



UNIVERSIDAD MICHOACANA SAN NICOLÁS DE HIDALGO



FACULTAD DE ENFERMERIA

**PROCESO DE ENFERMERÍA CON EL REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA
E. OREM APLICADO A UN CASO CLÍNICO DE DIABETES MELLITUS TIPO II**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIATURA DE ENFERMERÍA

PRESENTA:

Pasante Licenciado Enfermería: ONECIO ARCOS ALVARO

ASESORA: Maestra Enfermería MARIA AURELIA RAMONA SOTO FAJARDO

COASERORA: Maestra Enfermería MA. DE JESUS RUIZ RECENDIZ

MORELIA, MICHOACAN, OCTUBRE 2014

DIRECTIVOS

Dra. Enf. María Leticia Rubí García Valenzuela

Directora de la Facultad de Enfermería

ME Ruth E. Pérez Guerrero

Secretaria Académica

MCE Roberto Martínez Arenas

Secretario Académico

MESA SINODAL

PRESIDENTE DE LA MESA SINODAL

ME. María Aurelia Ramona Soto Fajardo

Vocal 1

L.E.Q.C.A. Cecilia Castro Calderón

Vocal 2

M.C. José Luis Cira Huape

AGRADECIMIENTOS

A dios

Por prestarme la vida y por haberme permitido llegar a mi más anhelado sueño de concluir esta nueva meta para obtener el título como licenciado en enfermería. Por permitirme cumplir mis sueños. Por estar conmigo día con día. Ya que sin él no hubiese logrado.

Por darme la vida y la oportunidad para cuidar de los enfermos con humanidad y respeto.

A mis padres

Por darme la confianza y el apoyo durante mi carrera a pesar de muchos obstáculos ellos confiaron en mí. Por dejarme seguir superándome como persona por estar siempre apoyándome con sacrificios y esfuerzos he logrado a llegar a este día tan importante y porque sin escatima esfuerzo alguno me han dado todo cuanto les ha sido posible, que dios bendiga y colme de sus bendiciones hoy y siempre y les prometo ejercer mi profesión con orgullo y dignidad. Gracias los quiero mucho.

A mis hermanos

Gracias por brindarme su apoyo moral y económico por los consejos y ánimos que me dieron a lo largo de todos los años de estudio, por la fe que en mi depositaron para hacer realidad uno de mis mas anhelados sueños.

A mi esposa

A mi esposa por el apoyo y cariño que me brindo durante la realización de este proyecto.

DEDICATORIA

A mis maestros

A quienes agradezco por haberme impulsado en mi formación personal.

A la escuela

Por ser como mi segunda casa en la que pase la mayoría del tiempo durante la carrera y contribuyo en mi formación profesional.

A mis

Asesoras: ME. María Aurelia Soto Fajardo, ME.Ma.de Jesús Ruiz Recendiz y Ma. Alma Rosa Picazo Carranza: Por el apoyo, paciencia que me brindaron, e inspirarme a seguir adelante, como asesoras me marcaron los pasos para seguir en este presente trabajo, por haberme de dedicado su tiempo, paciencia, dedicación y compartir sus conocimientos mil gracias.

RESUMEN

La expresión DM por sí sola no define a la enfermedad, pero en la práctica, cualquier trastorno que eleve la glucosa plasmática después del ayuno tiende a denominarse diabetes mellitus y por ello, diversos organismos han reconocido la necesidad de estandarizar criterios de definición, diagnóstico, clasificación y tratamiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la describe como un trastorno metabólico de etiología múltiple caracterizado por hiperglucemia crónica con alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono, grasa y proteína resultante de defectos en la secreción de insulina, acción de la insulina o ambas.

En México, la Norma Oficial Mexicana 015 define a la diabetes mellitus como una enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales.

La clasificación propuesta por la ADA considera cuatro clases clínicas: diabetes mellitus tipo 1, diabetes mellitus tipo 2, diabetes mellitus gestacional y otros tipos específicos de diabetes (debido a defectos genéticos de las células B, defectos genéticos de la acción de la insulina, enfermedad del páncreas, endocrinopatías o diabetes inducida por drogas o sustancias químicas).

Diabetes mellitus

Paciente

Glucemia

Hiperglucemia

Insulina

ABSTRAK

DM expression alone does not define the disease, but in practice , any disorder that elevates plasma glucose after fasting tends to be called diabetes mellitus and therefore many organizations have recognized the need for standardized criteria for the definition , diagnosis, classification and treatment .

The World Health Organization (WHO) described as a metabolic disorder of multiple aetiology characterized by chronic hyperglycaemia with disturbances of the metabolism of carbohydrates, fat and protein resulting from defects in insulin secretion, insulin action or both.

In Mexico, the Mexican Official Standard 015 defines diabetes mellitus as a degenerative chronic, systemic disease, heterogeneous, with varying degrees of hereditary predisposition and involvement of environmental factors.

The classification proposed by the ADA considers four clinical classes : type 1 diabetes , type 2 diabetes mellitus , gestational diabetes mellitus and other specific types of diabetes (due to genetic defects of B cells , genetic defects in insulin action , disease pancreas , endocrinopathies or induced by drugs or chemicals) diabetes.

Diabetes mellitus

Patient

Glycemia

Hyperglycemia

Insulin

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
I JUSTIFICACIÓN	2

II OBJETIVOS.....	4
2.1 Objetivo General.....	4
2.2 Objetivos específicos.....	4
III METODOLOGÍA	5
IV CASO CLÍNICO	6
V MARCO TEÓRICO	8
5.1 Proceso de enfermería.....	8
5.1.1 Definiciones de Proceso de Enfermería.....	9
5.1.2 Desarrollo histórico e importancia del Proceso de Enfermería	9
5.1.3 Etapas de Proceso Enfermero.....	10
5.2 TEORÍA DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM	14
5.2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA TEORÍA.....	15
5.2.2 Conceptos principales y definiciones	15
5.2.3 Teoría del Autocuidado	17
5.2.4 Teoría del Déficit del Autocuidado	18
5.2.5 Teoría de Sistemas Enfermeros.....	19
5.3 DIABETES MELLITUS.....	19
5.3.1 Definiciones.....	19
5.3.2 FACTORES DE RIESGO.....	20
5.3.4 DIAGNÓSTICO.....	21
5.3.5 TRATAMIENTO	23
VI APLICACIÓN DE PROCESO ENFERMERO	25
VII CONCLUSIONES.....	45
VIII SUGERENCIAS	46
IX REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
XII APENDICES	49

INTRODUCCIÓN

El proceso enfermero es un método sistemático y organizado que brinda cuidados de enfermería individualizados, que se centra en el diagnóstico y tratamiento de respuestas de la persona o grupos de alteraciones de salud, reales o potenciales.

La diabetes mellitus (DM) es un conjunto de trastornos metabólicos, que afecta a diferentes órganos y tejidos, dura toda la vida y se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre: hiperglucemia. Es causada por varios trastornos, incluyendo la baja producción de la hormona insulina secretada por las células B de páncreas, o por su inadecuado uso por parte del cuerpo, que repercutirá en el metabolismo de los carbohidratos, proteínas.

Diabetes mellitus tipo I autoinmune.

Este tipo de diabetes corresponde a la llamada antiguamente diabetes insulino dependiente o diabetes de comienzo juvenil. Se presenta mayormente en individuos jóvenes, aunque puede aparecer en cualquier etapa de la vida y se caracteriza por la nula producción de insulina debida a la destrucción autoinmune de las células B de los islotes de Langerhans del páncreas mediadas por las células T.

Diabetes mellitus tipo II

Se caracteriza por un complejo mecanismo fisiológico, cuyo rasgo principal es el déficit relativo de producción de insulina y una deficiente utilización periférica relativo por los tejidos de glucosa (resistencia a la insulina); esto quiere decir que el receptor de insulina de las células está dañado.

Es muy frecuente la diabetes tipo 2 asociada a la toma prolongada corticoides, frecuentemente asociada a la hemocromatosis no tratada, insulinoresistencia la diabetes tipo 2 representa un 80%-90% de todas las pacientes diabético.

I JUSTIFICACIÓN

El proceso enfermero es un método integral de atención, el cual mediante la aplicación de la teoría de Dorothea Orem proporciona una visión holística en el área profesional de enfermería, al ser ésta la metodología empleada para el cuidado de la persona.

La diabetes mellitus tipo II es considerada como una de las principales causas de muerte en México, constituye el objeto de estudio de este proceso. La aparición y empeoramiento de diabetes depende en gran medida del estilo de vida de las personas haciéndose necesario la educación y orientación a la población con fines preventivos es un problema de salud pública con acciones específicas.

Por dicha razón es importante orientar a la población acerca de los factores de riesgo de diabetes como las acciones de cuidado que se deben.

La diabetes mellitus (DM) es reconocida por la OMS como una amenaza mundial. Se calcula que en el mundo existen más de 180 millones de personas con diabetes y es probable que esta cifra aumente a más de doble para 2030. En 2005 se registraron 1.1 millones de muertes debidas a la diabetes de las cuales alrededor de 80% ocurrieron en países de ingreso bajos o medios, que es su mayoría se encuentran menos preparados para enfrentar esa epidemia.

En nuestro país, la diabetes ocupa el primer lugar dentro de las principales causas de mortalidad y presenta un incremento ascendente con alrededor de 60 mil muertes y 400,000 casos nuevos al año. Los factores de riesgo que inciden en la distribución y frecuencia de la diabetes y sus complicaciones son bien reconocidos, no obstante y a pesar de que México cuenta con un programa de acción de prevención y control, aún existen serias limitaciones que impiden la contención efectiva y eficaz de este padecimiento.

(Programa de acción específico 2007-2012 diabetes mellitus p 15)

En México al igual que en el resto de mundo existe una creciente prevalencia de esta enfermedad asociada a cambios en el estilo de la vida, urbanización, dieta y

actividad física, por lo tanto hoy en día la diabetes tipo 2 ocupa los primeros lugares como causa de consulta y de mortalidad en la población adulta, es un problema de salud serio, común, creciente, costoso. *(Centro de salud zinapecuaro registro civil)*

La diabetes es la primera causa de muerte en Michoacán, mientras que a nivel nacional desde hace varios años permanece en la tercera posición, actualmente existen 9 mil 584 casos, la diabetes se padece principalmente en personas de entre 40 y 45 años de edad, en Michoacán alrededor del 20 por ciento de la incidencia se notifican en las regiones rurales, principalmente en la meseta purépecha debido al estilo de vida que se lleva en dichas regiones.

(Inegi 2010 de Michoacán)

II OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Aplicar el proceso de enfermería basado en la teoría del Autocuidado de Dorothea Orem en un caso clínico de persona con diabetes mellitus tipo II.

2.2 Objetivos específicos

- Aplicar la Guía de valoración con base en el referente teórico de Orem a la persona con diabetes mellitus tipo II.
- Identificar los diagnósticos de enfermería de acuerdo a los datos de la valoración así como los problemas interdependientes.
- Realizar la planeación de las intervenciones y acciones de acuerdo a los diagnósticos de enfermería identificados.
- Implementar las intervenciones de enfermería con base en la planeación realizada.
- Evaluar el resultado obtenido con las intervenciones implementadas.

III METODOLOGÍA

Se aplicó el proceso enfermero en sus cinco etapas: valoración, diagnóstico, plan de intervención, ejecución y evaluación. Tomando en cuenta todas las cinco dimensiones y su entorno poniendo énfasis en las necesidades alteradas que se identificaron de acuerdo a la teoría del Déficit de Autocuidado de Orem.

05 de octubre 2011 la persona llega al servicio de urgencia del centro de salud de Zinapecuaro a las 21:00 hrs, inconsciente, hipertenso 140/90 mmHg, hipoglucémico, se canaliza con solución mixta, se le administra vía sublingual captopril, se le da reanimación de miembros superior e inferior.

Ya establecido un poco la persona entabla una pequeña plática con los familiares de la persona que estaba en el servicio de urgencias en que plantea unas preguntas como se llama, cuántos años tiene, cuál es su domicilio, cuántos hijos tiene, cuánto tiempo tiene con la enfermedad. Ya recabada esta información les comento que me gustaría que él fuera la persona para realizar mi trabajo de proceso de enfermería, los familiares responden que sí, que nada más le preguntara a su familiar que estaba en el servicio le comente a la persona y obtuve una respuesta favorable, ya establecido la persona la refieren a 2 nivel para que lo revise un especialista,

La persona me informó que decide ir al hospital general de Acámbaro que es acompañado por su esposa e hija en el que llega al servicio de urgencias por presentar dolor en el brazo izquierdo y dolor de cabeza lo canalizan con solución fisiológica lo dejan en ayuno, para realizar estudios de laboratorio y se realizan tomas de glucemias cada hora en los que daban resultados normales de 90 mg/dl al dar de alta a la persona el médico del servicio le indica a familiares que tiene que estar chequeando la glucosa antes de comer y después de comer, los familiares tienen que comprar glucómetro en el que les aportó una cantidad para la compra de glucómetro de 150 pesos, al mes les aportó 200 pesos para compra de insulina y 100 pesos para compra de tiras para el glucómetro lo acompañé en su cita de control cada mes gastando de pasaje de traslado 200 pesos y le hago visita una vez al mes aparte de que tiene su cita de control.

IV CASO CLÍNICO

N.A.R de 42 años, originario de Zinapecuaro, Mich, casado, católico, jornalero, es el quinto de seis hermanos con primaria terminada, madre finada; Habita en casa propia de tabique con techo de teja, en la que vive con su esposa y 3 hijos, cuenta con los servicios básicos intradomiciliarios necesarios como: luz eléctrica, drenaje y agua potable, toma agua de garrafón para consumo humano, con buenos hábitos higiénicos cambio de ropa diario, baño cada tercer día, aseo bucal 1 veces al día. La mayoría de las veces desayuna cereal con leche o pan con café, consume carne roja cuatro veces a la semana, pollo una vez a la semana, verdura una ración por semana (chayote, calabaza, zanahoria), fruta (naranja, papaya, piña), seis tortilla, cena: leche, fruta picada (papaya, melón). En el último mes refiere haber subido 5 kg, consume mucha sal, Toma 1 vaso de agua 250 ml de garrafón para consumo humano, consume 2 refrescos 600 ml diariamente.

Se observa que el paciente se caracteriza por tener hábitos de bajo nivel de actividad física evacua cada 3 día ,heces duras, en ocasiones presenta pujo heces de coloración amarilla, orina siete veces al día aproximadamente de color amarillo ámbar se le diagnostico diabetes mellitus tipo II hace ocho años en el centro de salud de Zinapecuaro, controlándose con Glibenclamida 5 mg.v.o c/8 hrs, metformina 850 mg v.o c/8hrs, insulina intermedia NPH 20 ul a veces en las noches se le olvida administrar la insulina y tiende a aumentar la glucosa, desde que le diagnosticaron su enfermedad, no ha llevado una dieta apropiada, tiene poco conocimiento de su enfermedad y del manejo de la diabetes no realiza ejercicio. Menciona que no se ha podido acostumbrar a su enfermedad, se siente triste e incapaz de salir adelante porque le faltan fuerzas, sin embargo su familia no ha descuidado”. La comunicación con los integrantes de su familia es buena; refiere que su esposa es la persona más importante en su vida, junto con sus hijos.

Asiste a sus citas de control cada mes al IMSS Oportunidades de Zinapecuaro, en el que se le realiza glicemia capilar de 250 mg/dl T/A de 120/80 mmHg Fc 72x' FR 18x' Tem 36°C peso 73.500 Talla 1.62 mts.

Antecedentes Familiares

Madre finada por diabetes tipo II, padre finado Enfermedad Pulmonar Obstructiva (EPOC) alcoholismo desde los 12, tabaquismo desde la infancia, 2 hermanas con diabetes tipo II, niega transfusiones sanguíneas.

Antecedentes Personales

El señor N.A.R. refiere que su madre acude a vacunarlos al centro de salud de zinapecuaro, sin embargo presento las enfermedades propias de la infancia (resfriado común, tos, diarrea, viruela y sarampión). Refiere consumir los tres tipos de alimentos aunque no se apega a la dieta de acuerdo a su padecimiento, los hábitos higiénicos baño cada tres días y cambio de ropa diaria, dentadura incompleta el aseo bucal 1 vez al día, se dedica al trabajo de jornalero, inicia su vida sexual activo a los 17 años con una sola pareja.

Antecedentes Patológicos

Hace 12 años empezó a utilizar lente de armazón. Menciona que hace 23 años se le realizo una operación quirúrgica de apendicitis donde estuvo hospitalizado 3 días en una clínica privada de acambaro Guanajuato, la última vez que se hospitalizo fue en el hospital civil de Morelia (hace 3 años) por presentar taquicardia e hiperglucemia de 400 mg en la que se le administra solución fisiológica de 1000 ml para 8 hrs que se le administra 5 ul de insulina acción rápida con previa cita a medicina interna.

V MARCO TEÓRICO

5.1 Proceso de enfermería

El proceso enfermero permite a la enfermera organizar y prestar cuidados enfermeros. El proceso de enfermería se emplea para identificar, diagnosticar y tratar las respuestas humanas ante la salud y la enfermedad (American Nurses Association [ANA] ,1995). Se trata de un proceso dinámico y continuo que se adapta a las necesidades de cambio del cliente. El empleo del proceso enfermero favorece el cuidado de enfermería individualizado y ayuda a la enfermera a responder al cliente de manera rápida y razonable para mejorar o mantener la salud del cliente.

El proceso de enfermería es simplemente una variación del razonamiento científico que permite a las enfermeras (os) organizar, sistematizar y conceptualizar la práctica enfermera. Se trata de un enfoque general a los sistemas por individuos, familias, grupos o comunidades. Es un enfoque que permite a las enfermeras (os) diferenciar su práctica de la de los médicos y la de otros profesionales sanitarios. Cuando las enfermeras (os) piensan críticamente, el cliente para a ser un participante activo y el resultado último es un enfoque completo e individualizado del cuidado. (Rodríguez, B. A. (2001). *Proceso Enfermero. Aplicación actual*. México, D.F.: Ediciones Cuellar)

5.1.1 Definiciones de Proceso de Enfermería

Existen diversas definiciones del proceso de enfermería. Para Araiza, el proceso de enfermería es el método de solucionar problemas que usan la enfermeras para ayudar a los pacientes a cubrir sus necesidades básicas. (Araiza, M.M.E., (2003). Manual de enfermería (3ª ed.), Pp. 1)

Rosales considera al proceso de enfermería como un método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizados, centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o de riesgo. (Rosales, B.S., Reyes, G.E., (2001) .Fundamento de enfermería (3ª ed.), manual moderno.Pp.227)

Rodríguez, por su parte, lo define como un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logre de objetivos de forma eficiente. (Rodríguez, S.B.A. (2002). Proceso enfermero. Pp.29)

5.1.2 Desarrollo histórico e importancia del Proceso de Enfermería

El proceso de enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión, Hall en 1955 lo describió como un proceso distinto, Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso de tres fases diferentes, que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores de primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los años 70. Blach (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstico, dando lugar al proceso de cinco fases". (Rodríguez, S.B.A. (2002). Proceso enfermero. Pp.31)

Desde entonces, el proceso de enfermería ha sido legitimizado como el marco de la práctica de enfermería. La ANA (American Nurses Association) utilizó el proceso de

enfermería como directriz para el desarrollo de las normas para la práctica de enfermería en estados unidos. De igual manera, el proceso de enfermería se ha incorporado en el marco conceptual de la mayoría de los planes de estudio de enfermería del mundo, incluyendo México. (Rodríguez, S.B.A. (2002). Proceso enfermero. Pp.31)

5.1.3 Etapas de Proceso Enfermero

5.1.3.1 Valoración

La valoración es el primer paso del proceso de enfermería y se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un cliente. Consta de dos componentes: recogida de datos y documentación. La importancia de esta fase del proceso de enfermería se ha tratado de forma específica en las directrices de atención publicadas por la Asociación de personal de enfermería americana (ANA). La primera directriz define la necesidad de que en esta recogida de datos: (1) se establezcan prioridades entre los datos según las necesidades del cliente; (2) los datos se reúnan mediante las técnicas adecuadas; (3) se haga participar en la recogida a los clientes, a los seres queridos y a los prestadores de atención sanitaria, cuando esté indicado; (4) la recogida sea el resultado de un proceso sistemático y continuo, y (5) que los datos estén documentados de forma recuperable (ANA,1991). El hecho de que la directriz de valoración sea la primera de las seis, es significativo para reforzar su importancia como la clave para los restantes pasos del proceso de enfermería.

La fase de valoración ofrece una base sólida que favorece la prestación de una atención individualizada de calidad. Es necesaria una valoración exacta y completa para facilitar el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas. La valoración es la base para la identificación del diagnóstico de enfermería, el desarrollo de resultados, la ejecución de las actuaciones de enfermería y la evaluación de las acciones de enfermería. (Lyer, P.W., Taptich, B.J., losey.B.D. (1995). Proceso y diagnóstico de enfermería (3ª ed.).McGraw-Hill.interamericana. Pp. 353)

5.1.3.2 Diagnóstico

El proceso diagnóstico es el conjunto de pasos en la toma de decisiones que sigue la enfermera para desarrollar una formulación diagnóstica. Este proceso consiste en recopilar la base de datos de valoración, analizar e interpretar los datos para identificar las necesidades del cliente y formular diagnósticos enfermeros. El proceso diagnóstico es dinámico y requiere que la enfermera reflexione sobre los datos de la valoración existentes y sobre las necesidades de cuidados del cliente.

El diagnóstico enfermero es el paso del proceso que permite que la enfermera individualice el cuidado de un cliente. Durante de la fase diagnóstica, la enfermera utiliza sus conocimientos científicos y experiencia para analizar e interpretar los datos recogidos sobre el cliente. Después la enfermera identifica los problemas de cuidados del cliente y escribe los diagnósticos enfermeros, que forman la base para un plan de cuidados. El uso de informes diagnósticos enfermeros normalizados aprobados por la NANDA sirve a varios propósitos. Cada diagnóstico tiene una definición precisa que proporciona a todos los miembros del equipo de cuidados una comprensión clara de las necesidades del cliente. Asimismo, dado que el diagnóstico enfermero se refiere a la respuesta del cliente, a la enfermedad o alteración, a diferencia del diagnóstico médico, distingue el papel de la enfermera de la función del médico y la ayuda a centrarse en su tarea de enfermería. (Potter.A.P., Griffin.P.A., (2002) Fundamentos de enfermería vol.1 (5ª ed.). Pp. 324)

5.1.3.3 Planeación

Consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente establecido las prioridades, elaborando objetivos, determinando acciones de enfermería y por último, documentado el plan de cuidados. Un aspecto importante de la planificación es la descripción de las tareas necesarias para dar una respuesta individualizada a la situación de cada persona. (Rodríguez j. (1997).Fundamentos de enfermería especializada.mexico:ed.interamericana McGaw-Hill)

5.1.3.4 Ejecución

Esta etapa corresponde a la puesta en práctica del plan de actuaciones elaborado previamente y cuya meta es la de conducir el paciente, al menos idealmente, hacia la óptima satisfacción de sus necesidades. En tales actuaciones, dependiendo de cada situación, pueden intervenir, según sean las necesidades, posibilidades y disponibilidades, el paciente, el equipo de enfermería y la familia del enfermo.

Dentro de lo posible, se intenta que sea el propio paciente, con la debida ayuda y supervisión, quien lleve a cabo el máximo de los cuidados planificados, aunque tal ideal no siempre es accesible.

En esta fase, la relación entre el personal de enfermería y el paciente está en su máxima significación. En este sentido, no sólo se debe tender a la resolución de los problemas de salud concretos del paciente, sino que también resulta fundamental conceder la debida atención a su dimensión como persona, incluyendo sus preocupaciones, temores y ansiedades.

Durante la fase de ejecución, la comunicación entre el personal de enfermería y el paciente, verbal o no verbal, adquiere una importancia excepcional. Deben explicarse con detalle los cuidados requeridos y la forma de ejecución, las rutinas del centro, las exploraciones y los tratamientos a que debe someterse. En todo momento, debe haber una intención de enseñanza, ya sea de cuidados generales (alimentación, higiene, prevención de enfermedades y recursos para potenciar la salud) o bien de actuaciones específicas relacionadas con el padecimiento concreto del paciente y sus limitaciones. (Manual de enfermería., océano/centrum., Pp. 9-10)

5.1.3.5 Evaluación

La evaluación es una comparación sistemática y planeada, del estado de salud del paciente con objetivos y metas definitivos, es una actividad deliberada, progresiva, que comprende al paciente, la enfermera y a otros miembros del equipo del cuidado de la salud. Requiere el conocimiento de la salud, fisiopatología y las estrategias de evaluación.

La evaluación es útil a varios propósitos. Un propósito importante consiste en determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas establecidas; otro propósito es juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería. La evaluación es una parte integral de cada componente del proceso de enfermería, comenzando con la valoración inicial, esta valoración inicial es comparada después con los patrones presentes de conducta para determinar el progreso. Las metas y los objetivos, formulados en la etapa de planeación, sirven como cánones de evaluación contra los que se miden los progresos del paciente. La evaluación examina cuestiones como: ¿fue eficaz la atención a la salud?, ¿se alcanzaron las metas y objetivos hasta el grado especificado?, ¿los cambios en la conducta del paciente se orientaron hacia la dirección esperada? Si es así, ¿Cuáles estrategias fueron eficaces?; si no, ¿qué faltó en el cuidado de enfermería? Al medir el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos, la enfermera juzga la eficacia de las acciones; de este modo es capaz de apreciar la calidad de su servicio y determinar las formas de mejorarlo. Así demuestra la responsabilidad por sus acciones, esta responsabilidad implica interés por la conducta propia y requiere la capacidad de definir, explicar y medir los resultados de las acciones de enfermería.

(Christensen, j., Griffith-paula, W.J., (1993). Proceso de atención de enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos.: editorial manual moderno, S.A. de C.V. Pp., 193-194)

5.2 TEORÍA DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

Dorothea Elizabeth Orem, una de las primeras teóricas de la enfermería, nació en Baltimore, Maryland. Su padre, trabajador de la construcción, era aficionado a la pesca, y su madre, ama de casa, a la lectura. Inicio su carrera de enfermera en la escuela de enfermería del Providence Hospital de Washington D.C., donde finalizo su diplomatura a principios de la década de los 30. Continúo su formación y obtuvo un BSN de la universidad católica de América en 1939 y una maestría en ciencia en formación de enfermería en 1945 en la misma universidad.

Orem fue directora de la escuela de enfermería y del departamento de enfermería del Providence Hospital, Detroit, desde 1940 a 1949. Tras abandonar Detroit, permaneció en Indiana durante siete años (1949-1957) trabajando en la División de Servicios Institucionales y Hospitalarios del Departamento de Salud del Estado de Indiana con el objetivo de mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales del estado.

En 1957 se trasladó a Washington D.C. trabajando como consultora para planes de estudio de la Oficina de Educación del Ministerio de Salud, Educación y Bienestar (HEW) desde 1950 a 1960.

En 1959 inició su actividad docente como profesora agregada de formación de enfermería en la Universidad Católica de América, posteriormente fue Decana en funciones en la Escuela de Enfermería y profesora adjunta de formación de enfermería. Durante su estancia en la Universidad Católica continuó el desarrollo de su concepto de enfermería y del autocuidado. (Marrner, T.A., Raile, A.M., modelos y teorías en enfermería (5ª ed.)

5.2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA TEORÍA

Dorothea E. Orem publica en 1969 sus primeras reflexiones formales sobre la enfermería, en 1971 edita el libro sobre la Teoría General del Déficit de Autocuidado, con la cual en 1996 obtiene el título honorífico de doctora en ciencias. Gran parte de sus reflexiones surgieron de la intuición que tuvo acerca de por qué las personas necesitan ayuda de enfermería y cómo son auxiliados por los profesionales de la disciplina; a partir de ello retoma la experiencia de otras pensadoras de esta disciplina como Henderson, King, Nightingale y de otras disciplinas médicas y humanísticas como Bertalanffy, Selye, entre otros. (Marrner, T.A., Raile, A.M., (2003) modelos y teorías en enfermería (5ª ed.)

5.2.2 Conceptos principales y definiciones

Autocuidado: El autocuidado es una actividad de individuo aprendida de éste y orientada hacia un objetivo; es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida.

Requisitos del autocuidado: Los requisitos de autocuidado según Orem citada por Marriner, “Da expresión de los objetivos que se han de alcanzar, de los resultados que se desea obtener del compromiso deliberado con el autocuidado para llevar a cabo las acciones que constituyen el autocuidado”.

Requisitos universales de autocuidado: Los requisitos universales del autocuidado son comunes para todos los seres humanos e incluyen la conservación de aire, agua, alimentos, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos y promoción de la actividad humana.

Requisitos del autocuidado relativos al desarrollo: Los requisitos del autocuidado al desarrollo se separan de los requisitos universales en la segunda edición del libro Nursing: conceptos de práctica y promueven procedimientos para la vida y para la maduración y previene las circunstancias perjudiciales para esa maduración o mitigan sus efectos.

Requisitos del autocuidado de las alteraciones de la salud

Orem definió los requisitos del autocuidado de las alteraciones de la salud como sigue:

La enfermedad o la lesión no sólo afectan a las estructuras y/o mecanismos fisiológicos o psicológicos, sino al funcionamiento humano integrado.

Demanda de autocuidado terapéutico es, de acuerdo a Orem citada por Marriner, “una demanda de autocuidado terapéutico es una entidad de carácter humano, con una base objetiva en la información que describe al individuo desde el punto de vista estructural, funcional y del desarrollo”. (Marriner, T.A., Raile, A.M., (2003) modelos y teorías en enfermería (5ª ed.)

Acción de autocuidado

Es la habilidad adquirida compleja para identificar las necesidades continuas de asistencia de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura, actividad y desarrollo humano, y promueven el bienestar.

Agente

Una agente es la persona que ejecuta la acción.

Agente de autocuidado

Es el que proporciona el autocuidado.

Agente de asistencia dependiente

Un agente de asistencia dependiente es el que se ocupa de la asistencia de niños o de adultos dependientes.

Déficit de autocuidado

Es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de la propiedades humanas en la que la aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o prevista.

Acción de enfermería de acuerdo a Orem es la “propiedad o atributo complejo de las personas formadas y entrenadas como enfermeras que capacita para conocer y ayudar a los demás a identificar su demanda de autocuidado terapéutico, y para

ayudar a los demás a controlar el ejercicio o el desarrollo de su acción de autocuidado dependiente”

Supuestos principales

Los supuestos básicos de la teoría general se formalizaron a principios de la década de los años 70. Orem identificó los cinco subyacentes en la teoría general de enfermería.

1. Los seres humanos necesitan ser estimulados de una forma continua para seguir vivos y actuar de acuerdo con las cualidades humanas naturales.
2. La acción humana, la capacidad de actuar deliberadamente, se ejerce en forma de ayuda uno mismo y hacia los demás para identificar las necesidades y crear los estímulos necesarios.
3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones para actuar en ayuda de uno mismo y de los demás, mediante aportaciones que sustenten la vida y regulen sus funciones.
4. La acción humana se lleva a cabo al descubrir, desarrollar y transmitir a los demás formas y medios para identificar las necesidades y realizar las aportaciones hacia uno mismo y hacia los demás.
5. Grupos de seres humanos que poseen unas relaciones estructuradas agrupan las tareas y reparten las responsabilidades para ayudar a los miembros del grupo que experimentan privaciones para realizar las aportaciones deliberadas necesarias hacia sí mismo o hacia los demás. (Marrner, T.A., Raile, A.M., (2003) modelos y teorías en enfermería (5ª ed.)

5.2.3 Teoría del Autocuidado

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

autocuidado, como función regulador del hombre, se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano, como la regulación neuroendocrina. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus periodos de crecimiento y desarrollo, estado de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales. La teoría del autocuidado también se amplía con la teoría del autocuidado dependiente, en la que se expresan el objetivo, los métodos y los resultados del cuidado de los otros. (Marrner, T.A., Ph.D., R.N., F.A.A.M. (2003) modelos y teorías en enfermería (3ª ed.)

5.2.4 Teoría del Déficit del Autocuidado

La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que depende de ellos. También tienen limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay que controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función o desarrollo de las personas dependientes de ellos.

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

5.2.5 Teoría de Sistemas Enfermeros

La teoría de los sistemas enfermeros señala que la enfermería es una acción humana; los sistemas enfermeros son sistemas de acción formada (diseñada y producida) por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente. Las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación. Los sistemas enfermeros pueden ser elaborados para personas, para aquellos que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen necesidades terapéuticas de autocuidado con componentes similares o limitaciones similares que le impiden comprometerse a desempeñar un autocuidado el cuidado dependiente, o para familias u otros grupos multipersonales. (Marrner, T.A., Ph.D., R.N., F.A.A.M. (2003) modelos y teorías en enfermería (3ª ed.)

5.3 DIABETES MELLITUS

5.3.1 Definiciones

La expresión DM por sí sola no define a la enfermedad, pero en la práctica, cualquier trastorno que eleve la glucosa plasmática después del ayuno tiende a denominarse diabetes mellitus y por ello, diversos organismos han reconocido la necesidad de estandarizar criterios de definición, diagnóstico, clasificación y tratamiento. La Asociación Americana de Diabetes (ADA) define a la diabetes mellitus como un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia resultante de defectos en la insulina secreción, acción de la insulina, o ambas cosas. (ADA, Diagnosis 2012).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la describe como un trastorno metabólico de etiología múltiple caracterizado por hiperglucemia crónica con alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono, grasa y proteína resultante

de defectos en la secreción de insulina, acción de la insulina o ambas. (1999_OMS_Def)

En México, la Norma Oficial Mexicana 015 define a la diabetes mellitus como una enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas (NOM 015).

La clasificación propuesta por la ADA considera cuatro clases clínicas: diabetes mellitus tipo 1, diabetes mellitus tipo 2, diabetes mellitus gestacional y otros tipos específicos de diabetes (debido a defectos genéticos de las células B, defectos genéticos de la acción de la insulina, enfermedad del páncreas, endocrinopatías o diabetes inducida por drogas o sustancias químicas). (ADA, Diagnosis 2012). La clasificación de la DM se basa fundamentalmente en su etiología y características fisiopatológicas, pero adicionalmente incluye la posibilidad de describir la etapa de su historia natural en la cual se encuentra la persona.

5.3.2 FACTORES DE RIESGO

- Factores genéticos
- Obesidad
- Inactividad física
- Dieta
- Tabaquismo
- Urbanización
- Edad superior 45 años
- Presión sanguínea alta
- Niveles altos de triglicéridos en la sangre
- Nivel alto de colesterol en la sangre

(NOM 015)

Signos y síntomas de diabetes mellitus tipo II

- Polidipsia
- Poliuria
- Pérdida de peso
- Hipertensión arterial
- Prurito
- Fatiga y cansancio
- Irritabilidad y cambios de humor inexplicables
- Cambios de visión
- Adormecimiento de las piernas, pies o dedos
- Frecuentes infecciones de pie y picazón
- Curación lenta de heridas
- Impotencia sexual en los hombres
- Infecciones vaginales en la mujer
- Dolor abdominal

(NOM-015)

Diagnostico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención

5.3.4 DIAGNÓSTICO

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

1. Síntomas de diabetes más una glucemia casual medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dl (11.1 mmol/l). Casual se define como cualquier hora del día sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida. Los síntomas clásicos de diabetes incluyen poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso.
2. Glucemia en ayunas medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 126 mg/dl (7 mmol/l). En ayunas se define como un periodo sin ingesta calórica de por lo menos ocho horas.

3. Glucemia medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dl (11.1 mmol/l dos horas después de una carga de glucosa durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG)).

Para el diagnóstico en la persona asintomática es esencial tener al menos un resultado adicional de glucemia igual o mayor a las cifras que se describen en los numerales dos y tres. Si el nuevo resultado no logra confirmar la presencia de DM, es aconsejable hacer controles periódicos hasta que se aclare la situación, en estas circunstancias el clínico debe tener en consideración factores adicionales como edad, obesidad, historia familiar, comorbilidades, antes de tomar una decisión diagnóstica o terapéutica.

(Guía ADA. (2008)

Diagnostico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención

Control glucemico

Criterio	Estándar	Requisitos de manejo
Glucemia en ayuno	70 a 130 mg/dl	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión periódica de los pies • Revisión cada 6 meses por el oftalmólogo • Acido acetilsalicilico • Abstinencia de tabaco • Medición anual de micro
Glucemia postprandial	Menos de 180 mg/dl	
Hemoglobina glucosilada	Menos de 6.5%	
Colesterol total sérico	Menos de 200 mg/dl	
Colesterol LDL sérico	Menos de 100 mg/dl	
Colesterol HDL sérico	Más de 45 mg/dl (> 40 en hombres,>50 en mujeres)	
Triglicéridos séricos	Menos de 150 mg/dl	

Presión arterial sistémica	130/80 mm Hg	albuminuria • Revisión mensual por odontólogo • Vacunación
Colesterol no HDL	Menos de 130 mm Hg	
Índice de masa corporal	20 a 25 kg/m ²	
Perímetro abdominal	Menos de 80 cm en mujeres Menos de 90 cm en varones	

(ADA. (2009 Y 2010))

5.3.5 TRATAMIENTO

El tratamiento de la diabetes tiene como propósito aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones.

Los aspectos que se deben vigilar como parte del tratamiento son los siguientes:
 Dieta. Los individuos con diabetes deben recibir educación respecto a la nutrición y la diabetes, así como un plan de comidas individualizado y adecuado para su estilo de vida personal y los objetivos terapéuticos de la diabetes.

Educación. Es parte fundamental del tratamiento del paciente diabético. Este facilita alcanzar los objetivos del control metabólico, que incluyen la prevención de las complicaciones a largo plazo, y permite detectar la presencia de la enfermedad en el núcleo familiar o en la población en riesgo. Con los propósitos básicos en el proceso educativo: lograr un buen control metabólico, prevenir complicaciones, mantener o mejorar la calidad de vida.

Ejercicio. Se debe recomendar la práctica de ejercicio aeróbico, en especial la caminata, por lo menos durante periodos de 20 a 40 minutos, la mayor parte de los días de la semana.

Automonitoreo. El Automonitoreo de los niveles de glucosa en sangre capilar se considera un procedimiento indispensable para lograr el adecuado control de la diabetes.

(Guía alad. (2008) Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994)

VI APLICACIÓN DE PROCESO ENFERMERO

Valoración de Enfermería con el referente teórico de D. Elizabeth Orem

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS:

Sexo: M

Edad: 42 a

Edo. Civil: Casado

Religión: Católico

Escolaridad: Primaria

Ocupación: Jornalero

Familia Nuclear: Tiene cinco hijos

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

Dependencia Económica: Ninguna.

Condiciones del hogar: Cuenta con todos los servicios básicos intradomiciliarios, luz eléctrica, agua potable, drenaje, casa propia de tabique.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES:

a. Mantenimiento del aporte de aire suficiente.

FC 72x', **T/A** 120/80 mmHg, **FR** 18 x' y **temperatura** 36°C

b. Mantenimiento de un aporte de agua suficiente.

- Toma 1 vaso de agua 250 ml de garrafón para consumo humano, consume 3 refresco 600 ml diariamente toma leche y café.

c. Mantenimiento de aporte de alimentos suficiente.

Peso: 73.500kg **Talla:** 1.62 mts **IMC:** 22.68

- Refiere que últimamente ha aumentado 5 kg. Desayuna cereal con leche o pan con café, consume carne roja cuatro veces a la semana, pollo una vez a la semana,

verdura una ración por semana (chayote, calabaza, zanahoria), fruta (naranja, papaya, piña), seis tortillas, cena: leche, fruta picada (papaya, melón)

d. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreción.

- Evacua 1 vez cada tercer día, heces duras en ocasiones presenta heces de pujo coloración amarilla, orina siete veces al día aproximadamente de color amarillo ámbar.
- Temperatura 36°C

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

- No realiza ejercicio

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

- Buena relación con su familia.
- Se siente triste e incapaz de salir adelante aparte le faltan fuerzas, sin embargo su familia no lo han descuidado

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

- Menciona que no se ha podido acostumbrar a su enfermedad desde que le diagnosticaron su enfermedad.
- Madre finada
- Tratamiento: Controlándose con Glibenclamida 5 mg.v.o c/8 hrs, metformina 850 mg v.o c/8hrs, insulina intermedia NPH 20 ul a veces en las noches se le olvida administrar la insulina y tiende a aumentar la glucemia.

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

- En el último mes refiere haber subido 5 kg

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO:

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

Etapa de desarrollo: Adulto

Rol (es): Hombre, esposo, padre y albañil

Salud Sexual: Es casado y su esposa es su única pareja sexual, tiene 3 hijos.

REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD: Se le diagnosticó diabetes mellitus tipo II hace 8 años. Asiste a sus citas de control cada mes al IMSS Oportunidades de Zinapécuaro. Conoce poco de su enfermedad.

Diagnósticos de enfermería

Diagnostico de enfermería # 1

Desequilibrio nutricional por exceso (00001) pág. 76.

Dominio 2: Nutrición

Clase 1: Ingestión

Requisitos de autocuidado universal: Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos.

Requisitos de auto cuidado de desviación de la salud.

Diagnostico de enfermería

Desequilibrio nutricional por exceso relacionado con ingesta excesiva de nutrientes.

Objetivo

El paciente mantendrá una dieta balanceada y conocimientos importantes sobre el manejo de la nutrición.

Agente de autocuidado terapéutico/agente de autocuidado

Demanda de autocuidado: Parcial

Sistemas de enfermería: Parcialmente compensatorio/ apoyo educativo

Intervenciones de enfermería

1280 Ayuda para disminuir el peso.pag 189

Acciones de enfermería

- ❖ Establecer una meta semanal para bajar de peso.
- ❖ Determinar los esquemas de alimentación haciendo que el paciente lleve un diario de lo que come.
- ❖ Fomentar la sustitución de hábitos deseables o hábitos favorables.
- ❖ Ayudar ajustar las dietas al estilo de vida y nivel de actividad.

- ❖ Fomentar el uso de sustitutos de azúcar.
- ❖ Enseñar a leer las etiquetas al comparar alimentos para controlar la cantidad de grasa y calorías que contienen.

Fundamento científico

El bajar de peso ayudara en la prevención de enfermedades cardiovasculares, como posibles infartos, o arterosclerosis.

La disminución de la ingesta de calorías, la dieta hipocalórica es aquella que aporta una cantidad de calorías por debajo de las necesidades totales diarias.

La importancia de hacerle mención que una ingesta en caloría y grasas disminuirá el riesgo de un infarto y el aumento de ejercicio mejorara la calidad de vida.

Los nutrientes son una fuente de energía, constituyendo los tejidos y regulan los procesos metabólicos.

Los hábitos alimenticios de la familia son el factor que más influye sobre la adquisición del hábito propio.

La consulta a un dietista o información elaborada por la propia enfermera y/o enfermero puede ayudar a asegurar que la dieta proporcione el aporte optimo de calorías y nutrientes.

Ejecución

Al paciente se le facilito un esquema de dietas para cada semana y no sea repetitiva su alimentación, encontrando alimentos variados de acuerdo a su enfermedad.

En cuanto al tipo de azúcar decidió no consumirla más ya que con poca que ingiere se empieza a sentir mal.

Se le instruyo sobre el tipo de alimento que debe consumir y así mismo no consumir alimentos enlatados.

Se platico con el paciente y se estableció un acuerdo para respetar el régimen terapéutico y se mejore su estilo de vida.

Evaluación

De acuerdo al diagnóstico y objetivo planeado se observó que el paciente mejoró sus hábitos alimenticios de esa misma manera se siente muy bien y se continúa controlando sus glucemias.

Diagnóstico de enfermería # 2

Riesgo de nivel de conocimientos (00179) pág. 81

Dominio 2: Nutrición

Clase 4: Metabolismo

Requisito de autocuidado universales: Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

Requisito de desviación de la salud.

Diagnóstico de enfermería

Riesgo de nivel de conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes.

Plan de intervención

Objetivo

El paciente mantendrá un nivel de glucemia normal evidenciando por las cifras de glucemia dentro de los parámetros normales un plan de cuidados personales que se le brindan.

Agente de autocuidado terapéutico/ agente de autocuidado

Demanda de autocuidado: Total.

Sistemas de enfermería: Totalmente compensatorio

Intervención de enfermería

2120 Manejo de la hiperglucemia. Pág. 515

Acciones de enfermería

- ❖ Vigilar los niveles de glucosa en sangre
- ❖ Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa o jaquecas.
- ❖ Administrar insulina, según prescripción.
- ❖ Potenciar la ingesta oral de líquidos.
- ❖ Consultar con el médico si persiste o empeoran los signos y síntomas de hiperglucemia.
- ❖ Instruir al paciente y seres queridos en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglucemia.
- ❖ Ayudar al paciente a interpretar los niveles de glucosa en sangre.
- ❖ Revisar los registros de glucosa en sangre con el paciente y/o la familia.
- ❖ Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y ejercicios.

Fundamento científico

La importancia de vigilar los niveles de glucosa en sangre es para valorar el grado de hiperglucemia ya que refleja la gravedad del proceso metabólico de base, más que la naturaleza del proceso.

La insulina es una hormona poli péptida producida por las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas consigue reducir los valores de glucosa en sangre.

El aumento de ingesta de líquidos es importante ya que la hiperglucemia produce un aumento de la necesidad de beber agua y un aumento en la diuresis y la pérdida de glucosa por la orina por lo cual es muy bueno.

Es impórtate la información médica ya que se pueden reducir complicaciones

El interpretar los niveles de glucosa en sangre ayudara al usuario a mejorar sus conocimientos sobre el manejo terapéutico y disminuirá una posible hiperglucemia

La dieta es una pieza clave y la base de cualquier tratamiento ya que mediante su seguimiento se controla el aporte de glucosa e hidratos de carbono al organismo, lo que reduce el riesgo de complicaciones.

Agente de autocuidado terapéutico

Demanda de autocuidado: Total

Sistemas de enfermería: Totalmente compensatorio

Intervenciones de enfermería

2130 Manejo de hipoglucemia.pag.518

Acciones de enfermería

- ❖ Determinar los signos y síntomas de hipoglucemia mediante la vigilancia continua por medio de un glucómetro.
- ❖ Vigilar los niveles de glucosa en sangre.
- ❖ Monitorizar si hay signos y síntomas de hipoglucemias (palidez, diaforesis, taquicardia, hambre, parestesias, incapacidad de concentración.
- ❖ Examinar sucesos anteriores de hipoglucemia para determinar la posible causa.
- ❖ Instruir en las interacciones de la dieta, insulina agentes orales y ejercicio.
- ❖ Fomentar el autocontrol de los niveles de glucosa en sangre.
- ❖ Informar al paciente del aumento del riesgo y /o normalización de los niveles de glucosa en sangre tras el ejercicio moderado.

Fundamento científico

La importancia de una hipoglucemia ya que se produce de forma aguda y puede originar importantes e incluso la muerte. Se produce por un desequilibrio entre el soporte de hipoglucemia, orales o insulina y las necesidades del organismo en ese momento.

La importancia de vigilar los niveles de glucosa en sangre es para valorar el grado de hiperglucemia ya que refleja la gravedad del proceso metabólico de base, más que la naturaleza del proceso.

Los antecedentes son de suma importancia ya que ayudaran a mejorar el tratamiento.

En un paciente que sufre hipoglucemia se recomienda los aeróbicos, es preferible caminar o correr, por su adaptación a todas las circunstancias personales, y de acuerdo a su dieta la ingesta total debe repetirse de 4 a 5 comidas a lo largo del día.

Ejecución

Se realizaron glucemias una vez por semana encontrando cifras normales 122 mg/dl

Y en la siguiente semana se registraron de 137 mg/dl

No se administro insulina ingiere más de 1 litro de agua al día.

Se le volvió a instruir sobre la importancia del manejo de sus alimentos y aumentara el ejercicio durante la semana.

Evaluación

Se observa que de acuerdo al diagnostico y objetivo planeado se han mejorado y ha mantenido sus niveles de glucemia estables durante una semana, esperando que mantenga mismo régimen terapéutico por un largo tiempo.

DIAGNOSTICO # 3

Disposición para mejorar la nutrición (00163) pag.70

Dominio 1: Promoción de la salud

Clase 2: Gestión de la salud

Requisitos de autocuidado: Mantenimiento del aporte de alimentos

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud

Diagnostico de enfermería

Disposición para mejorar la Nutrición relacionada con intención expresada para mejorar la nutrición

Objetivo

El paciente llevara una dieta equilibrada específica de acuerdo a su patología.

Agente de autocuidado terapéutico/agente de autocuidado

Demanda de autocuidado: Parcial

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio/apoyo educativo

Intervención de enfermería

1100 Manejo de la nutrición. Pág. 526

Acciones de enfermería

- ❖ Determinar las preferencias de comidas del paciente
- ❖ Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida
- ❖ Fomentar la ingesta de hierro en las comidas.
- ❖ Fomentar el aumento de la ingesta de hierro, proteínas y vit.c, si es el caso.
- ❖ Asegurar de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento
- ❖ Realizar una selección de comidas
- ❖ Ajustar la dieta el etilo de vida del paciente, según sea el caso.
- ❖ Proporcionar información adecuada acerca de las necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.

Fundamento científico

Incluir por lo menos un alimento de cada grupo e intercambiarlos en cada una de las comidas realizando tres comidas y dos refrigerios al día.

Estas medidas de ingesta de comida pueden fomentar la ingesta, incluso aunque tarde en recuperar el apetito.

Las frutas y verduras son un grupo muy variado de alimentos es recomendable una ingesta de fruta por lo menos 5 porciones diarias e ingesta de verduras de manera abundante, generalmente estos alimentos tienen menos poder energético pero proporcionan gran cantidad de vitaminas y minerales, así como fibra, antioxidantes que ayudan a proteger de enfermedades.

Agente de autocuidado terapéutico/agente de autocuidado

Demanda de autocuidado: Completo

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio

Intervención de enfermería

5614 Enseñanza: dieta prescrita. pág. 330

Acciones de enfermería

- ❖ Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita.
- ❖ Enseñar al paciente el nombre correcto de la dieta prescrita.
- ❖ Explicar el propósito de la dieta.
- ❖ Informar al paciente del tiempo durante el que se debe seguirse la dieta.
- ❖ Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, si resulta posible.
- ❖ Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y las comidas prohibidas
- ❖ Ayudar al paciente a acomodar sus preferencias de comidas en la dieta prescrita.
- ❖ Observar la selección de alimentos adecuados a la dieta prescrita, por parte del paciente.

Fundamento científico

Llevar una vida sana y activa requiere de alimentos de calidad y variedad para satisfacer las necesidades de energía y nutrimentos, de tal forma que el paciente pueda desarrollar su máximo potencial y acrecentarlo.

Cuando la ingesta calórica es suficiente para cubrir las demandas metabólicas, se puede usar soporte nutricional para prevenirla desnutrición y la muerte mientras continua el tratamiento. Se puede administrar comidas líquidas de alta densidad energética como medicación, en horarios preestablecidos, separados de las comidas, como medio alternativo de aumentar la ingesta calórica.

Implicar al paciente en la elaboración y realización del programa de modificación conductual proporciona una situación de alimentación estructurada a la vez que permite cierto control en la elección.

Ejecución

Se informó al paciente por medio de folletos y pláticas con el objetivo de mejorar la alimentación, y las consecuencias que pueden presentarse como alteraciones cardíacas entre otras por lo que es muy importante conocer los principios básicos de la nutrición para ofrecer una dieta recomendable a su etapa de vida y estado patológico, sea el caso.

Para llevar una vida sana y activa se requiere alimentos en cantidad, calidad y variedad para satisfacer las necesidades de energía y nutrientes, de tal forma que la paciente pueda desarrollar su máximo potencial y acrecentarlo.

Evaluación

El paciente logró mejorar el balance de sus comidas y la restricción del consumo abundante de sal con las recomendaciones que se le ofreció durante el tiempo que estuvo trabajando con él, de esta forma el objetivo se logra incluyendo los grupos de alimentos para mejorar el estado de salud.

Diagnósticos de enfermería # 4

Estreñimiento (00011) pag.102

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Clase 2: Función gastrointestinal

Requisitos de autocuidado universales: Provisión de los cuidados asociados a procesos de eliminación y los excrementos.

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud

Diagnostico de enfermería

Estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de líquidos y manifestado por eliminación de heces duras, secas y formadas, dolor al defecar.

Objetivo

Que el paciente mejorar la evacuación intestinal mediante la ingesta de abundantes líquidos y fibra.

Agente de autocuidado terapéutico/agente de autocuidado

Demanda de autocuidado: Parcial

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio/apoyo educativo.

Intervención de enfermería

0450 Manejo del estreñimiento. Pág. 570.

Acciones de enfermería

- ❖ Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos.
- ❖ Enseñar al paciente/familia que registre el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones.
- ❖ Enseñar al paciente/familia a mantener un diario de comidas.
- ❖ Instruir al paciente/familia acerca de la dieta rica en fibra.
- ❖ Instruir al paciente/familia sobre el uso correcto de laxantes.
- ❖ Instruir al paciente familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento.

Fundamento científico

La ingesta suficiente de fibras, verduras y líquidos proporciona volumen al bolo fecal y es un factor para determinar la consistencia de las heces.

El ejercicio y la deambulación estimulan el peristaltismo, facilitando la eliminación de las heces.

Agente de autocuidado terapéutico/agente de autocuidado

Demanda de autocuidado: Completo

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio.

Intervención de enfermería

0440 Estreñimiento intestinal. Pág. 373.

Acciones de enfermería

- ❖ Instruir al paciente acerca de alimentos con alto contenido de fibra.
- ❖ Proporcionar alimentos ricos en fibra, que hayan sido identificados por el paciente como medio de ayuda.
- ❖ Enseñar al paciente y familia los principios de educación intestinal.
- ❖ Asegurar una ingesta adecuada de líquidos.

Fundamento científico

Ingesta suficiente de líquidos porque son los principales componentes de todos los fluidos de todo el cuerpo.

Alimentos ricos en fibra ayuda a mejorar el estreñimiento.

Ejecución

En unas visitas domiciliarias se le brinda información al paciente sobre las causas del estreñimiento, que alimentos debe consumir que contenga alto contenido de

fibra y la importancia del consumo de abundantes líquidos. También se le oriento sobre los alimentos que no debe consumir.

Se realiza y se muestra un folleto donde se aprecian los alimentos y las cantidades que debe consumir diariamente. Al finalizar la intervención el quedo convencido acerca de los alimentos que no debe consumir.

Evacuación

El paciente logra la función intestinal normal con las recomendaciones que se le brindaron. Se logra el objetivo factiblemente con la participación de paciente para mejorar su estado de salud.

Diagnostico de enfermería # 5

Baja autoestima situacional (0012) Pag.192

Dominio 6: Autopercepción

Clase 2: Autoestima

Respuestas de autocuidado universales: Provisión de peligros para la vida y bienestar personal

Requisitos de autocuidado de desviación de salud.

Diagnostico de enfermería

Baja autoestima situacional relacionada con la evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar las situaciones.

Plan de intervención

Objetivo

El paciente lograra disminuir la desesperanza por medio de terapias recreativas (juego de dominio, cartas), terapias ocupacionales (contar historias a los niños)

Agente de autocuidado terapéutico/agente de autocuidado

Demanda de autocuidado: Parcial.

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio / Apoyo educativo.

Intervención de enfermería

5395 Mejora de la autoestima.pág. 600

Acciones de enfermería

- ❖ Explorar la percepción individual de su capacidad de desarrollar la conducta deseada.
- ❖ Identificar obstáculos al cambio de conducta.
- ❖ Proporcionar información sobre la conducta deseada.
- ❖ Ayudar al individuo a comprometerse con un plan de acción para cambiar la conducta
- ❖ Reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción.
- ❖ Utilizar estrategia de enseñanza que sean adecuadas a la cultura y la edad (p.ej, juegos, enseñanza asistida por ordenador o mapas de conversación).
- ❖ Modelar/demostrar la conducta deseada.
- ❖ Proporcionar refuerzo positivo y apoyo emocional durante el proceso de aprendizaje y durante la implementación de la conducta.
- ❖ Preparar individuo para los estados fisiológicos y emocionales que puede experimentar durante los intentos iniciales del desarrollo de una nueva conducta.

Fundamento científico

Establecer objetivos realistas para mejorar y aumentar la autoestima.

Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.

Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

Lograr que al paciente reconozca sentimientos.

Agente de autocuidado terapéutico/agente de autocuidado

Demanda de autocuidado: Completa.

Sistemas de enfermería: Totalmente compensatorio

Intervención de enfermería

5400 Potenciación de la autoestima Pag.650

Acciones de enfermería

- ❖ Animar al paciente a identificar sus virtudes
- ❖ Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás
- ❖ Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta
- ❖ Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo. Si procede
- ❖ Animar al paciente a evaluar su propia conducta
- ❖ Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos
- ❖ Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima

Fundamentación científico

La motivación hacia la salud es un estado generalizado de intención que da origen a conductas destinadas a mantener o mejorar la salud.

Se crea con cuidado y pericia una relación de apoyo entre el enfermero – paciente.

Ejecución

Se orienta y se realiza terapias recreativas y ocupacionales para lograr elevar su autoestima.

Determinar con el paciente y su familia el plan de cuidados para poder lograr su objetivo.

Se le invita a la familia a participar con el paciente en las terapias recreativas.

Evaluación

El paciente logra aumentar la autoestima gracias a las intervenciones de enfermería, de la familia y así mejora su estado de ánimo.

Diagnostico de enfermería # 6

Sedentarismo (00168) pag.130.

Dominio 4: actividad/reposo

Clase 2: actividad/ejercicio

Requisito de autocuidado universales: Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud.

Diagnostico de enfermería

Sedentarismo relacionado con falta de motivación manifestado por falta de ejercicio físico. pág. 130

Plan de intervención

Objetivo

El paciente mantendrá un nivel de actividad física regular que favorezca su estado de salud, de manera que le permita su peso corporal y bienestar general.

Agente de autocuidado terapéutico/agente de autocuidado

Demanda de autocuidado: Parcial

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio/ Apoyo educativo

Intervenciones de enfermería

0200 fomento de ejercicio. Pág. 423

Acciones de enfermería

- ❖ Tratar con el paciente la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso.
- ❖ Tratar con el individuo los hábitos, costumbres y factores culturales y hereditarios que ejercen su influencia sobre el peso.
- ❖ Discutir los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso.
- ❖ Determinar la motivación del individuo para cambiar los hábitos en la alimentación.
- ❖ Determinar el peso corporal ideal del individuo.
- ❖ Desarrollar con el individuo un método para llevar un registro diario de ingesta, sesiones de ejercicio y cambios en el peso corporal.
- ❖ Animar al individuo a escribir metas semanales realistas en cuanto a ingesta de alimentos y ejercicios y colocarlos en un sitio visible para que pueda revisarlas todos los días.
- ❖ Animar al paciente a registrar el peso semanalmente.
- ❖ Animar al individuo a consumir las cantidades diarias adecuadas de agua

Fundamento científico

Realizar ejercicio es una actividad para el paciente que le favorece su estado de salud físico, previniendo los factores de riesgo que puede ocasionarle si no lo realiza, como el sobrepeso o la obesidad y lo conlleve a tener complicaciones para la salud como tener la presión alta, problemas de glucosa o miocardios, por eso es necesario fomentar la realización de ejercicio por lo menos una media hora diaria.

Ejecución

Se le informa el paciente mediante un folleto sobre la importancia del ejercicio y los beneficios que trae para su salud media hora cada tercer día. También sobre la importancia de la ingesta de líquidos el cual hidrata el cuerpo y ayuda una buena

transpiración, pedirle que tome precauciones cuando hace ejercicio para evitar lesiones, como caídas, raperones etc.

Evaluación

El paciente logro identificar la importancia de hacer ejercicio y sus beneficios para la salud. También el mantener bien hidratado el cuerpo con la ingesta de los líquidos y tomar precauciones para evitar lesiones durante el ejercicio. Se logro el objetivo en la realización del ejercicio por parte del paciente. Las acciones se siguen realizándose para el bien de la salud del paciente.

VII CONCLUSIONES

El proceso de enfermería es un método en el que la enfermera(o) brinda cuidados sistematizados e individualizados a la persona, familia y comunidad.

La teoría de Dorotea Elizabeth Orem permite valorar ampliamente los requisitos de autocuidado y aplicar acciones de enfermería que favorecen la independencia y el bienestar del paciente.

Se llegó a la conclusión que el licenciado en enfermería debe de aplicar más sistemáticamente el proceso de atención para cuidar al paciente a la familia y a su entorno y proporcionarle más confianza y favorecer el autocuidado, es preciso lograr que el individuo reconozca su responsabilidad para cuidarse para cumplir su tratamiento y para encontrar alternativas ayudan al mejorar la calidad de vida.

La metodología de este proceso de atención de enfermería es una buena opción como forma de titulación y para la práctica independientemente de la profesión del licenciado.

Todas las acciones requiere de tiempo consiente de aplicación. Los resultados no se logra de la noche a la mañana la constancia y la dedicación son la base de éxito.

VIII SUGERENCIAS

- Que se fomente mas el proceso enfermero para fortalecer en la práctica profesional e independiente.
- Para prevenir la diabetes mellitus es necesario que se enfoque a la población desde de la niñez hasta los adultos mayores para disminuir su incidencia tanto de morbilidad y mortalidad.
- Practicar también exámenes periódicos de glucosa en sangre y en orina a las personas que presenta la enfermedad o con antecedentes de diabetes mellitus.
- Enseñar al cliente a llevar su enfermedad en un control incidencia ya que expectativa de vida como una persona aparentemente sana.

IX REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADA. (2009.2010).

Alfaro-LeFevre, r. (2002). *Aplicacion del proceso enfermero.fomento el cuidado en colaboracion*. Espana:Elsevier.: (5ª ed.) .

Araiza, M. (2003). *Manual de enfermeria*.

Cavanagh, S. (1993). *Modelos Orem.Aplicacion practica*. Barcelona:Espana: Ediciones Cientificas y Tecnicas.

Centro de salud de zinapecuaro.Departamento de estadistica. (2011).

Diccionario de Medicina Oceano Mosby. (2006). espana:Oceano Grupo Editorial.

Enfermeria, M. d. (2005). *Oceano/centrum*. Barcelona, espana.

Griffith, J. y. (1993). *Proceso de Atencion de Enfermeria.Aplicacion de teorias,Guias y modelos*. Mexico:Manual moderno: (1ª ed.) .

Guia ADA. (2008).

J., R. (1997). *Fundamentos de enfermeria especializada*. mexico ed: Interamericana McGaW-Hill.

Johnson, M. *Clasificacion de resultados de enfermeria NOC*. Espana:Elvesier: (2ª ed.) .

Libro inegi. (2010).

Lyer, p. y. (1995). *Proceso y diagnostico de enfermeria*. McGraw-Hill:Interamericana: (3ª ed.) .

Marrner, T. (2003). *Modelos y Teorias en Enfermeri*. 3 Edicion.

Moran, V. M. (2010). *Proceso de enfermeria. Uso de los lenguajes*.

Moran.V.y Mendoza, A. (2010). *Proceso de enfermeria.Uso de los lenguajes NANDA,NIC y NOC.Modelos referenciales*. Mexico,D.F.: Trillas.: (3ª ed.) .

Norma oficial mexicana. NOM-015-SSA2-1994.

Potter.A.P.Griffin.P.A. *Fundamentos de enfermeria vol.1*. (5ª ed.) .

Programa de accion especifico. Diabetes mellitus. (2007-2012).

Rodriguez, B. (2001). *Proceso Enfermero.Aplicacion actual*. Mexico,D.F.:Ediciones Cuellar.

Rosales, B. (2001). *Fundamentos de enfermería*. México, D.F.: Manual moderno: (3ª ed.) .

Ruiz, x. (2005). *Manual de la Enfermería*. México: Oceano.

XII APENDICES

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Diabetes mellitus: Es un conjunto de trastornos metabólicos que afectan a diferentes órganos y tejidos, se caracterizan por el aumento de los niveles de glucosa en la sangre.

Hiperglucemia: Elevación de la cantidad de glucosa en sangre por encima de lo normal.

Hipoglucemia: La hipoglucemia es cuando el nivel de azúcar en su sangre se baja demasiado. Esto significa que la cantidad de azúcar en su sangre no es suficiente para darle a las células del cerebro o a los músculos la energía que necesitan para funcionar. Puede llamarse también hipoglucemia en ayunas,

Insulina: Hormona secretada por las células beta (B) de los islotes de langerhans del páncreas como respuesta del aumento del nivel de glucosa en sangre, de encarga de regular el metabolismo de la glucosa y el metabolismo intermediario de las grasas y proteínas.

Hemocromatosis: Es una enfermedad hereditaria que afecta al metabolismo del hierro, provocando un acumulo excesivo e incorrecto de este metal en los órganos y sistemas del organismo.

Endocrinopatías: Toda enfermedad que afecta a las glándulas endocrinas, como por ejemplo, la diabetes, el hiperparatiroidismo, el hipotiroidismo,

Polidisia: Sed excesiva producida por distintos trastornos como la diabetes mellitus, en la cual la elevada concentración de glucosa en la sangre aumenta por mecanismos osmótico.

Poliuria: Excreción de una cantidad anormalmente grande de orina

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

Glucemia postprandial: Es aquella que se hace presente en la sangres después de comer y de haber ingerido los alimentos. Se denomina glucosa postprandial a la detección de los niveles de azúcar en sangre después de la comida.

Anexos

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO

FACULTAD DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DE CELAYA

MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

GUIA DE VALORACIÓN

(DOROTHEA ELIZABETH OREM)

I. FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

a) Descriptivos de la persona

Fecha: _____ Nombre: _____ Sexo: Mas. () Fem. ()

Edad: _____ Religión: _____ Edo. Civil: _____ Escolaridad: _____

Lugar de Residencia: _____ Domicilio actual (calle, número, colonia):

Características de la vivienda:

Renta _____ Propia _____ Otros _____

Material de Construcción:

Adobe _____ Ladrillo _____ Otros _____

Cuenta con los servicios básicos de vivienda:

Agua Potable _____ Luz Eléctrica _____ Drenaje _____

Pavimentación _____

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios Básicos:

Alumbrado Público () Recolección de Basura () Drenaje y Alcantarillado ()

Rol que ocupa en la familia:

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

Cuántos hijos tiene: 0 () 1 () 2 () Más de 3 ()

Como es su relación con la familia:

Buena () Regular () Mala ()

Nivel de Educación:

Analfabeta () Primaria () Secundaria () Bachillerato ()

Licenciatura () Otros ()

Ocupación: _____ Horario: _____

Antecedentes Laborales: _____

Ingreso Económico Familiar:

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

Dependencia Económica: Si () No ()

De quien: Padres () Esposo/a () Otros _____

b) Patrón de Vida

¿Qué actividades recreativas realiza en su tiempo libre?

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

Otras _____

¿Qué hace usted para cuidar su salud? _____

c) Estado de Sistema de Salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno () Regular () Deficiente ()

¿A que servicio de salud acude usted regularmente?

IMSS () ISSSTE () SALUBRIDAD ()

Particular () Otros _____

Diagnóstico Médico: _____

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

Valorar la existencia de recursos disponibles para la atención del cliente:

d) Estado de Desarrollo

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

Si () No ()

¿Cuáles son los factores que afectan la toma de decisiones? _____

¿Quién autoriza su tratamiento médico? _____

II. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

a) Mantenimiento del aporte suficiente de aire.

Frecuencia Respiratoria: _____ Llenado Capilar: _____ Cianosis: _____

Si () No () Especifique: _____

Tabaquismo:

Si () No () Especifique: _____

¿Cocino con leña?

Si () No () ¿Cuánto tiempo? _____

Alergias:

Si () No () Especifique: _____

Tipo de Respiración:

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

Otros: _____

Nariz:

Desviación de Tabique () Pólipos () Secreciones () Dolor ()

Edema () Otros: _____

Tórax:

Tonel () En Quilla () En Embudo () Otros: _____

Ruidos Respiratorios:

Estertores () Sibilancias () Murmullo Vesicular () Ninguno ()

Padece alguna enfermedad pulmonar:

Si () No () Especifique: _____

Cardiovascular:

T/A: _____ FC: _____ Soplos () Arritmias ()

Otras Alteraciones: _____

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta disnea:

Si () No ()

Apoyo Ventilatorio: _____

b) Mantenimiento de aporte de agua suficiente:

Valore datos de deshidratación:

Mucosa Oral: Seca () Hidratada ()

Piel: Seca () Escamosa () Normal ()

Turgencia: Normal () Escasa ()

¿Qué cantidad de agua ingiere usted al día?

300-500ml () 500-1000ml ()

1500-2000ml () > a 2000ml ()

De donde proviene el agua que consume:

Llave Pública () Pipa () Entubada () Garrafón ()

Otros: _____

Utiliza algún método para purificar el agua:

Si () No () Especifique: _____

Ingiere algún otro tipo de líquido durante el día:

Si () No () Especifique cantidad: _____

Aporte de líquidos parenterales:

Especifique: _____

c) Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos:

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ Cintura: _____

Ha observado variaciones en el peso:

Si () No ()

Perdida () Ganancia ()

1-3 Kg. () 4-6 Kg. () 7-9 Kg. () > 10 Kg. ()

Dentadura:

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

Especifique: _____

Estado de las mucosas:

Presenta algún problema en la mucosa oral.

Si () No ()

Especifique:

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

Leucoplaquia () Edema () Lesión Oral () Drenaje Purulento ()

Gingivorragia () Ulceraciones () Otros: _____

Alteraciones en Cara y Cuello: _____

Abdomen:

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

Distensión Abdominal () Otros: _____

Presenta algún problema en la alimentación:

Si () No ()

Cuál:

Acidez () Náuseas () Vómito () Hematemesis () Disfagia ()

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

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

Otros:

Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse:

Si () No () Especifique: _____

Tipo de Nutrición:

Sonda Nasogástrica () Sonda Nasoyeyunal () Gastroclisis ()

Nutrición Parenteral () Ninguno ()

Qué tan frecuente usted come:

1= Cada día 2= Una vez a la semana 3= Una vez al mes 4= Nunca

Alimento/Frecuencia	1	2	3	4
Leche				
Deriv. De la Leche				
Carnes				
Cereales				
Verduras				
Frutas				
Huevos				
Pescado				
Pastas y Harinas				

¿Con que guisa los alimentos?

Aceite () Manteca () Otros: _____

¿Cómo es su dieta habitual?

Sin restricciones () Diabética () Hiposódica () Hipoproteica ()

Hiperproteica () Otros: _____

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

Grupo de evacuación intestinal

Presencia de:

Estoma intestinal: Colostomía () Ileostomía Hemorroides ()

Pólipo Rectal () Rectorragia () Otros: _____

Alteraciones al evacuar:

Tenesmo () Pujo () Cólico () Otros: _____

Apoyo para la eliminación intestinal:

Movilización () Medicación () Higiene () Otros: _____

Evacuación Intestinal:

Espontánea () Estreñimiento () Diarrea () Otros: _____

Características de las heces fecales:

Café () Acolia () Melena () Otros: _____

Consistencia de las heces fecales:

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

Grupo de eliminación vesical

Presencia de:

Incontinencia () Retención Urinaria () Tenesmo () Disuria ()

Alteraciones Uretero- Vesicales _____

Alteraciones en la micción:

Polaquiuria () Oliguria () Anuria () Ninguno ()

Apoyo para la evacuación vesical:

Movilización () Cateterismo Vesical () Higiene () Otros: _____

Características de la micción:

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

Grupo Respiración:

Cambio en los patrones normales de sudoración

Disminuida () Ausente () Aumentada ()

Condición o Circunstancia:

Temperatura Corporal: _____ Dolor: _____ Alt. Emocionales: _____

Temperatura Ambiental: _____ Otros: _____

Grupo menstruación:

Menarca: _____ Días del ciclo menstrual: _____

Tipo, cantidad y características del flujo: _____

Presenta algún problema durante su menstruación:

Si () No () Ocasional () Especifique: _____

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

REPOSO

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

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

¿Cómo se encuentra al despertar?

Cansado () Descansado () Fatigado () Otros: _____

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?

Si () No ()

¿Ha sufrido algún cambio su patrón de sueño?

Si () No ()

¿Desde cuándo?

1 semana () 15 Días () 1 mes () > 1 mes ()

Presencia de:

Bostezo () Insomnio () Hipersomnio () Pesadillas ()

Alucinaciones () Ojeras () Ronquido () Enuresis ()

Sonambulismo () Terrores Nocturnos ()

Factores que interrumpan su descanso y sueño: _____

¿Acostumbra a tomar siestas?

Si () No ()

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?

Si () No () Especifique: _____

ACTIVIDAD

Sistema Músculo Esquelético:

Presencia en articulaciones de:

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

Contracturas () Especifique: _____

Tratamiento: _____

¿Alguna actividad Física le produce dolor?

Si () No () Especifique: _____

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si () No () Cual: _____

Frecuencia/Duración: _____

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

Sistema Auditivo:

Presenta problemas de audición:

Si () No () Especifique: _____

Utiliza apoyo para escuchar:

Si () No ()

Presencia de:

Mareo () Vértigo () Acufenos () Malformaciones ()

Tumoraciones () Lesiones ()

Sistema Ocular:

Presenta problemas visuales:

Si () No () Especifique: _____

Utiliza lentes:

Almuerzo () Contacto () Tiempo ()

Presencia de alteraciones oculares:

Si () No () Especifique: _____

¿Con quienes convive diariamente?

Familia () Amigos () Compañeros de trabajo ()

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

Buena () Regular () Mala ()

¿A quienes recurre para platicar de sus problemas?

Familia () Amigos () Nadie () Otros: _____

Observar:

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

Extraversión () Otros: _____

Razones que le impiden socializar

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

Dificultad para la comunicación () Otros: _____

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

Sistema Neurológico:

Estado de Conciencia:

Consciente () Inconsciente () Sopor () Estupor () Confusión ()

Coma () Glasgow: _____

Problemas con:

Concentración () Razonamiento () Especificar _____

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

Bastón () Silla de ruedas () Andador () Otros: _____

Antecedentes heredo familiares patológicos:

Si () No () Especifique: _____

Toxicomanías:

Si () No () Especifique: _____

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?

Si () No () Especifique: _____

b) Funcionamiento humano y grupos sociales.

¿Se acepta en su aspecto físico?

Si () No () Especifique: _____

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad?

Si () No ()

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

Si () No () Especifique: _____

¿Considera que su vida es o ha sido productiva?

Si () No () Especifique: _____

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales?

Si () No ()

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

Desesperanza y Negatividad ()

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

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

Agresión () Cólera ()

III. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

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

1. Etapas del ciclo vital.

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

Niñez Si () No () Especifique_____

Edad Escolar Si () No () Especifique_____

Adolescente Si () No () Especifique_____

Adulto Joven Si () No () Especifique_____

Edad Fértil Si () No () Especifique_____

Adulto Maduro Si () No () Especifique_____

2. Salud Sexual

Sistema Reproductor

Ha recibido educación sexual

Si () No () Especifique _____

Cuál es su orientación sexual _____

Con que frecuencia tiene actividad sexual _____

Esta satisfecho con su vida sexual

Si () No () Porque _____

Número de parejas sexuales: _____

Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales

Si () No () Especifique /Tratamiento _____

Utiliza algún método de planificación familiar:

Si () No () Especifique/Tiempo: _____

Numero de hijos: _____

Tiene problemas de infertilidad:

Si () No () Especifique: _____

Causa/Tratamiento: _____

Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual:

Si () No () Especifique _____

Tratamiento: _____

Cirugías realizadas en aparato reproductor:

Si () No () Especifique _____

Hombre:

¿Acude a examen de Próstata/Testicular?

Si () No () Frecuencia: _____

¿Presenta problemas de erección?

Si () No () Tratamiento: _____

¿Presenta problemas de eyaculación precoz?

Si () No () Tratamiento: _____

Mujer:

Menarca: _____ Días del ciclo menstrual: _____

Tipo, cantidad y características del flujo: _____

Presenta algún problema durante su menstruación:

Si () No () Ocasional () Especifique: _____

Embarazos _____ Partos _____ Cesárea _____ Abortos _____

Óbitos _____ Partos Prematuros _____ Embarazo de alto riesgo _____

Periodo Inter genésico _____ Menopausia _____

Fecha de último Papanicolaou _____ Presencia de flujo/hemorragia
transvaginal _____ Características _____

¿Existe alteración del crecimiento físico?

Si () No () Especifique: _____

IV. REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

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

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

Especifique: _____

¿Sabe usted de que está enfermo?

Si () No ()

¿Qué conoce acerca de su enfermedad? _____

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

Si () No ()

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

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación?

Si () No () Especifique: _____

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

Ambientales () Familiares () Personales () Especifique: _____

Apéndices



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO FACULTAD DE ENFERMERIA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado para participantes en el Proceso de Enfermería con el referente Teórico de D. Orem.

Yo N. A. R doy mi consentimiento para participar en la metodología de intervención de enfermería, que tiene como finalidad conocer e identificar las respuestas humanas, fundamentada en la teoría de Dorotea Orem y estructurar un trabajo académico, con fines de titulación, para obtener el grado de licenciado en Enfermería a través del cual se me brindarán cuidados integrales que beneficiarán mi estado de salud.

He sido informado(a) con claridad de los objetivos de la metodología de intervención, así como de la importancia de mi participación en la misma, la cual no implica ningún tipo de riesgo a mi persona. Estoy convencido que mis datos serán totalmente confidenciales y que contribuirán en un futuro al cuidado integral de otras personas que cursan con una situación similar a la mía, fortaleciendo la profesión de Enfermería a través del conocimiento de mis necesidades. Se me ha informado que no existe riesgo alguno sobre mi salud y que mi participación será voluntaria en todo momento, sin obligación y consiente, sin recibir ninguna remuneración económica. Enterado (a) que el responsable de dicho proceso de enfermería es el (la) PLE Onecio Arcos Álvaro, doy mi consentimiento para colaborar en el trabajo académico solicitado.

Acepto participar

Onecio Arcos Álvaro

PLE

María Ángeles Ayala García

Testigo

Morelia .Mich.a 08 de mayo de 2012