importante señalar que en la mayoría de las ocasiones los problemas interdependientes son prioritarios, sobre todo si el usuario se encuentra hospitalizado y grave; sin embargo, los diagnósticos enfermeros se pueden tratar en forma simultánea a los problemas interdependientes.

2ª fase: DESARROLLO DE RESULTADOS (elaboración de objetivos)

Diferencias entre objetivos y criterios de resultados.

Luego de asignar prioridades, la enfermera establece los objetivos de cada diagnóstico enfermero. Los objetivos son una parte indispensable dentro de la etapa de planeación, ya que con ellos “se mide el éxito de un plan determinado” al valorar el logro de los resultados. Un objetivo es la evolución del paciente o una modificación de su comportamiento deseado. Conseguir un objetivo es resolver el problema especificado en el diagnóstico enfermero. Los objetivos son enunciados amplios acerca de los efectos de las intervenciones de enfermería, mientras que los criterios de los resultados son considerados como los criterios medibles y más específicos que se utilizan para evaluar si se ha logrado el objetivo.

Los objetivos para un plan de cuidados deben reunir las siguientes características:

1.- Resultar del diagnóstico enfermero o problema interdependiente; es decir centrarse en dar solución al problema (*objetivo final*), y en “la modificación o

desaparición de los factores causales del problema o de sus efectos (*objetivo específico*).

2.- Deben estar dirigidos a al usuario, familia o comunidad, porque en ellos se esperan los resultados; también pueden referirse a una parte del organismo o a una función, como es el caso de algunos diagnósticos enfermeros, y cuando se tratan de problemas interdependientes.

3.- Incluir verbos que se pueden observar y evaluar para tener la certeza de que se ha logrado el objetivo.

4.- Ser claros y precisos, con los siguientes elementos en su relación: sujeto (persona), verbo (conducta), condición (circunstancias en que debe realizarse la conducta) y criterios de realización (tiempo y grado de tolerancia o dificultad para realizar la acción).

5.- Haber involucrado al usuario y su familia, para perseguir el mismo fin y tener mayores posibilidades de éxito. En el caso de los objetivos para problemas interdependientes es conveniente la participación de todos los integrantes del equipo de salud, además del usuario y familia.

6.- Utilizar un solo verbo (conducta) por cada objetivo.

7.- Ser realistas, es decir que consideren las capacidades físicas psicológicas y personales del usuario (s) para que se puedan alcanzar.

8.- Considerar en los objetivos conductas de los dominios: cognitivo, afectivo y psicomotriz de acuerdo a las características del problema de salud.

3ª fase: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA O ESTRATEGIAS

Implica la redacción de intervenciones de enfermería que describen de que modo la enfermera(o) ayudará al cliente a conseguir los objetivos propuestos.

“Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos” y están encaminadas a tratar los factores relacionados o de riesgo del problema de salud señalado en el diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

El éxito de las intervenciones o estrategias, depende de la capacidad que tenga la enfermera de generar y escoger alternativas eficaces.

Las intervenciones se centran en las actividades necesarias para el fomento, conservación o restablecimiento de la salud del cliente. Y pueden ser interdependiente e independientes.

En la determinación de dichas estrategias se emplea el pensamiento crítico, para analizar la situación “problema” mediante cuestionamientos que conducen a la selección de acciones de enfermería específicas.

Cuestionamientos:

- 1) ¿Cuál es el problema?
- 2) ¿Cuáles son sus factores relacionados o de riesgo?
- 3) ¿Qué se debe valorar antes, durante y después de realizar las acciones de enfermería?

- 4) ¿Qué acciones de enfermería específicas se tienen que realizar para prevenir o tratar la etiología del problema? (factores relacionados o de riesgo).
- 5) ¿Qué acciones de enfermería educativas se requieren?
- 6) ¿Cuáles acciones de enfermería se tienen que incluir para consultar y derivar al usuario (s) al profesional de la salud adecuado? Y ¿En que momento?
- 7) ¿Qué anotaciones de enfermería se deben realizar?
- 8) ¿Qué acciones de enfermería derivadas de la prescripción médica están encaminadas a dar solución al problema y su etiología?

Características del plan de cuidados

La *individualidad*, es decir cada plan debe responder a problemas y factores relacionados / riesgos específicos, la *participación* del usuario, familia y comunidad en su elaboración; la *actualización* con respecto a los cambios del usuario y a los avances de la enfermería como disciplina científica; la *fundamentación* científica de las acciones con fines didácticos y ser *fuentes de comunicación* entre los profesionales de la enfermería.

Características de las intervenciones.

1.- Ser congruentes con el plan de cuidados

No deberán entrar en conflicto con los enfoques terapéuticos del resto de los miembros del equipo de salud.

2.- Basarse en principios científicos.

Utilización de un fundamento científico que apoye las decisiones de la enfermera y constituya la base de la acción de enfermería.

3.- Individualizarse a las situaciones en concreto.

Centrarse en los factores relacionados con el diagnóstico, incluir la opinión del paciente y familia, tener en cuenta las fuerzas y debilidades del cliente y familia y tener en cuenta la urgencia y gravedad de la situación.

4.- Utilizarse para proporcionar un ambiente seguro y terapéutico.

Deben satisfacer las necesidades fisiológicas, antes de poder ocuparse de niveles superiores. En un ambiente seguro, se proporcionan estas necesidades básicas mediante las intervenciones médicas y de enfermería. Para un ambiente terapéutico, se desarrollan estrategias que resulten eficaces en la promoción, mantenimiento o restablecimiento de la salud. Las intervenciones pueden consistir en tratamientos, valoración, enseñanza, consultas o cualquier tipo de acción que prometa ser útil.

5.- Utilizar los recursos apropiados (ANA).

La enfermera debe tener en cuenta si la intervención deberá ser práctica en lo referente al equipo, factores económicos y recursos humanos.

Directrices para la redacción de las intervenciones de enfermería.

a) Deberán estar fechadas y firmadas

b) Deberán incluir verbos de acción concretos y enumerar las actividades específicas para lograr los resultados esperados.

- c) Deberán definir, Quién, Qué, Dónde, Cuándo, Cómo y Con Qué frecuencia tendrá lugar las actividades identificadas.
- d) Deberán estar individualizadas.

4ª fase. DOCUMENTACION DEL PLAN DE CUIDADOS

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

Esto se realiza a través de la documentación en el plan de cuidados de enfermería. El plan de cuidados enfermeros es un método para comunicar importantes información relativa al cliente. El formato del plan del cuidado ayuda a la enfermera a preparar la información recogida durante las fases de valoración y el diagnóstico. Actúa como centro receptor, cuando la enfermera lo utiliza para anotar los resultados de la fase de planificación. Facilita la comunicación al enviar información pertinente. Proporcionan un mecanismo para evaluar los cuidados proporcionados.

Propósitos. Sirve como borrador para dirigir las actividades de enfermería hacia el cumplimiento de las necesidades de salud del cliente. Proporciona un mecanismo para la administración de unos cuidados consientes y coordinados. Se utiliza como un instrumento de comunicación entre las enfermeras y demás miembros del equipo de salud.

De acuerdo con su registro los planes de cuidados pueden ser: *individualizados*, cuando se utiliza un formato dividido en columnas en donde la enfermera (o) procede a escribir el diagnóstico enfermero / problema interdependiente, objetivos, acciones de enfermería y evaluación; *estandarizados*, en caso que estén impresos y respondan a problemas específicos, permitiendo hasta cierto punto su individualización al dejar espacios en blanco para que la enfermera (o) realice anotaciones particulares del usuario; y los *computarizados*, que surgen de “planes creados por ordenador”, que después de introducir información del usuario, familia y comunidad ofrecen los planes de cuidados respectivos.

Características de la documentación del plan de cuidados

- Está escrito por profesionales de enfermería.
- El plan inicia desde de la primera intervención con el paciente.
- Están fácilmente disponibles y actualizados.
- Se modifica a corde a las necesidades del cliente.

ETAPA DE EJECUCIÓN

Es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados”... y está enfocada al inicio de aquellas

intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados”.

Es la fase en que la enfermera pone en marcha el plan de cuidados de enfermería.

Pasos para la Ejecución

- Preparación
- Intervención
- Documentación

¿En que consiste la preparación?

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

- 1.- Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario y que sean “compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria” haciéndose necesaria la revaloración.
- 2.- Analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarios para realizar las actividades planeadas, en caso de no ser así, es indispensable solicitar asesoría.
- 3.- Tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería.
- 4.- Reunir el material y equipo necesario para llevar a cabo cada intervención.
- 5.- Crear un ambiente confortable y seguro para el usuario durante la realización de cada actividad.
- 6.- Delegar cuidados enfermeros que se apeguen a “los cuatro puntos clave de la delegación”.

¿Cuándo inicia la intervención?

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

Como las respuestas humanas y fisiológicas son cambiantes, es preciso la revaloración del usuario, familia y comunidad para estar seguros de que las intervenciones de enfermería son las apropiadas. Cada acción de enfermería debe ser el resultado de una valoración y de la aplicación del pensamiento crítico, por consiguiente el término RUTINA es inadecuado, cuando se emplea la metodología del proceso enfermero.

En cada intervención de enfermería, “usted es tan responsable de los resultados emocionales como de los resultados físicos”, por lo que es necesario actuar siempre “con pleno conocimiento de los principios y razones, observando atentamente la respuesta” del usuario y familia.

¿Qué es la documentación?

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

Son propósitos de los registros de enfermería: *mantener* informados a otros profesionales del área de la salud sobre datos de valoración del usuario, cuidados proporcionados y las respuestas del usuario / familia; *ser* “base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados”; *respaldar* legalmente las actuaciones de la enfermera (o) y *servir* para estimar “el pago de los servicios prestados”.

Existe gran diversidad en los registros de enfermería por obedecer a requisitos particulares de cada unidad de atención para el cuidado de la salud; sin embargo, éstos deben reunir ciertas características universales como son: fecha y hora; datos de valoración, intervenciones de enfermería; resultados obtenidos y nombre y firma de la enfermera (o). Asimismo las notas deben ser concisas, claras, completas, legibles, relevantes y oportunas.

Las acciones de enfermería son de tres tipos:

Las acciones de enfermería **Dependientes** son aquellas que para ser realizadas se necesita no solo de enfermería sino que para ser llevadas a cabo dependen también de otros profesionales.

Las acciones **independientes** son las que lleva a cabo enfermería específicamente.

Las acciones de enfermería **Interdependientes** son las que se llevan a cabo en conjunto multidisciplinario.

El PROCESO DE EJECUCION incluye:

Nueva valoración del cliente.

Determinar necesidad de cuidados de enfermería

Ejecutar las estrategias de enfermería

Comunicar las acciones de enfermería

ASPECTOS ESENCIALES DE LA EJECUCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA

Tras valorar de nuevo al cliente y determinar las necesidades de asistencia la enfermera ejecuta las estrategias planeadas.

Las actividades de enfermería suelen incluir cuidar, comunicar, ayudar, aconsejar, actuar como defensor y agente de cambio del cliente guiar y tratar.

Además de realizar las actividades de enfermería las enfermeras: asignan y delegan cuidados a otro personal de enfermería, supervisan y evalúan las actividades de enfermería de otros. Tras cumplir las órdenes de enfermería, la enfermera, completa la fase de ejecución registrando las intervenciones así como las respuestas del cliente en las notas evolutivas de enfermería.

CAPACIDADES QUE DEBE TENER EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

- 1.- Las acciones de enfermería deben basarse en conocimientos científicos en la investigación de enfermería
- 2.- Deben conocer las ordenes que se van a ejecutar y cuestionar cualquiera que no sea entendida.
- 3.- Las acciones de enfermería deben adaptarse a cada cliente.
- 4.- Las actuaciones de enfermería deben ser holísticas.
- 5.- Las acciones de enfermería deben respetar la integridad y dignidad de la persona.
- 6.- Se debe animar a los clientes a que participen activamente en la ejecución de las actuaciones de la enfermera.
- 7.- Las acciones de enfermería deben proporcionarse en un ambiente favorecedor.

Las intervenciones van dirigidas a identificar los patrones habituales, detectar los factores relacionados específicos, desarrollar métodos preventivos o correctores para mitigar el factor relacionado y proporcionar educación al cliente.

ETAPA DE EVALUACIÓN

Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda práctica de enfermería; la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la *valoración, diagnóstico, planificación y ejecución*.

ETAPAS DEL PROCESO DE EVALUACIÓN

El proceso de evaluación tiene **seis componentes**:

- **Identificar la evolución esperada, que la enfermera utilizará para determinar la consecución de objetivos:** Esto sirve para 2 propósitos:
 - 1.- establecer el tipo de datos evolutivos que han de ser obtenidos,
 - 2.- Proporcionar un estándar frente al que se comparan los datos.

- **Obtener datos relacionados con la evolución esperada:** de esta manera se pueden extraer conclusiones sobre la consecución o no de los objetivos. Puede ser necesario obtener datos tanto subjetivos como objetivos.
- **Comparar los datos de la evolución esperada y juzgar si se han conseguido los objetivos**
- **Relacionar las acciones de enfermería con la evolución del cliente:** es determinar si las acciones son la causa o el único factor para la consecución total o parcial de un objetivo o para su no consecución.
- **Obtener conclusiones sobre el estado del problema:** La enfermera utiliza los juicios sobre la consecución de objetivos para determinar si el plan de cuidados fue eficaz para resolver, reducir o prevenir problemas del cliente.
- **Revisar y modificar el plan de cuidados del cliente:** dependiendo del centro las modificaciones pueden efectuarse a través de partes del plan de cuidados utilizando su rotulador, para remarcar suspendido y la fecha. Hay que tomar ciertos números de decisiones sobre continuar, modificar o suspender los cuidados de enfermería para cada problema. Antes de continuar con modificaciones la enfermera debe determinar primero por qué el plan no fue completamente eficaz.

PASOS PARA REALIZAR LA REVISIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS

- **Valoración:** Una base de datos incompleta o incorrecta influye sobre las fases posteriores del proceso de enfermería y sobre el plan de cuidados. Si esto ocurre la enfermera debe de valorar de nuevo al cliente y registrar nuevamente los datos.
- **Diagnóstico:** Si la base de datos es incompleta se pueden requerir nuevos informes diagnósticos. La enfermera debe analizar si el problema fue correctamente identificado y si los diagnósticos de enfermería son relevantes para la base de datos. Tras esta acción la enfermera revisa y añade nuevos diagnósticos, en función de las necesidades, para reflejar los datos más recientes del cliente.
- **Planificación (evolución esperada):** Si el diagnóstico de enfermería no es preciso, obviamente habrá que revisar el informe de los objetivos. La enfermera investiga si las estrategias de enfermería estuvieron relacionadas con la consecución de objetivos y si se escogieron las mejores estrategias.
- **Ejecución:** La enfermera debe comprobar si las órdenes de enfermería fueron cumplidas.

DIFERENCIA ENTRE EVALUACIÓN CUALITATIVA Y CONTROL DE CALIDAD.

La valoración de la calidad: consiste solamente en el análisis de los servicios.

El control de calidad: implica que se estén realizando esfuerzos para evaluar y asegurar la calidad del cuidado sanitario.

ASPECTOS DE ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADO.

1.- La estructura: Es en la que tiene lugar el cuidado del paciente. La evaluación de la estructura se centra en la organización del sistema de cuidados del cliente. No se puede proporcionar una atención de calidad sin el personal y los recursos adecuados; sin embargo una estructura adecuada de personal y unas instalaciones apropiadas no aseguran una atención de calidad.

2.- El proceso: La evaluación del proceso de cuidados se centra en las actividades de la enfermera, es decir, en el rendimiento de la persona que presta la atención en relación a las necesidades del cliente.

3.- Resultado de los cuidados: El foco de la evaluación de resultados es el estado de salud, el bienestar y la satisfacción del cliente o los resultados de los cuidados en términos de cambio en el cliente. La ventaja es que los logros se pueden observar con facilidad. La evaluación de los resultados.

LOS PROCESOS FUNDAMENTALES PARA DESARROLLAR INSTRUMENTOS QUE MIDAN LA CALIDAD CUALITATIVA DE LOS CUIDADOS.

- a) Realizar una evaluación sistemática y continua
- b) La eficacia de la intervención se evalúa con relación a la evolución
 - a) Los datos de la valoración continua se realizan para revisar los diagnósticos evolución y el plan de cuidados en función de las necesidades
 - b) Se documentan las revisiones de los diagnósticos, evoluciones y planes de cuidados
 - c) Los clientes, otras personas significativas y los profesionales sanitarios estarán implicados en el proceso de evaluación cuando este indicado.

4.2.- FILOSOFIA DE VIRGINIA AVENEL HENDERSON (1897 – 1996).



Datos Biográficos

Virginia nació en Kansas City, Missouri el 19 de Marzo de 1897. Se graduó en 1921 y en 1922 se especializó como enfermera docente. 1926 ingresa al Teachers College de la universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y magíster en arte en 1934. En 1948 hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del Textbook of the Principles and practice of Nursing, de Berta Harmer publicado en 1939. En 1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la Definición de Enfermería de Virginia Henderson. Desde 1953 hasta 1958 trabajo en el proyecto dirigido por Leo W Simmons, quien edito durante cinco años una Encuesta Nacional sobre la investigación en Enfermería la cual fue publicada en 1964. En 1966 publica su obra The Nature of Nursing aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera. Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale. Desde 1983 es honrada por recibir el Premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de Liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad. En 1978 publica la sexta edición de The Principles of Nursing fue elaborada por Henderson y Gladis Nite, editada por Virginia. En 1988, en la convención de la American Nurses Association (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida.

Virginia Avenel Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de Noviembre de 1996.

Fuentes Teóricas

Tres factores la condujeron a compilar su propia Definición de Enfermería el primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Berta Harmer. El segundo factor fue su participación como integrante del Comité de la Conferencia Regional de la National Nursi Council en 1946, y el tercer factor estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de Investigación de la American Nurses Association (ANA)

sobre la función de enfermería en 1955. Henderson clasificó su trabajo como una definición más que como una teoría, la describió como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas.

Otras de las fuentes que influenciaron su trabajo fueron: Annie W Goodrich, Caroline Stackpole, Jean Broadhurst, Dr Edward Thorndike, Dr George Deaver, Bertha Harmer, e Ida Orlando.

Tendencia y Modelo

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Perteneció a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

Principales Conceptos y Definiciones

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades se denominan por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

Definición de Enfermería

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento

necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Salud

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

Entorno

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.

Persona (paciente)

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.

Necesidades

En la obra de Henderson no aparece ninguna definición concreta de necesidad, si bien se señalan en ella 14 necesidades básicas del paciente que abarcan todos los componentes de la asistencia de enfermería. Estas necesidades son las siguientes:

- 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.

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 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología, de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización.

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.

Supuestos Principales

La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas. La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.

La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.

Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas.

Afirmaciones Teóricas

Relación enfermera – paciente:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

- **La enfermera como sustituta del paciente:** este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.
- **La enfermera como auxiliar del paciente:** durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.
- **La enfermera como compañera del paciente:** la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

Relación enfermera – médico:

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

Relación enfermera – equipo de salud:

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.

Método Lógico

Henderson utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las catorce necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos.

4.3.- DIABETES MELLITUS

Datos Históricos

La diabetes mellitus era ya conocida antes de la era cristiana. En el papiro de Ebers descubierto en Egipto, correspondiente al siglo XV antes de Cristo, ya se describen síntomas que parecen corresponder a la diabetes. Fue Areteo de Capadocia quien, en el siglo II de la era cristiana, le dio a esta afección el nombre de diabetes, que significa en griego *sifón*, refiriéndose al signo más llamativo que es la eliminación exagerada de agua por el riñón, expresando que el agua entraba y salía del organismo del diabético sin fijarse en él. En el siglo II Galeno también se refirió a la diabetes, pero Fue Tomás Willis quien, en 1679, hizo una descripción magistral de la diabetes, quedando desde entonces reconocida por su sintomatología como entidad clínica. Fue él quien, refiriéndose al sabor dulce de la orina, le dio el nombre de *diabetes mellitus* (sabor a miel). En 1775 Dopson identificó la presencia de glucosa en la orina. EN 1788 el inglés Rollo consiguió mejorías notables con un régimen rico en proteínas y grasas y limitado en hidratos de carbono. Los primeros trabajos experimentales relacionados con el metabolismo de los glúcidos fueron realizados por Claude Bernard quien descubrió, en 1848, el glucógeno hepático y provocó la aparición de glucosa en la orina excitando los centros bulbares. En la segunda mitad del siglo XIX el gran clínico francés Bouchardat señaló la importancia de la obesidad y de la vida sedentaria en el origen de la diabetes y marcó las normas para el tratamiento dietético, basándolo en la restricción de los glúcidos y en el bajo valor calórico de la dieta. La búsqueda de la presunta hormona producida por las células descritas en el páncreas, éste triunfo correspondió, en 1921, a los jóvenes canadienses Banting y Best, quienes consiguieron aislar la insulina y demostrar su efecto hipoglucemiante. Este descubrimiento significó una de las más grandes conquistas médicas del siglo XX, porque transformó el porvenir y la vida de los diabéticos y abrió amplios horizontes en el campo experimental y biológico para el estudio de la diabetes y del metabolismo de los glúcidos.

Definición de diabetes mellitus

La diabetes mellitus o diabetes sacarina es una enfermedad crónica debida a una producción inadecuada de la insulina que elaboran las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas, a un defecto de la acción o mala utilización de la hormona en los tejidos orgánicos, o a ambas circunstancias.

Es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia (aumento de los niveles de glucosa en sangre), resultado de defectos en la secreción de insulina, en su acción o ambos. Se trata de una compleja enfermedad en la que coexiste un trastorno global del metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas. Es multifactorial por la existencia de múltiples factores implicados en su patogénesis.

Se calcula una prevalencia estimada en la población adulta del 7,4 % (1995), con un valor esperado de alrededor del 9% para 2025.

La diabetes mellitus tipo 2 supone el 80-90 % de los casos de diabetes. La frecuencia de la diabetes mellitus está aumentando en todo el mundo de forma acelerada presentándose en personas cada vez más jóvenes e incluso en niños, en quienes el 45 % de los casos de diabetes corresponden a la tipo 2. Si en 1997 los datos de prevalencia se encontraban en torno a 124 millones de personas con diabetes, se estima que en el año 2025 esta cifra llegará a 300 millones. En los Estados Unidos existen alrededor de 15 millones y se diagnostican aproximadamente 2000 nuevos casos, en menor cantidad pero no irrelevante, en México 4.4 millones, y se han reportado más de 180,000 casos nuevos de diabetes mellitus descrita como la causa de 36 000 defunciones anuales por complicaciones. La esperanza de vida de los diabéticos mal tratados es un tercio más corta que la población en general.

Signos y síntomas

- Poliuria (eliminación excesiva de orina)
- Polidipsia (beber excesiva cantidad de agua)
- Polifagia (comer en exceso)
- Pérdida de peso
- Astenia (falta de energía)
- Visión borrosa
- Glucosuria (presencia de glucosa en orina)
- Cetonuria (presencia de cuerpos cetónicos en orina)

Clasificación

Se clasifica en 4 tipos: (según el Comité de expertos de la ADA,1997):

- a) Diabetes Mellitus tipo 1
- b) Diabetes Mellitus tipo 2
- c) Otros tipos de Diabetes Mellitus
- d) Diabetes gestacional

Diabetes mellitus tipo 1 (ya no debe usarse el término Diabetes Insulino dependiente), característicamente se da en la época temprana de la vida y se caracteriza por un déficit absoluto de insulina, dado por la destrucción de las células beta del páncreas por procesos autoinmunes ó idiopáticos. Sólo cerca de 1 entre cada 20 personas diabéticas tiene diabetes tipo 1, la cual se presenta más frecuentemente en jóvenes y niños. Este tipo de diabetes se conocía como diabetes mellitus insulino dependiente o diabetes juvenil. En ella, las células beta del páncreas no producen insulina o apenas producen. En los primeros años de la enfermedad suelen quedar reservas pancreáticas que permiten una secreción mínima de insulina (este período se denomina *luna de miel*).

Diabetes mellitus tipo 2

Es un complejo mecanismo fisiopatológico, que se caracteriza por la deficiencia relativa de producción de insulina y por una deficiente utilización periférica por los tejidos de glucosa (resistencia a la insulina). Se desarrolla a menudo en etapas adultas de la vida, y es muy frecuente la asociación con la obesidad; anteriormente llamada *diabetes del adulto*, *diabetes relacionada con la obesidad*, *diabetes no insulino dependiente*. Varios fármacos y otras causas pueden, sin embargo, causar este tipo de diabetes. Es muy frecuente la diabetes tipo 2 asociada a la toma prolongada de corticoides, frecuentemente asociada a la hemocromatosis no tratada.

La mayor parte de los casos de diabetes mellitus tipo 2 se producen en contexto de lo que llamamos **Síndrome Metabólico**. En este síndrome se asocian diabetes, hipertensión arterial, aumento de los niveles de colesterol, triglicéridos y/o ácido úrico y sobrepeso probablemente debidos también a la insulinoresistencia. El Síndrome Metabólico eleva notablemente el riesgo cardiovascular y es una causa fundamental de muerte en los países desarrollados.

Diabetes mellitus tipo 3 otros tipos de diabetes < 5% de todos los casos diagnosticados:

- Tipo 3A: defecto genético en las células beta.
- Tipo 3B: resistencia a la insulina determinada genéticamente.
- Tipo 3C: enfermedades del páncreas.
- Tipo 3D: causada por defectos hormonales.
- Tipo 3E: causada por compuestos químicos o fármacos.

Causas

En un principio se pensaba que el factor que predisponía para la enfermedad era un consumo alto de hidratos de carbono de rápida absorción. Después se vio que no había un aumento de las probabilidades de contraer diabetes mellitus en relación con los hidratos de carbono de asimilación lenta. Actualmente se piensa que los factores más importantes en la aparición de una diabetes tipo 2 son, además de una posible resistencia a la insulina e intolerancia a la glucosa, el exceso de peso (obesidad) y la falta de ejercicio. Para la diabetes tipo 1 priman, fundamentalmente, la herencia genética, o bien, alguna patología que influya en el funcionamiento del páncreas (diabetes tipo 1 fulminante). La actividad física mejora la administración de las reservas de azúcares del cuerpo y actúa de reguladora de las glucemias. Las reservas de Glucógeno aumentan y se dosifican mejor cuando el cuerpo está en forma, ya que las grasas se queman con más facilidad, reservando más los hidratos de carbono para esfuerzo intensos o en caso de que la actividad sea muy larga que las reservas aguanten más tiempo. Otro factor es la edad y sexo; en la niñez, la Diabetes Mellitus es rara pero

puede presentarse entre los 11 y 30 años es de observación poco común, siendo entre los 40 y 60 años cuando alcanza su mayor frecuencia. Antes de los 40 años la frecuencia es similar para los dos sexos, después es más común en el sexo femenino.

Enfermedades a consecuencia de la diabetes

Independiente del tipo de diabetes mellitus, un mal nivel de azúcar en la sangre conduce a las siguientes enfermedades.

- **Daño de los pequeños vasos sanguíneos** (microangiopatía).
- **Impotencia sexual (disfunción)**, en el varón.
- **Daño de los nervios periféricos** (polineuropatía).
- **Síndrome del pie diabético**: heridas difícilmente curables y la mala irrigación sanguínea de los pies, puede conducir a laceraciones y eventualmente a la amputación de las extremidades inferiores.
- **Daño de la retina** (retinopatía). Es una complicación a largo plazo de la diabetes en que el sistema micro vascular del ojo queda dañado. Los síntomas moderados y avanzados dependen de la glucogenia e incluye cefaleas, confusión y falta de coordinación, visión borrosa, IRAS, convulsiones y coma.
- **Daño renal** (nefropatía). Complicación a largo plazo de la diabetes en que las células renales están dañadas; se caracteriza por micro albuminuria en fases tempranas que progresa a enfermedad renal en etapa terminal en fases tardías, lo que requiere tratamiento con diálisis o trasplante de riñón.
- 'Hígado graso o Hepatitis de Hígado graso (adipohepatía)
- **Daño de los vasos sanguíneos grandes** (macroangiopatía): trastorno de las grandes venas. Esta enfermedad conduce a infartos, apoplejías y trastornos de la circulación sanguínea en las piernas. En presencia simultánea de polineuropatía y a pesar de la circulación sanguínea crítica pueden no sentirse dolores.
- **Neuropatía**, es una complicación a largo plazo de la diabetes que resulta en daño a las células nerviosas; puede ser déficit motor o sensorial “periféricos” o “autonómicos” en que se ve afectada la función de los órganos internos. Se presenta principalmente en manos, piernas, pies y cabeza. Dolor, falta de sensibilidad al frío y al calor, sensación de hormigueo y adormecimiento de los miembros.
- **Predisposición a las infecciones**. La falta de circulación sanguínea favorece al desarrollo de frecuentes infecciones habitualmente con muchos microorganismos.

Complicaciones agudas

- **Coma diabético**: el coma diabético es la consecuencia más grave de la diabetes y por ello de peligro mortal. En un coma diabético pueden presentarse valores de glucosa en la sangre de 1000 mg/dl (los valores normales de glucosa en la sangre son de 60 a 120 mg/dl). Además, ocurre

una sobre acidificación de la sangre (acidosis metabólica). Este coma es ocasionado por infecciones, errores en la alimentación (demasiados carbohidratos) o en el caso de diabéticos que se inyectan insulina, por una dosificación errónea de la insulina.

- **Comahiperglucemico hiperosmolar no cetónico:** Es un trastorno metabólico de la diabetes tipo II ocasionado por deficiencia relativa de insulina iniciada por una enfermedad intercurrente que eleva la demanda de insulina; se asocia con poliuria y deshidratación grave.

Tratamiento

Las opciones terapéuticas se encaminan a la educación, el manejo cuidadoso, al plan alimentario y el control de peso, el ejercicio, la auto evaluación, los cuidados higiénicos del cuerpo y de los pies y las terapias ocupacionales; todo aunado a una terapéutica con hipoglucemiantes orales y/o insulina.

El objetivo inmediato del tratamiento es estabilizar el metabolismo, restaurar el peso normal del cuerpo y eliminar los síntomas producidos por la glucosa en sangre. La atención se centra en el control de la glucemia a fin de beneficiar la salud del paciente. El objetivo a largo plazo, es prolongar la vida, mejorar la calidad de vida y prevenir complicaciones instruyendo al paciente sobre sus responsabilidades de por vida para la atención de su enfermedad.

El tratamiento de la diabetes mellitus se clasifica en diversas etapas según la respuesta que presente el paciente. En cada paciente el tratamiento debe ser individualizado. Algunos procedimientos medicoquirúrgicos especiales son el transplante de páncreas con un 50% de éxito en pacientes no urémicos y con éxito en pacientes con transplante simultaneo de páncreas y riñón. Esta en estudio el transplante de células de islotes, donde se toma en cuenta el costo y la morbilidad del enfermo después del transplante.

La vía de decisión principal en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II:

Educación

La educación sobre la Diabetes es una parte muy importante del plan de tratamiento, la educación adecuada enseña a las personas Diabéticas a incorporar los principios del manejo de la enfermedad como parte de su vida diaria y a minimizar su dependencia del Médico.

Existen grupos de apoyo en donde el estrés causado por la enfermedad se puede aliviar al participar en ellos, donde los integrantes comparten experiencias y problemas en común.

Es importante que se asista a consulta médica cada mes, valorándose la glucemia, peso o índice de masa corporal, ajustes en los medicamentos, presión arterial, registro de dextrostix, plan de alimentos, ejercicio, atención de los pies e higiene corporal. Anualmente se deben valorar los antecedentes y examen físico, perfil de lípidos en ayuno, análisis de orina, micro albúmina, examen neurológico y de ojo con dilatación, examen dental, valoración nutricional e información pertinente sobre la Diabetes.

Alimentación

La dieta debe ser rica en carbohidratos complejos y baja en grasas, se deben modificar malos hábitos alimentarios y tener un adecuado control de peso. La dieta debe equilibrarse teniendo en cuenta un porcentaje de ingestión de carbohidratos, proteínas, grasas y fibra del total de calorías consumidas diariamente. Todo esto a fin de tener una mayor flexibilidad de la dieta y lograr una sensación de control personal al adquirir mayor responsabilidad sobre sus necesidades de insulina y límites de glucemia.

Se debe consumir una cantidad adecuada de alimentos de acuerdo a la actividad física, edad, sexo y relación peso – talla. La composición de la dieta se adaptará según su peso, presencia de factores de riesgo o complicaciones macro y micro vasculares. Se puede permitir consumos moderados de alcohol con las comidas.

La planificación de las comidas consiste en elegir alimentos saludables, ingerir la cantidad correcta de alimentos y hacer las comidas en el momento exacto.

Los planes de las comidas difieren dependiendo del tipo de diabetes. En los casos de una Diabetes Insulino-Dependiente, la consistencia en la hora de las comidas y las cantidades y tipo de alimentos son muy importantes para permitir que los alimentos y la insulina trabajen conjuntamente en la regulación de los niveles de glucosa en la sangre. De no haber un balance entre comidas y la insulina, pueden ocurrir variaciones extremas de la glucosa en la sangre. En el caso de la Diabetes no insulino dependiente, el control de peso es el principio más importante, además de una dieta bien balanceada.

Las asesorías de un nutriólogo o un dietista profesional son una herramienta invaluable para la planificación de las comidas y para el control de la dieta de las personas Diabéticas.

En cuanto al papel de la alimentación en esta patología crónica, se sabe que una dieta equilibrada es un aspecto muy importante a tener en cuenta respecto a su prevención. Pero además en la persona ya Diabética, la dieta es uno de los pilares fundamentales del tratamiento, ya que colabora en la regulación de los niveles de azúcar en la sangre y previene posibles complicaciones a corto y a largo plazo.

La alimentación, y la vida en general que han de seguir las personas con Diabetes no es sustancialmente diferente a la alimentación de la población en general. Es más, los consejos que ha de aplicarse son válidos para toda la familia. El cuidado de la alimentación de la persona con Diabetes forma parte de su tratamiento. En forma definitiva, es un conjunto de factores que deben considerarse globalmente y que hacen que cada Diabético tenga una dieta única y personalizada. Por ello, cada persona debe confeccionar, conjuntamente con el equipo sanitario, el modelo dietético a seguir.

La dieta no puede curar la Diabetes pero si controlarla mejor y por ello, el tratamiento dietético deberá llevarse a cabo durante toda la vida. Debe ser individualizada; en función a las características de cada persona, su estilo de vida, tratamiento específico (insulina o fármaco).

En general, los puntos más importantes a tener en cuenta son los siguientes:

- 1.- Dieta individualizada, variada y equilibrada, adaptada al tratamiento médico y la práctica de ejercicio físico.

- 2.- Dieta fraccionada en 5 o 6 tomas al día (menor cantidad de alimento por toma, mejor control).
- 3.- Llevar un control en alimentos que contienen carbohidratos simples (azúcar, miel, mermelada, jugo y fruta, bebidas azucaradas, golosinas, chocolate y derivados); en caso de hipoglucemia, son los alimentos de primera elección ya que ayudan a remontarla rápidamente, puede permitirse un consumo esporádico y controlado de alimentos que contienen estos carbohidratos sencillos, siempre y cuando se tomen junto con otros ricos en fibra, grasa o proteínas, lo que reduce su velocidad de absorción (de este modo no producen aumentos bruscos de los niveles de azúcar en sangre).
- 4.- Se recomienda sustituir el azúcar o elaborar recetas caseras con edulcorantes no nutritivos, ya que además de que no aumentan los niveles de azúcar en la sangre, no aportan calorías, lo que es beneficioso para quienes tienen sobrepeso u obesidad.
- 5.- Las comidas de un día para otro deben tener una composición constante, en relación a la distribución de alimentos ricos en carbohidratos (cereales, arroz, pastas alimenticias, pan, papas, legumbres, frutas).
- 6.- Horarios regulares de comidas y sin saltarse ninguna (especialmente cuando el paciente recibe insulina, ya que de no ser así se corre el riesgo de hipoglucemia).
- 7.- reducir el consumo de grasas saturadas y colesterol, escoger lácteos con poca grasa, las carnes más magras (pollo y pavo sin piel, conejo, caña de lomo, ternera magra, solomillo de cerdo o ternera, caballo), desgrasar caldos de carne y aves en frío, sustituir la carne, los huevos, la charcutería y vísceras por pescado al menos cuatro veces por semana, como prevención a largo plazo de enfermedades cardiovasculares.
- 8.- incluir alimentos ricos en fibra en las cantidades adecuadas (verduras, frutas, legumbres, cereales integrales, frutos secos) en las cantidades adecuadas a cada caso.

Ejercicio

En un paciente Diabético debe valorarse la actividad física que realiza habitualmente y adaptarla a las recomendaciones, posibilidades y preferencias. El considerar los riesgos que puede prevenir sobre las complicaciones es importante, así como el hecho de practicarlo de forma regular evitando el deporte de riesgo y el que se practica en solitario.

Se deben tener precauciones tales como llevar siempre algún dulce en el bolsillo por si aparece una hipoglucemia.

El ejercicio regular es particularmente importante para las personas Diabéticas ya que mejora la salud general. Tiene muchos beneficios terapéuticos pues ayuda al organismo a quemar el exceso de glucosa, grasa y calorías, favorece la pérdida de peso, mejora el aprovechamiento de las azúcares por parte del músculo y aumenta los sitios de receptores de insulina disminuyendo la dosis de hipoglucemiantes orales o insulina necesaria y mejora la circulación, disminuye los niveles de colesterol y los triglicéridos sanguíneos, reduce la presión arterial, aumenta el llamado buen colesterol (HDL-c).

Contribuye al bienestar. El ejercicio también aumenta el nivel de energía, reduce la tensión y mejora la capacidad para manejar el estrés.

Las personas Diabéticas tienen que contar con aprobación médica antes de comenzar cualquier programa de ejercicios.

Consideraciones acerca del ejercicio:

- 1.- Escoger una actividad física que el paciente pueda disfrutar y que sea apropiada para su nivel de salud actual.
- 2.- Ejercitarse en lo posible todos los días y a la misma hora.
- 3.- Monitorear los niveles de glucosa en sangre con pruebas, antes y después del ejercicio.
- 4.- Llevar alimentos que contengan azúcar en caso de que el nivel de azúcar baje demasiado durante o después del ejercicio.
- 5.- Beber líquidos adicionales que no contengan azúcar durante y después del ejercicio.
- 6.- Los cambios en la intensidad y duración del ejercicio pueden exigir modificaciones en la dieta o en los medicamentos para mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de un rango apropiado.

Autocontrol

Consiste en realizar controles periódicos de la glucemia para detectar y poder corregir posibles descompensaciones.

La auto vigilancia estrecha de los valores de glucemia se realiza a través de la extracción digital de sangre que se coloca en una tira reactiva para indicar el nivel de glucosa por medio de un glucómetro, los valores se consideran dentro del rango de normalidad cuando son de 80 a 120 mg/dl en ayunas. Cuando el control es constante puede hacerse esta prueba una sola vez al día, e incluso una vez por semana.

Otra forma consiste en colocar una pequeña gota de sangre en una tira reactiva, después de determinado tiempo, el cambio de color se compara con el código de color que aparece en el envase. Los resultados son precisos si se logran determinar los cambios en tonos de color. Los resultados vienen dados por rangos más que por números específicos. También se pueden utilizar tiras para medir el nivel de glucosa en orina, estas últimas no son tan precisas como las primeras.

La prueba de cetonas es una prueba secundaria que suele utilizarse en los Diabéticos insulín dependientes, así como los no insulín dependientes durante el estrés, las enfermedades o las complicaciones; se hace con una muestra de orina. Las cetonas (producto final del metabolismo de las grasas) se acumulan en la sangre y se excretan en la orina cuando no hay azúcar disponible como combustible del cuerpo, quemándose la grasa como fuente de combustible alternativo. Los niveles altos de cetonas pueden producir una condición grave llamada cetoacidosis. La prueba de cetonas suele realizarse cuando el nivel de glucosa está por encima de 240 mg/dl, en caso de enfermedad, náuseas o vómitos, cetoacidosis, estrés extremo y embarazo.

Esta variedad de prueba se realiza regularmente y se le informa a la persona Diabética sobre cómo está funcionando la dieta, los medicamentos y el ejercicio en su control. Los resultados pueden servir para ajustar las comidas, la actividad o

los medicamentos a fin de mantener los niveles de glucemia dentro de un rango apropiado. Además, dichos resultados le suministran información valiosa al personal de salud para que pueda hacer sugerencias de cambios con el fin de mejorar los cuidados y el tratamiento.

Las pruebas son fáciles de hacer; se puede fijar un horario apropiado para realizarlas, pero se sugiere tomárselas antes de las comidas y antes de acostarse, una mayor frecuencia de pruebas puede ser recomendada debido a la presencia de alguna enfermedad o de estrés. El registro preciso de los resultados de las pruebas hará que las éstas sean más útiles para la planificación de los cuidados de la persona Diabética.

Cuidados higiénicos del cuerpo y de los pies

Las personas con diabetes son más propensas a sufrir problemas en los pies a causa de las complicaciones causadas por el daño de los vasos sanguíneos grandes y pequeños, el daño a los nervios y la disminución de la capacidad de combatir la infección. El flujo de sangre hacia los pies puede verse comprometido y el daño en los nervios puede producir una lesión de pie que puede pasar desapercibida hasta que se desarrolle una infección.

Puede producirse muerte de la piel o de otros tejidos, lo que hace necesaria su eliminación. Para prevenir las lesiones en los pies, los diabéticos deben adoptar una rutina diaria de chequeo y cuidado de los pies como sigue:

1. Revisas los pies cada día y reportar cualquier úlcera, cambio o signo de infección.
2. Lavarse los pies todos los días con agua tibia y un jabón suave, para luego secarlos por completo.
3. Suavizar la piel seca con crema o con vaselina.
4. Proteger los pies con zapatos cómodos, que no sean ajustados.
5. Ejercitar a diario para promover una buena circulación.
6. Examinar los pies y piernas durante la visita al médico.
7. Dejar de fumar pues esto empeora el flujo de sangre a los pies.

Medicamentos

Los agentes hipoglucemiantes orales, están indicados para controlar el nivel de glucosa en la sangre, son tabletas que suelen tomarse una o dos veces al día, estas evitan que el cuerpo envíe azúcar al torrente sanguíneo hacia las células. Algunas personas necesitan insulina, además de los medicamentos orales. Otras no necesitan más medicamentos si pierden peso pues su propia insulina funciona mejor sin el exceso de peso, grasa y azúcar.

Cuando hay una mejoría importante después de uno o dos meses, es decir, que la glucemia se encuentra entre 250 mg /dl al azar o 200 mg/dl en ayuno debe iniciarse la etapa I del fármaco oral.

V.- METODOLOGIA

El presente trabajo se realizó teniendo como base teórica para su aplicación la Filosofía de Virginia Henderson (1897-1996) y las catorce necesidades humanas para la valoración, jerarquización y atención de dichas necesidades.

Se llevó a cabo la valoración del estado de salud de la usuaria abordando todas y cada una de ellas aun cuando no existía problema real aparente, para ello se realizó una entrevista personal y directa con la usuaria utilizando la guía de evaluación (se encuentra en anexos), por cada una de las necesidades, realizando simultáneamente la exploración física tomando en consideración las cuatro técnicas de que se compone (inspección, palpación, percusión y auscultación).

La valoración de enfermería se realizó en el domicilio de la usuaria, por la tarde. A la señora se le explicó previamente y de forma sencilla en lo que consistía el hecho de que trabajemos en conjunto en cuanto a realizar la metodología de intervención de enfermería por lo que se le brinda la confianza y la seguridad para que participe, reflejándose esto en que la paciente se mostró en todo momento accesible.

EXAMEN FISICO: Es el conjunto de procedimientos o métodos de exploración clínica que se aplican al paciente una vez interrogado, con el objeto de seguir obteniendo mayor información o confirmar aquella que se obtuvo por el interrogatorio, consta de 4 etapas la primera, la inspección: es el método que se practica en primer lugar y se hace por medio de la vista, con el objeto de recoger signos. Nos proporciona datos referentes a: el estado de salud o enfermedad, la edad aparente, el sexo, la raza o el estado de conciencia, entre otras.

La segunda etapa es la palpación, consiste en explorar por medio del tacto las partes exteriores del organismo y las cavidades accesibles para apreciar las cualidades físicas de los tejidos, así como su sensibilidad. Puede provocar fenómenos nuevos que de otro modo no serían aparentes, como el dolor, los movimientos reflejos y movimientos anormales.

La tercera etapa es la percusión, ésta se practica golpeando levemente una región determinada del cuerpo para obtener sonidos o ruidos, investigar el dolor o producir movimientos. En este método intervienen los sentidos del tacto, del oído y de la vista. Puede desencadenar fenómenos de movimiento por vía refleja cuyo punto de partida será el lugar percutido.

Por último la auscultación, consiste en estudiar los ruidos normales o anormales que se producen en los diferentes órganos, principalmente del sistema respiratorio. En este método intervienen el sentido del oído. La auscultación puede ser directa o inmediata e indirecta y mediata.

Se consideró atender a una paciente con diagnóstico médico de Diabetes Mellitus tipo 2 ya que es una enfermedad que va en aumento y que se ve agravada por factores como la disminución de la actividad física realizada en forma cotidiana y

por la preocupante incidencia de obesidad en la población, especialmente la población joven y los niños.

El método utilizado se conoce como Metodología de Intervención de Enfermería en base a la filosofía de Virginia Henderson, las catorce necesidades humanas y las de 5 etapas del proceso de enfermería (Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación).

Primeramente se realizó la valoración por cada una de las 14 necesidades, posteriormente se procedió a realizar los diagnósticos de enfermería, después nos centramos en la planeación de actividades de enfermería, enseguida se llevo acabo la ejecución de las actividades planeadas y finalmente al término de las mismas se evaluó el estado de salud de la paciente y se verificó el cumplimiento de los objetivos planeados al inicio de las intervenciones.

La identificación de los problemas de salud se realiza en base a las necesidades del paciente, y los diagnósticos detectados están aprobados por la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).

VI. DESARROLLO DE METODOLOGIA

6.1.- CASO CLÍNICO

La señora O. Z. T. de 71 años de edad, originaria y residente de Morelia, Michoacán; viuda, dedicada al hogar, de religión católica. Estudio hasta 3° grado de primaria, tiene 4 hijos, actualmente vive sola.

Tiene antecedentes familiares con Diabetes Mellitus cinco hermanos y uno de ellos falleció por complicación de la misma, y su mamá falleció de cáncer de páncreas.

Entre los antecedentes personales de importancia aparte de padecer Diabetes Mellitus tipo II, presenta Colitis Nerviosa desde hace 40 años; le realizaron Cirugía de vesícula (hace 30 años) quedando como secuela el no poder consumir alimentos con grasa, picante, leche y huevo porque no los tolera, presentando indigestión, flatulencia, distensión y pesadez al consumirlos.

Le diagnosticaron Diabetes Mellitus tipo II desde hace un año, el tratamiento médico consiste en tomar una tableta diaria de Glibenclamida, lleva su control con Médico tratante cada mes acudiendo a su chequeo general.

Las constantes vitales de la señora O. Z. T. son frecuencia cardiaca de 70 x', respiración de 20 x', la presión arterial de 140 / 77 mm/Hg, la temperatura de 36.6 C°, un peso de 64 Kg. y talla 1.54 mts, la glucemia de 145 mg/dl; esta le aumenta cuando come algo dulce o se preocupa mucho pero normalmente la trae de 90 a 120 mg/dl).

Al inicio de la enfermedad consumía azúcar y todo tipo de alimentos; pero al ver que se sentía mal y que se iba complicando, ahora no consume azúcar; aunque tampoco sigue una dieta especial para su padecimiento. Regularmente realiza 3 tiempos de alimentación, desayuno, comida y a veces cena porque no siempre tiene hambre. Acostumbra comer verduras, frutas, poco yogurt y queso, cereales y muy poca carne, no consume huevo, leche y alimentos con grasa porque "la sofoca". Rara vez come entre comidas, porque por su enfermedad no hace tanto desorden, "su apetito ha disminuido mucho" desde que le diagnosticaron la Diabetes, consume suplemento nutricional, su ingesta de líquidos es de 2 a 3 vasos de agua por día, presenta indigestión "siente que no digiere todo y se siente muy llena" también presenta flatulencia, distensión y pesadez al consumir grasas, derivados y verduras verdes o muy frescas.

En su dentadura tiene once prótesis móviles, en los últimos 6 meses ha perdido 8 Kg. La señora O. Z. T. Prefiere los alimentos bajos en grasa, con poca sal y sin azúcar, consume poquito picante.

Su eliminación intestinal es de 1 o 2 veces al día. Su eliminación urinaria es de 8 a 10 veces por día, "según la cantidad de agua que tome", orina en poca cantidad,

de color amarillo claro. Padece de incontinencia urinaria al hacer presión abdominal, (como toser, estornudar), por tener la vejiga caída y “no puede aguantarse por mucho tiempo”.

En relación a la comunicación con su familia es buena, a diario convive con una hija y nietos, a veces la visita uno de sus hijos que por cuestiones laborales no puede visitarla a diario. Le preocupa su estado de salud, y le gustaría que hubiera algo para curar la Diabetes”. Presenta en la planta del pie derecho micosis podal y le preocupa que vaya a empeorar.

Se siente triste, deprimida, con ansiedad y confundida, por la pérdida de su esposo hace 2 semanas.

Presenta bostezos durante el día, porque solo duerme de 3 a 5 horas por la noche, se despierta y se levanta porque ya no se puede volver a dormir desde la 1 o 2 de la mañana, tiene problemas de sueño al inicio, es muy inestable en su sueño y refiere ser muy nerviosa.

6.2.- CLASIFICACIÓN POR NECESIDADES.

Resumen de la valoración:

O. Z. T. femenino de 71 años de edad, viuda, con escolaridad hasta tercer grado de primaria y dedicada al hogar.

Entre los antecedentes personales de importancia padece de colitis nerviosa desde hace 40 años, fue sometida a cirugía del corazón para destapar las arterias, de la cual no tiene secuela alguna.

La usuaria tiene antecedentes familiares de diabetes cinco hermanos de los cuales uno de ellos falleció por complicación de la misma y su mamá falleció de Cáncer de vesícula.

Le diagnosticaron la Diabetes Mellitus tipo II desde hace un año, el tratamiento médico consiste en tomar Glibenclamida, vía oral, una tableta diaria.

1.- Necesidad de Oxigenación: Presenta una Frecuencia Respiratoria de 20x', a de calidad normal, es regular, superficial, silenciosa y se desarrolla sin dificultad alguna. La frecuencia cardíaca de 70 x', su pulso es normal, con ritmo regular, pequeño y fuerte. Su presión arterial de 140 / 77 mm/Hg, presenta cefalea solo cuando le sube la presión arterial, no presenta ruidos a la auscultación, tampoco tos, solo refiere que tiene secreciones por la mañanas desde hace 2 o 3 días porque esta el clima más fresco. No tiene dolor al respirar.

Refiere que fue fumadora por 12 años y ya no lo hace desde hace 3 años, dejo de consumir alcohol a la edad de 50 años, solo lo consumía en fiestas o reuniones y solo una cuba o dos, actualmente y muy esporádicamente consume café en muy poca cantidad. Niega tener alguna alergia respiratoria y ninguna dificultad al respirar.

2.- Necesidad de Nutrición / Hidratación: Actualmente pesa 64 Kg., su talla es 1.54 mts, nos refiere que en los últimos 6 meses ha perdido 8 Kg. De los cuales ha bajado 2 Kg. En las últimas 2 semanas por la perdida de su esposo.

La alimentación habitual es a base de verduras principalmente, consume carne una vez a la semana y los cereales 2 o 3 veces a la semana, yogurt y queso muy poco, nos manifiesta que no consume leche y huevo. Su costumbre alimentaria es desayuna, come y en ocasiones cena porque no siempre tiene hambre, no como entre comidas y nunca a seguido una dieta especial.

La ingesta habitual de líquidos es de 2 a 3 vasos diarios. En ocasiones tiene intolerancia a la ingesta de alimentos, manifestando indigestión, su apetito ha disminuido mucho desde su padecimiento. No tiene problemas con la masticación, ni deglución, solo tiene problemas con la digestión al consumir alimentos con grasa y leche, verduras o vegetales muy verdes o muy frescos. Le provocan flatulencia, distensión y pesadez. La dentadura la mantiene completa utilizando prótesis dental móvil en la parte superior 6 piezas y 5 en la inferior.

La usuaria prefiere los alimentos bajos o de preferencia sin nada de grasa, con poca sal y con poca azúcar, consume muy poquito picante. No necesita ayuda de ningún tipo para satisfacer esta necesidad. Por lo regular mantiene la glucosa en

limites normales, solo le aumenta un poco cuando consume alimentos muy dulces o cuando tiene una preocupación. Consume suplemento nutricional.

3.- Necesidad de Eliminación

Evacua una o dos veces al día, refiere que toda su vida ha padecido de estreñimiento, acostumbra a tomar Nopalinasa 1 cucharada cada semana o ya cuando siente que no ha evacuado mucho.

Su eliminación urinaria es de 8 a 10 veces al día, en poca cantidad; solo cuando toma mucho agua aumenta en frecuencia y cantidad, es de color amarillo claro.

No presenta alguna dificultad para orinar, tampoco retiene líquidos, solo presenta incontinencia, no se puede aguantar por mucho tiempo por que refiere que tiene la vejiga caída. Nos refiere que no suda.

4.- Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura

La señora O. Z. T. refiere que tiene dos semanas que ya no realiza ninguna actividad física, por la pérdida de su esposo, y anteriormente salía a caminar diario desde 20 minutos a una hora según el tiempo disponible que tuviera.

Su postura es erecta un poco decaída.

Su modo de andar es normal. No presenta alguna dificultad para realizar movimientos, tampoco tiene limitaciones físicas, no requiere de aparatos de ayuda, es autónoma en esta necesidad.

Presenta debilidad y cansancio solo cuando realiza algún ejercicio forzoso (ejemplo: correr 10 o 15 minutos) y refiere nauseas cuando toma poco agua y realiza movimientos bruscos.

5.- Necesidad de Descanso y Sueño

Duerme durante la noche de 3 a 5 horas y en ocasiones duerme solo 15 o 30 minutos por las tardes, se despierta a lo largo de la noche y se levanta, porque ya no se puede dormir.

Su sueño es interrumpido por las noches y una vez que se despierta ya hno se puede dormir, pero si hay veces que se vuelve a dormir. Manifiesta sensación de descanso después de dormir, presenta insomnio por la noche, para dormir ve la televisión o escucha radio.

Se toma manos de un cuarto de pastillita para dormir, solo cuando tiene 3 o 4 noches que no duerme bien, refiere ser muy inestable en su sueño, a veces desde que se duerme a las 10 u 11 horas de la noche se despierta hasta las 5 am y otras veces desde las 10 de la noche que se duerme se despierta a la 1 o 2 de la mañana y se levanta por que no se puede dormir.

6.- Necesidad de Vestirse y Desvestirse

Es capaz de vestirse por si misma, se cambia de ropa limpia diariamente, no es alérgica a ningún tipo de tejido o tela de prendas, no tiene dificultad para vestirse, desvestirse, ni tampoco para arreglarse; le da poca importancia a su aspecto físico, solo le interesa andar limpia, su forma de vestir es adecuada al lugar, tiempo y circunstancia, su aspecto que presenta en ropa y calzado es adecuado, cómodo y limpio.

7.- Necesidad de Termorregulación

Su temperatura es normal, sus manos y pies siempre están tibios, presenta sensación de calor-frío con los cambios de temperatura bruscos.

8.- Necesidad de Higiene y Protección de la Piel

Sus hábitos higiénicos son el baño diario con agua fría, el cepillado de dientes es diario dos veces al día, su cabello es sedoso y refiere que se le cae desde hace unos dos meses, sus uñas son brillosas, recortadas y limpias.

El estado de la piel se encuentra firme, hidratada, flexible, templada, de color moreno claro, manifiesta que es de piel seca y delicada a la exposición del sol.

El aspecto de su piel es limpia, no presenta edema, solo unas manchas de piel reseca en los dedos medio y anular de la mano izquierda, desde hace como 10 años, refiere que le aparecieron por los nervios y en el pie derecho tiene micosis podal, a veces presenta dolor y no tiene salida de secreciones, también tiene manchas de la edad en los brazos.

Se aplica glicerina con agua de rosas en toda la piel para mantenerla hidratada. Es autónoma para cubrir esta necesidad.

9.- Necesidad de Evitar Peligros

La usuaria solo tiene las vacunas que se le aplicaron cuando era chica, y actualmente no se ha aplicado ninguna con respecto a su edad; lleva el control de la diabetes y se realiza autoexploraciones de su cuerpo.

Refiere que se siente confundida y distraída por la pérdida reciente de su esposo y por la edad, se le olvidan mucho las cosas como desde los 60 años, se encuentra vigilante, alerta, conciente y orientada en tiempo, espacio y persona; manifiesta que a veces se mareo solo cuando se siente muy cansada.

Su Deambulación es de pie, tiene equilibrio, solo tiene una alteración visual (miopía), usa lentes pero solo para leer, coser, ver algo o en lo que necesite usarlos. Actualmente se encuentra triste, deprimida, ansiosa, se considera negativa, inferior a los demás, pero solo con gente desconocida, últimamente presento un cambio muy importante en su vida, la pérdida de su esposo (hace dos semanas) y sobre todo le aumento la glucosa pero ya se encuentra estable.

10.- Necesidad de Comunicación y Sexualidad

La señora no expresa sus deseos y opiniones, porque no tiene con quien, se le es difícil concentrarse principalmente en la lectura, pero se le facilita tomar decisiones aunque a veces no porque tiene que consultar con los hijos, su pensamiento-lenguaje son organizado, coherente, claro, paroxístico, verborreico, su tono es tranquilo y hostil.

El estado de humor se encuentra deprimida y triste vive sola, su rol que juega en la familia es de hermana, de madre, abuela y bisabuela; las personas más significativas en su vida son sus 4 hijos y luego los nietos, las personas con las que se relaciona a diario son los vecinos, hijos y nietos, su relación es satisfactoria, se pasa de 12 a 15 horas sola, porque sus hijos viven aparte y trabajan, tiene muy pocas amistades, y siente que forma parte de la comunidad en la que vive.

Sexualidad:

La primera menstruación se presentó a los 11 años y medio, la última menstruación fue a los 49 años, refiere que no tuvo síntomas de la menopausia, por lo que no sabe que es, ni cuando se presentó, tuvo 7 embarazos de los cuales 3 fueron abortos y 4 partos, utilizó como método anticonceptivo el dispositivo intrauterino por cuatro años (de 31 a 35 años de edad). La última citología fue en julio del 2006, nunca se ha hecho un examen clínico de mama, solo se autoexplora.

11.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores

La señora O. Z. T. es de religión católica, expresa que su religión y la espiritualidad es muy importante en su vida y le ayuda cuando surgen problemas o dificultades, considera que lo más importante en su vida es Dios y sus hijos; asiste a misa 5 días de la semana y reza el rosario diariamente. Ella opina de la enfermedad que es el principio de un final, es algo de impurezas que se depura en el organismo; y sobre la muerte opina que es un misterio, es algo que tiene que pasar, porque todo lo que nace, muere.

12.- Necesidad de Trabajar y Realizarse

La señora expresa que está conforme consigo misma, no realiza otra actividad como pasatiempo porque considera que siempre tiene algo que hacer, su estado de salud actual le impide hacer lo que le gustaría, el estado de su pie le impide ir a caminar. Considera que tiene capacidad para decidir y solucionar problemas, pero siempre pide opinión a sus hijos.

Refiere que todo lo que hace le gusta, por eso lo hace.

13.- Necesidad de Jugar / Participar en Actividades Recreativas

Expresa que tiene fuerza y energía suficiente para realizar las actividades de la vida diaria, reserva muy poco tiempo para divertirse o distraerse, refiere que últimamente ha perdido interés por las actividades recreativas, por el estado de su pie, y no quiere que se le vaya a empeorar, "mejor no le busca"; refiere que le divierte mucho ir al mar.

14.- Necesidad de Aprendizaje

Expresa que desde los 60 años a la fecha se le olvidan mucho las cosas que hace o tiene que hacer, pero lo de años pasados no se le olvida, su inteligencia es adaptada al momento, en su comportamiento indicativo de interés por aprender y resolver problemas solo muestra interés y pregunta, considera que tiene suficiente información sobre su enfermedad y le gustaría que hubiera algo para quitar la diabetes.

6.3.- CLASIFICACIÓN DE NECESIDADES, DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS

Necesidad	Datos Objetivos	Datos Subjetivos
1. Necesidad de Oxigenación	F. R. 20 por minuto, es normal, superficial, silenciosa, se desarrolla sin dificultad. F. C. 70 por minuto, el pulso es normal, pequeño, fuerte de ritmo regular. T/A: 140 / 77 No presenta ruidos a la auscultación, ni dificultad para respirar.	Fue fumadora por 12 años(lo dejo hace 3 años) Cefalea (solo cuando le sube la presión arterial) Epistaxis (hace 2 o 3 años en temporada de calor). Secreciones (flemas) solo en las mañanas por lo fresco Consume café muy rara vez y muy bajito (apenas pinta el agua). Consumía bebidas alcohólicas solo en fiestas (no lo hace desde los 50 años). No presenta alergia respiratoria alguna.
2. Necesidad de Nutrición e Hidratación	Peso 64 Kg. Talla 1.54 mts Glucemia 145 mg / dl No lleva una dieta especial Consume suplemento alimenticio Ingiere 2 o 3 vasos de agua al día Dentadura móvil 6 prótesis (superior) y 5 prótesis (inferior). Desayuna, come y a veces cena No tiene problemas a la masticación ni a la deglución. Prefiere los alimentos muy pobres en grasa, con poca sal, sin azúcar (a veces poquita). Consume muy poquito picante Es autónoma	Diario consume verduras Muy poca fruta, lácteos (solo yogurt y queso) y carnes Cereales tres veces por semana No consume huevo y leche No come entre comidas Indigestión “siente que no digiere todo” Su apetito ha disminuido mucho Presenta flatulencia, distensión y pesadez al consumir grasas, lácteos y verduras verdes (frescas). En los últimos 6 meses ha perdido 8 Kg. (por su enfermedad y la perdida de su esposo).

3. Necesidad de Eliminación	Evacua 1 o 2 veces al día Toma nopalinas 1 cucharada cada 2 o 3 semanas No usa laxantes Orina de 8 a 10 veces al día Orina poco (cuando toma mucho agua orina mucho) Color amarillo claro No suda	Padece de estreñimiento (desde que ella se acuerda) Padece de incontinencia al hacer esfuerzo (porque tiene la vejiga caída). Padece de una pequeña infección de vías urinarias “refiere no sentir nada”
4.- Necesidad de Moverse y Mantener una buena postura	Su postura es erecta Poco decaída Su modo de andar es normal (lento por la edad) No tiene limitaciones físicas No tiene dificultad para realizar movimientos No requiere de ayuda	Anteriormente salía a caminar Hace 2 semanas que no sale a caminar (por la pérdida de su esposo y por su pie) Se siente cansada cuando hace un ejercicio forzoso. Cuando toma poca agua se marea al realizar movimientos bruscos.
5.- Necesidad de Descanso y sueño	Acostumbra ver televisión o escuchar la radio para dormir Presenta bostezos	Duerme de 3 a 5 hrs. por noche A veces descansa en la tarde unos 10 o 15 minutos. Se despierta y se levanta a lo largo de la noche y ya no se vuelve a dormir (desde la 1 o 2 de la mañana) Tiene problemas de sueño al inicio Toma menos de $\frac{1}{4}$ de pastillita solo cuando tiene 3 o 4 noches que no duerme bien. Es muy inestable en su sueño Se despierta muy temprano Después de dormir tiene la sensación de descanso Padece de insomnio por la noche.
6.- Necesidad de Vestirse y Desvestirse	Es capaz de vestirse y desvestirse por si sola Se cambia de ropa limpia diario No tiene dificultad para arreglarse Su forma de vestir es adecuada al lugar, estación y circunstancia. Su ropa y calzado es adecuado, cómodo y limpio.	No es alérgica a ningún tipo de tela. Le da poca importancia a su aspecto físico (solo le interesa andar limpia).

7.- Necesidad de Termorregulación	Temperatura axilar 36.5 Sus manos y pies están templados casi siempre	Presenta sensación de calor/frío con cambios de temperatura bruscos.
8.- Necesidad de Higiene y Protección de la piel	Se baña diario con agua fría 4 a 5:30 am. El cepillado dental es diario 1 o 2 veces al día. El cabello se le cae mucho (refiere que por los nervios), es sedoso e hidratado. Las uñas son brillosas, recortadas y limpias. Su piel es firme, hidratada, templada y limpia, de color moreno claro. Presenta manchas de piel reseca en la mano izquierda dedo medio y anular (neuropatía). En la planta del pie derecho presenta manchas cafés (micosis pedial), no tiene salida de secreciones. No presenta edema. Presenta manchas de la edad en brazos color café claro. Utiliza glicerina con agua de rosas para hidratar la piel.	Su piel es delicada a la exposición del sol. Refiere que es de piel seca A veces le duele el pie derecho.
9.- Necesidad de Evitar Peligros	No se ha aplicado ninguna vacuna (solo tiene las que se le aplicaron de chica). Se encuentra vigilante Un poco distraída Deambula de pie Tiene equilibrio Se encuentra orientada (en tiempo, espacio y persona) Alerta y conciente Presenta alteración visual (usa lentes solo para leer, coser o para algo que no vea bien). Se autodescribe como triste Se autoevalúa como negativa Perdió su esposo hace 15 días.	Lleva el control de la diabetes. Se autoexplora. Se muestra confundida (por la pérdida de su esposo). Se marea cuando se siente cansada. Se le olvidan mucho las cosas. Expresa que es muy nerviosa. Presenta ansiedad, tristeza, con depresión (por la pérdida de su esposo). Se siente inferior (solo con la gente desconocida).

10.- Necesidad de Comunicación y Sexualidad	Su pensamiento-lenguaje es coherente, organizado, tranquilo, paroxístico, verborreico Su expresión es clara, organizada Coherente. Su estado de humor es un deprimida y triste (por la pérdida de su esposo) Vive sola Juega el rol de madre, hermana, abuela y bisabuela. Última citología (junio del 2006). No se ha realizado nunca un exámen clínico de mama Se autoexplora.	No expresa sus deseos y opiniones (porque no tiene con quien). Le es difícil concentrarse (solo en la lectura). Se le facilita tomar decisiones (a veces no porque tiene que consultar con sus hijos). El curso del pensamiento se encuentra perseverante. Las personas más significativas son sus 4 hijos y nietos Se relaciona diario con los vecinos, hijos y nietos. Su relación es satisfactoria Pasa de 12 a 15 hrs. sola Tiene muy pocas amistades Se siente que forma parte de la comunidad. No forma parte de ningún grupo social, ni religioso Su primera menstruación fue a los 11 años y medio La última menstruación fue a los 49 años Tuvo 7 embarazos (3 abortos y 4 partos). Refiere que no presento síntomas de menopausia Utilizó 4 años el dispositivo intrauterino (de los 31 a 35 años de edad).
11.- Necesidad de vivir según sus creencias y Valores	Es de religión católica Asiste a misa (5 días de la semana). Reza el rosario (diario).	Lo más importante en su vida es Dios y sus hijos Si no pudiera tomar decisiones le gustaría que lo hicieran en su lugar sus hijos. La religión y su espiritualidad son muy importantes en su vida. La religión le ayuda mucho cuando surgen problemas o dificultades.

12.- Necesidad de Trabajar y Realizarse (Autorrealización)	Dedica muy poco tiempo al ocio. Tiene capacidad para decidir y resolver problemas. No realiza actividades como pasatiempo, porque refiere que siempre tiene algo que hacer	Está conforme consigo misma. Su estado de salud le impide hacer lo que le gustaría (por su pie). Expresa que todo lo que hace le gusta por eso lo hace.
13.- Necesidad de Jugar y Participar en Actividades Recreativas	Tiene suficiente fuerza y energía para realizar las actividades de la vida diaria.	Reserva poco tiempo para divertirse Su diversión preferida es ir al mar. Le gusta salir a caminar (pero el estado de su pie se lo impide). Ha perdido interés por las actividades recreativas (no sale a caminar porque le preocupa que vaya a empeorar su pie).
14.- Necesidad de Aprendizaje	Su inteligencia general es adaptada al momento.	Presenta alteración de la memoria (desde los 60 años) se le olvidan mucho las cosas. Su comportamiento indicativo de interés por aprender y resolver problemas, pregunta y muestra interés. Cree que tiene suficiente información sobre su enfermedad. Le gustaría que hubiera algo que quitara la diabetes.

6.4.- CLASIFICACIÓN DE DATOS SIGNIFICATIVOS Y DIAGNÓSTICOS ENCONTRADOS

Necesidad Alterada	Datos significativos	Diagnóstico
1.- Necesidad de Nutrición e Hidratación	No lleva una dieta especial. Su apetito ha disminuido mucho. Ha perdido 8 Kg. En los últimos 6 meses. Indigestión (siente que no digiere todo). Presenta flatulencia, distensión y pesadez al consumir grasas, lácteos y verduras frescas.	Alteración de la nutrición por defecto Relacionado con el incumplimiento de una dieta absoluta Manifestado por indigestión, flatulencia, distensión y pesadez.
2. Necesidad de Eliminación	Orina de 8 a 10 por día. Orina poco Padece de incontinencia al hacer esfuerzo estornudar o toser. Toma 2 o 3 vasos de agua al día.	Incontinencia urinaria de esfuerzo Relacionado con la disminución de fuerza muscular Manifestado por la excreción de orina al aumentar la presión abdominal, (al estornudar, toser), y no poder aguantarse por mucho tiempo.
5.- Necesidad de descanso y sueño.	Duerme de 3 a 5 horas diarias por la noche. Se despierta y se levanta por la noche. Ya no se vuelve a dormir desde la 1 o 2 de la mañana. Tiene problemas de sueño al inicio Padece de insomnio por la noche Es inestable en su sueño Presenta bostezos Refiere ser muy nerviosa.	Alteración del patrón del sueño Relacionado con el insomnio nocturno Manifestado por dormir solo de 3 a 5 horas por la noche, se despierta, ya no se vuelve a dormir y se levanta (desde 1 o 2 am.), presenta bostezos durante el día.

10.- Necesidad de Comunicación y Sexualidad	Presento la pérdida de su esposo (hace 15 días). Se muestra confundida, con ansiedad Su estado de humor deprimida, triste.	Duelo Relacionado con la pérdida real de su esposo Manifestado por sentirse deprimida, triste, se muestra confundida y con ansiedad.
14.- Necesidad de aprendizaje	“le gustaría que hubiera algo para quitar la diabetes” Presenta micosis podal en pie derecho, le preocupa que vaya a empeorar y “que mejor no le busca”.	Temor relacionado con el efecto negativo de la diabetes mellitus cuando no se controla manifestado por referir que le gustaría que hubiera algo para quitarla.

Plan de cuidados de Enfermería (Necesidad de Nutrición)

Diagnostico de Enfermería: Alteración de la nutrición por defecto relacionado con el incumplimiento de una dieta absoluta, manifestado por indigestión, flatulencia, distensión y pesadez.

Objetivo general: O. Z. T. tendrá una mejor digestión en el transcurso de cuatro semanas, mediante el cumplimiento del plan alimenticio para el padecimiento, en su hogar.

Plan de Intervenciones:

- Diseñar conjuntamente con la señora O. Z. T. una dieta de acuerdo a su padecimiento, peso, talla, actividad física y alimentos preferidos.
- Realizar una lista de alimentos no permitidos para su padecimiento y colocarlo en un lugar visible en la cocina de su hogar junto con la dieta.
- Explicar la importancia de llevar una dieta, el objetivo y el tiempo en que se va a realizar.
- Solicitar a la Sra. O.Z.T. que observe después de cada comida si presenta indigestión, flatulencia, distensión y pesadez o algún otro malestar.

Ejecución:

- Se le preguntó a la Sra. O.Z.T. cuales son sus alimentos preferidos para elaborar la dieta en base a estos.
- Se elaboro en conjunto con la señora una dieta para su padecimiento, tomando en cuenta el peso, talla (IMC) y actividad física.
- Se le proporciono un plan alimenticio, para 7 días como ejemplo.
- Se realizó una lista de alimentos no permitidos para su padecimiento y se le entrego.
- Se le solicitó a la señora que observe después de cada comida si presenta indigestión, flatulencia, distensión y pesadez o algún otro malestar.

Datos Generales y significativos. La señora tiene 71 años y presenta indigestión, flatulencia, distensión y pesadez al consumir alimentos con grasa, leche y huevo.

Resultado esperado: lograr que la señora O.Z.T. tenga una mejor digestión al no consumir los alimentos que no tolera.

Fundamentación científica de las acciones.

- El organismo precisa un nivel mínimo de nutrientes para su salud y crecimiento. A lo largo de la vida, las necesidades nutricionales de los individuos varían ya sea por la edad o un padecimiento.
- La alimentación tiene consecuencias fisiológicas, psicológicas y culturales; proporcionando el control sobre las comidas se favorece el bienestar global. De ahí la importancia de llevar un control alimenticio en cada etapa de la vida y más a un cuando existe algún padecimiento.
- Dichas explicaciones de la tercera intervención refuerzan la necesidad de seguir las instrucciones sobre la dieta, ejercicio y otros aspectos del tratamiento.
- La dieta y el ejercicio son esenciales en el tratamiento de todos los tipos de diabetes, ya que en conjunto favorecen a un buen control y a una mejor calidad de vida de una persona diabética.
- La observación después de cada comida ayuda a una rápida identificación y notificación de los signos y síntomas de recurrencia que permite la intervención para reducir su gravedad.

Evaluación del Plan de cuidados:

El objetivo planeado si se cumplió, porque ya cuida sus hábitos alimenticios, no consume los alimentos que le provocan malestar y respeta los alimentos no permitidos, además ya no se ha reportado con indigestión, flatulencia, distensión y pesadez, ni algún otro malestar.

Plan de cuidados de Enfermería (Necesidad de Eliminación).	
Diagnostico de Enfermería: Incontinencia urinaria de esfuerzo relacionado con la disminución de fuerza muscular del suelo pélvico manifestado por la excreción de orina al aumentar la presión abdominal (estornudar, toser) y no poder aguantarse por mucho tiempo. Objetivo general: Que O. Z. T. mejore su incontinencia urinaria en un periodo de cuatro semanas, realizando ejercicios físicos del suelo pélvico, en su hogar.	Datos Generales y significativos: La señora orina de 8 a 10 o 12 veces al día, en poca cantidad, toma de 2 o 3 vasos de agua al día,"padece de incontinencia por la vejiga caída). Resultado esperado: mejorar su incontinencia
Plan de Intervenciones: ▪ Elaborar un plan de ejercicios del suelo pélvico y se le proporcionara a la señora para que los realice en su hogar. ▪ Explicarle como se deben realizar los ejercicios que se le proporcionaran, los objetivos del plan y el tiempo en que se realizaran. ▪ Explicar e instruirla mediante una plática sobre la naturaleza de la disminución de fuerza muscular, haciendo hincapié en los músculos del suelo pélvico. Ejecución: ▪ Se elaboro y se le entrego el plan de ejercicios del suelo pélvico donde se describe la intervención y el número de repeticiones recomendadas. ▪ Se le explico verbalmente como se deben realizar los ejercicios, los objetivos del plan y el tiempo que se recomienda que se realicen.	Fundamentación científica de las acciones: ▪ La práctica de un ejercicio aumenta el tono muscular y favorece al funcionamiento orgánico. ▪ La explicación de la etiología de la disminución de fuerza muscular pélvica puede dar esperanza a recuperar el control de esfínteres. ▪ El organismo, pero en particular el tejido muscular va adquiriendo fuerza desde el nacimiento hasta la edad adulta y conforme avanza la edad, se va debilitando y van perdiendo la fuerza; el organismo, huesos y músculos.
Evaluación del Plan de cuidados: No se logro el objetivo planteado por falta de tiempo, para aplicar las intervenciones, por que la señora tuvo que salir fuera de la ciudad, sin embargo se le entrego el plan de ejercicios del suelo pélvico por escrito y se le explico verbalmente como se deben de realizar los ejercicios, el objetivo del plan y el tiempo en que se recomienda que se realicen.	

Plan de cuidados de Enfermería (Necesidad de Descanso y Sueño).	
Diagnostico de Enfermería: Alteración del patrón del sueño relacionado con el insomnio nocturno manifestado por dormir solo de 3 a 5 horas por la noche, se despierta, ya no se vuelve a dormir y se levanta, desde la 1 o 2 am., presenta bostezos durante el día. Objetivo general: Que la Sra. O. Z. T. logre regular su patrón del sueño en el periodo de tres semanas, mediante la realización de algunas actividades en su hogar.	Datos Generales y significativos: la señora O.Z.T. duerme solo de 3 a 5 horas por la noche, se despierta y se levanta por la noche, ya no se vuelve a dormir desde que se despierta (1 o 2 de la mañana), tiene problemas de sueño al inicio, padece de insomnio por la noche, "inestable en su sueño", presenta bostezos, refiere ser nerviosa. Resultado esperado: regular su patrón de sueño.
Plan de Intervenciones: ▪ Elaborar una rutina de 30 minutos de ejercicio físico por sesión y proporcionársela para que la realice en su hogar mínimo tres veces por semana. ▪ Explicarle los beneficios del ejercicio físico y de relajación mediante una charla en su hogar. ▪ Animar y enseñar a la señora a usar técnicas de relajación, como concentración mental dirigida y respiración relajante, por 15 minutos antes de dormir diariamente. ▪ Fomentar, eliminar las situaciones estresantes antes de dormir, mediante la meditación en conjunto con la relajación. ▪ Sugerir a la Sra. O.Z.T. tomar té de siete azares antes de irse a dormir diariamente. ▪ Establecer una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño. ▪ Recomendar que acuda al médico si persiste el insomnio nocturno. Ejecución: - Se elaboro y se le entrego por escrito una rutina de ejercicio físico de 30 minutos, tomando en cuenta su capacidad física. - Se le entrego por escrito y se le explico una técnica de relajación. - Se le recomendó tomar té de siete azares antes de irse a dormir, para tener un mejor sueño y descanso.	Fundamentación científica de las acciones. ▪ Un programa de ejercicios físicos organizados puede favorecer a un mejor descanso y ayuda a mejorar el flujo sanguíneo teniendo como consecuencia un mayor descanso y mejor circulación sanguínea. ▪ La recomendación habitual es de 8 horas de sueño cada noche pero carece de una base científica. La persona que puede relajarse y descansar fácilmente necesita dormir menos tiempo para notarse descansado. Con la edad, generalmente disminuye el tiempo total de sueño, tardando más tiempo en conciliar el sueño y durando menos tiempo dormido. ▪ Dormir resulta difícil hasta que se logra la relajación. Pero el ambiente puede deteriorar el sueño. ▪ Las técnicas de relajación aumentan la sensación de control del paciente sobre su respuesta orgánica ante el estrés. ▪ Un horario irregular de acostarse y levantarse puede alterar el reloj biológico exacerbando la dificultad para dormir.
Evaluación del Plan de cuidados: Se logro un 50 % el objetivo planeado, ya que falto un poco de tiempo para continuar realizando las intervenciones.	

Plan de cuidados de Enfermería (Necesidad de Comunicación y Sexualidad).)	
Diagnostico de Enfermería: Duelo relacionado con la pérdida real de su esposo, manifestado por, sentirse deprimida, triste, se muestra confundida y con ansiedad. Objetivo general: Que la Sra. O.Z.T. logre disminuir la ansiedad y tristeza, superando el proceso de modificación del cambio de vida, mediante apoyo emocional, espiritual y familiar en un tiempo de tres semanas en su hogar.	Datos Generales y significativos: Presento la pérdida real de su esposo (en el mes de octubre), se muestra confundida con ansiedad, el estado de humor es triste, deprimida, se evalúa como negativa, pasa de 12 a 15 horas sola y “tiene pocas amistades”. Resultado esperado: lograr modificar el cambio de vida reciente y disminuir la ansiedad y tristeza.
Plan de Intervenciones: - Se le brindara apoyo emocional dándole la oportunidad de expresar sus sentimientos: comentar abiertamente la pérdida, explicar que el duelo es una reacción normal ante una pérdida. - Se brindara apoyo espiritual mediante la realización del santo rosario, misa y el apoyo por parte de la familia y conocidos. - Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias de la señora O.Z.T. Ejecución: - Se realizaron pláticas con la señora O.Z.T. para escuchar la experiencia emocional. - Se mantuvo dispuesta para escuchar los sentimientos de la señora durante las pláticas (charlas). - La señora y sus familiares realizaron el novenario del rosario, lo cual le ayudo para la superación del duelo. - La señora O.Z.T. recibió constantes visitas de familiares y conocidos en su hogar.	Fundamentación científica de las acciones. - Una comunicación abierta puede ayudar al paciente a sobreponerse al proceso del duelo y a iniciar la resolución constructiva de problemas y de esperanza. - Una persona que sufre a menudo se aísla físicamente y sobre todo, emocionalmente, la depresión de sentimientos interfiere con las relaciones familiares. - El apoyo de parte de la familia es un factor importante que contribuye a que el paciente se supere de la pérdida.
Evaluación del Plan de cuidados: Se cumplió en un 70% el objetivo planeado, se realizó entre la familia el novenario del rosario, y existe bastante apoyo de parte de ellos; las veces que asistí a su hogar platicaba mucho sobre sus sentimientos y me mantuve dispuesta a escucharla.	

Plan de cuidados de Enfermería (Necesidad de aprendizaje).

Diagnostico de Enfermería: Temor relacionado con el efecto negativo de la Diabetes Mellitus cuando no se controla manifestado por referir que le gustaría que hubiera algo para que quitara la enfermedad y preocupación ante una posible compilación de su pie (derecho).

Objetivo general: que la señora le disminuya el temor a través de la realización de diferentes cuidados y proporcionarle información objetiva sobre su padecimiento y tratamiento para que conozca el estilo de vida, en el transcurso de dos semanas en su hogar.

Datos Generales y significativos: refiere que “le gustaría que existiera algo que quitara la diabetes”, presenta micosis podal y le preocupa que vaya a empeorar su pie y referir que mejor no le busca.

Resultado esperado: disminuir el temor que presenta ante su padecimiento y mejorar el estado de su pie.

Plan de Intervenciones:

- Proporcionarle información objetiva de su padecimiento, sobre qué es, cómo se controla y como se previenen las complicaciones mediante una plática en su hogar, utilizando dibujos.
- Enseñar a la señora mediante una charla en su hogar, los cuidados que se deben tener, para su padecimiento, entre estos el cómo se deben cuidar los pies.
- Recomendar no usar huaraches (para evitar que se hagan grietas en los pies).
- Explicarle la importancia de llevar a cabo un control médico cada mes para que lo siga realizando.
- Alentar la aceptación de las limitaciones que le va causa el padecimiento de su enfermedad.
- Indagar las razones de la señora por su efecto negativo a través de charlas en su hogar.
- Ayudar a la señora a clarificar los conceptos equivocados mediante las pláticas que se llevaran a cabo en su hogar.

Ejecución:

- Se realizo una plática en su hogar sobre su padecimiento, que es, cómo se controla y se previenen las complicaciones, el cuidado que se debe tener con la piel y los pies, clarificando todas sus dudas.

Fundamentación científica de las acciones.

- El proporcionar información objetiva del padecimiento, reduce la frustración asociada con la falta de información y ayuda a afrontar eficazmente la enfermedad y evita o limita determinadas situaciones o acciones que se pueden complicar.
- Enseñar las medidas preventivas del como cuidar la piel y los pies, reduce el riesgo de ciertas conductas que puede aumentar el seguimiento y reducir complicaciones.
- El calzado que se ajusta bien evita lesiones en la piel y en el tejido subyacente; por lo que se recomienda un calzado que no oprima, ni lastime el pie.
- Un control médico permite una detección oportuna, y una rápida intervención encaminado a evitar graves complicaciones.
- Aclarar los conceptos equivocados o sustituir la información errónea por realidades puede mitigar el temor ante la situación.

Evaluación del Plan de cuidados:

Se logro un 100 %, el objetivo planeado, además acude puntualmente a revisión con su médico tratante, realiza acciones de medicina tradicional como jugos y plantas; lleva un control de estudios de laboratorio, realiza baño diario, cuida sus pies, se mantuvo receptiva y atenta a las explicaciones que se realizaron.

VII.-CONCLUSIONES

La aplicación del proceso de enfermería nos permite identificar las necesidades por las que el usuario, esta pasando y para lo cual se elaboran un plan de cuidados en donde se pretende obtener resultados favorables, propiciando la salud del usuario.

Al aplicar el proceso de enfermería a un caso y el modelo de Virginia Henderson me permitió aplicar todos los conocimientos que adquirí durante los 4 años de estudio en la escuela, a demás de que obtuve nuevos conocimientos.

Al realizar este trabajo me di cuenta de que la enfermería juega un importante papel, en el ser humano, especialmente en la prevención.

La señora siempre se mantuvo dispuesta para lograr los objetivos, pero hubo muy poco tiempo disponible para la realización de intervenciones.

VIII.-SUGERENCIAS

- Que se lleve la metodología del proceso enfermero desde el inicio de nuestra formación, junto con Teorías y modelos, ya que es muy importante, tener el conocimiento y la capacidad para su aplicación, y vaya formando parte fundamental de nuestra profesión.
- Darle un enfoque adecuado al proceso enfermero para favorecer el desarrollo de la profesión y es necesario unificar criterios para la elaboración y aplicación del proceso entre el personal de enfermería, alumnos y profesores.

IX.-BIBLIOGRAFÍA

- ANTOLOGIA DE LA METODOLOGIA DE ENFERMERÍA, Curso con fines de titulación, Facultad de Enfermería de la UMSNH, AUTOR: C.M.C. ROBERTO MARTINEZ ARENAS, AÑO: 2006.
- FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA, Conceptos, procesos y práctica, 7° EDICION, Vol. I, Mc Graw Hill Interamericana 1999.
- PROCESO ENFERMERO, Aplicación actual, AUTOR: BERTHA A. RODRIGUEZ SANCHEZ, Segunda Edición, Avances Científicos, Ediciones Cuellar.
- MANUAL DE LA ENFERMERA, Lippincott J.B. Océano/Centrum 2004.
- DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA. Un instrumento para la práctica asistencial, Luis Rodrigo Maria Teresa, tercera Edición 2000.
- PROCESO Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, Iyer. P. W. Taplich B. J. tercera edición, Mc Graw Hill Interamericana 1997.
- ENCICLOPEDIA DE LA MEDICINA ALTERNATIVA, Gay José. Océano 2000.
- DIPLOMADO UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA. Dueñas Fuentes José Raúl. www.Terra.es/personal/dueñas/pae.hhtml-87k.
- DICCIONARIO DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD, Mosby, de Terran Bleiberg Elena, Volumen 2, 2002.
- DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA, Cardenito L.J. Quinta Edición, Mc Graw Hill Interamericana 1995.
- PLANES DE CUIDADOS Y DOCUMENTACION EN ENFERMERIA, Cardenito L. J. Mc Graw Hill Interamericana 1994.
- MANUAL DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA, Carpenito L. J. 9 edición, Mc Graw Hill Interamericana 2002.
- DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA, aplicaciones a la práctica clínica. Cardenito L. J., 9 ediciones, Mc Graw Hill Interamericana 2002.
- TEORIAS Y MODELOS DE ENFERMERIA, Ann Marriner Tomey, tercera Edición, Mosby/ Doyma
- FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA, Potter / Perry, Quinta Edición, Volumen I, Harcourt / Océano

- TRATADO DE ENFERMERIA PRACTICA, Du Gas, Cuarta Edición, Mc Graw Hill Interamericana.
- PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE ENFERMERIA, Fuerts y Wolf, Ediciones Cientificas, la prensa Médica Mexicana, S. A.
- PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA, Aplicación de teorías, Guías y modelos, Janet W, Griffith, Paula J. Christenson, Manual Moderno.
- FUNDAMENTOS DE LA ENFERMERIA Teoria y Método, J. Hernández Conasa, Mc Graw Hill Interamericana.
- http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/contenido/jsp/parserurl.jsp?url=web_saludalia/vivir_sano/doc/ejercicio/doc/doc_flexi_tercera_edad1.xml
- www.wikipedia.org/wiki/Diabetes_mellitus

XI.-APÉNDICES Y ANEXOS

GUIA DE VALORACION DE ENFERMERIA FUNDAMENTADA EN LAS 14 NECESIDADES DE LA FILOSOFIA DE VIRGINIA HENDERSON

I.- VALORACIÓN GENERAL

Datos Biográficos:

Fecha de valoración_____

Nombre y Apellidos_____

Fecha de Nacimiento_____ Edad_____ Genero_____

Estado civil_____ Escolaridad_____ Ocupación Actual_____

Domicilio_____

Diagnóstico Medico_____

Tratamiento Actual_____

Servicios con los que cuenta la casa_____

Convive con animales domésticos_____

Antecedentes:

Enfermedades anteriores_____

Enfermedades Graves/Cirugías: si_____no_____Cuales_____

Secuelas: si_____no_____Especificar_____

Historia familiar de la enfermedad_____

Historia de la enfermedad actual_____

II.- VALORACIÓN POR CADA UNA DE LAS 14 NECESIDADES

I.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

F. R. _____/min. Calidad: normal_____superficial_____Profunda_____rápida_____Otros_____

T/A_____Hipotensa: si_____no_____Hipertensa: si_____no_____cefalea: si_____no_____mareos: si_____no_____ epístaxis: si_____no_____

F. C. _____/min. Pulso: normal___ fuerte___ débil___ Otros _____
Ruidos a la auscultación: si___no___ descripción/localización _____
Tos: si___no___ Secreciones: si___no___ Dolor al respirar: si___no___
Tabaco: si___no___ Cantidad por día: _____ Lo dejo: si___no___ Fecha _____
Consumo de alcohol: si___no___ uso de otras sustancias tóxicas _____
Consumo de café: si___no___ Frecuencia _____ Cantidad _____
Tiene alguna alergia respiratoria: si___no___ De qué tipo _____
Presenta alguna dificultad para respirar: si___no___ Disnea: si___no___
Fátiga: si___no___ Otros: _____

II.- NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION

Peso_____Talla_____Glucemia_____

Costumbres alimentarias: ingesta habitual de alimentos diaria(variedad y cantidad)
Desayuno_____Comida_____
Merienda_____
Cena_____

Cuántas veces a la semana consume:

Carnes_____Frutas_____
Verduras_____Lacteos_____
Cereales_____Enlatados_____

Come entre comidas: rara vez___ con frecuencia___ con mucha frecuencia_____
Lleva a cabo una dieta especial: si___no___ Tipo de dieta _____
Necesita suplemento nutricional por su enfermedad: si_____ no_____
Ingesta de líquidos por día _____

Intolerancia a la ingesta: si___no___
Indigestión___Nauseas___Vómito___Anorexia___regurgitaciones_____

Apetito: normal___disminuido___aumentado_____

Estado de la dentadura: prótesis dental: si___no___ fija: si___no___

Móvil: si___no___ superior: si___no___ inferior: si___no___

Problemas de: masticación: si___no___

Deglución: si___no___ Sólidos___ Líquidos___ ambos_____

Digestión: si___no___ Tipo: gases___ ardor___ pesadez___

Dolores estomacal___ agruras___ Otros_____

Necesita ayuda: si___no___ preparar los alimentos___ comer___ trocear los alimentos_____

Oscilaciones de peso(últimos 6 meses): si___no___ Kg. Ganados___perdidos___

Qué alimentos no le gustan o no tolera_____

III.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Eliminación intestinal:

Frecuencia _____ / día.
Dificultad para la eliminación: si _____ no _____ Estreñimiento _____ Diarrea _____
Esfuerzo al defecar _____ incontinencia fecal _____ hemorroides _____
Sangrado _____ heces negras _____ otros _____
Ostomía: si _____ no _____ tipo _____ Autocuidado: si _____ no _____
Uso de laxantes: si _____ no _____ Ayudas empleadas _____

Eliminación urinaria:

Frecuencia _____ / día. Cantidad _____
Color: amarillo claro _____ amarillo oscuro _____ naranja _____ rojo _____
Disuria _____ nicturia _____ coluria _____ urgencia para orinar _____ Retención de
líquidos: si _____ no _____ incontinencia: si _____ no _____
Ha sufrido alguna enfermedad urinaria: si _____ no _____ Cuál _____
Dificultad para orinar: ardor _____ dolor _____ utiliza pañal _____
Sonda vesical _____ fecha de último sondaje _____

Eliminación cutánea:

Sudoración cutánea: poco: si _____ no _____ excesiva: si _____ no _____
El sudor es de fuerte olor: si _____ no _____

IV.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Actividad física que realiza _____ frecuencia _____ tiempo _____

Postura: Erecto _____ decaído _____ equilibrio _____
Modo de andar: normal _____ acelerado _____ lento _____ tambaleante _____
Dificultad para realizar algunos movimientos: si _____ no _____ Cuales _____
Limitaciones físicas: temporales _____ permanentes _____ Cuales _____
Aparatos de ayuda: ninguno _____ bastón _____ muletas _____ andador _____ otros _____
Requiere ayuda de otra persona: si _____ no _____
Presenta malestar y/o debilidad con el ejercicio: si _____ no _____

Problemas presentes en su actividad habitual:

Hormigueo _____ dolor _____ fátiga _____ rigidez articular _____
Comportamiento motor: agitación _____ temblores _____ rigidez _____ incoordinación _____
inquietud _____ tics _____

V.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Horas de sueño nocturno _____ Otros descansos _____
Se despierta a lo largo de la noche: si _____ no _____ se levanta: si _____ no _____

Problemas de sueño:

Al inicio _____ interrumpido _____ (no. de veces _____) despertar temprano _____
Sueño excesivo _____ tiene pesadillas _____

Sensación subjetiva después de dormir: de descanso___ cansado___ confuso___
Otros___
Problemas que influyen en su descanso: insomnio: si___no___
Somnolencia diurna: si___no___
Toma algún medicamento o sustancia para dormir: si___no___ cuál___

VI.- NECESIDAD DE VESTIRSE / DESVESTIRSE

Actualmente es capaz de vestirse por si misma: si___no___
Con qué frecuencia se cambia de ropa limpia___
Necesita ayuda: si___no___ parcial___ total___
Alergias a determinados tejidos: si___no___ Cuáles___
Tiene dificultad para vestirse: si___no___ desvestirse: si___no___
Arreglarse: Si___no___
Que importancia le da a su aspecto? Poca___ Bastante___ mucha___
Su forma de vestir es adecuada al lugar, estación y circunstancias? Si___no___
Aspecto que presenta en ropa y calzado: adecuado___ cómodo___ limpio___
Otros datos de interés___

VII.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Temperatura___
Normal: si___no___ hipotermia: si___no___ hipertermia: si___no___
Están fríos sus pies y/o manos? Si___no___
Presenta sensación de calor/frío de acuerdo con los cambios de la temperatura ambiente:
si___no___
Control de glucosa:
Hipoglucemia___ Hiperglucemia___ límites normales___

VIII.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Hábitos de higiene: baño___ ducha___ frecuencia___
Cepillado de dientes: si___no___ frecuencia___
Es autónomo: si___no___ necesita ayuda: si___no___ Especificar___
Cabello: Quebradizo: si___no___ Sedoso: si___no___ seco: si___no___
Graso: si___no___ se rompe con facilidad: si___no___
Uñas: quebradizas: si___no___ Opacas: si___no___ Brillosas: si___no___ recortadas:
si___no___
Estado de la piel/mucosa: Limpia: si___no___ sonrosada: si___no___
Pálida: si___no___ Hidratada: si___no___ seca: si___no___ grasosa: si___no___

Presenta edema: si___ no___ Localización_____
Presenta alguna lesión, ulcera, eccema: si___ no___ Descríbalo_____

Tiene cambios en su piel: si___ no___ manchas: si___ no___
Heridas: si___ no___ prurito: si___ no___
Utiliza alguna crema: si___ no___ Ungüento: si___ no___ pomada: si___ no___

IX.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Medidas de salud que lleva a cabo:

Vacunación: si___ no___ Controles: si___ no___ Autoexploraciones: si___ no___

Niveles de conciencia y actitud frente al entorno:

Somnoliento: si___ no___ Confuso: si___ no___ Apático: si___ no___ Hipervigilante: si___
no___ Distráido: si___ no___ no responde a estímulos_____

Solo sigue instrucciones_____

Presenta convulsiones: si___ no___ con qué frecuencia_____

Mareos: si___ no___ con qué frecuencia_____

Deambulación: de pie: si___ no___ Andador: si___ no___ Bastón: si___ no___

Silla de ruedas: si___ no___ tiene equilibrio: si___ no___

Falta de equilibrio: si___ no___

Se encuentra Orientación o Desorientado en tiempo, espacio y persona:

Tiempo: (estación, día, mes, año): si___ no___ Especificar_____

Espacio: (país, provincia, ciudad, recinto, sala): si___ no___ Especificar_____

Persona: (reconoce a personas significativas): si___ no___ Especificar_____

Se encuentra alerta: si___ no___ conciente: si___ no___

Alteraciones perceptivas:

Auditivas _____ tipo _____

Visuales _____ tipo _____

Táctiles _____ tipo _____

Olfativas _____ tipo _____

Localización de la percepción: interna _____ externa _____

Seguridad psíquica:

Miedo: si___ no___ Ansiedad: si___ no___ tristeza: si___ no___ Depresión: si___ no___

Agresiva: si___ no___ Angustia: si___ no___

Auto descripción de si misma:

Alegre___ Triste___ Confiada___ Desconfiada___ Tímida___ Inquieta___

Auto evaluación general y competencia personal: positiva___ negativa___

Se han presentado cambios recientes en su vida: si___ no___ pérdidas: si___ no___

Cambios de residencia: si___ no___ Enfermedades asociadas: si___ no___

Complicaciones: si___ no___

El estado de su persona presenta un peligro para ella: si ___ no ___

Para otros: si ___ no ___ Especificar _____

Precauciones: más vigilancia ___ poner barandillas ___ contención mecánica ___

X.- NECESIDAD DE COMUNICACIÓN Y SEXUALIDAD

Expresa sus deseos y Opiniones: si ___ no ___

Le es difícil concentrarse: si ___ no ___

Le es fácil tomar decisiones: si ___ no ___

Organización del pensamiento – lenguaje:

Contenido: coherente y organizado: si ___ no ___ distorsionado: si ___ no ___

Curso del pensamiento:

Inhibido: si ___ no ___ Acelerado: si ___ no ___ Perseverancia: si ___ no ___

Incoherencia: si ___ no ___ Desorganizado: si ___ no ___

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 ___ Rol en la familia _____

Personas más significativas _____

Personas con las que se relaciona a diario _____

Su relación es: satisfactoria ___ insatisfactoria ___ Indiferente _____

Tiempo que pasa sola y porque _____

Tiempo que pasa con amistades o familia _____

Pertenece algún grupo social: si ___ no ___ tiene amistades: si ___ no ___

Pertenece a algún grupo social o religioso: si ___ no ___

Se siente parte de la comunidad a la que pertenece: si ___ no ___

Sexualidad:

Fecha de la última menstruación _____

Numero de embarazos _____ Abortos _____ partos _____ cesáreas _____

A que edad se presento la menopausia _____

Utilizó algún método anticonceptivo _____

Fecha de la última citología _____ fecha de último examen de mama _____

Se realiza auto examen de mama: si___ no___

XI.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Religión que profesa: Católica___ protestante___ Judía___ otra___

Que es lo más importante para usted en su vida_____

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

La religión es importante en su vida: si___ no___

Le ayuda cuando surgen dificultades: si___ no___

Realiza prácticas religiosas: si___ no___ Cuáles_____

Como considera la religiosidad/espiritualidad en su vida:

Muy importante_____ sin importancia_____ le es indiferente_____

Que opina de la enfermedad y de la muerte: _____

XII.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Está conforme consigo mismo: si___ no___

Su estado de salud actual le impide hacer lo que le gustaría: si___ no___

Si la respuesta es si, explíquese_____

Tiempo que dedica a su persona_____

Capacidad de decisión: si___ no___ resolución de problemas: si___ no___

Que le gusta realizar como pasatiempo:

Lectura_____ televisión_____ manualidades_____ Otras_____

XIII.- NECESIDAD DE JUGAR / PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Tiene fuerza, energía, suficiente para afrontar las actividades de la vida diaria: si___ no___

Reserva algún tiempo para divertirse: si___ no___ poco___ mucho___ suficiente___

Cual es su diversión preferida_____

Ha perdido interés por las actividades recreativas: si___ no___

XIV.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Ha presentado alguna alteración en la memoria: si___ no___ reciente___ remota___

Inteligencia general: adaptado al momento_____ retraso en el desarrollo_____

Comportamientos indicativos de interés por aprender y resolver problemas:

Pregunta_____ escucha_____ muestra interés___ desinterés___ propone alternativas_____ participa_____

Cree que tiene suficiente información de su enfermedad: si___ no___

Rutina de ejercicio físico

Ejercicios para los hombros

- 1.-Elevación de hombros alternativamente. Repetir 10 veces.
2. Elevación de hombros simultáneamente. Repetir 10 veces
3. Círculos de hombros de delante a atrás, y luego al revés. Repetir 8-10 veces cada uno.
4. Andando, realizar movimientos de brazos hacia delante y atrás de forma alternativa hasta la horizontal. Repetir 8-10 veces.
5. Rotaciones de brazos muy amplios hacia delante - atrás. Repetir 6-8 veces.
6. Realizar círculos por delante del tronco, con los brazos paralelos. Repetir 7 veces hacia delante, y 7 veces hacia atrás.

Ejercicios para el tronco

- 1.-En el sitio, con las piernas juntas y semiflexionadas, doblar el tronco hacia delante y realizar movimientos alternativos con los brazos, de arriba-abajo. Repetir 8-10 veces.
2. En la misma posición que el ejercicio anterior, realizar rotación lateral del tronco con brazos en cruz. Intentar tocar con la mano derecha el tobillo izquierdo, y viceversa, de forma alternativa. Repetir 10 veces en total.
3. Hacer movimientos de rotación completa del tronco hacia un lado y hacia otro con acompañamiento de brazos en el mismo sentido, y de forma alternativa. Repetir 4 veces para cada lado.

Ejercicios para el cuello

- 1.-Describir con la cabeza círculos hacia un lado y hacia otro.
 2. Girar la cabeza a ambos lados de forma alternativa.
 3. Realizar flexión - extensión del cuello adelante y atrás.
 4. Inclinar la cabeza a un lado y a otro, sin elevar los hombros.
- Repetir los ejercicios 5 veces hacia cada lado.

Ejercicios de flexibilidad para tronco, caderas y músculos isquiotibiales

1. En posición de decúbito supino (boca arriba), estirar los brazos por encima de la cabeza de forma alternativa, como si se subiera por una cuerda, durante 10 segundos. Relajar y repetir.
2. En posición de decúbito supino (boca arriba), con las piernas flexionadas sobre el pecho sujetándolas con las manos. Estirar una pierna hacia el suelo sin soltar la otra. Mantener esta posición 15 segundos. Realizar el ejercicio con la otra pierna. Repetir 4 veces con cada pierna.
3. Sentado, con las piernas semiflexionadas y las manos en el pecho o la nuca, llevar los codos hacia un lado, mantener 10 segundos, y lentamente volver e ir hacia el otro lado Repetir 3 veces el ejercicio completo.
4. Sentado, con las piernas y brazos extendidos. Respirar profundamente e inclinar el tronco hacia delante suavemente, al tiempo que se suelta el aire lentamente. Mantener la posición de extensión 10 segundos. Repetir el ejercicio.
5. Sentado, con las piernas abiertas y extendidas (en la medida que cada persona pueda), flexionar el tronco primero hacia una pierna, luego hacia el centro, y después hacia la otra pierna, manteniendo cada posición 10-15 segundos.

Ejercicios para los tobillos

- 1.-Sentado en una silla, realizar flexión-extensión del pie. Hacer 3 series de 10 repeticiones.
2. Sentado, describir círculos con la punta del pie en ambos sentidos. Hacer 3 series de 5 repeticiones en cada sentido.
3. Con el pie apoyado en el suelo, elevar los dedos del pie, mantener 7 segundos. Repetir 7 veces.
4. De pie, realizar rotación del pie hacia el interior y exterior. Hacer 2 series de 10 repeticiones

Ejercicios para los gemelos y soleos

1. De pie, apoyado en el respaldo de la silla, flexionar las rodillas sin elevar los talones del suelo. Mantener la posición durante 10-15 segundos. Hacer 3 repeticiones
2. De pie, apoyado en la pared (o en una silla), colocar una pierna delante de la otra, con la de atrás extendida, y el talón pegado al suelo. Mantener la posición 10-15 segundos. Realizar el ejercicio con ambas piernas. Hacer 3 repeticiones.

Se aconseja:

- Realizar la sesión en ambiente cálido, sobre una colchoneta o esterilla, para evitar enfriamientos.
- La respiración debe ser profunda y pausada, acorde al ritmo de los ejercicios.

DIETA



DISTRIBUCIÓN

- CHO---50-60 %
- LIP----25-35 %
- PROT—10-15 %

ALIMENTOS PERMITIDOS

- Cereales y tubérculos
- Leguminosas
- Carnes magras
- Leche descremada
- Frutas y verduras
- Clara de huevo

ALIMENTOS OMITIDOS

- Azúcar simple
- Grasas saturadas
- Embutidos
- Yema de huevo
- Agua fresca
- Leche entera
- Jugos
- Sal
- Alimentos muy condimentados.

Omitidos por producir flatulencia:

- Suprimir lactosa.
- Evitar las bebidas con gas.
- Evitar el repollo, la col de Brúcelas, leguminosas, lechugas y habas.

CALCULO DEL VALOR CALORICO

1438 Kilocalorías

CHO 50 %

$$1438 \times .50 = 719 / 4 = 179.75 \text{ gr}$$

Lípidos 35 %

$$1438 \times .35 = 503.3 / 9 = 55.9 \text{ gr.}$$

Proteínas 15 %

$$1438 \times .15 = 215.7 / 4 = 53.92 \text{ gr.}$$

CUADRO DE ALIMENTOS BÁSICOS

	Raciones	CHO	Lípidos	Proteínas
Cereales y tubérculos	2	30	0	4
Leguminosas		18	1	6
Carnes / Huevos	1 ½	0	7 ½	10 ½
Lácteos	3	27	8	27
Verduras	8	40	0	16
Frutas	8	80	0	0
Grasas	4	0	5	0
Azucares		10	0	0
Total en gramos		177	51.5	55.5

DISTRIBUCIÓN POR RACIONES

	Desayuno	Almuerzo	Comida	Cena
Cereales y tubérculos	½	½	1	
Leguminosas	-	-	-	-
Carne / Huevo			1 ½	
Lácteos	1	1		1
Verduras		2	5	1
Frutas	2	1	3	2
Grasa	1	1	2	
Azúcares				

Menú

Desayuno

1 vaso de yogurt de pasas
Una galleta integral de avena con pasa
Una manzana o papaya picada ½ taza

Almuerzo

Una quesadilla
Nopales con verdura
Una pieza de fruta o jugo de fruta natural

Comida

Caldo de pollo con verduras
Media tortilla de maíz
Agua de fruta natural

O

Sopa de verduras
Filete de pescado
Ensalada de lechuga
Media tortilla
Agua de fruta natural

Cena

Verdura al vapor
Yogurt
Fruta picada 1 taza

Ejercicios del suelo pélvico

- 1.- Relajarse, respirar profundo (5 veces).
- 2.- Evitar contraer los músculos abdominales, muslos abdominales, muslos glúteos, los que participan en la respiración o estirarse durante la realización de los ejercicios.
- 3.- Ajustar y luego relajar el anillo muscular alrededor de la uretra y el ano, como si intentara evitar orinar o el movimiento intestinal.
- 4.- Enseñar a la paciente femenina a identificar los músculos elevador del ano y urogenital colocando un dedo en la vagina y procediendo a apretar.
- 5.- Enseñar al paciente a realizar ejercicios de contracción muscular, entre 30 y 50 veces cada día, manteniendo la concentración durante 10 segundos cada vez y descansando como mínimo 10 segundos entre cada contracción.
- 6.- Enseñar al paciente a detener y reiniciar el flujo de orina.
- 7.- Dar instrucciones escritas donde se describa la intervención y el número de repeticiones recomendadas

La efectividad de los ejercicios se consigue a las 6-12 semanas.

MEDIDAS PARA EL CUIDADO DE LOS PIES

1.- Inspección Diaria:

- Usar un espejo
- Buscar callos, bunios, rasguños, enrojecimiento y ampollas.
- Si la visión es mala, pedir a un familiar u otra persona que examine los pies.

2.- Limpieza Diaria:

- Usar agua templada, no caliente, para evitar quemar el tejido insensible (comprobar la temperatura del agua con la mano o el codo antes de introducir los pies).
- Evitar tener los pies en remojo ya que esto puede macerar el tejido.
- Secarlos bien, sobre todo, el área interdigital.

3.- Correcta higiene de pies:

- Cortar las uñas rectas; usar una lima para alisar los bordes.
- Abstenerse de usar sustancias químicas sobre los callos; pueden producir una lesión que no cicatrice.
- Evitar usar antisépticos del tipo del yodo, ya que pueden lesionar el tejido sano.
- Si los pies están secos, aplicar una fina capa de loción. Evitar dejar loción entre los dedos; la piel que está entre los dedos no necesita más lubricación y puede macerarse fácilmente.

4.- Enseñar al paciente:

- Usar calcetines de lana para calentar los pies por la noche.
- Nunca calentar la ropa que cubre los pies antes de salir a un clima frío (calcetines de lana y botas forradas).
- Evitar andar descalzo.
- Decir al paciente que use calzado de piel que le quede bien (puede necesitar zapatos hechos con mayor profundidad), utilice siempre calcetines con los zapatos, evite sandalias con cintas entre los dedos y examine diariamente la parte interna del calzado en busca de área desgastadas, uñas que sobresalgan u otro objeto.

5.- Enseñar al paciente a:

- Usar calcetines que le queden bien.
- Evitar los calcetines con cinta elástica.
- Evitar las ligas de calcetines.
- Evitar cruzar las piernas.