



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA APLICADO A UNA PERSONA CON
LAS NECESIDADES ALTERADAS DE NUTRICIÓN Y APRENDIZAJE

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:
LORENZO VAZQUEZ LEONOR

No Cta. 410134780

Asesor del trabajo

L.E.O. Yolanda Vargas Sánchez



México, D.F.

Mayo 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES

Les agradezco todo lo que han hecho por mí, y por darme su apoyo incondicional en cada etapa de mi vida, y estar conmigo en todo momento, y por impulsarme a seguirme estudiando en esta noble carrera que elegí.

A la Maestra Yolanda

Por el apoyo incondicional y calidad humana, que me brindo, desde el inicio de esta nueva aventura en mi vida, ya que me estimulo a seguir creciendo intelectualmente. Y por ser un ejemplo de superación profesional. Por su acompañamiento durante todo este tiempo, y en la realización de este proceso.

A Dr. Carlos Compton.

Por compartir sus conocimientos, tiempo, paciencia, en este proceso de enseñanza. Y por su asesoramiento, en la revisión de la referencia bibliográfica.

A mis hermanas Ara y Vero

Les quiero agradecer, ya que con su apoyo fue más fácil lograr mi objetivo.

A mis amigas Patricia

Le doy las gracias a Patricia, por su apoyo en este camino de superación profesional, por compartir conmigo su tiempo, experiencia, conocimientos, y su asesoramiento en la realización de mis trabajos.

A Magda

Le agradezco por su motivación a superarme en lo personal, profesional, asimismo por sus consejos y palabras de aliento, para continuar en este proyecto que inicie, y el que también compartiera sus conocimientos y experiencia profesional conmigo.

A la Ingeniera Marian

Muchas gracias a la Ingeniera. Por el asesoramiento técnico y la magnífica comunicación que mantuvo durante este proceso de aprendizaje.

A mis compañeros de trabajo Daniel, Teresa y Noé

Les reconozco que hayan compartido su sapiencia y su tiempo para explicarme, respecto a temas específicos.

Muchas gracias a cada uno de ustedes, pues gracias a su valioso apoyo, durante este tiempo pude concluir satisfactoriamente la licenciatura.

INDICE

Introducción	4
1 Objetivos general y específico	6
2 Justificación	7
3 Metodología	8
4 Marco Teórico	
4.1 Antecedentes históricos	9
4.2 Proceso enfermero	11
4.3 Etapas del proceso de enfermería	13
4.3.1 Valoración	13
4.3.2 Diagnostico	16
4.3.3 Planeación	18
4.3.4 Ejecución	19
4.3.5 Evaluación	21
4.4 Paradigma enfermero	22
4.4.1 Principales conceptos según Virginia Henderson	26
4.4.2 Necesidades básicas	26
4.4.3 Aplicación del modelo de enfermería de Virginia Henderson	27
4.5 Teorías y modelos de enfermería	28
4.5.1 Principales conceptos	29
5 Aplicación del proceso enfermero	31
5.1 Descripción del caso	31
5.2 Valoración de enfermería	33
5.3 Análisis de datos	47
5.4 Diagnósticos, planeación, ejecución, y evaluación.	49
6 Conclusiones	81
7 Referencias bibliográficas	83
8 Anexos	87

INTRODUCCION

El presente trabajo expone la implementación de un proceso de atención de enfermería en donde se lleva a cabo, mediante la valoración de las 14 necesidades de la persona, y establecer un plan de cuidados que permita atender estas necesidades, y brindar cuidados de enfermería.

Está integrado por una justificación, en donde se menciona que la Diabetes Mellitus, es un problema de salud en México, pues ocupa el primer lugar de morbilidad¹. Esta enfermedad presenta diversas complicaciones (insuficiencia renal, neuropatía, retinopatía entre otras). Respecto a la metodología empleada, se realiza una investigación documental y una entrevista directa y otra indirecta, mediante las cuales se recaba información sobre el estado de salud de la señora García. Para esto, se utilizaron los formatos de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson, y una vez recabada la información se procedió a realizar un análisis de los datos obtenidos.

Por otra parte, este trabajo cuenta con un marco teórico, en donde se revisa cómo la enfermería ha pasado por cuatro etapas, comenzando con la etapa doméstica que comprende las primeras civilizaciones y la caída del imperio Romano, en donde la mujer juega un papel preponderante, pues es la encargada de proporcionar el cuidado. En la etapa vocacional, el cuidado se vincula con la religión. En la etapa técnica, aparece, la figura de la enfermera técnica, a mediados del siglo XIX. En esta etapa se dan los inicios de la profesionalización y surge en ella la figura de Florence Nightingale. Finalmente la etapa de profesionalización, que surge a finales del siglo XIX y parte del siglo XX, en donde, Florencia Nightingale, convirtió el oficio de enfermería en una profesión respetada, se encarga de la higiene de los pacientes. Y para ella el medio ambiente es muy importante. Así también, en esta etapa la enfermera amplía sus campos de acción. Y ahora desempeña diversos papeles a nivel docente, investigación, la gestión y a nivel asistencial.

Contiene, asimismo un apartado de antecedentes históricos del proceso de atención, pues en sus inicios este proceso constaba de tres etapas. Con el transcurrir del tiempo llega a constar de 4 etapas, y es hasta 1988 que se incorporan las cinco etapas que conocemos en la actualidad.

Se continúa con el proceso de atención de enfermería, su objetivo y las fases que lo componen, mencionando en cada uno de ellos su concepto, objetivo y partes que lo integran. A continuación se señala la conformación del metaparadigma de

enfermería y los paradigmas de categorización, integración, y transformación. Luego los principales conceptos de Virginia Henderson y sus 14 necesidades, y la aplicación de este modelo, en el proceso de atención de enfermería, su biografía, y un apartado de las teorías y modelos de enfermería.

Después se incluye la descripción del caso clínico y los formatos de valoración de enfermería de las 14 necesidades. Continuando con el análisis de datos. Se continúa con la presentación de los diagnósticos de enfermería en base a las necesidades detectadas y jerarquizándolas, para posteriormente elaborar los resultados esperados (NOC), y también las intervenciones realizadas (NIC) con su fundamentación, y finalmente se lleva a cabo la evaluación de las intervenciones realizadas a la paciente.

En otro apartado se añaden las conclusiones, en donde se mencionan los alcances de este trabajo y los logros obtenidos durante la implementación del plan de cuidados, y la bibliografía consultada.

Finalmente se incluyen en los anexos, los formatos utilizados para la valoración, el control de glicemias, las patologías de Diabetes mellitus, hipertensión arterial, que padece la misma. Y los resultados de laboratorio realizados durante este proceso a la paciente.

1 Juárez, A. (2013). Las cinco enfermedades más comunes de los mexicanos. Consultado el 19 de abril de 2014, en: <http://mexico.cnn.com/salud/2013/04/17/las-cinco-enfermedades-mas-comunes-de-los-mexicanos>

1 OBJETIVO GENERAL

Implementar un proceso de atención de enfermería a una persona adulta, utilizando el método de Virginia Henderson y sus 14 necesidades, con la finalidad de proporcionar una atención integral, que contribuya a mejorar su calidad de vida.

OBJETIVO ESPECIFICO

- Establecer una relación de confianza mediante la empatía con la paciente.
- Interpretar los datos obtenidos en la valoración para la estructuración de diagnósticos de enfermería.
- Implementar un plan de cuidados de acuerdo a las necesidades alteradas que contribuyan a resolver estas necesidades afectadas.
- Analizar los factores de riesgo, que presenta el individuo para evitar complicaciones.
- Explicar a la paciente los cuidados a implementar para lograr el autocuidado.
- Determinar los tiempos y formas del proceso de enseñanza, que contribuya a un aprendizaje significativo para su vida cotidiana.

2 JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo aborda una problemática de salud pública, pues en los últimos años, existe un aumento en la morbilidad de las enfermedades crónico degenerativa. Siendo la diabetes la primera causa de morbilidad en México. Lo que trae como consecuencia, modificaciones importantes en la calidad de vida de la persona. También es la primera causa de mortalidad con diez millones defunciones anualmente¹.

La implementación de un proceso de atención de enfermería, contribuye a que el profesional de enfermería, proporcione un cuidado de forma lógico, sistemático y sustentando en el método de Virginia Henderson, y sus 14 necesidades. Y se pueda conocer a la persona de manera integral.

En este trabajo se lleva a cabo. La valoración, para identificar las necesidades reales y potenciales y posteriormente elaborar los diagnósticos de enfermería. Continuando con la planeación y ejecución de los cuidados de enfermería, para finalmente realizar una evaluación de los mismos. Con la finalidad de prevenir complicaciones y promover el autocuidado, y se consiga mejorar el estado de salud actual y futura.

Finalmente la aplicación del proceso de atención de enfermería es parte crucial y una guía importante en la atención que se brinda a la persona enferma. Pues mediante este se fortalecen las habilidades y aspectos humanísticos de la enfermería. Con la aplicación de este método se puede detallar, exponer y pronosticar intervenciones de enfermería que vinculen a la persona con su entorno, logrando con ello un estado de salud óptimo.

¹ Juárez, A. (2013). Las cinco enfermedades más comunes de los mexicanos. Consultado el 19 de abril de 2014, en: <http://mexico.cnn.com/salud/2013/04/17/las-cinco-enfermedades-mas-comunes-de-los-mexicanos>

3 METODOLOGIA

Para la realización de este proceso se lleva a cabo la revisión de diferentes fuentes bibliográficas, tanto impresas como electrónicas para estructurar el marco teórico. Por otra parte se procede a solicitar a la paciente su consentimiento para realizar el proceso.

Posteriormente se procede a realizar visitas domiciliarias. Como primer punto una entrevista directa, mediante la aplicación de instrumentos de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson, el cual nos permita obtener información de manera sistemática y ordenada. En subsecuentes visitas se realiza la exploración física de manera cefalo caudal y la toma de signos vitales. Posteriormente se entrevista a su hija para conocer el estado de salud de la paciente. Por consiguiente este trabajo se llevo a cabo entre el mes de julio a Octubre de 2013.

Luego de llevar a cabo la valoración, se procede a realizar un análisis de esta, para la estructuración de los diagnósticos de enfermería sobre las necesidades alteradas. A continuación se realiza una planeación de los cuidados, que permita obtener un autocuidado y asimismo se implementaron estos. Finalmente se realiza una evaluación de las acciones implementadas en la persona, con la finalidad de dar continuidad a estas o realizar las modificaciones pertinentes.

4 MARCO TEÓRICO

4.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE ENFERMERÍA

Los cuidados de enfermería se dividen en cuatro etapas la etapa doméstica que comprende las primeras civilizaciones y la caída del Imperio Romano. En donde ambas, comparten conceptos similares de salud y enfermedad. Pues es la mujer la encargada de los cuidados en el hogar.

Es la mujer la que lleva a cabo rituales que aseguren, fomenten y de continuidad la vida. Pues es ella mediante la utilización de plantas, aceite, alimentos y recursos naturales, es que proporciona bienestar. Con la finalidad de promover medidas de higiene, una buena alimentación, y el vestido.

Así también, Colliere, menciona que las mujeres se convierten en las primeras cuidadoras. Estos cuidados se entrelazan alrededor de la mujer y esta lo lleva a cabo hasta la muerte. Cuidando a niños, enfermos, moribundos. (Martínez, 2011)

La etapa vocacional, comprende desde el nacimiento del pensamiento cristiano hasta el final de la edad media. El calificativo vocacional de la actividad de cuidar se asocia con el nacimiento de la religión cristiana. Con la aparición de éste la salud adquiere un nuevo concepto, en donde los individuos dedicados al cuidado debían de mostrar una buena actitud, voto de obediencia, sumisión, y actuar en nombre de Dios. Y reconfortar a través de consejo moral y recurrir al cuidado como manera de protección propia y comunicación con Dios.

La enfermería en este tiempo, solo necesitaba una preparación religiosa. Este período se define como una acción ejercida por un prójimo con gran sentido de delicadeza, caridad, sometimiento y acatamiento. (Gallardo, 2010)

La etapa técnica que comprende a mediados del siglo XIX con el advenimiento de lo que Colliere nombra mujer enfermera-auxiliar del médico, y con la aparición de la enfermera técnica y la división de los poderes políticos y religiosos. Se da inicio a la profesionalización.

Los inicios de la profesionalización surgen a partir de Florence Nightingale (1820). Pero no fue hasta los años cincuenta del siglo XIX, que se da la enfermería técnica. En este tiempo el trabajo de enfermería tenía mala reputación y era una manera de dignificarlo. Es a partir de esta época que la enfermería se centra en el auxilio social, y la enfermedad. En este período se fundan escuelas propias para comadronas y Asistente Técnico Sanitario. Es hasta 1952 que se unifican los estudios de comadrona, practicante y enfermera.

Finalmente, la etapa profesional, comprende las últimas décadas del siglo XX hasta nuestros días en donde la enfermería se consolida, como disciplina y profesión. Ampliando su campo de acción, e integrando nuevas actividades, que proporcionan un bienestar físico y la adaptación de los individuos al medio que lo rodea. La enfermería amplía su campo de acción en el área asistencial, docente, investigadora y gestora. Que le da una identidad profesional y disciplinar.

Continuando con el desarrollo de la enfermera, surgen investigadoras a nivel teórico y filosófico. En donde se empieza a utilizar el método científico, el cual viene a sustituir al método empírico.

Es a partir de aquí que surge la necesidad de contar con personal capacitado para la atención de los enfermos, en las instituciones de salud. Por lo que la enfermería profesional se gesta en Europa en 1836 en el Instituto de Diaconisas de Kaiserwerth. En donde se prepararan enfermeras durante tres años, para trabajar al cuidado de los enfermos.

En México la enfermería tiene sus inicios en la época preclásica, en este tiempo se desarrolla de primera instancia la enfermera militar. Es hasta 1900 cuando se capacita a las enfermeras que laboran en el hospital de San Andrés, y en el Hospital general de México. En donde enfermeras norteamericanas y europeas, son las encargadas de capacitar a las nuevas enfermeras de esa institución y con estos acontecimientos se inicia la enfermería en nuestro país. (Gallardo, 2011)

Para continuar, con la preparación de las enfermeras en 1905. Se inician los estudios de enfermería en México, en el hospital de maternidad e infancia, es donde se gradúan las primeras enfermeras del país. (Bravo, 1967)

El 9 de febrero de 1907, se inaugura la escuela de enfermería, en donde se establece el reglamento y se indica que la carrera se cursaría en tres años, distribuidos de la manera siguiente:

- Primer año. Llevarían Anatomía, Fisiología y Curaciones
- Segundo año. Llevarían Higiene y Curaciones en General
- Tercer año. Llevarían Pequeña farmacia, Curaciones, Cuidados de los enfermos.

En el Hospital General, también se capacito a las enfermeras. Mediante la invitación que el doctor Liceaga hizo, a las mujeres a través de publicaciones, en donde hace mención de los requisitos que deberían de cubrir:

1. Haber cursado la escuela primaria
2. Tener buena salud
3. Tener alrededor de 20 años de edad
4. Constancia de buena conducta

Para la formación de las enfermeras se conto, con influencia alemana y norteamericana. Es hasta el año de 1910, es que la educación de enfermería, está a cargo de la Escuela Nacional. (Gallardo, 2011).

Después de estos acontecimientos, es que se da la profesionalización de enfermería. Siendo reconocida en México como profesión en 2005. La profesión de enfermería requiere de conocimientos profundos, flexibles de la disciplina. Y de integrar teorías, modelos que sustenten su desarrollo, mediante la investigación del cuidado y fenómenos presentes en el ejercicio de la profesión

Finalmente, la enfermería es una profesión estudiada principalmente por mujeres a nivel mundial, por lo que en la actualidad, existen diferencias. En el aspecto laboral, en cuanto a oportunidades o condiciones de trabajo. (Cuevas, 2012).

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL PAE

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso. Este término aparece en los escritos de enfermería a mediados de 1955, cuando Lidia Hall describía a la enfermería como un proceso; sin embargo su descripción tardó varios años en tener aceptación como parte del cuidado integral de enfermería. Jhonson en (1959), considera a la persona como un sistema conductual compuesta de una serie de subsistema interdependientes e integrada y de dependencia. Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución). En 1967, Yura y Walsh crearon un primer texto que describía un proceso con cuatro fases: valoración, planeación, ejecución y evaluación. Bodi en 1974 y Roy en 1975, posteriormente Espinal (1976) y algunos autores más. En 1998 al proceso de enfermería se le añade la fase de diagnóstico, dando lugar a un proceso de cinco fases. (Arteaga, 2009).

Él proceso es un instrumento, para la práctica de enfermería. Por lo que ha sido un modelo predominante desde hace veinticinco años, y es uno de los temas por considerar en el análisis de teorías y modelos de enfermería. Es mediante la aplicación de este proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Que permite a las enfermeras proporcionar un cuidado lógico y sistemático

4.2 PROCESO ENFERMERO

El Proceso de Enfermería es un método utilizado en la práctica de enfermería. Pues mediante la aplicación de este. El profesional de enfermería utiliza sus, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del paciente a los problemas reales o potenciales de la salud.

La idea primordial del proceso de atención, es que constituye una unidad, pues está compuesta por diversas etapas, las cuales tiene una interrelación, de tal

forma que una depende de otra y ninguna permanece aislada. El cual permite que el trabajo de enfermería se proporcione de manera integral.

El proceso cuenta con ciertas características que son:

- Es sistemático por qué está conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación ejecución y evaluación).
- Es humanistas por considerar al hombre como un ser integral.
- Se centra en el logro de objetivos.
- Es dinámico por estar en constante cambio.
- Es flexible, pues se aplica en los diversos contextos de la práctica de enfermería y se adapta a cualquier teoría y modelo de enfermería.
- Es interactivo pues requiere de un interrelación humana con el (los) usuario(s), para acordar y lograr objetivos comunes. (Sandoval, 2011)

Beneficios del proceso enfermero

- Ayuda a identificar el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales
- Desarrolla un plan eficaz y eficiente.
- Evita que se pierda de vista el factor humano.
- Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente.
- Se adaptan las intervenciones al individuo (no únicamente a la enfermedad)

OBJETIVO

- Proporcionar un sistema para cubrir las necesidades individuales del cliente, la familia y comunidad.
- El proceso se emplea como instrumento en la práctica de enfermería, para proporcionar cuidados individualizados.
- Dar a la profesión un carácter científico.
- Contribuir a que los cuidados de enfermería se efectúen de manera reflexiva, dinámica, profunda, ordenada y sistemática.
- Diseñar objetivos y acciones evaluables.
- Mantener una información continua sobre los cuidados.
- Contar con un sustento propio, que contribuya a una autonomía y un reconocimiento social.
- Mantener el bienestar del paciente o si no fuera posible esto. Proporcionarle los cuidados necesarios para lograr una salud, y en caso de no poder lograr un bienestar, el proceso debe contribuir a proporcionarle una buena calidad de vida.

Las ventajas para el personal de enfermería son:

- Que la enfermera conozca de manera particular, cuales son las prioridades del paciente. Así como cuando, y en qué momento proporcionar el cuidado para satisfacer las necesidades del paciente.
- Con la aplicación del proceso, se resuelven las necesidades alteradas.
- Mediante, los planes de atención de enfermería, se comparte un nuevo conocimiento sobre un tema. La experiencia de implementarlo, propicia una retroalimentación y análisis de los resultados.
- Mediante la aplicación de este se podrán evaluar y revalorar las intervenciones, de acuerdo a las necesidades del paciente.
- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.
- La sensibilización, del paciente en su cuidado. (Rodríguez,2009)

Las ventajas para el paciente son:

- Se le proporcionan cuidados integrales de forma individual y continua asegurando la calidad de estos.
- El proceso se ajusta a las necesidades humanas.
- Promueve, el establecimiento de objetivos comunes.
- Participación en su propio cuidado
- Continuidad en la atención
- Mejora la calidad de atención

4.3 Etapas del proceso de enfermería

4.3.1 Valoración

Es la primera etapa de enfermería en la que se reúnen los datos con el fin de identificar problemas reales y/o potenciales de salud.

Es un proceso organizado y sistemático de recolección de información. Sobre el estado de salud de la persona, familia o comunidad. (Sandoval, 2011a).

La fase de la valoración, ofrece solidez, y favorece una atención individualizada de calidad. Por lo que es necesaria una valoración extensa y completa, para facilitar el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas. Esta etapa es primordial para la estructuración de los diagnósticos de enfermería, que con llevará a la ejecución y finalmente a una evaluación de los cuidados implementados.

Es primordial seguir un orden en la valoración. Pues permite obtener la máxima información en un tiempo determinado, en busca de:

- Datos del estado de salud del paciente.
- Factores que contribuyen al problema de salud.

Durante la valoración la enfermera recolecta cuatro tipos de datos:

- Subjetivos, estos no se pueden medir y son propios de la persona, de acuerdo a su percepción de lo que siente.
- Objetivos, información susceptible de ser observada y medida.
- Históricos, son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y que comprenden enfermedades crónicas, internamientos, patrones y conductas previas.
- Actuales, son hechos que están presentes al momento de la valoración.

Además hay dos tipos de valoración que son:

- La **valoración focalizada**, que agrupa a un conjunto de síntomas que indican, la existencia de un problema real o potencial.
- La valoración de los **datos básicos**, esta se lleva de manera planificada, sistemática y completa. Para cerciorarse que se obtendrá la información pertinente.

Por consiguiente existen diversos métodos para la recolección de datos entre las que encontramos:

La obtención de datos:

Empieza con el contacto entre el paciente y el sistema de salud. Mediante utilizar una fuente primaria, que es el paciente, la familia, amigos, o a través del expediente clínico. En donde se obtiene la investigación necesaria. Existen fuentes secundarias, mediante las cuales se conoce sobre el estado de salud del paciente.

Como primer punto tenemos a la entrevista en donde se mantiene un diálogo con el paciente, que contesta una sucesión de preguntas. Esta a su vez tiene cuatro finalidades.

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas de investigación, requieren un análisis específico a lo largo de la valoración. (Garcia,2004)

La entrevista comprende tres fases:

- En la orientación: Se da a conocer la finalidad de esta y el tipo de preguntas que se le realizará.
- El trabajo: Se formulan las incógnitas que permitan la obtención de la información necesaria, enfocándola en áreas concretas.
- Finalización: Esta etapa es trascendente, que se resuman los datos más específicos. Y crear la base para construir las primeras pautas de programación. (Sandoval, 2011a)

Además el tipo de preguntas que se pueden utilizar para recoger los datos son.

- Abiertas, estas se utilizan para obtener una descripción de la persona.
- Cerradas, se emplean para obtener hechos precisos, y para ordenar la recolección de datos.
- Sesgadas en donde se buscan respuestas concretas.
- Guiadas en donde se admite la preferencia de una respuesta individual.
- Intencionadas, para estimular la reacción del cliente a un determinado escenario o tema.

Como segundo punto tenemos la **observación**, esta implica la utilización de los sentidos y destreza, para recolectar la información del paciente y su entorno.

Continuando con la **exploración física**. Esta utiliza la observación y se contempla la medición y registro de las constantes vitales, así como una exploración céfalo caudal, mediante la inspección, palpación, percusión y auscultación, con el objetivo de obtener información relevante del estado de salud actual.

El propósito de la valoración física es:

- Reunir datos básicos sobre la salud del paciente.
- Complementar, confirmar o reclutar datos obtenidos en la historia de enfermería.
- Ratificar e identificar diagnósticos de enfermería.
- Realizar juicios clínicos sobre los cambios y el control del estado de salud del paciente.
- Evaluar los resultados fisiológicos de los cuidados.

Una vez obtenidos estos datos se procede a la interpretación de los mismos, mediante un proceso de razonamiento deductivo y de juicio. En donde se analicen y registren los datos de forma minuciosa y exacta (Sandoval, 2011a)

Finalmente la valoración se relaciona con el diagnóstico de enfermería y con la evaluación en las primeras etapas del proceso de atención, con la finalidad de obtener datos que se inician con el primer contacto del paciente y mediante una entrevista.

4.3.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

El diagnóstico de enfermería se introdujo por primera vez en 1950, en la bibliografía de enfermería, en los siguientes años, se pretende realizar una unificación respecto a los diagnósticos. Por lo que en 1982, se establece la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), con el propósito de desarrollar, perfeccionar y promover una taxonomía.

El diagnóstico es la segunda etapa del proceso, dado por un enunciado claro y conciso y definitivo del estado de salud del paciente, que pueda ser modificado mediante la intervención de enfermería.

DEFINICION: Es un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia o comunidad a problemas de salud.

Objetivo: Reconocer la conceptualización, de factores etiológicos y conformación de los diferentes tipos de diagnósticos de enfermería

Por lo que una vez seleccionada la información de la valoración, esta se analiza de manera global, para formular un juicio sobre el problema detectado. Para la formulación del diagnóstico de enfermería, se utiliza el formato PES o Nanda. Por consiguiente se estructuran de la siguiente manera:

FORMATO PES	FORMATO NANDA
P= Problema	Etiqueta diagnostica
E= Etiología	Factor relacionado o factor de riesgo
S= Signos y síntomas	Características definitorias.

Para la redacción de un diagnóstico se debe tener en consideración los siguientes aspectos.

- Redactar el diagnóstico en términos adecuados.
- Redactarlo sin juicio de valor.
- Evitar la alteración del la conformación del diagnóstico.
- Los dos enunciados del problema no deben significar lo mismo.
- Expresar el componente en términos que se puedan modificar.
- No incluir diagnósticos médicos, en el diagnóstico de enfermería.
- Presentar el diagnóstico de forma clara y precisa. (Sandoval 2011b)

Por otra parte existen diversos tipos de diagnósticos que son:

Diagnóstico de Bienestar: Se trata de una reflexión que realiza la enfermera, con la finalidad de mejorar el bienestar.

Para estructurar este tipo de diagnósticos, consta de dos partes. El enunciado de este diagnóstico: Problema de salud (etiqueta) y la etiología

Ejemplo:

Diagnóstico de enfermería: Disposición para aumentar el bienestar espiritual.

Diagnóstico Real: Detalla dificultades y alteraciones de la salud del individuo, validados clínicamente mediante la presencia de signos y síntomas, en donde se describe la respuesta humana, del estado de salud que existe en el paciente.

La formulación de este tipo de diagnósticos consta de:
Problema de salud+Etiología+ Sintomatología.

Ejemplo:

Diagnóstico de enfermería: Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con cambios en la membrana alveolo capilar manifestado por disnea de medianos esfuerzos.

Diagnóstico Posible: Es un problema que se sospecha, pero se debe recabar información para confirmar o descartar su presencia.

El enunciado de este diagnóstico consta de dos partes: Problema de salud (etiqueta) y la etiología.

Ejemplo:

Diagnóstico de enfermería: Posible violencia intrafamiliar relacionado con presencia de hematomas.

Diagnóstico de Alto riesgo o potencial: Es una reflexión que realiza la enfermera, respecto a la vulnerabilidad que presenta la persona, de desarrollar, un problema de salud.

La estructura de este tipo de diagnósticos consta de dos partes.
Problema de salud (etiqueta)+ Etiología

Ejemplo:

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de fibra.

Es por ello que la enfermera en la actualidad emplea, estos diagnóstico en la atención al paciente, para con esto proporcionar un cuidado individual, que permita la resolución del diagnóstico detectado.

4.3.3 PLANEACIÓN

Es la tercera etapa del proceso, en esta se incluye, el desarrollo de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas saludables del individuo, o para reducir o corregirlas, y dar prioridad.

La planificación consiste en elaborar los cuidados a implementar para fortalecer las respuestas del paciente sano o enfermo, y modificar el diagnóstico de enfermería.

Objetivo: Promover la comunicación entre el equipo multidisciplinario. Documentar los cuidados y registrarlo, para utilizarlos en la evaluación.

Por otra parte la fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas.

➤ **Establecer prioridades en los cuidados.** En esta etapa, se emplea el pensamiento crítico, para identificar los problemas y ordenarlos jerárquicamente, en función de las necesidades humanas.

➤ **Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.** Describir los resultados esperados, con la finalidad de evaluar la evolución del paciente a los cuidados.

➤ **Elaboración de las actuaciones de enfermería,** Las intervenciones de enfermería son estrategias diseñadas, para ayudar al paciente a cumplir con los objetivos. Estableciendo dos tipos de intervención. (Sandoval 2011c)

• **Independientes:** Son acciones que la enfermera lleva a cabo sin supervisión, ni indicación. **Ejemplo.** Promoción a la salud.

• **Interdependientes:** Son las actividades que el personal de enfermería realiza en cooperación con otros miembros de salud. **Ejemplo:** Prescripción médica

➤ **Documentarlo y registrarlo.** Es importante comunicar el plan por escrito a otros miembros de enfermería, de manera organizada.

El plan de cuidados sirve como guía, para dirigir las actividades de enfermería, y atender las necesidades de salud del paciente. Pues mediante este se proporciona una atención continua y coordinada. Además permite una comunicación entre equipo multidisciplinario.

Existen diversos tipos de cuidados entre los que encontramos:

➤ **Individualizados:** Este tipo de cuidados, se proporciona a un paciente.

➤ **Estandarizados:** Se implementan en un paciente con un determinado problema.

- **Estandarizados con modificaciones:** En este existe una individualidad, y se considera la posibilidad de que se presenten otros problemas, al momento de planificar el cuidado.
- **Computarizados:** Estos requieren de información previa de los diversos tipos de cuidados y tiene ventajas en la implementación de un paciente en particular.

La fase de diagnóstico se relaciona con la planeación. Pues a partir de los problemas detectados, se elabora el plan de cuidados. (Sandoval, 2011c)

4.3.4 EJECUCIÓN

Es la cuarta etapa del proceso, en donde se pone en práctica, lo planeado en la fase de planeación. En esta se brindan cuidados de enfermería, tomando en cuenta el aspecto biopsicosocial y espiritual de la persona atendida. Y contribuir al restablecimiento de la salud.

Objetivo

Implementar las intervenciones de enfermería al paciente de manera integral, tomando en consideración el aspecto ético legal durante el proceso, y concluyendo con las anotaciones de enfermería.

Esta a su vez se divide en tres etapas que son:

➤ **Preparación**

Hay que analizar las injerencias y actividades propuestas en la etapa anterior con el fin de:

- Prescribir las actividades de acuerdo a la situación del paciente.
- Aplicar los conocimientos y habilidades para implementar la intervención.
- Contar con los recursos necesarios.
- Propiciar un entorno óptimo durante las intervenciones.
- Implementar las medidas de seguridad pertinentes.

Para que las intervenciones de enfermería tengan éxito, se debe propiciar un entorno, agradable y cómodo. Se considera, el bienestar, la seguridad, el tipo de independencia, el déficit sensorial y el nivel de conciencia.

➤ **Intervención**

Ejecutar las intervenciones implica tener la habilidad, y reconocer las respuestas, para realizar los cambios apropiados en caso de que la situación lo amerite.

La fase de ejecución, es el comienzo de las intervenciones de enfermería, para satisfacer las necesidades físicas o emocionales del paciente. Su abordaje puede incluir el inicio de gestiones independientes e interdependientes. Se considera que algunas intervenciones, no van a dar los resultados esperados por lo que en estos casos, se deberán replantear los cuidados, tomando en cuenta si el diagnóstico es correcto o si el problema a cambiado. Si existen otras intervenciones que puedan potencializar la intervención inicial, y en caso de no obtener la respuesta apropiada, se puede conseguir una segunda opinión. (Alfaro, 2003)

Por otra parte, la ejecución de la atención de enfermería se ajusta a seis categorías:

- Se analiza y refuerzan las cualidades del paciente. Sus problemas y la relación con su entorno.
- Ayuda en las actividades de la vida diaria.
- Ayuda a conocer sobre el trabajo de otros miembros del equipo de enfermería.
- Favorece la comunicación con otros miembros del equipo, para asegurarse que se resuelvan los problemas presentes.
- Se lleva a cabo, un proceso de enseñanza- aprendizaje, en donde el paciente adquiere, conocimientos, habilidades, y actitudes, para cambiar su estilo de vida, y mejorar su salud.
- Se implementan los cuidados para conseguir los objetivos del paciente. (Arteaga, 2009)

➤ **Registro de las intervenciones:**

Cuando los cuidados ya se efectuaron, se proceden a registrar. Anotando las respuestas anormales o inesperadas.

El propósito de los registros es:

- Que otros profesionales sepan respecto a la atención del paciente.
- Ayudar a identificar patrones de respuesta y cambios en la situación.
- Contar con un registro sobre las intervenciones realizadas que permita evaluar la calidad de la atención.

Para realizar el registro este tiene ciertas características:

- Valoración inicial, de cómo se encuentra el paciente antes y después de la intervención.
- Signos y síntomas que presenta el paciente.
- Cuáles son los cuidados que se le proporcionaron.
- Las intervenciones llevadas a cabo para mantener la intimidad del paciente.
- Los resultados obtenidos.

Finalmente la ejecución de los cuidados, causa diferentes respuestas en la persona. Lo que permite realizar una nueva revaloración, para comparar los resultados obtenidos con los esperados. Y una vez conociendo esto se replantean los cuidados si fuera necesario.

4.3.5 EVALUACIÓN

Es la etapa final del proceso, y se define como la comparación planificada y sistemática entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Determinando si se alcanzaron los objetivos propuestos en la fase de planificación.

Objetivo.

Realizar la evaluación de los cuidados de enfermería brindados a la persona. En donde se identifique, el logro de los objetivos planteados, las etapas del proceso, y satisfacción de las necesidades de la persona.

Para llevar a cabo la evaluación se debe considerar que esta sea:

- Sistemática y continuada.
- La evaluación que se lleva a cabo durante o inmediatamente después de ejecutar una intervención.
- Que se documenten los cambios que se lograron.
- Se evalúa la pertinencia de las acciones en relación a los objetivos.
- Se recurre a los datos de la evaluación, para revisar los diagnósticos, objetivos y el plan de cuidados, según las necesidades.
- Las observaciones a los diagnósticos, objetivos y al plan de cuidados se anotan.
- El paciente, la familia, y el personal de enfermería participan en el proceso de evaluación.
- La eficacia del plan de cuidados de enfermería.
- La evaluación es un aspecto relevante, ya que las conclusiones extraídas de esta. Determinan si es preciso suspender, continuar o modificar las intervenciones de enfermería.

Durante la evaluación se establecen interrogantes, que permitan obtener la mejor evaluación.

¿Se consiguió el objetivo establecido en el plan de cuidados?

¿Se resolvió el diagnóstico de enfermería?

¿Los cuidados de enfermería son adecuados?

Por otra parte, se tendrá que evaluar cada una de las etapas del proceso, en la **valoración** se busca si existen cambios, respecto a la salud del paciente. En el **diagnóstico** se evalúa, si el paciente presenta otros diagnósticos. La **planeación** toma en cuenta los objetivos e intervenciones, y si se obtuvieron los resultados esperados y en caso de que no obtenerlo, se deberán de replantear un nuevo plan. Por otra parte en la **ejecución** si las acciones implementadas contribuyeron a cubrir las necesidades alteradas o se deberán implementar otro tipo de cuidados que permitan obtener los resultados esperados. Se concluye con la evaluación de todo el proceso de atención, en donde se analiza, si este resultado efectivo. (Sandoval, 2011e)

Finalmente Todas las etapas se relacionan, por lo que el proceso está en constante cambio en aras de proporcionar un cuidado de calidad e individualizado. Y se conciba a la persona de manera integral.

4.4 PARADIGMA ENFERMERO

La enfermería se ha desarrollado a través de las diversas tendencias del pensamiento, que han acontecido a lo largo de la historia. Por lo que se han realizados cambios dentro de esta ciencia. Para su comprensión, es necesario abordar los diferentes paradigmas y reflexiones, que han conformando el progreso de enfermería en conjunto con otras ciencias.

Es a partir de los años 60, que se inicia la investigación en enfermería, en donde se percibe que no existen bases solidas, que sustenten el ejercicio profesional de enfermería. Por lo que se empieza a usar el concepto de paradigma. Tomando como referencia a Thomas Khun, quien lo define como: “Realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica”¹. Por lo que este concepto ha sido de utilidad, en la evolución de la teoría de enfermería mediante los patrones paradigmáticos de la ciencia.

1 Cerrón González (2011). Los paradigmas según THOMAS KUHN. Consultado el día 30 julio de 2013, en: <http://www.slideshare.net/gohan19/los-paradigmas-segun-thomas-kuhn>

Con el desarrollo de las teorías de enfermería, en la década de los 70 y 80, existe un periodo de transición del pre paradigma, al paradigma. Dichos paradigmas proyectaban diversas perspectivas sobre la práctica de enfermería. Es por ello, que en el trabajo de enfermería, se observan características de los distintos paradigmas que se han ido presentando a lo largo de la historia. Los cuales en período de transición, se superponen sin que el nuevo paradigma, supere totalmente a la anterior.

De ahí la importancia de reflexionar sobre los distintos paradigmas que ayudan a respaldar, las bases ideológicas de enfermería, e identifica a los cuidados enfermeros, como la naturaleza de la profesión. Y puntualizan un patrón de cuidado, con un método sistemático. (Balan, 2009)

Continuando con los paradigmas, como primer punto hablaremos sobre el Metaparadigma que es el aspecto general de una disciplina, representa el gran marco teórico de esta, dentro del cual son elaboradas y estructuradas. Esta su vez identifica los prodigios correctos de la disciplina, y el matiz general adoptado y observarlo. (Lenyn, 2006)

Metaparadigma: Es el marco conceptual e ideológico más completo de una disciplina. Reduce las intuiciones centrales de la disciplina, y expone su interacción y valores primordiales.

El Metaparadigma de enfermería comprende:

Persona: el cual comprende dos definiciones:

- Es un ser bio-psico-social.
- El paciente es el ser bio-psico-social al que se le ayuda para que logre su independencia. La mente y el cuerpo son inseparables; el paciente y la familia forman una unidad.

Salud: Es la capacidad que tiene el individuo, para realizar por sí sólo y sin ayuda las 14 necesidades básicas. La salud proporciona una independencia, y una mejor calidad de vida.

Entorno: Todas las condiciones externas que influyen en el equilibrio y el funcionamiento del ser humano. En donde la persona aprende su patrón vital. Por lo tanto el ambiente tiene un claro impacto (negativo o positivo), pues este contexto es modificable y puede ser controlado.

Enfermería: Es la ayuda temporal que se proporciona a una persona que carece de la capacidad, fortaleza o conocimientos para realizar alguna de las 14

necesidades básicas. Los cuidados de enfermería tienen la finalidad de contribuir a recuperar la independencia del paciente. (Sandoval 2011f)

Al hablar de la disciplina de enfermería, se tiene que tomar en cuenta los contextos en lo que se ha venido desarrollando esta profesión. Por ello es necesario hablar de las corrientes del pensamiento, que han contribuido, al conocimiento de la enfermería.

Por lo que es indispensable mencionar que dentro de la evolución de la esta, existen diversos paradigmas que han apoyado, la disciplina de enfermería. Por lo que se distinguen tres paradigmas.

Paradigma de Categorización (1850-1950).

Corriente que comenzó a desarrollarse a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, en donde la visión lineal y la búsqueda de un factor causal, es responsable de la enfermedad.

Este paradigma tiene dos vertientes en la profesión.

Orientación centrada en la salud pública

Se sitúa temporalmente entre los siglos XVIII y XIX, en donde se busca mejorar y controlar las enfermedades infecciosas en los medios hospitalarios. Y en donde surge la figura de Florence Nightingale, pues ella propicia condiciones de higiene, de tal forma que el cuidado de enfermería se basa en la observación y experiencia, nutrición y aspectos administrativos. Para ella el entorno es determinante para la recuperación de la salud de las personas.

Orientación centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica

Está se sitúa a finales del siglo XIX, en donde se da la proliferación de infecciones. Por lo que la erradicación de enfermedades transmisibles se da en los años 1900 - 1995. De ahí la importancia de mejorar las técnicas de asepsia y antisepsia.

Paradigma de la integración (1950-1975)

Corriente que supondría una prolongación del paradigma de categorización, ya que las concepciones del modelo biomédico, se irían transformando en orientaciones dirigidas hacia la visión global de la persona, como centro de la práctica de enfermería.

Este paradigma está orientado hacia la persona. Resaltando dos aspectos importantes que son: la urgencia de programas sociales y el desarrollo de los medios de comunicación.

Esté paradigma contempla cuatro puntos.

- El cuidado, se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones. La función de enfermería es evaluar las necesidades y brindar apoyo.
- La persona, es un ser integral, en donde se contribuye al bienestar.
- La salud, es un ideal a conseguir, y está influenciado por el contexto en el que el hombre vive.
- El entorno, constituido por los diversos contextos en los que vive la persona, supone una interacción constante, de estímulos positivos, negativos y adaptación.

Finalmente el paradigma de la integración, reconoce a la disciplina de enfermería, diferente, de la disciplina médica. Y se empiezan a realizar investigaciones alrededor de la persona y el entorno que lo rodea, dando origen a los primeros métodos o modelos conceptuales.

Paradigma de la transformación (1975- actualidad)

Corriente que representa un cambio de mentalidad sin precedentes, pues este paradigma es la base de apertura de la ciencia de enfermera hacia el mundo y ha inspirado las nuevos pensamientos de la disciplina enfermera.

Otro punto que trata es que la enfermería tiene diversas actuaciones:

- Promoción a salud mediante la comunicación.
- Previene la enfermedad con su actuación.
- Proporciona rehabilitación en caso de ser necesario.

Apertura hacia el mundo

- El individuo lleva a cabo sus cuidados de acuerdo a sus necesidades y guarda relación con su entorno.
- La salud, es un valor y una costumbre que cada persona la vive desde un aspecto diferente.
- El entorno, es ilimitado
- El cuidado, se dirige a la obtención del bienestar de la persona. De este modo, la intervención de enfermería supone respeto e interacción de ambas partes. Para desarrollar el potencial propio.

Se concluye que las particulares de cada paradigma han intervenido en el progreso de la disciplina de enfermería, pues concibe una comprensión autónoma y una persistencia por encima de los cambios generados en el trascurso de la historia de enfermería. (Balan 2009)

4.4.1 PRINCIPALES CONCEPTOS SEGÚN HENDERSON

Cuidados Básicos: Conjunto de intervenciones terapéuticas, reflexionadas, deliberadas, y encaminadas, a satisfacer las necesidades de la persona. Supliendo su autonomía, y contribuir a que ella misma, lleve a cabo, sus propias necesidades.

Necesidad fundamental: Todo aquello que es indispensable para la supervivencia del individuo.

Independencia: Es la capacidad del individuo para satisfacer sus propias necesidades.

Dependencia: Es la falta de habilidades que presenta el individuo. Por diversas causas físicas, intelectuales o de voluntad, que no le permiten satisfacer sus necesidades elementales.

Autonomía: la persona puede realizar las intervenciones necesarias para cubrir sus necesidades primordiales

Agente de autonomía asistida: Que la persona realice acciones de cuidado.

Conducta: Acciones que lleva a cabo la persona de forma independiente.

Manifestaciones de independencia: Guía o indicadores de conducta de la persona adecuados y aptos para satisfacer sus necesidades primordiales.

4.4.2 NECESIDADES BÁSICAS

Virginia Henderson, identifica 14 necesidades básicas, las cuales subdividen en:

Necesidades básicas

- Oxigenación
- Alimentación
- Eliminación
- Descanso y sueño
- Termorregulación

Necesidades de Relación

- Moverse
- Vestirse y desvestirse
- Higiene
- Evitar peligro
- Comunicarse

Necesidades de desarrollo

- Creencias y valores
- Trabajo
- Jugar
- Aprender

4.4.3 APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

La primera Teoría de enfermería nace con Florence Nightingale, a partir de allí nacen nuevos modelos. Cada uno de ellos aporta una filosofía de como concebir el cuidado de enfermería.

Desde 1852 hasta 1966 se creó y desarrollo una corriente filosófica que busca fundamentos para la profesión, y es durante la década de 1950 a 1966 que surge la teoría de Virginia Avenel Henderson.

Ella incorpora los principios fisiológicos y psicopedagógicos, además explica la importancia de la independencia de enfermería, y su interdependencia con otras disciplinas. Esta teoría se ubica en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

Virginia Henderson (1897-1996)

Datos biográficos

- Nació en 1897 en Kansas (Missouri)
- Se graduó en 1921 y se especializo como enfermera docente.
- Incorporó principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería

Objetivo

Ayudar a los individuos a lograr su independencia en la satisfacción de sus necesidades básicas

Supuestos básicos

- 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 desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica las 14 necesidades humanas básicas que componen los cuidados enfermeros, y en las que desarrolla los cuidados.

Para Henderson su definición de enfermería no era definitiva, consideraba que la enfermería cambiaría según la época en que se practicase y que dependía de lo que realizara el personal de salud.

Definición de enfermería (Virginia Henderson)

“La única función de la enferme consiste en ayudar al individuo sano o enfermo, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación(o a una

muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, la voluntad, y el conocimiento necesarios. Asimismo es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible".¹ (Tomey, 2003. Pag. 101)

El modelo de Virginia Henderson, es aplicable en cada una de las etapas del proceso de atención de enfermería

En las primeras dos etapas, es útil para la recolección de datos y el análisis de estos. En este período se crea, el estado de independencia o dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades, y para identificar los inconvenientes y problemas.

Respecto a la planificación y ejecución, se utiliza para elaborar los objetivos, respecto a las dificultades descubiertas. También permite elegir el tipo de intervención a implementar.

En la evaluación, este modelo da claridad sobre las intervenciones de enfermería. Para Henderson la finalidad de este modelo es contribuir a que el paciente pueda llevar a cabo sus necesidades elementales. (Balan, 2011)

4.5 TEORÍAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA

TEORÍA

Una teoría es un acopio de enunciados y propuestas, integrado por conocimientos y la relación entre los conceptos, constituidos de manera metodológica y análoga. Para detallar, exponer, anunciar, controlar y determinar un fenómeno.

Por consiguiente estas teorías son demostrables y aceptadas a través de la investigación.

Características de una teoría.

- Deben ser lógicas, estrictas y generalizables.
- Combinada por conocimientos y proposiciones.
- Conviene relacionar significados entre sí.
- Corresponde a proveer bases de suposiciones demostrables.
- Deben ser sólidas con otras teorías, estatutos y elementos legales.
- Pueden detallar un fenómeno en particular, y exponer la reciprocidad entre los fenómenos.
- Consiguen situar y perfeccionar la práctica en enfermería

¹Tomey, M. (2003). *Modelos y teorías de enfermería*. Madrid España: Editorial Elsevier.

NIVELES DE DESARROLLO DE LAS TEORÍAS

- **Las Metateorías:** Se concentran en aspectos habituales, circunscribiendo el estudio de la intención y la pauta de teoría.
- **Los Metaparadigmas:** Exponen un enfoque general útil para el conocimiento de las percepciones centrales y elementos claves.
- **Las teorías de Medio Rango:** Tienen como objetivo, fenómenos o percepciones determinadas.(Dolor, estrés)
- **Las teorías empíricas:** Se destinan a un objetivo anhelado, y a tareas puntualizadas para su ejecución. Y son precisadas rápidamente.

CARACTERÍSTICAS

- Premisas.
- Valores.
- La finalidad de la asistencia de enfermería.
- El rol del profesional.
- La complacencia del paciente.
- El origen del problema del paciente.
- El orden de las intervenciones.
- Las consecuencias o resultados.

4.5.1 PRINCIPALES CONCEPTOS

En la actualidad existe un gran número de modelos generados debido a procesos rigurosos de investigación científica. Por lo tanto cada uno de estos modelos de enfermería, que se conocen responde de manera aislada a los siguientes criterios.

- Validan la contingencia histórica de enfermería.
- Utiliza procedimientos lógicos y matemáticos como instrumento de análisis para su formulación y retroalimentación.
- Identifican claramente al ser humano como su dominio material.
- Determinan su área a tratar.
- Están integrados por varios elementos. (Moran, 1993)

A continuación, se mencionan algunos conceptos relevantes para la enfermería.

Ciencia: Forma de orientar un conocimiento en un área específica, que permite desplegar métodos o procesos para obtener un nuevo saber. Por lo que la ciencia en enfermería radica en observar, describir, equilibrar, explicar e inmiscuirse en situaciones de salud y enfermedad.

Filosofía: Esta manifiesta las creencias, valores, metas y opiniones. Pues plantea verdades definitivas que hay que rebelar.

Teoría: Conjunto de conocimiento, dilucidaciones y proposiciones de manera organizada y sistemática que crea relaciones individualizas. Que permiten describir, explicar, predecir y controlar los hechos.

Concepto: Son ideas que se exteriorizan con un término exacto, constituyen aspectos del contexto que son objetivables. Por lo que cada área posee conceptos propios.

Modelo. Es una imagen mental que permite entender algo, y del cual otros deben conocer.

Modelo conceptual: Es una forma indefinida de ideas que enseña una noción global y extensa. Además explica una representación simbólica del contexto de la disciplina enfermera. Expone la idea y orienta a la práctica, indagación, formación, al servicio de los cuidados.

Además, está integrada por percepciones prácticas, y abstractas, en donde se clarifica la aportación o sabiduría del ser de las enfermeras (os) y el objetivo que se tiene a hacia la ciudadanía, estableciendo una relación enfermera- paciente.

Una teoría de enfermería es la conceptualización de algunos aspectos de enfermería, expresados con el propósito de describir, explicar, predecir y/o prescribir un cuidado enfermero. (Griffin, 2001)

Finalmente es a partir de estas teorías y conceptos, que se han establecido a lo largo de la historia de enfermería. Sé crean los modelos, teorías y las escuelas de enfermería.

5 APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO

5.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de paciente femenina de 66 años casada, originaria del estado de Guerrero, radica en el distrito federal desde hace 45 años. Estudio hasta el tercer año de primaria sabe leer y escribir. Se dedica al hogar y es comerciante, de religión católica. Conformada por una familia extensa.

En sus antecedentes heredofamiliares, su madre murió de causas desconocidas, su padre falleció, por infarto agudo al miocardio. Tiene dos hermanas y dos hermanos, sus dos hermanos y una hermana tienen diabetes mellitus, y su otra hermana es aparentemente sana.

Habita en casa propia, construida de concreto, de un solo nivel, el techo es de loza, el piso es de cemento, cuenta con dos recamaras, cocina, sala, comedor, y el local donde se encuentra su tienda. Cuenta con todos los servicios.

Su familia nuclear está conformada por su esposo, tres hijas y un hijo, tres de sus hijos son casados y viven independientemente. Vive con su hija menor y sus dos nietas. Su ingreso depende de la tienda, el cual no le permite cubrir sus necesidades básicas.

Respecto a sus antecedentes patológicos, padece diabetes mellitus tipo 2 desde hace 30 años, con tratamiento de metformina de 850 mg después de la comida e insulina NPH 10 unidades en la mañana y 5 unidades en la tarde. Con hipertensión arterial con 17 años de evolución, en tratamiento con Losartán de 50mg por la mañana y metoprolol 100mg después de la comida. En los últimos meses con hiperglucemias, en el mes de febrero con 180mg/dl, en junio de 2013 con 162mg/dl, con presión arterial de 140/90. Con antecedentes de neumonía hace 3 años aproximadamente. Cuenta con servicio médico, de seguro popular primer nivel.

Se le realizaron exámenes de laboratorio, el 20 de agosto de 2013, en donde se encuentra con, hemoglobina de 14.4g/dl, Hemoglobina glucosilada de 9.4%, glucosa de 205.4mg/dl, colesterol de 237.2mg/dl, triglicéridos 241.4mg/dl, urea de 35.5mg/dl, creatinina de 1.1mg/dl. En el examen general de orina con ph de 7.0, con proteínas 30.0mg/dl.

La paciente presenta diversas cirugías, en pie izquierdo hace 34 años por lesión en el primer orjejo, en brazo izquierdo por fractura hace 32 años, , salpingoclasia hace 33 años, safenectomía del pie izquierdo hace 28 años, histerectomía secundaria a miomas hace 25 años, con ooforectomia izquierdo.

Sus signos vitales al momento de la exploración son: Presión arterial de 140/90, frecuencia respiratoria de 16 X', frecuencia cardiaca de 65, Temperatura de 36.0°C. Glicemia de capilar de 285mg/dl, saturación de oxígeno de 90%.

5.2 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Nombre: Gudelia San Juan García	Edad: 66 años	Sexo: Femenino
---------------------------------	---------------	-------------------

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Inspección: Se observa abdomen con panículo adiposo, con cicatriz de cirugía abdominal en línea media.

Palpación: Se palpan abdomen por cuadrantes sin presentar ninguna molestia.

Percusión: Se realiza percusión del abdomen encontrando timpánico

Auscultación: Con peristaltismo normal

Datos subjetivos

Dieta habitual (tipo)	Come tortillas, verduras, frijoles, y carnes en ocasiones
Número de comidas diarias:	Come 3 veces al día, sus horarios son: 9 de la mañana desayuno y comida 15 y 16Hrs, cena 20 horas, toma de dos o tres vasos de agua al día. Los alimentos que consumen son: carne y fruta cada ocho días, cereales y verduras diario, huevo cada tercer día, leguminosas ocasionalmente.
Trastornos digestivos	No
Intolerancia a alimentos	Si al camarón en ceviches
Problemas de la masticación y deglución	No
Patrón de ejercicio	Camina de vez en cuando
Otros	Refiere dolor ocasional en fosa iliaca derecha, a nivel del vientre

Datos objetivos

Turgencia de la piel:	LA piel se encontro integra e hidratada, de textura suave. Con hiperpigmentación en miembros inferiores.
Membranas mucosas hidratadas/ secas:	Mucosas orales hidratadas. Lengua/ suelo de la boca: De color rosa pálido, húmeda, ligeramente rugoso,

	delgada, con bordes laterales lisos y sin laceración.
Características de uñas/cabello:	Cabello bien implantado, lacio, de color negro, con presencia de algunas canas. Uñas largas de color rosa pálido, con llenado capilar de 2"
Funcionamiento neuromuscular y esquelético:	La flexión, extensión, abducción y supinación de miembros superiores sin problemas. La flexión, abducción y supinación de miembros inferiores lo realiza sin problemas. Al momento de realizar la extensión con un solo pie, presenta pérdida ligera del equilibrio.
Aspecto de los dientes y encías:	Se observa encías normales, de color rosáceo, dientes y muelas de color amarillo bien implantados, con 31 dientes permanentes. Con falta del segundo molar inferior derecho. Sin lesiones en cavidad oral.
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización:	Presenta cicatriz en la parte externa del brazo izquierdo, de 10cm. Y en línea media de abdomen, en la pierna derecha varias cicatrices de medio centímetro. Otra en el primer orjejo del pie izquierdo de 2cm.
Otros:	Pesa 74kg, mide 1.50cm, con un IMC 32.8Kg/cm, con obesidad grado 1

Edad 66 años	Sexo Femenino	Peso en Kg: 74kg	Talla en cm 1.50cm
Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Suma los puntos correspondientes al cribado y si la suma es igual o inferior a 11 complete el cuestionario para obtener una puntuación precisa del estado nutricional.			
Tamizaje			
A. ¿Ha comido menos en los últimos 3 meses, por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución? 0 = pérdida severa de apetito 1 = pérdida moderada de apetito 2 = no ha perdido el apetito	E. Problemas neuropsicológicos 0 = depresión o alteración de la memoria 1 = tristeza 2 = sin problemas psicológicos	J. ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = Sí 1 = No	K. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, jugo, café, té, leche, vino, cerveza, etc.) 0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos
<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0.0"/>
	F. Índice de Masa Corporal (IMC = peso [kg]/talla[m ²]) 0 = IMC menor de 19 1 = IMC de 19 a menos de 21 2 = IMC de 21 a menos de 23 3 = IMC mayor o igual a 23	L. Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad	M. ¿Opinión del paciente sobre su estado nutricional?
		<input type="text" value="2"/>	

B. ¿Ha presentado pérdida de peso en los últimos 3 meses? 0 = pérdida de peso mayor de 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso	3	0 = está desnutrido 1 = no sabe 2 = no está desnutrido	2
C. Movilidad 0 = limitado a una silla o la cama 1 = se mueve de la cama a la silla 2 = sale del domicilio	2	N. En comparación con otras personas de su edad, ¿Cómo encuentra el paciente su estado de salud? 0.0 = peor 0.5 = no sabe 1.0 = igual 2.0 = mejor	1.0
D. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o ha sufrido angustia o nerviosismo en los últimos 3 meses? 0 = Sí 2 = No	0	N. Circunferencia media del brazo (cm) 0.0 = menor de 21 0.5 = 21 1.0 = mayor de 21	1.0
		O. Circunferencia de la pantorrilla (cm) 0 = menor de 31 1 = mayor o igual a 3	1
Resultado del tamizaje (subtotal máximo 14 puntos) -12 puntos o más: normal; no es necesario continuar la evaluación. -11 puntos o menos: posible desnutrición; continuar la evaluación.	Resultado de la evaluación (máximo 16 puntos) Resultado del tamizaje (máximo 14 puntos) Suma de evaluación y el tamizaje (total) Resultado indicando desnutrición 17 a 23 puntos, significa riesgo de desnutrición Menos de 17 puntos = desnutrición	PUNTUACION TOTAL: 20. Lo que indica que la paciente tiene un riesgo de desnutrición.	

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Datos subjetivos

Nivel de educación: Tercer año de primaria	
Problemas de aprendizaje: Sí, respecto a su medicación	
Limitaciones cognitivas: No	Tipo: Ninguna
Preferencias leer/ escribir: Las dos cosas le agradan	
Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: Sí. Educación para adultos, conoce el lugar, donde se imparten pero no asiste por falta de tiempo.	
Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo: Si	

Tiene interés en el aprendizaje para resolver sus problemas de salud. Si. La paciente sabe que cosas no debe comer como son: Las lentejas, frijoles, garbanzos, comidas capeadas, embutidos, grasas, carnes rojas. Respecto a la fruta plátano, mango, manzana.

Datos objetivos

Estado del sistema nervioso: Presenta neuropatía diabética
Órgano de los sentidos: El oído, el olfato, el tacto, y el gusto no presenta ninguna alteración. Respecto a la visión ve rayas negras en el ojo derecho.
Estado emocional ansiedad, dolor: No
Memoria Reciente: No tiene memoria reciente
Memoria Remota: No se acuerda de las cosas pasadas

OXIGENACIÓN

Inspección: Se observa tórax simétrico con movimientos respiratorios normales, sin retracción de espacios intercostales.

Palpación: Se palpan costillas con bordes simétricos, con amplexión y amplexación normales.

Percusión: Se realiza percusión del tórax encontrándose sonoridad.

Auscultación: Ruidos vocales normales, se auscultan campos pulmonares con murmullo vesicular normal.

Datos subjetivos

Con disnea de medianos esfuerzos al caminar distancias largas.	Tos productiva /seca: En ocasiones tos productiva, de color hialino
Dolor asociado con la respiración:	No
Fumador:	Fumador pasivo por 24 años
Desde cuando fuma: No fuma	

Datos objetivos

Registro de signos vitales y características:	Su presión arterial de 140/90, con frecuencia cardiaca 65, frecuencia respiratoria de 16, con temperatura de 36 grados, saturación de oxigeno de 90%.			
Fecha	Presión	Frecuencia	Frecuencia	Oximetría

	arterial	cardiaca	respiratoria	
Agosto	140/90	65	16	90%
Septiembre	130/90	80	20	90%
Octubre	150/80	75	20	91%
Tos productiva/seca:	Si, Hialina		Estado de conciencia: Alerta y orientada en tiempo, espacio y lugar.	
Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal:	Piel de tez moreno, con buena coloración de tegumentos. Lechos ungueales con llenado capilar de 2".			
Circulación del retorno venoso:	Alterado con Grado II: síntomas subjetivos ortostáticos, como pesadez, sensación de distensión, prurito, calambres, cansancio, edema. Se producen manifestaciones episódicas relacionadas con la bipedestación.			

ELIMINACIÓN

VALORACIÓN

Palpación: Se palpa hipogastrio, sin presencia de globo vesical.

Datos subjetivos

Hábitos intestinales:	Evacua 1 veces al día sin dolor		
Características de las heces/orina/ menstruación:	<p>La consistencia de sus heces es formada, de color amarilla, sin olor.</p> <p>Orina de 3 a 4 veces al día, de color amarillo, sin olor, en ocasiones se tiene que levantar por nicturia.</p> <p>Con amenorrea secundaria a histerectomía desde hace 25 años.</p>		
Historia de hemorragias/	Si. Presenta abundante sangrado secundario a miomas. Y se le realiza histerectomía en 1988.		
Enfermedades renales/otros:	No. Refiere tener proteinuria desde hace un año.		
Uso de laxantes: No	Hemorroides: No		
Dolor al defecar/menstruar/orinar:	No presenta ninguno		
Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación:	Lo desconoce		

Datos objetivos

Abdomen, características:	Se valora abdomen blando depresible y por cuadrantes sin alteraciones, con cicatriz en línea media de abdomen. Con el ombligo hundido, sin presencia de hernias.	
Ruidos intestinales:	Con peristaltismo normal	
Palpación de la vejiga urinaria:	Se palpa vejiga en hipogástrico sin molestias.	
Orina, cantidad y características	Orina	Normal
	Color	Amarillo
	turbidez	Claro
	Cantidad	Aproximadamente 900ml
	Frecuencia	Cada 4 hrs aproximadamente
Evacuación, cantidad y características	1 vez al día, formada, de color amarillo, aproximadamente 100gr	

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Datos subjetivos

Capacidad física cotidiana:	Si, realiza una actividad física regular.
Actividades en el tiempo libre:	Ve la televisión, y realiza sus actividades del hogar.
Hábitos de descanso:	Se duerme de las 23 hrs a las 7hrs.
Hábitos de trabajo:	Tiene una tienda. Y le dedica de 4 a 5 horas al día aproximadamente.

Datos objetivos

Estado del sistema músculo esquelético, fuerza:

La técnica de exploración:

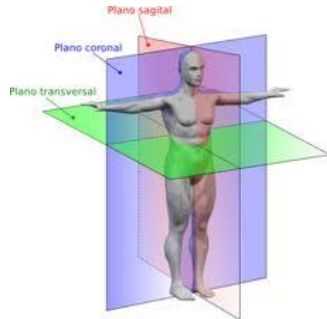
Se realizó de manera céfalo caudal, perfil, en su parte anterior y posterior, con el siguiente orden: cabeza y cuello, dorso, y miembros superiores de su parte

proximal a la distal y comparando su lado derecho con el izquierdo. En sus miembros inferiores de su parte proximal a lo distal y comparando su lado derecho con el opuesto.

Anatomía

Basando el estudio de la persona en un examen descriptivo corporal en donde necesariamente se analizan las siguientes subdivisiones:

- Anatomía descriptiva: separando el cuerpo en sistemas
- Anatomía Regional: estudiando por divisiones especiales



En el plano lateral se encuentra alineada sin presencia de lordosis o sifo escoliosis

En el plano frontal se observa con alineación de hombros, tórax simétrico

Miembros Superiores (Brazos derecho comparando el izquierdo)

Movimientos articulares de hombros, codo, mano y dedos, normales, en sus diferentes ángulos sin alteraciones.

Miembros Inferiores (Pierna derecha comparando la izquierda)

Movimientos articulares de pierna, rodilla, tobillo y pié, sin alteraciones, ni dolor al realizar los ejercicios.

Capacidad muscular (tono/resistencia/flexibilidad):

Masa Muscular (músculo: Tono)

Para evaluar el volumen del músculo se basó en la inspección, palpación y la comparación de los músculos de lado izquierdo con los del derecho. Comenzando con miembros superiores (derecha a izquierda, proximal a distal) y miembros inferiores (derecha a izquierda, proximal a distal).

Resistencia

De acuerdo a la Escala MRC (Medical Research Council) para Fuerza Muscular, ella se encuentra dentro del grado Grado 5: la fuerza muscular

normal contra resistencia.

Flexibilidad

Se realiza movilización de cada extremidad en sus distintas articulaciones con movimientos de Rotación, flexión, extensión. El cual se encuentran sus movimientos normales en miembros superiores, logrando la recuperación de su posición inicial.

Por otra parte respecto a los miembros inferiores presenta desequilibrio a la extensión. Respecto a la flexión, rotación, supinación lo realiza sin problemas

En miembros superiores e inferiores con buen tono muscular.

Cabeza y Cuello

Se le pide que realice, movimientos articulares hacia adelante y hacia tras, de izquierda a derecha. Continuando con movimientos giratorios de izquierda a derecha y viceversa y laterales encontrándose estos dentro de lo normal.

Tronco (tórax, y espalda)

A la exploración física, se observa tórax simétrico, con eupnea, sin retracción de espacios intercostales. Se palpan costillas con bordes simétricos, con amplexión y amplexación normal. Campos pulmonares con murmullo vesicular, sin presencia de estertores. Disnea de medianos esfuerzos, al caminar distancias largas

Posturas:	Sentada
Necesidad de ayuda para la de ambulación:	No
Dolor con el movimiento: No	Presencia de temblores: No
Estado de conciencia: Alerta	Estado emocional: bueno

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Datos subjetivos

Horario de descanso: 23hrs.	Horario de sueño: De las 23hrs a las 7 de la mañana
Siesta: Si por 20 minutos	Ayudas: No
Insomnio: En ocasiones	Debido a: Diferencias con su hija o nietas.
Horas de sueño: 8 hrs	Descansado al levantarse: 6 de 7 días, tiene un sueño reparador.

Datos objetivos

Estado mental. (ansiedad / estrés / lenguaje)	Paciente tranquila, sin estrés por el momento. Con lenguaje coherente y fluido.
Ojeras: Sí	Atención: Pone atención, pero no logra entender algunas cosas. Por lo que se le tiene que repetir o explicar de otra forma.
Bostezos: No	Concentración: Si, está concentrada en la entrevista.
Apatía: No	Cefaleas: No
Respuesta a estímulos: Se le pasa una lápiz y se le punciona con un alfiler en las manos y plantas de los pies, el cual responde a estímulo mencionado dolor al momento de puncionarle.	

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Datos subjetivos

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir:	No
Su auto estima es determinante en su modo de vestir:	Si
Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría:	No
Necesita ayuda para la selección de su vestuario:	No

Datos objetivos

Viste de acuerdo a su edad:	Si
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse:	La paciente puede vestirse y desvestirse por sí sola
Vestido incompleto: No	Sucio: No
Inadecuado: No	

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Datos subjetivos

Adaptabilidad a los cambios de temperatura:	Sí
Ejercicio, tipo y frecuencia:	Camina en ocasiones
Temperatura ambiental que le es agradable:	Todos los climas le son agradables

Datos objetivos

Temperatura en grados centígrados	36 ^o grados
Características de la piel:	Piel de tez moreno, hidratada, con buena coloración, llenado capilar de 2"
Transpiración:	Lo normal
Condiciones del entorno físico:	Su casa cuenta con buena iluminación y ventilación, con espacio amplio, al momento de realizar la entrevista con mucho calor

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

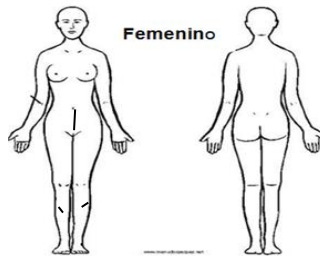
Datos subjetivos

Frecuencia del baño: Cada tercer día
Momento preferido para el baño: Mañana
Cuántas veces se lava los dientes al día: dos veces al día
Aseo de manos antes y después de comer: Si realiza, el aseo de sus manos
Después de eliminar: Sí
Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: No

Datos objetivos

Aspecto general:	Paciente femenina en su casa de complexión robusta, mide 1.50cm, con cabello largo y lacio, ojos pequeños de color negro, con buena coloración de tegumentos, mucosas orales hidratadas.
------------------	--

Olor corporal: No	Halitosis: No
Estado del cuero cabelludo: Cabello bien implantado sin presencia de lesiones, ni caspa.	
Lesiones dérmicas Tipo (Anote la ubicación en el diagrama): Presenta cicatriz en línea media de abdomen, en brazo, en las piernas, y pie izquierdo	



NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Datos subjetivos

Que miembros componen la familia de pertenencia: Ella, su esposo, tres hijas, y un hijo.	
Cómo reacciona ante situaciones de urgencia: En caso de temblor se sale a la calle, cuando existe alguna caída de algún familiar recurre a sus creencias.	
Conoce las medidas de prevención de accidentes: Menciona conocer las medidas para la prevención de accidentes, sismo e incendio, fuga de gas.	
Hogar: Respecto a su hogar lo mantiene en orden, con el piso seco, mantiene las llaves del gas bien cerradas, y la instalación eléctrica en buen estado.	Trabajo: Es una tienda, la mantiene limpia y en orden, para evitar caídas.
Realiza controles periodos de salud recomendables en su persona: Si asiste al centro de salud cada mes a su control.	
Familiares: Existe la posibilidad de un corto circuito, por los cambios de voltaje, pues su yerno se dedica a la herrería.	
Como canaliza las situaciones de tensión en su vida. Se pone a llorar	

Datos objetivos

Deformidades congénitas: No
Condiciones del ambiente en su hogar: Su casa cuenta con espacio amplio, con buena ventilación e iluminación.
Trabajo: Caída o alguna lesión.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Datos subjetivos

Estado civil: Casada	Años de relación: 35 años
Viven con: Su hija de 33 años y sus dos nietas de 11 y 8 años	Preocupaciones / estrés: Si preocupación en ocasiones por el aspecto económico
Familiar: Tiene una buena relación con sus hijos	
Otras personas que pueden ayudar: No	
Rol en estructura familiar: La de mama y abuela	
Comunica problemas debidos a la enfermedad / estado: Si a sus hijas	
Cuánto tiempo pasa sola: Todo el tiempo está acompañada,	
Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: Acude a un grupo de apoyo de pacientes diabéticos e hipertensos, una vez al mes	

Datos Objetivos

Habla claro: Sí	Confuso: Si, en algunas situaciones no se sabe expresar.
Dificultad en la visión: Si en el ojo derecho ve líneas negras.	Audición: En este momento no, pero hace como tres meses no escuchaba muy bien del lado derecho.
Comunicación verbal / no verbal /con la familia / con otras personas significativas. Sí solo con su hija con la que vive, ya que a pesar de que otra de sus hijas vive a un lado no convive mucho con ella. Con su hija mayor, se comunica cada semana por teléfono. Respecto a la otra hija y su hijo la comunicación con ellos es ocasional.	

NECESIDAD DE VIVIR SUS CREENCIAS Y VALORES

Datos subjetivos

Creencia religiosa: Católica
Su creencia religiosa le genera conflictos personales: No
Principales valores en la familia: Confianza y respeto
Principales valores personales: Respeto y la confianza
Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: Sí

Datos objetivos

Hábitos específicos de vestido.(grupo social religioso): Pantalón y playera
Permite el contacto físico: Sí
Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: No

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Datos subjetivos

Trabaja actualmente: Sí	Tipo de trabajo: Tiene una tienda
Riesgos: Caídas o lesiones.	Cuánto tiempo le dedica al trabajo: De 4 a 5 horas al día.
Está satisfecho con su trabajo: Sí	
Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: No	
Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega: Sí	

Datos objetivos

Estado emocional: Calmado

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Datos subjetivos

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Ver televisión
Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: No
Recursos en su comunidad para la recreación: Deportivo
Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: No

Datos subjetivos

Integridad del sistema neuromuscular: Sí
Rechazo a las actividades recreativas: No
Estado de ánimo. Apático/aburrido/participativo: Participativo. Está atenta a las preguntas que se le realizan. Por otra parte expresa, su experiencia, de su enfermedad.

5.3 ANALISIS DE DATOS

El análisis de datos es un proceso en donde se investiga, y se analizan los datos, con el objetivo de preponderar información útil, que permita llegar a la toma de decisiones y conclusiones. De tal forma que el análisis de datos tiene múltiples facetas y enfoques, que abarca diversas técnicas y estas son aplicables a las ciencias sociales.

En la valoración de las 14 necesidades. Los datos que presenta la Señora G.S.G, al momento de la valoración, se encuentra alerta en tiempo espacio, y persona. A la exploración física, se observa tórax simétrico con movimientos respiratorios normales, sin retracción de espacios intercostales, se palpan costillas con bordes simétricos, con amplexión y amplexación normal, campos pulmonares con murmullo vesicular, sin presencia de estertores. Con disnea de medianos esfuerzos al caminar distancias largas. Fue fumadora pasiva por 24 años. Y ocasionalmente, con tos productiva de color hialino.

Respecto a su alimentación, realiza tres comidas al día, a base de cereales y verduras diario, huevo cada tercer día, carne y frutas una vez a la semana. Es alérgica al camarón en ceviche. A la exploración se observa abdomen con panículo adiposo, con motilidad gastrointestinal. Con cicatriz de cirugía abdominal de línea media. A la percusión con timpanismo. Su peso es de 74 kilos, estatura de 1.50cm, ingiere de 3 a 4 vasos de agua al día. Con un IMC de 32.8Kg/cm, con obesidad grado 1.

En la necesidad de eliminación, con micción espontanea de 3 a 4 veces de color amarillo, en ocasiones con olor y nicturia. Tiene proteinuria de 30.0mg/dl. Evacua una vez al día, sin presencia de hemorroides. En la necesidad de sueño duerme 8 horas, por lo que tiene un sueño reparador 6/7 días, en ocasiones presenta insomnio, cuando tiene una diferencia con su hija o nietas. Respecto a la necesidad de termorregulación se encuentra eutérmica.

Su postura es erecta, sus movimientos articulares de hombros, codo, manos, en sus diferentes ángulos son normales, así como en miembros inferiores. La fuerza muscular es normal, con buena flexibilidad. Presenta desequilibrio al realizar extensión con un sólo pie. Con actividad física regular. Viste de acuerdo a su edad, su cambio de ropa es cada tercer día, y lo realiza por sí sola.

Continuando, con la necesidad de protección de la piel, se baña cada tercer día, el cepillado de dientes lo realiza dos veces al día. El aseo de manos lo efectúa antes y después de comer y después de ir al baño. Al examen físico se identificó con hidratación de la piel, con buena implantación y sin lesiones en el cuero cabelludo. Presenta diversas cicatrices en región abdominal, brazo y pie izquierdo. En miembros inferiores con hiperpigmentación, edema, parestesias, y debilidad al caminar por periodos largos. Exterioriza, visión borrosa y la presencia de líneas negras en el ojo derecho. Utiliza lentes para visión cansada. En la

necesidad de evitar peligros conoce las medidas de seguridad en su hogar en caso de sismo, incendio o fuga de gas. En el trabajo el mantener el orden para evitar accidentes.

Para concluir en la necesidad de comunicación, lleva 35 años de casada, vive con su hija y dos nietas. Le preocupa la situación económica. Mantiene una buena relación con todos sus hijos, y les comunica respecto a su enfermedad. La mayor parte del tiempo está acompañada. Acude a un grupo de apoyo de pacientes diabéticos e hipertensos. Presenta buena audición. En la necesidad de creencias, es de religión católica, sus principales valores es el respeto y la confianza. En relación al trabajo tiene una tienda en su misma casa la cual, atiende de 4 a 5 horas diarias. Respecto a la necesidad de actividades recreativas, dedica su tiempo libre a ver televisión, comenta que la actividad que le agrada es la zumba. Por último en la necesidad de aprendizaje, ella curso hasta el tercer año de primaria, no cuenta con información suficiente respecto a los medicamentos que toma.

5.4 DIAGNÓSTICOS, PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Diagnostico de enfermería	(00179)Riesgo de nivel de glucemia inestable	Dominio: 2 Nutrición	Clase: 4 Metabolismo				
Definición:	Riesgo de variaciones de los límites normales, de los niveles de glucosa/ azúcar en sangre.						
Factores relacionados	Resultados esperados NOC Conocimiento: control de la diabetes (1820)						
<ul style="list-style-type: none"> • Aporte dietético • Falta de adhesión al plan terapéutico de la diabetes • Manejo de la medicación • Aumento de peso. 	Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV)	Clase : Conocimientos sobre salud (5)					
	Definición: Grado de comprensión transmitida sobre la diabetes mellitus y la prevención de complicaciones.						
	Puntuación Diana Del resultado Mantener A 22 Aumentar A 43						
	INDICADORES						
		Ninguno	Escaso	Moderado	Sustancial	Extenso	
		1	2	3	4	5	
	182001 Descripción de la función de la insulina	1					
	182002 Descripción del papel de la nutrición en el control de la glucemia			3			
	182003 Descripción del plan de comidas prescrito			3			
	182003 Descripción de valores límites de glucemia				4		
182027 Descripción de la técnica adecuada para preparar y administrar insulina		2					
182019 Identificación del comienzo pico y duración de la insulina prescrita	1						
182020 Descripción del régimen de hipoglucemiantes orales prescritos		2					
182021 Descripción de cuándo solicitar ayuda a un profesional sanitario un oftalmólogo.	1						
182023 Descripción de prácticas de cuidados de los pies			3				
182024 Descripción de los beneficios de controlar la diabetes.		2					

Intervención de Enfermería (NIC): Manejo de la hiperglucemia (2120)		
Campo 2:Fisiológico complejo	CLASE G: Control de líquidos y acido base	Definición: Prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre superiores a lo normal.
Actividades		Fundamentación
➤ Se toman, niveles de glucosa en sangre durante los meses de agosto a octubre.		El llevar a cabo un control de la glicemia permite identificar la hiperglucemia y actuar de manera oportuna
➤ Se observa si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa o jaquecas		El identificar estos signos coadyuva a que se tomen las medidas pertinentes, y se atienda al paciente con prontitud.
➤ Se le explica a la paciente la importancia de acudir al médico, si persisten o empeoran los signos y síntomas de hiperglucemia.		El acudir al médico permite que se controle y se proporcione un tratamiento oportuno de acuerdo a la sintomatología, que presenta.
➤ Se Identifican las causas posibles de la hiperglucemia.		El determinar la causa de la hiperglucemia, permite hacer los ajustes necesarios en la medicación y alimentación.
➤ Se le instruye al paciente y seres queridos en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglucemia.		El saber respecto a la enfermedad y los signos de alarma, permite actuar de manera oportuna.
➤ Se le explica a la persona la relevancia de llevar a cabo un control de su glucosa. En el desayuno, comida, cena y a las dos horas de ingerir sus alimentos.		El tomar la glicemia en diferentes tiempos, permite tener un control de esta. Y realizar los ajustes pertinentes en la medicación.
➤ Se le enseña al paciente, a interpretar los niveles de glucosa en sangre.		El que la persona conozca sobre la hipoglucemia e hiperglucemia, Favorece que la paciente identifique las casusas.
➤ Se revisa los registros de glucosa en sangre, junto con la paciente.		El analizar los registros de glucosa, coadyuva a que la paciente tome conciencia de la importancia de tener la glucosa dentro de parámetros normales.
➤ Se explica a la paciente y cuidador acerca de la actuación con la diabetes durante la enfermedad, incluyendo el uso de insulina y / o antidiabéticos orales. Control de la ingesta de líquidos; reemplazo de los hidratos de carbono. Y en que situaciones, solicitar asistencia sanitaria profesional.		Es relevante que la paciente y su familia sepan acerca de la enfermedad, el tipo de alimentación, y de llevar a cabo las indicaciones de ministración de insulina e hipoglucemiantes para evitar complicaciones.
➤ Se le oriente sobre los cambios que se deben realizar para evitar y tratar la hiperglucemia (aumento de insulina o antidiabético oral), si está indicado.		El realizar ajustes al tratamiento, favorece un buen control de la enfermedad.
Evaluación: Han disminuidos sus niveles de glicemias, de 387mg en agosto, al 30 octubre se encuentra en 170mg. En ocasiones ha presentado hipoglicemias de hasta 40 mg. A partir de octubre, está siendo tratada por la clínica UNEMES de San Pedro Martin.		

Diagnostico de enfermería:	(00001) Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades	Dominio: 2 Nutrición	Clase: 1 Ingestión				
Definición: Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas							
Factores relacionados	Manifestaciones	Resultados esperados NOC (1004) Estado nutricional					
<ul style="list-style-type: none"> • Aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Patrones alimentarios disfuncionales, peso superior en un 20% al ideal según la talla y constitución corporal. 	Dominio: Salud fisiológica 11		Clase : Nutrición (K)			
		Definición: Capacidad por la que los nutrientes pueden cubrir las necesidades metabólicas					
		Puntuación Diana Del resultado		Mantener A	10		
		Aumentar A 13					
		INDICADORES		Desviación grave del rango	Desviación sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal
		1	2	3	4	5	
	100405 Relación peso/talla		2				
	100408 Ingestión de líquidos				4		
	100411 Hidratación				4		

Intervención de Enfermería (NIC):Manejo de nutrición (1100)						
Campo	CLASE	D:Apoyo	Definición: Ayuda o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos			
1:Fisiológico básico	nutricional					
Actividades			Fundamentación			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se le explica que debe, de comer, en el desayuno, fruta, verdura, una porción de proteína (huevo, carne, queso) y dos raciones de cereal, y por la noche una porción de cereal, fruta, proteína, té o café, de manera que combine los 5 grupos de alimentos, del plato del bien comer. 			El conocer sobre el plato del buen comer, permite, identificar sobre los diversos grupos de alimentos, e implementar una alimentación balanceada e equilibrada. De acuerdo a los requerimientos necesarios.			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se le pregunto a la paciente si tiene alergia a algún alimento. 			El identificar la intolerancia a los alimentos permite prevenir un shock anafiláctico, y que este se convierta en una urgencia médica.			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se determino las preferencias que la paciente tiene respecto a los alimentos. 			El incorporar las preferencias de la paciente en la planificación dietética se favorecerá la adherencia al plan alimenticio.			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se promueve la ingesta de calorías, tomando en cuenta la complexión y estilo de vida. 			El consumir las calorías apropiadas, permite que se obtengan los nutrientes, a través de una serie de fenómenos involuntarios, como son la digestión, la absorción de los nutrientes, a través del			
	Desayuno	Comida	Cena			
	➤ 1 ración de verdura	➤ 1 ración de verdura	➤ 1 ración de cereal			

<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1 ración de fruta ➤ 1 ración de carne ➤ 2 tortillas ➤ 1 vaso de té o leche 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1 ración de fruta ➤ 1 ración de carne ➤ 2 tortilla 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1 ración de verdura ➤ 1 ración de Carne ➤ 1 vaso de té o café 	<p>tubo digestivo y la asimilación de los mismos por las células.</p>													
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se le informa que debe de llevar acabo dos colaciones, aproximadamente 3 o 4 horas después del desayuno y comida. 																
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se le hace hincapié que incluya alimentos ricos en fibra como 			<p>Incorporar a la dieta de 20 a 35 gr. de fibra al día, incrementa la sensación de saciedad, previene el estreñimiento, favorece la digestión y el funcionamiento del sistema digestivo. Asimismo un aumento en la ingesta de fibra dietética, particularmente de tipo soluble, mejora el control de la glucemia y reduce la necesidad de insulina e hipoglucemiantes orales.</p>													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Verduras</th> <th style="text-align: center;">Frutas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>➤ Lechuga</td> <td>➤ Manzana</td> </tr> <tr> <td>➤ Zanahorias</td> <td>➤ Plátano</td> </tr> <tr> <td>➤ Espinacas</td> <td>➤ Pera</td> </tr> <tr> <td>➤ Champiñones</td> <td>➤ Mandarina</td> </tr> <tr> <td>➤ Calabaza</td> <td></td> </tr> <tr> <td>➤ brócoli</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Verduras		Frutas	➤ Lechuga	➤ Manzana	➤ Zanahorias	➤ Plátano	➤ Espinacas	➤ Pera	➤ Champiñones	➤ Mandarina	➤ Calabaza		➤ brócoli	
Verduras	Frutas															
➤ Lechuga	➤ Manzana															
➤ Zanahorias	➤ Plátano															
➤ Espinacas	➤ Pera															
➤ Champiñones	➤ Mandarina															
➤ Calabaza																
➤ brócoli																
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se realiza una selección de comidas. 			<p>La clasificación sobre los diversos tipos de alimentos que existen, contribuye a una dieta equilibrada, nutritiva y variada que sea compatible con los gustos del paciente.</p>													
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se ajusta la dieta al estilo de vida de la paciente. 			<p>Instruir al paciente sobre el tipo de dieta de acuerdo con su edad, sexo, estado metabólico, situación biológica, actividad física, enfermedades, situación económica, favorece buenos hábitos alimenticios y que estos formen parte de un estilo de vida.</p>													
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se le enseña a la paciente a llevar un diario de comidas. 			<p>Mediante el registro de comidas se identifica que alimentos contribuyen a la ingesta excesiva.</p>													
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se peso al paciente a intervalos adecuados. 			<p>El llevar un control del peso permitirá conocer los avances que se obtienen sobre la disminución del peso.</p>													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Fecha</th> <th style="text-align: center;">Peso</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10 Agosto</td> <td>73,300 kg</td> </tr> <tr> <td>10 septiembre</td> <td>72, 600 kg</td> </tr> <tr> <td>20 de Octubre</td> <td>72, 400 kg</td> </tr> </tbody> </table>		Fecha		Peso	10 Agosto	73,300 kg	10 septiembre	72, 600 kg	20 de Octubre	72, 400 kg						
Fecha	Peso															
10 Agosto	73,300 kg															
10 septiembre	72, 600 kg															
20 de Octubre	72, 400 kg															
<p>Evaluación: La paciente entiende la importancia de incluir en sus alimentos los diversos grupos de alimentos en cantidades idóneas, así como la relevancia de ingerirse a la misma hora.</p>																

Diagnostico de enfermería:	(00001) Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades	Dominio: Nutrición	2	Clase: Ingestión	1			
Definición:	Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas							
Factores relacionados	Manifestaciones	Resultados esperados NOC (1612) Control de peso						
<ul style="list-style-type: none"> • Aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Patrones alimentarios disfuncionales, peso superior en un 20% al ideal según la talla y constitución corporal. 	Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV)		Clase : Conducta de salud(Q)				
		Definición: Acciones personales para conseguir y mantener un peso corporal óptimo						
		Puntuación Diana		Del resultado		Mantener	A 9	
		Aumentar		A 15				
		INDICADORES		Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre
				1	2	3	4	5
161201 Supervisa el peso corporal		1						
161202 Mantiene una ingesta calórica diaria óptima				3				
161203 Equilibrio entre el ejercicio e ingesta calórica		1						
161207 Mantiene un patrón alimentario recomendado					4			

Intervención de Enfermería (NIC): Manejo del peso (1260)			
Campo 1:Fisiológico básico	CLASE D: Apoyo nutricional	Definición:	Facilitar el mantenimiento del peso corporal óptimo y el porcentaje de grasa corporal.
Actividades		Fundamentación	
➤ Se explica a la persona, la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso		Un aporte calórico óptimo contribuye a mantener un peso ideal.	
➤ Se explica a la persona las condiciones médicas que pueden afectar al peso.		Permite identificar las complicaciones que tiene el sobrepeso para la salud.	
➤ Se le da a conocer los riesgos asociados con el hecho de estar por encima del peso.		El reconocer cuales son los peligros de tener un sobre peso, contribuye a modificar los estilos de vida.	
➤ Se valora la iniciativa que individuo tiene para cambiar los hábitos en la alimentación		La motivación del paciente es relevante. Para que se realicen los cambios pertinentes en la alimentación	
➤ Se le menciona cual es su peso ideal.		Mantener un peso adecuado según edad, estatura y constitución física, permite a las personas tener vitalidad y energía.	
➤ Se le menciona que debe llevar un registro diario de ingesta, sesiones de ejercicio y/o cambios en el peso corporal.		Esto es de utilidad para conocer, que modificaciones se deben realizar en la dieta y la actividad física.	
➤ Se le motiva a que escriba sus metas semanales, en cuanto a ingesta de alimentos y ejercicios y colocarlas en un sitio visible para que pueda revisarla todos los días		Mediante esto se estimula a la paciente a reconocer los logros obtenidos.	

➤ Animar al individuo a consumir las cantidades diarias adecuadas de agua.	El aporte de líquidos es esencial en todos los procesos vitales del organismo, y es parte de la nutrición. De ahí la necesidad de ingerir líquidos en cantidad suficiente, para compensar las pérdidas que inevitablemente se producen en el organismo.
➤ Se planifico con la paciente un plan de comida equilibrada y acorde, a su nivel de gasto energético.	El llevar una dieta completa, variada, equilibrada, suficiente, e inocua, proporciona las calorías que el cuerpo requiere.
Evaluación: Con el plan alimenticio que se le propuso la paciente ha bajado 900 gramos en dos meses.	

Diagnostico de enfermería	(00028)Riesgo de déficit de volumen de líquidos	Dominio: Nutrición	2	Clase: 5 Hidratación				
Definición:	Riesgo de sufrir una deshidratación vascular, celular o intracelular.							
Factores relacionados	Resultados esperados NOC Hidratación(0602)							
<ul style="list-style-type: none"> • Edades extremas • Factores que influyen en la necesidad de líquidos (estados hipermetabólicos) 	Dominio: Salud fisiológica (II)	Clase: Líquidos y electrolitos(G)						
	Definición: Agua adecuada en los compartimientos intracelular y extracelular							
	Puntuación Diana Del resultado Mantener A 6 Aumentar A 9							
	INDICADORES							
			Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido	
		1	2	3	4	5		
	060201 Piel tersa			3				
	060215 Ingesta adecuada de líquidos			3				

Moorhead(2003)

Intervención de Enfermería (NIC): Monitorización de líquidos (4120)		
Campo 2 :Fisiológico complejo	CLASE N: Control de la perfusión tisular	Definición: Recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio de líquidos.
Actividades	Fundamentación	
➤ Se determino la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de eliminación.	El agua, es un nutriente esencial para el adecuado funcionamiento de diversos procesos fisiológicos, como digestión, absorción, distribución de nutrimentos, trasporte y desecho de elementos tóxicos	
➤ Se Identifico los posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos (insuficiencia cardíaca)	Es notable llevar un control de los líquidos de los ingresos y egresos, para valorar el riesgo de desequilibrio hídrico.	
➤ Se observa las mucosas, la turgencia de la piel y la sed.	El valorar la piel y mucosas, permite identificar signos de deshidratación	

➤ Se observa si las venas del cuello están distendidas, si hay crepitación pulmonar, edema periférico y ganancia de pesos	Es relevante identificar estos signos para saber si la persona presenta problemas cardiovasculares.
Evaluación: Ella ingiere un litro de agua al día, y continúa con ingurgitación yugular.	

Bulechek (2009)

APRENDIZAJE

Diagnostico de enfermería	(00126) Conocimientos deficientes	Dominio:5 Percepción/ cognición	Clase: 4 Cognición					
Definición:	Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico							
Factores relacionados	Manifestaciones	Resultados esperados NOC Conocimiento: Cuidados de la enfermedad(1824)						
<ul style="list-style-type: none"> • Mala interpretación de la información • Poca familiaridad con los recursos para obtener la información 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento inexacto de las instrucciones 	Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV)	Clase: Conocimiento sobre salud (S)					
		Definición: Grado de comprensión transmitida sobre información, relacionada con la enfermedad necesaria para alcanzar y conseguir mantener una salud óptima						
		Puntuación Diana Del resultado Mantener A 8 Aumentar A 16						
		INDICADORES		NINGUNO	Escaso	Moderado	Sustancial	Extenso
				1	2	3	4	5
		182402 Descripción del proceso de la enfermedad				3		
182405 Descripción de la medicación			2					
182407 Descripción del procedimiento terapéutico		1						
182408 Descripción del régimen terapéutico			2					

Intervención de Enfermería (NIC): Enseñanza: proceso de enfermedad(5602)		
Campo 3:Conductual	CLASE S: Educación de los pacientes	Definición: Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico
Actividades		Fundamentación
➤ Se le expone, acerca de los cambios saludables del estilo de vida que promuevan el bienestar		El conocer sobre su enfermedad y las complicaciones de esta, permite que se adquieran los conocimientos necesarios, e identificar qué cambios, se deben implementar para una mejor calidad de vida.
➤ Se identifican los sentimientos y preocupaciones de la paciente relacionados con		El identificar los obstáculos que presenta para su enseñanza, le permite

experiencias previas del aprendizaje	empoderarse.
➤ Se le proporciona información acerca de la enfermedad.	El saber todo lo relacionado con la enfermedad que padece, permite identificar qué cambios se deben llevar a cabo para tener un mejor control sobre esta.
➤ Se Instruye al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad,	Es relevante que la persona tome conciencia de las posibles complicaciones de la enfermedad, y lleve un buen control de esta.
Evaluación: La paciente comprende, la importancia de mantener un buen control de la enfermedad.	

Diagnostico de enfermería	(00161) Disposición para mejorar los conocimientos	Dominio: 5 Percepción / cognición	Clase: 4 Percepción				
Definición:	La presencia o adquisición de información cognitiva sobre un tema específico es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y puede ser reforzado.						
Manifestaciones	Resultados esperados NOC Conocimiento medicación (1808)						
<ul style="list-style-type: none"> • Explica sus conocimientos en el tema • Manifiesta interés en el aprendizaje • Describe experiencias previas relacionadas con el tema. 	Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV)		Clase: Conocimiento sobre la salud (S)				
	Definición: Grado de comprensión trasmite sobre el uso seguro de la medicación						
	Puntuación Diana Del resultado Mantener A 15 Aumentar A 29						
	INDICADORES						
		Ninguno	Escaso	Moderado	Sustancial	Extenso	
		1	2	3	4	5	
	180804 Descripción de las acciones de la medicación			3			
	180805 Descripción de los efectos indeseables de la medicación	1					
	180806 Descripción de las precauciones de la medicación	1					
180810 Descripción de la administración correcta de la medicación			3				
180811 Descripción de técnicas de automonitorización		2					
180813 Descripción de un cuidado adecuado de los dispositivos de administración			3				
180816 Identificación de pruebas de laboratorio necesarias		2					

Intervención de Enfermería (NIC): Enseñanza: medicamentos prescritos(5616)		
Campo Conductual	3:	CLASE S: Educación de los pacientes
		Definición: Preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.
Actividades		Fundamentación
➤ Se Enseña al paciente a reconocer las características distintas de los medicamentos. (metformina, losartán, metoprolol).		La forma de comunicación con el paciente es individualizada, brindar confianza y seguridad para involucrar al paciente en su tratamiento. Contribuye a mejorar la adherencia al tratamiento.
➤ Se brinda información a la paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento		El conocimiento completo del agente terapéutico reduce la posibilidad de cometer errores en la medicación.
➤ Se Instruye al paciente acerca de la dosis, vía y duración de los efectos del medicamento.		La vía de administración del medicamento afecta su dosis óptima, para que el medicamento produzca el efecto deseado, este debe ingerirse en los horarios establecidos para lograr el efecto deseado.
➤ Se le avisa a la paciente de las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación		El conocer sobre las consecuencias, de la omisión del fármaco, contribuye a un apego terapéutico
➤ Se informa al paciente acerca de los posibles efectos adversos		El efecto adverso: son las respuestas negativas del cuerpo a la acción del fármaco. El paciente debe conocerlos, para que los pueda identificar en forma inmediata en caso de presentar alguno de estos.
➤ Se evaluó la capacidad que el paciente tiene para administrarse los medicamentos el mismo		El necesario conocer que tan autosuficiente es, pues de esto depende el apego al tratamiento.
Evaluación: La paciente ingiere sus medicamentos de acuerdo a las indicaciones, e identifica los posibles efectos adversos.		

Diagnostico de enfermería	(00184) Disposición para mejorar la toma de decisiones	Dominio: 5 Percepción/ cognición	Clase: 4 Cognición
Definición:	Patrón de elección del rumbo de las acciones que es suficiente para alcanzar los objetivos a corto y largo plazo relacionados con la salud y que puede ser reforzado.		
Manifestaciones	Resultados esperados NOC Toma de decisiones (0906)		
<ul style="list-style-type: none"> • Expresa deseos de mejorar la toma de decisiones • Expresa deseos de mejorar la congruencia de las decisiones con los objetivos 	Dominio: Salud fisiológica (II)	Clase: Neurocognitiva (I)	
	Definición: Capacidad para realizar juicios y escoger entre dos o más alternativas		
	Puntuación Diana Del resultado Mantener A 8 Aumentar A 14		
	INDICADORES	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido
		Levemente comprometido	No comprometido

		1	2	3	4	5
	090601 Identifica información relevante			3		
	090602 Identifica alternativas		2			
	090604 Identifica recursos necesarios para apoyar cada alternativa			3		

Intervención de Enfermería (NIC): Apoyo en la toma de decisiones(5250)		
Campo 3: Conductual	CLASE R: Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles.	Definición: Proporcionar apoyo e información a un paciente que debe toma una decisión sobre cuidados sanitarios.
Actividades		Fundamentación
➤ Se le explica sobre diversas alternativas y soluciones.		El que el paciente conozca sobre las diversas alternativas, contribuye a que emplee su criterio y tome la mejor decisión para el control de su enfermedad.
➤ Se orienta a la paciente para que identifique las ventajas y desventajas de cada alternativa		El saber sobre un tema en específico y las ventajas y desventajas que este tiene, contribuye a una mejor planificación de las actividades a realizar, y de esta forma alcanzar el objetivo propuesto.
➤ Se estimula a que tome decisiones en colaboración.		Exponer al paciente un panorama general de los beneficios, propicia que se tome acuerdos con el equipo de salud.
➤ Se le proporciona información de acuerdo a lo solicitado por el paciente.		El que se resuelvan sus inquietudes, coadyuva, a tomar mejores decisiones, para el autocuidado.
➤ Se apoya a que ella externe sus decisiones a otras personas.		La comunicación efectiva, contribuye a mejorar la información, y esta sea, clara, con un lenguaje apropiado y entendible. Para brindarle seguridad y apoyo en la toma de decisiones.
➤ Se informa a la familia sobre el estado de salud de la paciente.		Ser el vínculo entre la familia y el paciente, permite que los demás miembros de la familia conozcan sobre la salud actual. Y las modificaciones que se tienen que realizar.
➤ Se apoyo en la comunicación con otros profesionales.		Ser el vínculo, con otros profesionales contribuye a que la persona sea atendida de manera integral.
Evaluación: Después de las alternativas que se le explican la paciente toma la decisión de solo acudir al Centro de atención de enfermedades crónicas, para la atención de su padecimiento.		

Diagnostico de enfermería	(00162) Disposición para mejorar la gestión de la propia salud	Dominio:1 Promoción a la salud	Clase: 2 Gestión de la salud				
Definición:	Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.						
Manifestaciones	Resultados esperados NOC Orientación de la propia salud (1705)						
<ul style="list-style-type: none"> • Describe la reducción de factores de riesgo • Manifiesta deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad prevención de (secuelas) 	Dominio :Conocimiento y conducta de salud (IV)			Clase: Creencias sobre la salud(R)			
	Definición: Acuerdo personal para conductas de salud como prioridades del estilo de vida						
	Puntuación Diana Del resultado Mantener A 9 Aumentar A 15						
	INDICADORES						
		Muy débil	Débil	Moderadame	Intenso	Muy intenso	
	1	2	3	4	5		
	170505 Se centra en la adaptación de las situaciones de la vida						
	170508 Percibe que la conducta de la salud es importante para sí mismo						
	170512 Percibe que la salud es una prioridad importante a la hora de tomar decisiones sobre el estilo de vida.						
	170514 Se centra en mantener conductas de salud						

Moorhead (2009)

Intervención de Enfermería (NIC):Enseñanza individual (5606)		
Campo 3: Conductual	CLASE S:Educación de los pacientes	Definición: Planificación puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del paciente.
Actividades		Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se identifica las necesidades de enseñanza del paciente 		<p>Identificar la necesidades de enseñanza, permite llevar acabo educación para la salud que contribuya a resolver las incógnitas, que la persona tiene respecto sobre un tema en específico.</p> <p>Por otra parte es de utilidad para una retroalimentación de la información proporcionada.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se valora la motivación del paciente para asimilar la información específica 		El identificar que tan estimulado se encuentra el paciente, favorece una mayor captación de la información proporcionada.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se establecen metas de aprendizaje mutuas y sensatas con el paciente. 		Priorizar las necesidades permite elaborar un plan de cuidados enfocado a mejorar el estado de salud del paciente.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se identifican los objetivos de enseñanza necesarios para lograr las metas. 		El objetivo de la enseñanza es cubrir la necesidad del ser humano de adquirir conocimientos sobre sí mismo, su cuerpo y el funcionamiento de este. Así también

	sobre sus problemas de salud y cómo prevenirlos y tratarlos a fin de desarrollar hábitos y comportamientos adecuados.
➤ Se determina la secuencia de la información mediante la valoración.	La valoración ayuda a identificar los factores y las situaciones que guían la determinación de problemas reales o potenciales, reflejando el estado de salud del individuo.
➤ Se identifican las estrategias de enseñanza de la paciente.	El utilizar diversas herramientas para planear y organizar, los diferentes métodos didácticos como puede ser: pláticas, carteles, trípticos, actividades culturales, permite mejor comprensión de la información.
➤ Se Instruye al paciente cuando corresponde	Esto propicia un mejor autocuidado
➤ Se evalúa la consecución de objetivos establecidos por parte del paciente	Los objetivos son una parte indispensable que permite dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud detectados. Por lo que la evaluación, con lleva a identificar los logros obtenidos.
➤ Se Refuerza la conducta, si se considera necesario mediante una evaluación.	La evaluación tiene como propósito valorar el progreso hacia las metas identificadas en los estadios previos. Si el avance hacia la meta es lento, o si ha ocurrido regresión. El profesional de enfermería debe cambiar el plan de cuidados de acuerdo a ello.
➤ Se explica la mala interpretación en la información.	Proporcionar una retroalimentación, permite conocer el grado de aprendizaje del paciente y detectar errores en la información transmitida.
➤ Se propicia que la paciente haga preguntas y discuta sus inquietudes.	Esto permite que la paciente comprenda mejor la información.
➤ Se remite al paciente a otros especialista o centros para conseguir los objetivos de enseñanza	La atención de un equipo multidisciplinario favorece un manejo integral del paciente. Y a un aprendizaje significativo con respecto a las medidas que debe implementar para mantener un estado de salud óptimo.
➤ Se valoro el nivel educativo del paciente	El identificar, con que conocimientos cuenta la persona y cuáles deben ser reforzados respecto a su enfermedad.
Evaluación: En este momento la Sra. cuenta con la información necesaria para el control de su enfermedad.	

Bulecherk (2009)

OXIGENACIÓN

Diagnostico de enfermería	(00030) Deterioro del intercambio gaseoso	Dominio: 3 Eliminación e intercambio	Clase: 4 Función respiratoria			
Definición:	Exceso de déficit en la oxigenación y/ o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolocapilar.					
Factores relacionados	Manifestaciones	Resultados esperados NOC Estado respiratorio: Ventilación (0403)				
• Ventilación-perfusión	• Disnea medianos esfuerzos de	Dominio: Salud fisiológica (II)		Clase: Cardiopulmonar(E)		
		Definición: Movimiento de entrada y salida de aire en los pulmones				
		Puntuación Diana Del resultado Mantener A 4 Aumentar A 5				
		INDICADORES				
		Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
		1	2	3	4	5
		Disnea de esfuerzos			4	

Intervención de Enfermería (NIC): Monitorización respiratoria (3350)										
Campo 2: Fisiológico complejo	CLASE K: Control respiratorio	Definición: Reunión y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gas adecuado								
Actividades		Fundamentación								
<p>➤ Se vigila la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">Fechas</td> <td>Frecuencia respiratoria</td> </tr> <tr> <td>Agosto</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>Septiembre</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>Octubre</td> <td>20</td> </tr> </table>		Fechas	Frecuencia respiratoria	Agosto	16	Septiembre	20	Octubre	20	La respiración es indispensable para vivir, pues mediante esta se lleva a cabo el intercambio gaseoso.
Fechas	Frecuencia respiratoria									
Agosto	16									
Septiembre	20									
Octubre	20									
<p>➤ Se lleva a cabo la percusión en tórax anterior y posterior desde los vértices hasta las bases de forma bilateral. Y Se realiza percusión del tórax encontrándose sonoridad.</p>										
<p>➤ Se observa la capacidad del paciente para toser eficazmente.</p>		El realizar la exploración torácica, permite detectar si existen diferencias entre ambos hemitórax, y la presencia de problemas respiratorios								
<p>➤ Se valora, si presenta disnea y sucesos que la mejoran y empeoran.</p>		Una tos efectiva contribuye a una limpieza eficaz de las vías respiratorias.								
		El valorar el grado de disnea que presenta el paciente, ayuda a reconocer que factores contribuyen a su incremento,								

	y su posible resolución.
Evaluación: Se le tomo la oximetría de pulso al subir escalas y caminar más de 30 minutos y presenta saturación de 90%, durante esta actividad solo presenta un poco de fatiga.	

Diagnostico de enfermería	(00004)Riesgo de infección	Dominio: 11Seguridad/ protección	Clase: 1 Infección				
Definición:	Aumento de riesgo de ser invadido por organismos.						
Factores relacionados	Resultados esperados NOC Detección del riesgo(1908)						
• Enfermedad crónica	Dominio: Conocimiento y conducta de salud(IV)	Clase : Control de riesgo y seguridad (T)					
	Definición: Acciones para identificar las amenazas contra la salud personal						
	Puntuación Diana Del resultado Mantener A 5 Aumentar A 16						
	INDICADORES						
		Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado	
		1	2	3	4	5	
	190801 Reconoce los signos y síntomas que indican riesgo						
	190802 Identifica los posibles riesgos para la salud						
	190809 Utiliza los recursos para mantenerse informado sobre los posibles riesgos						
	190812 Obtiene información actualizada sobre cambios en recomendaciones sanitarias						

Moorhead(2003)

Intervención de Enfermería (NIC):Control de infecciones (6540)		
Campo 4:Seguridad	CLASE V:Control de riesgo	Definición: Minimizar el contagio y trasmisión de agentes infecciosos.
Actividades		Fundamentación
➤ Se educa al paciente acerca de las técnica correcta de lavado de manos		Para la prevención de infecciones.
➤ Se le explica la relevancia de aplicarse las inmunizaciones de acuerdo a su edad. (Neumonía, Influenza)		Las vacunas son materiales antigénicos que inducen inmunidad artificial activa específica a la infección por el microorganismo infectante correspondiente.
Evaluación: Lleva a cabo el lavado de manos antes y después de ir al baño, así como al preparar sus alimentos, se le aplican las inmunizaciones correspondientes.		

Bulecherk (2009)

ELIMINACIÓN

Diagnostico de enfermería	Deterioro de la eliminación urinaria	la	Dominio: 3 Eliminación e intercambio	Clase: 1	Función urinaria			
Definición:	Disfunción en la eliminación							
Factores relacionados	Manifestado	Resultados esperados NOC Eliminación urinaria(0503)						
• Multicausalidad	• Nicturia	Dominio: Salud fisiológica (II)		Clase: Eliminación (F)				
		Definición: Recogida y descarga de orina						
		Puntuación Diana Del resultado		Mantener A	4	Aumentar A	5	
		INDICADORES		Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
			1	2	3	4	5	
		O50333 Nicturia					x	

Intervención de Enfermería (NIC):Entrenamiento de la vejiga urinaria (0570)		
Campo 1: Fisiológico Básico	CLASE B:Control de la eliminación	Definición: Mejoría de la función de la vejiga en aquellas personas afectadas de incontinencia de urgencia aumentando la capacidad de la vejiga para mantener la orina y la capacidad del paciente para suprimir la micción
Actividades		Fundamentación
➤ Se le ilustra al paciente a controlar conscientemente la orina hasta la hora programada de ir al aseo		El entrenamiento de la vejiga, ayuda a prolongar el tiempo de asistencia al sanitario, de tal forma que aumenta la retención de orina en la vejiga, lo que contribuirá a mejorar el control sobre el deseo de orinar, en forma programada, no cuando se tenga el impulso.
Evaluación: Por las noches no ingiere líquidos, con la finalidad de evitar la nicturia.		

Diagnostico de enfermería	(00203)Riesgo de perfusión renal ineficaz	Dominio: 4 Actividad / reposo	Clase: 4 Respuesta cardiovascular/ pulmonar		
Definición:	Riesgo de disminución de la circulación sanguínea renal que puede comprometer la salud.				
Factores de riesgo	Resultados esperados NOC Función renal (0504)				
• Diabetes mellitus • Hiperlipidemia • Hipertensión	Dominio: Salud fisiológica (II)		Clase: Eliminación (F)		
	Definición: Filtración de sangre y eliminación de productos metabólicos de desecho a través de la formación de orina.				
	Puntuación Diana Del resultado		Mantener A	11	Aumentar A

INDICADORES	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
	1	2	3	4	5
050401 Ingesta adecuada de líquidos				4	
050407 Proteínas en la orina				4	
050419 Hipertensión			3		

Moorhead(2003)

Intervención de Enfermería (NIC): Manejo de la eliminación urinaria (05509)		
Campo 1: Fisiológico básico	CLASE B: Control de la eliminación	Definición: Mantenimiento de un esquema de eliminación urinaria óptimo
Actividades		Fundamentación
➤ Se da a conocer a la paciente los signos y síntomas de infección del tracto urinario		El conocimiento de estos síntomas, propicia que se implementen las medidas preventivas necesarias.
➤ Se pide a la paciente observe los signos y síntomas de infección del tracto urinario.		El identificar cuáles son los síntomas de una infección urinaria le permite tomar las medidas protectoras pertinentes.
➤ Se le explico la importancia de realizarse estudios de laboratorio para valoración de la función renal.		Una de las complicaciones de la diabetes mellitus es la insuficiencia renal, por lo que es indispensable realizar periódicamente estudios de laboratorio, en donde se evalúe la filtración y ultrafiltración del riñón
➤ Se brindo información acerca de que es la proteinuria y sus consecuencias.		El que la paciente sepa sobre la presencia de proteínas en la orina, permite identificar cuáles son las pautas a seguir
➤ Se concientizo a la persona de la importancia de acudir al médico para su valoración renal.		El necesario acudir al médico para que se realicen, los estudios pertinentes. Y a saber sobre la función renal o la presencia de alguna complicación.
Evaluación: La paciente acude al médico para la realización de estudios, que permitan valorar su función renal.		

Bulechek (2009)

MOVILIZACIÓN Y POSTURA

Diagnostico de enfermería	(00094) Riesgo de intolerancia a la actividad	Dominio: 4 Actividad/reposo	Clase: 4 Respuesta cardiovascular/pulmonar
Definición:	Riesgo de experimentar una falta de energía fisiológica o psicológica para iniciar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas		
Factores de riesgo	Resultados esperados NOC Estado circulatorio(0401)		
• Presencia de	Dominio: Salud fisiológica(II)	Clase : Cardiopulmonar (E)	

problemas circulatorios	Definición: Flujo sanguíneo sin obstrucción, unidireccional a una presión adecuada a través de los grandes vasos de los circuitos sistémicos y pulmonares.					
	Puntuación Diana Del resultado Mantener A 17 Aumentar A 22					
	INDICADORES					
		Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
		1	2	3	4	5
	040101 Presión arterial sistólica			3		
	040102 Presión arterial diastólica			3		
040139 Color de la piel				4		
040119 Ingurgitación de las venas del cuello				4		
040120 Edema periférico			3			

Intervención de Enfermería (NIC): Manejo de la sensibilidad periférica alterada(2660)		
Campo 2 :Fisiológico complejo	CLASE I:Control neurológico	Definición: Prevenir o minimizar lesiones o molestias en el paciente con la sensibilidad alterada.
Actividades		Fundamentación
➤ Se le enseño a la paciente y a la familia la relevancia de examinar la piel a diario para determinar si hay alteraciones en la integridad de la misma		El inspeccionar la piel a diario, permite identificar la presencia de fisuras e infección de la piel
➤ Se concientiza a la paciente, que utilice zapatos flexibles, con buena horma, y con tacón bajo		El confort en las extremidades inferiores, estimula la circulación venosa, mejora la movilidad y evita síntomas como tobillos hinchados o piernas cansadas y la aparición de posibles complicaciones.
➤ Se le explica a la paciente la importancia de identificar sensaciones anormales o cambios de sensibilidad		Una de las complicaciones de la Diabetes es la neuropatía diabética. Por lo que es indispensable realizar un chequeo periódico del sistema nervioso.
➤ Se le menciona, que debe colocar sus pies hacia arriba por 20 minutos por la tarde y antes de acostarse		El descanso de los pies, previene las várices, alivia la pesadez de las piernas.
➤ Se proporciona información acerca de cómo llevar a cabo los ejercicios para la circulación		El que el paciente sepa cómo realizar una rutina de ejercicio, contribuye a la movilización de todas las articulaciones y músculos del cuerpo.
➤ Se le da a saber los beneficios de implementar una rutina de ejercicios para mejorar su salud		El realizar ejercicio de manera cotidiana, aumenta la circulación sanguínea, tonifica los músculos, mejora el equilibrio, y favorece el retorno venoso.
Evaluación: La paciente camina tres veces a la semana por 15 minutos y coloca sus pies hacia arriba por 20 minutos antes de acostarse, también inspecciona su piel dos veces por semana en busca de alguna alteración.		

Diagnostico de enfermería	(00200)Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardiaca	Dominio: 4 Actividad/reposo	Clase: 4 Respuesta cardiovascular/pulmonar	
Definición:	Riesgo de disminución de la circulación cardíaca			
Factores de riesgo	Resultados esperados NOC Auto control de la enfermedad cardíaca (1617)			
<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes mellitus • Hiperlipidemia • Hipertensión • Falta de conocimientos sobre factores de riesgo modificables (ej. Obesidad) 	Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV)	Clase : Conducta de salud (Q)		
	Definición: Acciones para controlar la enfermedad cardiaca y prevenir el progreso de la enfermedad			
	Puntuación Diana Del resultado Mantener A 16 Aumentar A 42			
	INDICADORES			
		Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado
		Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado	
		1	2	3
		4	5	
	161702 Busca información sobre métodos para mantener la salud cardiovascular	1		
	161703 Participa en el proceso de toma de decisiones de cuidados de la salud			3
161707 Observa la presencia de los síntomas	1			
161710 Informa de los síntomas de empeoramiento de la enfermedad	1			
161713 Utiliza medidas preventivas	1			
161717 Controla la presión arterial	1			
161720 Sigue la dieta recomendada			4	
161723 Controla el peso	1			
161730 Equilibra la actividad y el reposo		2		
161738 Obtiene vacunas para la gripe y neumonía	1			

Moorheard(2003)

Intervención de Enfermería (NIC):Cuidados cardiacos (4040)		
Campo 2:Fisiológico Complejo	CLASE N:Control de la perfusión tisular	Definición: Limitación de las complicaciones derivadas de un desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno miocárdico en pacientes con síntomas de deterioro de la función cardiaca.
Actividades		Fundamentación
➤ Se llevo a cabo una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobando pulso periférico, edema, llenado capilar, color y temperatura de las extremidades).		El llevar a cabo una valoración del aparato circulatorio permite identificar signos de insuficiencia cardiaca y poder tratar la sintomatología de manera oportuna.
➤ Se toman signos vitales		La valoración de constantes vitales, permite identificar si existen alteraciones de estas e identificar su posible causa.
➤ Se llevo un control de líquidos (ingestión/eliminación y peso mensual).		El llevar un control de líquidos, contribuye identificar, retención de líquidos

➤ Se identifica la alteración en la presión sanguínea.	El llevar a cabo una monitorización de la presión sanguínea, permite saber sobre el funcionamiento del aparato circulatorio, así como los posibles daños a órganos blancos.
➤ Se le instruye sobre la importancia de realizar ejercicios y períodos de descanso para evitar la fatiga.	El ejercicio es extremadamente importante ya que reduce los niveles de glucosa y los factores de riesgo cardiovasculares, elevando la frecuencia cardíaca, con lo que se obtiene un efecto beneficio. Para el sistema cardiovascular. Y es importante que el organismo tenga periodos de reposo para evitar la fatiga.
➤ Se crea conciencia en la paciente, sobre la importancia de informar inmediatamente de cualquier molestia torácica.	El identificar cuáles son los síntomas que requieren de una atención médica de urgencia, propicia una atención con prontitud, y complicaciones mayores.
Evaluación: La paciente lleva a cabo las medias pertinentes para tener controlada su presión arterial, asimismo identifica cuales son los síntomas que requieren de atenderlos con prontitud.	

Bulechek (2009)

DESCANSO Y SUEÑO

Diagnostico de enfermería	(00214) Disconfort	Dominio: 12 Confort	Clase: 1 : Confort físico Clase 2: Confort ambiental Clase 3: Confort social				
Definición:	Percepción de la falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, ambiental y social						
Manifestaciones	Resultados esperados NOC Bienestar personal (2002)						
<ul style="list-style-type: none"> • Llanto • Síntomas relacionados con la enfermedad. • Recursos insuficientes (económicos). • Falta de control de la situación 	Dominio: Salud Percibida (V)	Clase: Salud y calidad de vida (U)					
	Definición: Alcance de la percepción positiva del estado de salud y de las circunstancias vitales propias.						
	Puntuación Diana Del resultado Mantener A 7 Aumentar A 15						
	INDICADORES						
		No del todo satisfecho	Algo satisfecho	Moderadamente satisfecho	Muy satisfecho	Completamente satisfecho	
		1	2	3	4	5	
200205 Satisfacción con el funcionamiento fisiológico		2					
200208 Satisfacción con la capacidad de Relax	1						
200210 Satisfacción con la capacidad para expresar emociones		2					
200214 Oportunidades para elegir cuidados de salud		2					

Moorheard(2003)

Intervención de Enfermería (NIC): Apoyo emocional (5270)		
Campo 3: Conductual	CLASE R: Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles	Definición: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.
Actividades		Fundamentación
➤ Se alienta al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira, tristeza.		El identificar las causas de sus sentimientos, permite implementar cambios en la conducta y liberar las tensiones presentes.
➤ Se abraza o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.		Abrazar es una grandiosa medicina. Transfiere energía, y da a la persona abrazada un estímulo emocional. Y es una forma de comunicar nuestros sentimientos.
➤ Se comenta la experiencia emocional con el paciente		El manifestar los sentimientos presentes, ayuda a liberar la tensión, y permite identificar las causas de estos, de tal forma que conlleve a implementar estrategias para la resolución de los mismos.
➤ Se propicia una comunicación para que ella exprese sus sentimientos (llanto), como medio de disminuir la respuesta emocional		
➤ Se analiza con el paciente que ha desencadenado las emociones		
➤ Se orienta con respecto a la toma de decisiones.		Así también el sentirse escuchado, ayuda a relajarse ante las situaciones difíciles de la vida.
➤ Se le proporciona información sobre servicios de asesoramiento.		El contar con un apoyo profesional, estimula pensamientos, sentimientos, sensaciones y conocimientos, que el paciente utiliza en beneficios de su salud.
Evaluación: Ella se siente más segura, pues expresa sus sentimientos sin llorar y respecto al económico que lo que más le preocupa, en este momento cuenta con el apoyo de sus hijos para su tratamiento.		

Bulechek (2009)

TERMORREGULACIÓN

Diagnostico de enfermería	(00005)Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal	Dominio:11 Seguridad/ protección	Clase: 6 Termorregulación
Definición:	Riesgo de fallo en el mantenimiento de la temperatura corporal dentro de los límites normales.		
Factores de riesgo	Resultados esperados NOC Control del riesgo: proceso infeccioso (1924)		
<ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la tasa metabólica • Edades extremas 	Dominio: : Conocimiento y conducta de salud (IV)	Clase: Control de riesgo y seguridad (T)	
	Definición: Acciones personales para prevenir, eliminar o reducir la amenaza de una infección		
	Puntuación Diana Del resultado Mantener A 9 Aumentar A 24		

INDICADORES	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
	1	2	3	4	5
192401 Reconoce el riesgo personal de infección	1				
192402 Reconoce las consecuencias personales asociadas a la infección	1				
192404 Identifica el riesgo de infección en situaciones diarias		2			
192405 Identifica signos y síntomas personales que indican un riesgo potencial		2			
192408 Controla conductas personales para evitar los factores asociados al riesgo de infección		2			
192422 Obtiene las vacunas recomendadas	1				

Moorheard (2003)

Intervención de Enfermería (NIC): Protección contra infecciones (6550)			
Campo Seguridad	4	CLASE V: Control de riesgo	Definición: Prevención y detección precoz de la infección en un paciente de riesgo
Actividades		Fundamentación	
➤ Se observo el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones		El sistema inmunitario incluye glóbulos blancos al igual que sustancias químicas y proteínas de la sangre, como anticuerpos, proteínas del complemento e interferón. Y proteger al organismo de sustancias u organismos patógenos.	
➤ Se observo cambios en el nivel de vitalidad/malestar		Identificar qué cambios existen en su salud, ayuda a reconocer la presencia de infección.	
➤ Se Instruye a la paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informar de ello al cuidador.		El reconocimiento precoz de la infección es necesario para implementar un tratamiento oportuno.	
➤ Se enseña al paciente y a la familia a evitar infecciones		El lavarse las manos, no exponerse a cambios bruscos de temperatura, contar con sus inmunizaciones. Previene la aparición de enfermedades respiratorias y otras posibles infecciones.	
Evaluación: Durante este tiempo la paciente implementa medidas preventivas para evitar una infección			

Bulecheck (2009)

HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Diagnostico de enfermería	(00046)Deterioro de la integridad cutánea	Dominio: Seguridad/ protección	Dominio: 11	Clase: 2 Lesión física					
Definición:	Alteración de la epidermis y/ o la dermis								
Factores relacionados	Manifestaciones	Resultados esperados NOC Integridad tisular: Piel y membranas mucosas (1101)							
<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en la pigmentación • Deterioro de la circulación • Deterioro del estado metabólico 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la superficie de la piel 	Dominio: Salud	Clase: Integridad tisular (L)						
		Definición: Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas							
		Puntuación Diana Del resultado			Mantener A 8	Aumentar A 11			
		INDICADORES			Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
					1	2	3	4	5
110108 Textura					3				
110111 Perfusión tisular					3				
110105 Pigmentación anormal				2					

Moorheard (2003)

Intervención de Enfermería (NIC):Monitorización de las extremidades inferiores (3480)			
Campo complejo	2:Fisiológico	CLASE I:Control de la piel/ heridas	Definición: Recogida y análisis y uso de los datos del paciente para clasificar el riesgo y prevenir lesiones en las extremidades inferiores
Actividades		Fundamentación	
➤ Se examino el color, la temperatura, hidratación, textura y l grietas o las fisuras de la piel.		El realizar una valoración de los miembros inferiores permite identificar lesiones, edema o mala circulación en las extremidades inferiores, y que sean tratados con oportunidad para evitar complicaciones.	
➤ Se interrogo referente a cambios observados en los pies, e historias reciente o pasada de úlceras en la piel o amputación.		El interrogatorio es útil, para conocer sus antecedentes, y determinar estados o respuestas normales o anormales.	
➤ Se pregunto sobre parestesias (entumecimiento, hormigueo o comezón)			
➤ Se palpan pulsos pedios y tibiari posterior		Mediante la palpación del pulso, se valora el flujo sanguíneo.	

➤ Se toma el llenado capilar	El llenado capilar valora la funcionalidad del sistema vascular en las partes del cuerpo que están más distantes del corazón.
Evaluación: Comprende la relevancia de revisarse periódicamente los pies, en busca de alguna alteraciones	

EVITAR PELIGROS

Diagnostico de enfermería	(0155) Riesgo de caídas	de	Dominio:11 Seguridad y protección	Clase: 2 Lesión física	
Definición:		Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico			
Factores de riesgo		Resultados esperados NOC Ambular(0200)			
<ul style="list-style-type: none"> • Edad igual o superior a 65 años • Falta de material antideslizante en la ducha • Agentes antihipertensivos • Problema en los pies • Dificultades visuales 	Dominio: Salud funcional (I)		Clase :Movilidad (C)		
	Definición: Capacidad para caminar de un sitio a otro independientemente con o sin mecanismos de ayuda				
	Puntuación Diana Del resultado Mantener A 12 Aumentar A 15				
	INDICADORES				
		Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido
	1	2	3	4	5
	020004 Camina a paso moderado			4	
	020006 Sube escaleras			4	
	020015 Anda por la casa			4	

Intervención de Enfermería (NIC): Manejo ambiental: Seguridad(6486)		
Campo Seguridad	4: CLASE V:Control de riesgo	Definición: Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad.
Actividades		Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se Identifican los riesgos de su entorno. ➤ Se le educa sobre, eliminar los factores de riesgo del ambiente, cuando sea posible. 		El implementar medidas preventivas, propicia un ambiente seguro y disminuye la presencia de accidentes. También es importante que la persona identifique, cuales son los factores de riesgo a las que está expuesta, y se tomen las medidas pertinentes.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se Instruye a la persona sobre los peligros ambientales. 		El identificar los peligros que pueden existir, le permite realizar los cambios necesarios respecto a su entorno.
Evaluación: Mantiene su área de trabajo y hogar con las medidas de seguridad.		

Diagnostico de enfermería	(00038) Riesgo de traumatismo	Dominio: Seguridad y protección	11 y	Clase: 2 Lesión física		
Definición:	Aumento de riesgo de lesión tisular accidental (herida, una quemadura)					
Factor de riesgo	Resultados esperados NOC Conocimiento: prevención de caídas(1828)					
<ul style="list-style-type: none"> Bañera sin equipo antideslizante Mala visión Debilidad 	Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV)	Clase: Conocimientos sobre salud (S)				
	Definición: Grado de comprensión transmitida sobre la prevención de caídas					
	Puntuación Diana Del resultado Mantener A 11 Aumentar A 17					
	INDICADORES					
		Ninguno	Escaso	Moderado	Sustancial	Extenso
		1	2	3	4	5
	182802 Descripción del uso y propósito de los mecanismos de seguridad		2			
	182803 Descripción del calzado adecuado		2			
182811 Descripción de ejercicios para reducir el riesgo de caídas		2				
182815 Descripción de cambios en la presión sanguínea que aumentan el riesgo de caídas		2				
182821 Descripción de cómo mantener las superficies del suelo seguras			3			

Intervención de enfermería (NIC):Prevención de caídas (6490)		
Campo 4:Seguridad	Clase V:Control del riesgo	Definición: Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas
Actividades		Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se asemejan conductas y factores que afectan el riesgo de caídas. ➤ Se Identifican los factores de su entorno, que pueden aumentar las posibilidades de caídas. 		Es necesario identificar aquellos factores que incrementan un riesgo de caída para establecer medidas preventivas.
Evaluación: La paciente lleva a cabo las medidas de seguridad.		

Diagnostico de enfermería	(00079) Incumplimiento	Dominio:10 Principios vitales	Clase: 3 Valores/creencias/congruencia de la acción
Definición:	Conducta de una persona o un cuidador que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona (o familia o comunidad) y un profesional de la salud. Ante un plan terapéutico o de promoción de la salud a cordado, la conducta de la persona o del cuidador lo incumple total o parcialmente y puede conducir a resultados clínicos parcial o totalmente ineficaces.		
Características definitorias		Resultados esperados NOC Conducta de cumplimiento(1601)	
• Conducta	indicativa	de	Dominio: Conducta y Clase :Control de salud (Q)

incumplimiento. • Evidencia del desarrollo de complicaciones • Falta de progresos	conocimiento de salud (IV)						
	Definición: Acciones personales basadas en el asesoramiento profesional para promocionar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación						
	Puntuación Diana Del resultado Mantener A 11 Aumentar A 18						
	INDICADORES		Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
			1	2	3	4	5
	160101	Confianza en el profesional sanitario sobre la información obtenida			3		
	160105	Conserva la cita con un profesional sanitario				4	
160112	Monitoriza la respuesta a la medicación	1					
160109	Busca ayuda externa para ejecutar la conducta sanitaria			3			

Intervención de enfermería (NIC): Acuerdo con el paciente (4420)		
Campo 3 :Conductual	Clase O:Terapia conductual	Definición: Negocio de un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta
Actividades		Fundamentación
➤ Se estimula al paciente a que de anote, sus virtudes y habilidades.		La autoestima es la disposición a considerarse competente frente a los desafíos básicos de la vida y sentirse merecedor de la felicidad
➤ Se le pide a la persona que anote sus propios objetivos no los que espera el cuidador.		La relación de participación con lleva al cumplimiento del tratamiento, y al control de la enfermedad.
➤ Se apoyo, para que ella identifique sus metas, evitando centrarse en el diagnostico o proceso de enfermedad únicamente.		El establecimiento de objetivos ayuda a implementar estrategias para lograr la meta. E identificar los logros obtenidos
➤ Se estimula a que ella elabore objetivos realistas que puedan conseguirse.		
➤ Se orienta de cómo establecer los objetivos a corto plazo y largo plazo.		
➤ Se alienta al paciente a que escriba sus propios objetivos.		En la formulación de los objetivos debe quedar clara la importancia de la participación del paciente, promoviendo la aceptación y el compromiso.
➤ Se propicia que ella establezca objetivos en términos positivos.		El término positivo involucra la capacidad para adoptar comportamientos adecuados y responsables para enfrentar satisfactoriamente los desafíos de la vida. Permite organizar nuestra vida de forma sana y equilibrada, facilitándonos experiencias de

	satisfacción o bienestar.
➤ Se Identifico en conjunto las mejores formas de conseguir los objetivos	Brindar herramientas adecuadas al cumplimiento de los objetivos para involucrar al paciente en su cuidado.
➤ Se le explico a la paciente como llevar a cabo el plan, para cumplir con los objetivos	Esto permite que se establezca un compromiso.
➤ Se estableció en conjunto, una fecha para el término de los objetivos previamente establecidos.	El establecer convenios con el paciente, permite identificar los objetivos que se tiene respecto a su salud.
Evaluación: Por el momento parte de sus metas se están cumpliendo, pues ha logrado bajar 900 gr. de peso en dos meses, su glucosa se mantiene entre 200 y 240mg/dl, así mismo la presión arterial se mantiene en 140/90mmHg, aunque en ocasiones presenta hipertensión.	

Bulechek (2009)

COMUNICARSE

Diagnostico de enfermería	(00052)Deterioro de la interacción social	Dominio:7 Rol7relaciones	Clase: 3 desempeño del rol				
Definición:	Cantidad insuficiente o excesiva o cualitativamente ineficaz de intercambio social.						
Factores Relacionado	Características definitorias	Resultados esperados NOC Implicación social (1503)					
• Déficit en las formas de fomentar la reciprocidad (conocimiento y habilidades)	• Interacción disfuncional con la familia.	Dominio: Salud	Clase: Interacción social (p)				
		Definición: Interacciones sociales con personas grupos u organizaciones					
		Puntuación Diana Del resultado Mantener A 4 Aumentar A 7					
		INDICADORES	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentem ente demostrado 4	Siempre demostrado 5
		150303 Interacción con miembros de la familia		2			
		150311 Participación en actividades de ocio		2			

Moorheard (2003)

Intervención de Enfermería (NIC): Potencialización de la socialización(5100)		
Campo Conductual	3: CLASE Q:Potenciación De la comunicación	Definición: Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros
Actividades		Fundamentación
➤ Se fomentan la relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes		El compartir con personas con los mismos problemas, contribuye a una interacción y comprensión, respecto a su situación actual.
➤ Se fomentan las actividades sociales y comunitarias		La interacción con otras personas es parte esencial en nuestras vidas. Para compartir experiencias.
➤ Se propicia la importancia en intereses totalmente nuevos		Mediante este se logra un enriquecimiento personal y social, y se adquieren nuevas herramientas, y habilidades, que ayuden al establecimiento de nuevos círculos sociales.
➤ Se apoya a la paciente a que, potencialice sus virtudes. E identifique sus limitaciones en la comunicación con los demás.		Es relevante que ella tenga claro cuáles son sus capacidades para de esta forma interactuar con los demás. El que la persona reconozca las dificultades de comunicación. Con lleva a hacer los ajustes necesarios para establecer una comunicación efectiva con el medio que la rodea.
➤ Se apoya a que ella identifique los puntos fuertes y débiles del círculo actual de relaciones.		Permite saber qué cambios son factibles para reforzar su ambiente actual
➤ Se estimula a la paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o al cine.		El visitar lugares distintos al habitual contribuye a interactuar con personas distintas.
➤ Se estimula a la planificación de actividades futuras del paciente.		El establecer metas en la vida propicia una sana aceptación de sí mismo y de las circunstancias que lo rodean.
Evaluación: Respecto a este rubro la paciente hace planes a corto plazo. Por el momento su círculo social es el mismo.		

Bulecheck (2009)

VIVIR SUS CREENCIAS Y VALORES

Diagnostico de enfermería	(00170) Riesgo de deterioro de la religiosidad	Dominio: 10 Principios vitales	Clase: 3 Valores / creencias / congruencia de la acción.				
Definición:	Riesgo de deterioro de la capacidad para confiar en las creencias religiosas y/o participar en los ritos de una tradición religiosa en particular.						
Factores de riesgo	Resultados esperados NOC Salud espiritual(2001)						
<ul style="list-style-type: none"> • Ineficacia en la administración de los cuidados • Enfermedad • Falta de interacción social. 	Dominio: Salud percibida (V)		Clase: Salud y calidad de vida(U)				
	Definición: Vinculación con el yo, los otros, el poder superior, la naturaleza y el universo que trasciende y se apodera del yo.						
	Puntuación Diana Del resultado Mantener A 9 Aumentar A 12						
	INDICADORES						
			Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
		1	2	3	4	5	
	200101	Expresión de confianza				3	
	200102	Expresión de esperanza				3	
	200103	Expresión del punto de vista del mundo espiritual				3	

Intervención de Enfermería (NIC):Apoyo espiritual (5420)		
Campo Conductual	3:	CLASE R: Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles
		Definición: Ayudar al paciente a conseguir el equilibrio a través de sus creencias.
Actividades		Fundamentación
➤ Se utilizo la comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía.		La comunicación permite transmitir ideas, sentimientos, el cual permite una interacción bilateral.
➤ Se anima al individuo a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espiritual.		El conocer sobre un mismo, motivara a identificar las cualidades del ser humano y las capacidades que se tiene para desarrollar diversas actividades.
➤ Se exhorta a asistir a su servicio religioso.		La espiritualidad permite un encuentro consigo mismo, logrando así una paz interior.
➤ Se le enseñan métodos de relajación, meditación.		La relajación beneficia enormemente nuestro cuerpo, mente, contribuyendo a un estado de salud y bienestar, baja los niveles de estrés, el nerviosismo, la ansiedad, el cansancio físico e intelectual. Por otra parte la meditación, sirve para aclarar la mente y alcanzar un estado de mayor conciencia y paz interna.

➤ Se manifiesta la empatía con los sentimientos del individuo.	El saberse escuchado y apoyado permite al individuo tomar mejores decisiones.
➤ Se le comenta al individuo que el cuidador estará disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento.	El que el paciente sepa que tiene un apoyo, permite sentirse tranquilo y acompañado en esta etapa de cambios.
➤ Se escuchan los sentimientos del individuo.	Lograr empatía con el paciente y crear un vínculo de confianza y seguridad, que con lleva al éxito en el cumplimiento de los objetivos.
Evaluación: Respecto a este rubro ella logra expresar sus sentimientos y necesidades espirituales.	

Bulecherk (2009)

TRABAJAR Y REALIZARSE

Diagnostico de enfermería	(00075) Disposición para mejorar el afrontamiento familiar	Dominio:9 Afrontamiento/ tolerancia al estrés	Clase: 2 Respuesta de afrontamiento			
Definición:	Manejo afectivo de las tareas adaptativas del miembro de la familia implicado en el reto de salud del cliente que ahora muestra deseos y disponibilidad para mejora su propia salud y desarrollo, y los del cliente.					
Características definitorias <ul style="list-style-type: none"> • Elige experiencias que mejoran el bienestar. • El miembro de la familia avanza en dirección a un estilo de vida enriquecedor. 	Resultados esperados NOC					
	Apoyo familiar durante el tratamiento(2609)					
	Dominio: Salud familiar (VI)		Clase :Bienestar familiar (X)			
	Definición: Presencia y apoyo emocional familiar a un individuo que está sometido.					
	Puntuación Diana Del resultado Mantener A 11 Aumentar A 19					
	INDICADORES					
		Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
		1	2	3	4	5
	260901 Los miembros de la familia expresan deseo de apoyar al miembro enfermo		2			
260902 Los miembros de la familia expresan sentimientos y emociones de preocupación respecto al miembro de la familia		2				
260906 Los miembros de la familia mantiene comunicación con el miembro del enfermo.			3			
260909 Buscan apoyo social y espiritual para el miembro enfermo	1					
260913 Se ponen en contacto con otros miembros de la familia, según deseos del miembro enfermo			3			

Intervención de Enfermería (NIC):Apoyo a la familia (7140)		
Campo 5: Cuidados que apoyan a la unidad familiar	CLASE X: Cuidados de la vida	Definición: Estimulación de los valores, intereses y objetivos familiares.
Actividades		Fundamentación
➤ Se escuchan las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.		La escucha activa es importante para lograr que el paciente y familia se sienta involucrados en proceso y conocimiento de la enfermedad. Y poner atención en la comunicación verbal y no verbal.
➤ Se facilito la comunicación, entre los miembros de la familia para que expresen inquietudes/ sentimientos entre los miembros de esta.		El apoyar a la familia propicia un ambiente de confianza y seguridad respecto a la situación actual de salud del paciente, y responder las preguntas que se tengan al respecto. Y tomar decisiones asertivas a corto y largo plazo
➤ Se propicia una relación de confianza con la familia		El contar con el apoyo familiar, favorece el cumplimiento de los objetivos planteados.
➤ Se brinda información a la familia acerca de los progresos del paciente, de acuerdo con los deseos del mismo.		Esto motiva a la paciente a que se reconozcan sus logros.
➤ Se enseña a la familia los planes médicos y de cuidados.		El que ellos conozcan sobre los planes a seguir, propicia un mejor apego al tratamiento.
➤ Se favorece a que se tomen decisiones en conjunto. Respecto a los cuidados del paciente a largo plazo que afecten la estructura y la economía familiar.		El apoyo de la familia es trascendental par un buen apego al tratamiento y cuidados, logrando con esto un mejor vínculo familiar.
Evaluación: Ahora ella cuenta con el apoyo económico de 4 hijos, por lo que ella se siente tranquila.		

Diagnostico de enfermería	(00153) Riesgo de baja autoestima situacional	Dominio: 6 Autopercepción	Clase: 2 Autoestima			
Definición:	Riesgo de desarrollar una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual (control de la glicemia)					
Factores de riesgo	Resultados esperados NOC Autoestima(1205)					
<ul style="list-style-type: none"> • Fracasos • Deterioro funcional 	Dominio: Salud psicosocial (III)	Clase :Bienestar psicológico (M)				
	Definición: Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo					
	Puntuación Diana Del resultado Mantener A 9 Aumentar A 22					
	INDICADORES	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A demostrado veces	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
		1	2	3	4	5
	120501 Verbalización de autoaceptación		1			

	120502 Aceptación de las propias limitaciones		2			
	120505 Descripción del yo	1				
	120507 Comunicación abierta		2			
	120511 Nivel de confianza		2			
	120519 Sentimientos sobre su propia persona	1				

Moorheard (2009)

Intervención de Enfermería (NIC): Potenciación de la autoestima (5400)			
Campo Conductual	3:	CLASE R: Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles	Definición: Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía
Actividades		Fundamentación	
➤ Se determina la posición del control del paciente		Ayuda a precisar de manera clara y exacta cuales son las capacidades de la persona con respecto a su vida.	
➤ Se propicia que la paciente adquiera confianza en sus propios juicios.		La autoestima es importante porque la valoración de sí mismo es la fuente de la salud mental. Y mediante esta se valora las cualidades de la persona y sus potencialidades. Por otra parte la autoestima tiene grandes efectos en el pensamiento, emociones, valores y metas.	
➤ Se anima a la paciente a identificar sus virtudes.			
➤ Se reafirman las virtudes personales que identifica el paciente.		El hacer hincapié en sus virtudes, crea confianza en la persona y le permite un mejor desenvolvimiento con su entorno.	
➤ Se refuerza la confianza de la paciente y la capacidad para controlar una situación.		Esto contribuye a adquirir seguridad en las actividades que lleva a cabo.	
➤ Se anima al paciente a evaluar sus propias conductas.		El que ella identifique las conductas apropiadas e inapropiadas que realiza. Propicia a realizar los cambios necesarios.	
➤ Se anima al paciente a que acepte nuevos desafíos		Que ella reconozca las potencialidades que posee y de esta forma cumpla con nuevas expectativas.	
Evaluación: La Sra. en este momento se encuentra más motivada y expresa que va a estar bien. Por otra parte la hija que vive con ella, ha notado un cambio en su mamá desde que empecé a trabajar con ella.			

Bulecheck (2009)

JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Diagnostico de enfermería	(00097) Déficit de actividades recreativas	Dominio: Actividad/reposo	4	Clase: Actividad/ejercicio	2			
Definición:	Disminución de la estimulación (o interés o participación en actividades recreativas o de ocio)							
Factores relacionados	Manifestaciones	Resultados esperados NOC Motivación (1209)						
<ul style="list-style-type: none"> • Afirmaciones de que el paciente se aburre 	<ul style="list-style-type: none"> • Entorno desprovisto de actividades recreativas. 	Dominio: Salud psicosocial (II)		Clase: Bienestar psicológico (M)				
		Definición: Impulso interno que mueve o incita a un individuo a acciones positivas						
		Puntuación Diana		Del resultado	Mantener A 6	Aumentar A 13		
		INDICADORES		Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
				1	2	3	4	5
120901 Planes a futuro			1					
120902 Desarrolla un plan de acción				2				
120915 Expresa intención de actuar					3			

Moorheard (2003)

Intervención de Enfermería (NIC): Terapia de entretenimiento(4430)		
Campo 3:Conductual	CLASE R: Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles	Definición: Utilización intencionada de actividades recreativas para fomentar la relajación y potenciar las capacidades sociales
Actividades		Fundamentación
➤ Se propicia que la paciente externe el significado personal de las actividades recreativas		El llevar a cabo esta actividad, contribuye a su recreación e interacción con otras personas. Y aporta nuevas experiencias a su vida.
➤ Se le explica la relevancia de planificar actividades recreativas		Contribuye a organizarse de manera coherente y tomar decisiones, respecto a este punto.
➤ Se anima al paciente a elegir actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales.		En las personas mayores, las actividades de ocio son algo más que una forma de expresión o de diversión, se convierten en un medio de evitar la soledad y conservar agilidad en el cuerpo y el tono de sus facultades intelectuales.
Evaluación: La Sra. Identifica la relevancia del ejercicio, por lo que desea incorporarse a realizar zumba, pues esta actividad le agrada.		

Bulecherk (2009)

6 CONCLUSIONES

La realización de este proceso me permite identificar la importancia de la participación del profesional de enfermería, tomando en cuenta, las cinco etapas del proceso de atención de enfermería bajo el método de Virginia Henderson. Pues mediante la valoración de estas 14 necesidades se aborda a la persona de manera integral.

Por otra parte es relevante destacar que durante la realización de este proceso de atención de enfermería, a la Sra. Gudelia, se observó una respuesta positiva a la educación en salud, pues la señora se encuentra en mejores condiciones de salud, ya que su nivel de glucosa de 385mg/dl, que tenía, cuando se empezó a trabajar con ella y hasta el 25 de octubre de 2013, su nivel de glucosa es de 170mg/dl, además ha entendido la importancia de tomarse sus medicamentos y ponerse la insulina de acuerdo a la indicación médica.

Después de la implementación de este proceso los resultados obtenidos respecto a la paciente en sus necesidades son:

Nutrición e Hidratación: Respecto a este, la paciente realizó modificaciones en su alimentación, pues consume verdura y fruta en el desayuno y comida, ingiere sus alimentos en las porciones recomendadas e ingiere más líquidos. Ha logrado bajar 900gr en dos meses y su última glicemia que le tome el día 25 de octubre fue de 170mg/dl.

Aprendizaje: En este momento la paciente acude a sus citas médicas con regularidad y toma su medicamento de acuerdo a indicaciones médicas, además se administra la insulina ella misma. Antes su hija se la administraba. Por otra parte entiende la importancia de llevar un buen control de su enfermedad para evitar complicaciones.

Oxigenación: La paciente se encuentra con saturación del 90%, y se aplicó las vacunas de la gripe y neumonía.

Eliminación: Después de que se le realizaron estudios para valorar la función renal, la paciente continúa con proteinuria.

Movilización y postura: La paciente lleva una rutina de ejercicio que consiste en caminar tres veces a la semana por 15 minutos. Coloca sus pies hacia arriba por 20 minutos antes de acostarse. Por otra parte utiliza zapatos cómodos.

Descanso y sueño: La paciente tiene un sueño reparador 6/7 días.

Termorregulación: Durante este tiempo la paciente no ha presentado ninguna infección.

Higiene y protección de la piel: Respecto a su piel ella la inspecciona dos veces, por semana y utiliza medias de mediana compresión

Evitar peligros: La paciente implementa las medidas de seguridad en su casa y trabajo.

Comunicación: Actualmente acude a clínica UNEMES de San Pedro Martín, en donde se le proporciona un cuidado integral, el cual ha favorecido que la paciente tenga un mejor apego al tratamiento y toma mejores decisiones.

Vivir sus creencias y valores: La paciente expresa sus necesidades espirituales.

Trabajar y realizarse: Ella continúa con su negocio y puede realizar sus actividades sin sentirse cansada y expresa que va a estar bien de salud.

Jugar y participar en actividades recreativas: La paciente comprende la importancia de las actividades recreativas, ahora sale a pasearse y realizar sus actividades.

Realizo modificaciones en su alimentación, ha mejorado su estado de ánimo, pues expresa que él que yo trabajara con ella “la ha vuelto a la vida” y su hija refiere, que su mamá se encuentra muy contenta, y su autoestima ha mejorado, pues antes no le daba mucha importancia a su tratamiento y alimentación pues ella comía de todo. Aunque todavía no logra mantener niveles de glucosa dentro de parámetros normales, su estado de salud ha mejorado considerablemente,

Actualmente la persona lleva a cabo su tratamiento médico y un régimen alimenticio acorde a su enfermedad, lo que contribuye a mantener un buen estado de salud acorto y largo plazo.

Posteriormente se le realizó una espirometría para descartar problema pulmonar, un ultrasonido de carótida el cual se encuentra normal, por lo que se descartan complicaciones cardiorespiratorias.

Finalmente con la realización de este proceso en la comunidad, me permite identificar que las acciones de enfermería llevadas a cabo en la paciente, fueron fructíferas, y que los objetivos planteados en este trabajo se cumplieron, pues se logró establecer una relación de empatía y comunicación con la paciente, lo que contribuyó a un proceso de educación en salud, en donde esta toma conciencia de la importancia de tener un mejor control de su enfermedad. Por lo cual predigo que la paciente continuará con los cambios realizados a su estilo de vida, pues ha percibido los beneficios en su estado de salud, el cual se verá reflejado en una mejor calidad de vida.

7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfaro, L. (2003). *Aplicación del proceso*. (5ª). Barcelona: Masson.
- Alfaro, R. “*Aplicación del proceso enfermero, fomentar el autocuidado en colaboración*” (5ª ed.) Barcelona, España: Editorial Masson
- Atkinson, D. L., y Ellen. M. (1985) *Proceso de atención de enfermería*. México: Editorial Manuel Moderno
- Balan, C. Y Franco M. (2009). *Antología Teorías y Modelos de enfermería* (2ª ed.). México D.F: Editorial Universidad Nacional Autónoma de México
- Baker, R. (1990) *Diagnósticos de enfermería*. En *Teorías y modelos de enfermería Antología SUA*. (pp.163-185). México: UNAM, ENEO, SUA
- Bravo, P. F. (1967) *Nociones de Historia de enfermería*. México D.F.
- Berman, A., Snyder, S., Kozier, B., y Erb, G. (2008). *Nutrición*. En *Fundamentos de enfermería*. (8a. ed.) (Vol.2 pp.1231-1279).
- Bulechek, G Y Butcher, H. (2009) *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*, (4ª ed.). Barcelona, España: Editorial Elsevier
- Brunner, S. (2002) “*Tratado de enfermería médico quirúrgica,*” (9ª. ed).México Ed. Mc Graw Hill Interamericana.
- Cárdenas, Jiménez (2010). *Paradigmas de enfermería*. En: *Filosofía y enfermería*. Pág. 28. México D.F.UNAM, ENEO, SUA.
- Cerrón González (2011). *Los paradigmas según THOMAS KUHN*. Consultado el día 30 julio de 2013, en: <http://www.slideshare.net/gohan19/los-paradigmas-segun-thomas-kuhn>
- Cuevas, J. y Guillen, C. (2012). *Breve Historia de la Enfermería en México. El arte de cuidado Volumen 1 Número 1* Consultado el 9 de julio de 2013 en, <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/cuidarte/article/viewFile/201/215>
- Fernández F.M. L. (2013) *Historias teorías de enfermería capitulo 2 La práctica de los cuidados como actividad sanadora a lo largo de la Historia (III)*. Consultado el día 8 de julio de 2013 en, [http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema2\(III\).pdf](http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema2(III).pdf)
- Gallardo, L. B. (2010). *Los cuidados de enfermería en la edad media*, En: *Historia universal del cuidado* pág. 6 México, D.F. UNAM, ENEO, SUA

Gallardo, L. B. (2011). *Influencias teóricas de las primeras escuelas de enfermería*, En: Historia universal del cuidado pág. 19 México, D.F. UNAM, ENEO, SUA

García, A. (2013). Paralelismo entre la historia de la enfermería y la historia de la mujer. Consultado el 8 de junio de 2013 en, <http://www.agoradenfermeria.eu/CAST/num013/vida.html>

García, C. Y Martínez, M. (2001) *Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero* Madrid España: Editorial Elzevir

García, G. M. J. (2004) *El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson* (2ª ed.) México: Editorial Progreso

Griffin, P. A. y Potter, P. (2001). *Fundamentos de enfermería*, (5ª ed.). Barcelona España: Editorial Harcourt

González R. C. Pacles. (septiembre 2010). *Diabetes Mellitus*. Consultado el día 26 de agosto de 2013 en: <http://es.scribd.com/doc/36905326/Plan-de-Cuidados-Diabetes-Mellitus>.

Hipertensión arterial sistémica (2013). Consultado el día 23 de septiembre de 2013, en http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/consul_exter/guia_hipertension.pdf

Historia de la enfermería. (2012) Consultado el día 19 de junio de 2013, en http://enfermeriaymas.com/pais_Mexico_portaf_Historia+de+la+enfermeria

Historia del proceso de enfermería (2013). Consultado el día 19 de junio de 2013, en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/resource/view.php?inpopup=true&id=61913>

Hogston, R. (2008) “*Fundamentos de la enfermería práctica*”, (3ª ed.). Ed. Mc Graw Hill Interamericana.

Juárez, A. (2013). Las cinco enfermedades más comunes de los mexicanos. Consultado el 19 de abril de 2014, en: <http://mexico.cnn.com/salud/2013/04/17/las-cinco-enfermedades-mas-comunes-de-los-mexicanos>

Llamas, G. (2001). *Diagnostico y terapéutica en medicina interna*, (4ª ed.). México: Editorial Méndez.

Lewis, S. (2004) “*Enfermería médico quirúrgica*”, (6ª ed.) Editorial Elsevier Mosby

Lozano, Z. M. (2009). *Proceso de atención*. Consultado el 5 de septiembre de 2013, <http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/jspui/bitstream/123456789/3030/1/>

PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMO APLICADO A UN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS 2 CON EL SUSTENTO FILOSÓFICO DE VIRGINIA HENDERSON.pdf

Martínez. M., y Chamorro. R. (2011) *Historia de la Enfermería*, (2 ed.). Barcelona España. Elsevir.

Marriner, A. (1983). *El proceso de atención de enfermería*, (2 ed.). México: Editorial Manual Moderno.

Mantik, L. S., Mclean, M., y Ruff, S. (2004). *Enfermería médico quirúrgica*. Madrid Barcelona: Editorial Elsevier, pp. 944-959

Mantik, L. S. (2004). *Enfermería médico quirúrgica*. Madrid Barcelona: Editorial Elsevier, Vol. 1.

Moorhead, S. y Johnson, M. (2005) *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*, (3ª. ed.). Madrid, España: Editorial Elsevier.

Moorhead, S. y Johnson, M. (2009) *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*, (5ª. Ed.). Madrid, España: Editorial Mosby Elsevier

Moran, V. y Mendoza A. (1993). *Modelos de enfermería*. México: Editorial Trillas

NANDA International. (2010). *Diagnósticos Enfermeros: Definición y Clasificación 2009-2011*. Barcelona España: Elsevier

Potter, P. (2002) "*Fundamentos de enfermería*", (5ª ed.). España: Editorial. Elsevir.

Proceso de enfermería (2004). Consultado en agosto de 2013, en: <http://www.uady.mx/~enfermer/sitioflash/Proceso/pe.htm>

Rodríguez C. N. (2006). *Proceso de atención de enfermería aplicado a un paciente con síndrome de apnea obstructiva durante el sueño*.

Rosales, B. S. Y Reyes, G. E. (2004). *Fundamentos de enfermería*. (3a. ed.). México: Editorial Manual Moderno.

Sandoval, L (2011a). *Valoración de enfermería* En: *Enfermería fundamental* pág. 13. México, D.F. UNAM, ENEO, SUA.

Sandoval, L (2011b). *Diagnóstico de enfermería*. En: *Enfermería fundamental* pág. 13. México, D.F. UNAM, ENEO, SUA.

Sandoval, L (2011c). *Planeación*. En: *Enfermería fundamental* pág. 10. México, D.F. UNAM, ENEO, SUA.

Sandoval, L (2011d). *Ejecución*. En: Enfermería fundamental pág.8 México, D.F. UNAM, ENEO, SUA.

Sandoval, L (2011e). *Ejecución*. En: Enfermería fundamental pág.8 México, D.F. UNAM, ENEO, SUA.

Sandoval, L (2011f). *Teorías del carácter histórico*. En: Enfermería fundamental pág.14 México: UNAM, ENEO, SUA.

Tomey, M. (2003). *Modelos y teorías de enfermería*. Madrid España: Editorial Elsevier.

Valentín, K., Urroz, C. y Arguedas C. Importancia clínica de La proteinuria en *Diabetes Mellitus*, Acta médica Costarricense, vol 43, (2) abril-junio, 2001. Consultado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43443203>

Vive con diabetes. (2013) Consultado el día 19 de junio de 2013, en: <http://www.vivecondiabetes.com/basicos-de-diabetes/estadisticas>

Yulyarias. *Resumen de plan de cuidados* (2013). Consultado el día 28 de agosto de 2013 en: <http://www.nanda.es/planpublic.php?urlid=94aa30b6fa5fdab793e1ac8f41940e42461ac5ca>

8 ANEXOS

Anexo 1 INSTRUMENTO DE VALORACIÓN

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Inspección: Se observa abdomen con panículo adiposo, con cicatriz de cirugía abdominal en línea media.

Palpación: Se palpan abdomen por cuadrantes sin presentar ninguna molestia.

Percusión: Se realiza percusión del abdomen encontrando timpánico

Auscultación: Con peristaltismo normal

Datos subjetivos

Dieta habitual (tipo)	Come tortillas, verduras, frijoles, y carnes en ocasiones
Número de comidas diarias:	Come 3 veces al día, sus horarios son: 9 de la mañana desayuno y comida 15 y 16Hrs, cena 20 horas, toma de dos o tres vasos de agua al día. Los alimentos que consumen son: carne y fruta cada ocho días, cereales y verduras diario, huevo cada tercer día, leguminosas ocasionalmente.
Trastornos digestivos	No
Intolerancia a alimentos	Si al camarón en ceviches
Problemas de la masticación y deglución	No
Patrón de ejercicio	Camina de vez en cuando
Otros	Refiere dolor ocasional en fosa iliaca derecha, a nivel del vientre

Datos objetivos

Turgencia de la piel:	La piel se encontro integra e hidratada, de textura suave. Con hiperpigmentación en miembros inferiores.
Membranas mucosas hidratadas/ secas:	Mucosas orales hidratadas. Lengua/ suelo de la boca: De color rosa pálido, húmeda, ligeramente rugoso, delgada, con bordes laterales lisos y sin laceración.
Características de uñas/cabello:	Cabello bien implantado, lacio, de color negro, con presencia de algunas canas. Uñas largas de color rosa pálido, con

	llenado capilar de 2"
Funcionamiento neuromuscular y esquelético:	La flexión, extensión, abducción y supinación de miembros superiores sin problemas. La flexión, abducción y supinación de miembros inferiores lo realiza sin problemas. Al momento de realizar la extensión con un solo pie, presenta pérdida ligera del equilibrio.
Aspecto de los dientes y encías:	Se observa encías normales, de color rosáceo, dientes y muelas de color amarillo bien implantados, con 31 dientes permanentes. Con falta del segundo molar inferior derecho. Sin lesiones en cavidad oral.
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización:	Presenta cicatriz en la parte externa del brazo izquierdo, de 10cm. Y en línea media de abdomen, en la pierna derecha varias cicatrices de medio centímetro. Otra en el primer orjejo del pie izquierdo de 2cm.
Otros:	Pesa 74kg, mide 1.50cm, con un IMC 32.8Kg/cm, con obesidad grado 1

Edad 66 años	Sexo Femenino	Peso en Kg: 74kg	Talla en cm 1.50cm
Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Suma los puntos correspondientes al cribado y si la suma es igual o inferior a 11 complete el cuestionario para obtener una puntuación precisa del estado nutricional.			
Tamizaje			
A. ¿Ha comido menos en los últimos 3 meses, por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución? 0 = pérdida severa de apetito 1 = pérdida moderada de apetito 2 = no ha perdido el apetito	E. Problemas neuropsicológicos 0 = depresión o alteración de la memoria 1 = tristeza 2 = sin problemas psicológicos	J. ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = Sí 1 = No	K. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, jugo, café, té, leche, vino, cerveza, etc.) 0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos
B. ¿Ha presentado pérdida de peso en los últimos 3 meses?	F. Índice de Masa Corporal (IMC = peso [kg]/talla[m ²]) 0 = IMC menor de 19 1 = IMC de 19 a menos de 21 2 = IMC de 21 a menos de 23 3 = IMC mayor o igual a 23	L. Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad	M. ¿Opinión del paciente sobre su estado nutricional? 0 = está desnutrido 1 = no sabe 2 = no está desnutrido
	G. ¿Cuántas comidas		

0 = pérdida de peso mayor de 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso	completas toma al día? (equivalentes a dos platos y postre) 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas	N. En comparación con otras personas de su edad, ¿Cómo encuentra el paciente su estado de salud? 0.0 = peor 0.5 = no sabe 1.0 = igual 2.0 = mejor
C. Movilidad 0 = limitado a una silla o la cama 1 = se mueve de la cama a la silla 2 = sale del domicilio	H. ¿Consume el paciente productos lácteos (leche, queso, yogurt) al menos una vez al día? Sí No ¿Consume huevos o frijoles 1 o 2 veces a la semana? Sí No ¿Consume carne, pescado o pollo, diariamente? Sí No	Ñ. Circunferencia media del brazo (cm) 0.0 = menor de 21 0.5 = 21 1.0 = mayor de 21
D. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o ha sufrido angustia o nerviosismo en los últimos 3 meses? 0 = Sí 2 = No	0.0 = si contestó de 0 a 1 Sí 0.5 = si contestó 2 Sies 1.0 = si contestó 3 Sies	O. Circunferencia de la pantorrilla (cm) 0 = menor de 31 1 = mayor o igual a 3
Resultado del tamizaje (subtotal máximo 14 puntos) -12 puntos o más: normal; no es necesario continuar la evaluación. -11 puntos o menos: posible desnutrición; continuar la evaluación.	Resultado de la evaluación (máximo 16 puntos) Resultado del tamizaje (máximo 14 puntos) Suma de evaluación y el tamizaje (total) Resultado indicando desnutrición 17 a 23 puntos, significa riesgo de desnutrición Menos de 17 puntos = desnutrición	PUNTUACION TOTAL: 20. Lo que indica que la paciente tiene un riesgo de desnutrición.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Datos subjetivos

Nivel de educación: Tercer año de primaria	
Problemas de aprendizaje: Sí, respecto a su medicación	
Limitaciones cognitivas: No	Tipo: Ninguna
Preferencias leer/ escribir: Las dos cosas le agradan	
Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: Sí. Educación para adultos, conoce el lugar, donde se imparten pero no asiste por falta de tiempo.	
Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo: Si	
Tiene interés en el aprendizaje para resolver sus problemas de salud. Si. La paciente sabe que cosas no debe comer como son: Las lentejas, frijoles,	

garbanzos, comidas capeadas, embutidos, grasas, carnes rojas. Respecto a la fruta plátano, mango, manzana.

Datos objetivos

Estado del sistema nervioso: Presenta neuropatía diabética
Órgano de los sentidos: El oído, el olfato, el tacto, y el gusto no presenta ninguna alteración. Respecto a la visión ve rayas negras en el ojo derecho.
Estado emocional ansiedad, dolor: No
Memoria Reciente: No tiene memoria reciente
Memoria Remota: No se acuerda de las cosas pasadas

OXIGENACIÓN

Inspección: Se observa tórax simétrico con movimientos respiratorios normales, sin retracción de espacios intercostales.

Palpación: Se palpan costillas con bordes simétricos, con amplexión y amplexación normales.

Percusión: Se realiza percusión del tórax encontrándose sonoridad.

Auscultación: Ruidos vocales normales, se auscultan campos pulmonares con murmullo vesicular normal.

Datos subjetivos

Con disnea de medianos esfuerzos al caminar distancias largas.	Tos productiva /seca: En ocasiones tos productiva, de color hialino
Dolor asociado con la respiración:	No
Fumador:	Fumador pasivo por 24 años
Desde cuando fuma: No fuma	

Datos objetivos

Registro de signos vitales y características:	Su presión arterial de 140/90, con frecuencia cardiaca 65, frecuencia respiratoria de 16, con temperatura de 36 grados, saturación de oxigeno de 90%.			
Fecha	Presión arterial	Frecuencia cardiaca	Frecuencia respiratoria	Oximetría

Agosto	140/90	65	16	90%
Septiembre	130/90	80	20	90%
Octubre	150/80	75	20	91%
Tos productiva/seca:		Si, Hialina	Estado de conciencia: Alerta y orientada en tiempo, espacio y lugar.	
Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal:		Piel de tez moreno, con buena coloración de tegumentos. Lechos ungueales con llenado capilar de 2".		
Circulación del retorno venoso:		Alterado con Grado II: síntomas subjetivos ortostáticos, como pesadez, sensación de distensión, prurito, calambres, cansancio, edema. Se producen manifestaciones episódicas relacionadas con la bipedestación.		

ELIMINACIÓN

VALORACIÓN

Palpación: Se palpa hipogastrio, sin presencia de globo vesical.

Datos subjetivos

Hábitos intestinales:	Evacua 1 veces al día sin dolor		
Características de las heces/orina/ menstruación:	La consistencia de sus heces es formada, de color amarilla, sin olor.		
	Orina de 3 a 4 veces al día, de color amarillo, sin olor, en ocasiones se tiene que levantar por nicturia. Con amenorrea secundaria a histerectomía desde hace 25 años.		
Historia de hemorragias/	Si. Presenta abundante sangrado secundario a miomas. Y se le realiza histerectomía en 1988.		
Enfermedades renales/otros:	No. Refiere tener proteinuria desde hace un año.		
Uso de laxantes: No	Hemorroides: No		
Dolor al defecar/menstruar/orinar:	No presenta ninguno		
Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación:	Lo desconoce		

Datos objetivos

Abdomen, características:	Se valora abdomen blando depresible y por cuadrantes sin alteraciones, con cicatriz en línea media de abdomen. Con el ombligo hundido, sin presencia de hernias.	
Ruidos intestinales:	Con peristaltismo normal	
Palpación de la vejiga urinaria:	Se palpa vejiga en hipogástrico sin molestias.	
Orina, cantidad y características	Orina	Normal
	Color	Amarillo
	turbidez	Claro
	Cantidad	Aproximadamente 900ml
	Frecuencia	Cada 4 hrs aproximadamente
Evacuación, cantidad y características	1 vez al día, formada, de color amarillo, aproximadamente 100gr	

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Datos subjetivos

Capacidad física cotidiana:	Si, realiza una actividad física regular.
Actividades en el tiempo libre:	Ve la televisión, y realiza sus actividades del hogar.
Hábitos de descanso:	Se duerme de las 23 hrs a las 7hrs.
Hábitos de trabajo:	Tiene una tienda. Y le dedica de 4 a 5 horas al día aproximadamente.

Datos objetivos

Estado del sistema músculo esquelético, fuerza:

La técnica de exploración:

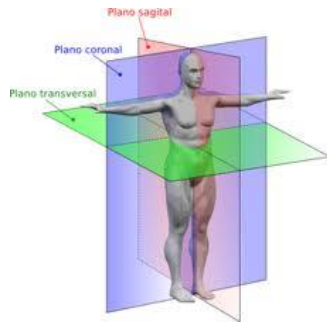
Se realizó de manera céfalo caudal, perfil, en su parte anterior y posterior, con el siguiente orden: cabeza y cuello, dorso, y miembros superiores de su parte proximal a la distal y comparando su lado derecho con el izquierdo. En sus

miembros inferiores de su parte proximal a lo distal y comparando su lado derecho con el opuesto.

Anatomía

Basando el estudio de la persona en un examen descriptivo corporal en donde necesariamente se analizan las siguientes subdivisiones:

- Anatomía descriptiva: separando el cuerpo en sistemas
- Anatomía Regional: estudiando por divisiones especiales



En el plano lateral se encuentra alineada sin presencia de lordosis o sifoescoliosis

En el plano frontal se observa con alineación de hombros, tórax simétrico

Miembros Superiores (Brazos derecho comparando el izquierdo)

Movimientos articulares de hombros, codo, mano y dedos, normales, en sus diferentes ángulos sin alteraciones.

Miembros Inferiores (Pierna derecha comparando la izquierda)

Movimientos articulares de pierna, rodilla, tobillo y pié, sin alteraciones, ni dolor al realizar los ejercicios.

Capacidad muscular (tono/resistencia/flexibilidad):

Masa Muscular (músculo: Tono)

Para evaluar el volumen del músculo se basó en la inspección, palpación y la comparación de los músculos de lado izquierdo con los del derecho. Comenzando con miembros superiores (derecha a izquierda, proximal a distal) y miembros inferiores (derecha a izquierda, proximal a distal).

Resistencia

De acuerdo a la Escala MRC (Medical Research Council) para Fuerza Muscular, ella se encuentra dentro del grado Grado 5: la fuerza muscular

normal contra resistencia.

Flexibilidad

Se realiza movilización de cada extremidad en sus distintas articulaciones con movimientos de Rotación, flexión, extensión. El cual se encuentran sus movimientos normales en miembros superiores, logrando la recuperación de su posición inicial.

Por otra parte respecto a los miembros inferiores presenta desequilibrio a la extensión. Respecto a la flexión, rotación, supinación lo realiza sin problemas

En miembros superiores e inferiores con buen tono muscular.

Cabeza y Cuello

Se le pide que realice, movimientos articulares hacia adelante y hacia tras, de izquierda a derecha. Continuando con movimientos giratorios de izquierda a derecha y viceversa y laterales encontrándose estos dentro de lo normal.

Tronco (tórax, y espalda)

A la exploración física, se observa tórax simétrico, con eupnea, sin retracción de espacios intercostales. Se palpan costillas con bordes simétricos, con amplexión y amplexación normal. Campos pulmonares con murmullo vesicular, sin presencia de estertores. Disnea de medianos esfuerzos, al caminar distancias largas

Posturas:	Sentada
Necesidad de ayuda para la de ambulación:	No
Dolor con el movimiento: No	Presencia de temblores: No
Estado de conciencia: Alerta	Estado emocional: bueno

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Datos subjetivos

Horario de descanso: 23hrs.	Horario de sueño: De las 23hrs a las 7 de la mañana
Siesta: Si por 20 minutos	Ayudas: No
Insomnio: En ocasiones	Debido a: Diferencias con su hija o nietas.
Horas de sueño: 8 hrs	Descansado al levantarse: 6 de 7 días, tiene un sueño reparador.

Datos objetivos

Estado mental. (ansiedad / estrés / lenguaje)	Paciente tranquila, sin estrés por el momento. Con lenguaje coherente y fluido.
Ojeras: Sí	Atención: Pone atención, pero no logra entender algunas cosas. Por lo que se le tiene que repetir o explicar de otra forma.
Bostezos: No	Concentración: Si, está concentrada en la entrevista.
Apatía: No	Cefaleas: No
Respuesta a estímulos: Se le pasa una lápiz y se le punciona con un alfiler en las manos y plantas de los pies, el cual responde a estímulo mencionado dolor al momento de puncionarle.	

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Datos subjetivos

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir:	No
Su auto estima es determinante en su modo de vestir:	Si
Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría:	No
Necesita ayuda para la selección de su vestuario:	No

Datos objetivos

Viste de acuerdo a su edad:	Si
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse:	La paciente puede vestirse y desvestirse por sí sola
Vestido incompleto: No	Sucio: No
Inadecuado: No	

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Datos subjetivos

Adaptabilidad a los cambios de temperatura:	Sí
Ejercicio, tipo y frecuencia:	Camina en ocasiones
Temperatura ambiental que le es agradable:	Todos los climas le son agradables

Datos objetivos

Temperatura en grados centígrados	36 ^o grados
Características de la piel:	Piel de tez moreno, hidratada, con buena coloración, llenado capilar de 2"
Transpiración:	Lo normal
Condiciones del entorno físico:	Su casa cuenta con buena iluminación y ventilación, con espacio amplio, al momento de realizar la entrevista con mucho calor

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

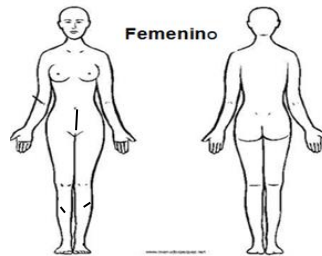
Datos subjetivos

Frecuencia del baño: Cada tercer día
Momento preferido para el baño: Mañana
Cuántas veces se lava los dientes al día: dos veces al día
Aseo de manos antes y después de comer: Si realiza, el aseo de sus manos
Después de eliminar: Sí
Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: No

Datos objetivos

Aspecto general:	Paciente femenina en su casa de complejión robusta, mide 1.50cm, con cabello largo y lacio, ojos pequeños de color negro, con buena coloración de tegumentos, mucosas orales hidratadas.
------------------	--

Olor corporal: No	Halitosis: No
Estado del cuero cabelludo: Cabello bien implantado sin presencia de lesiones, ni caspa.	
Lesiones dérmicas Tipo (Anote la ubicación en el diagrama): Presenta cicatriz en línea media de abdomen, en brazo, en las piernas, y pie izquierdo	



NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Datos subjetivos

Que miembros componen la familia de pertenencia: Ella, su esposo, tres hijas, y un hijo.	
Cómo reacciona ante situaciones de urgencia: En caso de temblor se sale a la calle, cuando existe alguna caída de algún familiar recuren a sus creencias.	
Conoce las medidas de prevención de accidentes: Menciona conocer las medidas para la prevención de accidentes, sismo e incendio, fuga de gas.	
Hogar: Respecto a su hogar lo mantiene en orden, con el piso seco, mantiene las llaves del gas bien cerradas, y la instalación eléctrica en buen estado.	Trabajo: Es una tienda, la mantiene limpia y en orden, para evitar caídas.
Realiza controles periodos de salud recomendables en su persona: Si asiste al centro de salud cada mes a su control.	
Familiares: Existe la posibilidad de un corto circuito, por los cambios de voltaje, pues su yerno se dedica a la herrería.	
Como canaliza las situaciones de tensión en su vida. Se pone a llorar	

Datos objetivos

Deformidades congénitas: No
Condiciones del ambiente en su hogar: Su casa cuenta con espacio amplio, con buena ventilación e iluminación.
Trabajo: Caída o alguna lesión.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Datos subjetivos

Estado civil: Casada	Años de relación: 35 años
Viven con: Su hija de 33 años y sus dos nietas de 11 y 8 años	Preocupaciones / estrés: Si preocupación en ocasiones por el aspecto económico
Familiar: Tiene una buena relación con sus hijos	
Otras personas que pueden ayudar: No	
Rol en estructura familiar: La de mama y abuela	
Comunica problemas debidos a la enfermedad / estado: Si a sus hijas	
Cuánto tiempo pasa sola: Todo el tiempo está acompañada,	
Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: Acude a un grupo de apoyo de pacientes diabéticos e hipertensos, una vez al mes	

Datos Objetivos

Habla claro: Sí	Confuso: Si, en algunas situaciones no se sabe expresar.
Dificultad en la visión: Si en el ojo derecho ve líneas negras.	Audición: En este momento no, pero hace como tres meses no escuchaba muy bien del lado derecho.
Comunicación verbal / no verbal /con la familia / con otras personas significativas. Sí solo con su hija con la que vive, ya que a pesar de que otra de sus hijas vive a un lado no convive mucho con ella. Con su hija mayor, se comunica cada semana por teléfono. Respecto a la otra hija y su hijo la comunicación con ellos es ocasional.	

NECESIDAD DE VIVIR SUS CREENCIAS Y VALORES

Datos subjetivos

Creencia religiosa: Católica
Su creencia religiosa le genera conflictos personales: No
Principales valores en la familia: Confianza y respeto
Principales valores personales: Respeto y la confianza
Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: Sí

Datos objetivos

Hábitos específicos de vestido.(grupo social religioso): Pantalón y playera
Permite el contacto físico: Sí
Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: No

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Datos subjetivos

Trabaja actualmente: Sí	Tipo de trabajo: Tiene una tienda
Riesgos: Caídas o lesiones.	Cuánto tiempo le dedica al trabajo: De 4 a 5 horas al día.
Está satisfecho con su trabajo: Sí	
Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: No	
Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega: Sí	

Datos objetivos

Estado emocional: Calmado

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Datos subjetivos

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Ver televisión
Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: No
Recursos en su comunidad para la recreación: Deportivo
Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: No

Datos subjetivos

Integridad del sistema neuromuscular: Sí
Rechazo a las actividades recreativas: No
Estado de ánimo. Apático/aburrido/participativo: Participativo. Está atenta a las preguntas que se le realizan. Por otra parte expresa, su experiencia, de su enfermedad.

ANEXO 2 CONTROL DE GLUCOSA

AGOSTO													
Lunes		Martes		Miercoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo	
5		6		7		8		9		10		11	
Glucosa		Glucosa		Glucosa		Glucosa		Glucosa		Glucosa		Glucosa	
						M	T	M	T	M	T	M	T
						260		245	178	229	387		
										Antes de comer 383			
										21hrs	292		
										Insulina NPH			
										13	10	15	10
Lunes		Martes		Miercoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo	
12		13		14		15		16		17		18	
Glucosa		Glucosa		Glucosa		Glucosa		Glucosa		Glucosa		Glucosa	
M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T
313		234	255	224	215	202		192	126	210	126	116	189
		N	252			N	262	N	308	N	278		
Insulina NPH						Insulina NPH							
15	10	15	10			18	10	17	10	17	10	17	12
Lunes		Martes		Miercoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo	
19		20		21		22		23		24		25	
Glucosa		Glucosa		Glucosa		Glucosa		Glucosa		Glucosa		Glucosa	
M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T
232	143		181		118		88	116	189	108	178		
N	154	N	158	N	222			N	316	N	272		
Insulina NPH						Insulina NPH							
19	12	19	13	22	14	22	14	22	14	22	14		

SEPTIEMBRE													
Lunes		Martes		Miercoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo	
2		3		4		5		6		7		8	
Glucosa		Glucosa		Glucosa		Glucosa		Glucosa		Glucosa		Glucosa	
M	N	M	T			M	T	M	T	M	T	M	T
285	338	271	192			150	256						
		2HRS 361											
		N	172										
		2hrs 319											
Lunes		Martes		Miercoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo	
9		10		11		12		13		14		15	
Glucosa		Glucosa		Glucosa		Glucosa		Glucosa		Glucosa		Glucosa	
M	T	M	T	T	M	T	N	M	T	M	T	M	T
	13:10			14:40			21:00					172	87
	36mg			265			250					N	143
N	250mg			2Hrs. 336				2Hrs. 300					
2 Hrs 209												2 Hrs 220	

Lunes		Martes		Miercoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo	
17		18		19		20		21		22		23	
Glucosa		Glucosa		Glucosa		Glucosa		Glucosa		Glucosa		Glucosa	
M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	T		M	T
						218	16:00 98			16:42pm 226MG			
						2Hrs. 258				2 Hrs. 326			

OCTUBRE						
Martes	Viernes	Sábado	Martes	Martes	Jueves	Viernes
1	4	5	8	15	17	25
Glucosa	Glucosa	Glucosa	Glucosa	Glucosa		Glucosa
Tarde 13:30 pm	Noche 23:30 pm	Mañana 10:15 am	Mañana 10:30 am	Tarde 14:00 pm	Noche 21:00 pm	Mañana 10:00 am
63 mg	350mg	233mg	228mg	190mg	158mg	170mg

AGOSTO											
JUEVES		VIERNES		SABADO		MARTES		DOMINGO		MARTES	
8		9		10		13		18		20	
Presión arterial		Presión arterial		Presión arterial		Presión arterial		Presión arterial		Presión arterial	
D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I
140/90	150/90	120/80	120/70	140/80	150/90	130/100	140/90	170/90	160/90	130/90	130/90
MIERCOLES		JUEVES									
21		22									
Presión arterial		Presión arterial									
D	I	D	I								
170/90	140/90	180/100	180/120								

ANEXO 3 DIABETES MELLITUS

DIABETES MELLITUS

Definición: Se define como un déficit en la secreción de insulina, ya sea absoluta o relativa, y la principal características es la hiperglucemia.

ETIOLOGÍA

I Diabetes tipo 1

- Autoinmune
- Idiopática

II Diabetes tipo 2

III Otros específicos

- Defectos genéticos de la función de la célula beta.
- Defectos genéticos de la acción de la insulina.
- Enfermedades del páncreas exócrino.
- Enfermedades endocrinas.
- Inducida por medicamentos o sustancias químicas.
- Infecciones.

CLASIFICACIÓN

En 1997 el comité de expertos de la Asociación Americana de Diabetes, publicó los cambios en la clasificación de la diabetes mellitus, en uso desde 1979, clasificándola en diabetes tipo 1 en donde se caracteriza por destrucción de las células beta del páncreas por un proceso inmune o en ocasiones por causa desconocida.

En diabetes tipo 2, en donde la secreción de insulina es deficiente y frecuentemente se asocia a resistencia periférica a la hormona pancreática. Una tercera categoría incluye diversos factores que por diferentes mecanismos son capaces de ocasionar hiperglucemia.

En la clasificación actual se reconocen tres fases evolutivas:

- Regulación normal de la glucosa, en esta se muestra una glicemia normal tanto en ayunas como posteriormente a la administración de una carga de glucosa.
- Anormalidad en la glucosa en ayunas o en la tolerancia a la glucosa, en esta la glucemia en ayunas puede encontrarse tanto en cifras normales como en valores diagnósticos de diabetes, o también llamada anormalidad de la tolerancia a la glucosa.
- Diabetes mellitus en esta inicialmente el paciente no requiere insulina, posteriormente es necesaria para su adecuado control y finalmente es primordial para su vida.

Síntomas:

Secundarias a Hiperglucemia sostenida son: la poliuria, polidipsia y pérdida de peso, en ocasiones pueden presentar polifagia y visión borrosa

Diagnostico

Los criterios para el diagnostico de diabetes son:

- Síntomas clásicos de diabetes con una glucosa plasmática igual o mayor a 200mg/dl en una toma aleatoria
- Glucosa plasmática en ayunas igual o mayor a 126mg/dl, en dos ocasiones
- Cifra de glucosa en ayunas menor del valor diagnostico y una glucemia igual o mayor a 200mg/dl, dos horas después de administrar una carga de 75gr de glucosa.

Estudios complementarios

- Biometría hemática
- Urea
- Creatinina
- Ácido úrico
- Electrolitos séricos
- Examen general de orina
- Perfil de lípidos
- Depuración de creatinina y albúmina en orina de 24horas

Tratamiento

Hipoglucemiantes orales solo en aquellos pacientes que no responden a un régimen dietético y a la actividad física.

Las sulfonilureas actúan sobre las células beta del páncreas, estimulando la secreción de insulina y potencian la acción de la insulina, aumentando en la periferia.

Está indicada después de los 40 años, en diabetes con menos de 5 años de evolución, en personas con peso ideal o sobrepeso.

Se contra indica en diabetes tipo 1, durante el embarazo y la lactancia.

Las biguanidas incrementan la oxidación de la glucosa en el tejido adiposo y muscular, de tal forma que alteran la absorción intestinal de carbohidratos, disminuyen los lípidos plasmáticos, aumentan la sensibilidad a la insulina e inhiben la producción de glucosa a nivel hepático.

Está indicada en diabetes tipo 2 con sobre peso, que no responden al régimen dietético y existe la posibilidad de combinarlas con sulfonilureas o insulina.

Por otra parte debe evitarse en pacientes con insuficiencia renal o hepática o cardiaca por riesgo de acidosis láctica, en pacientes con Epoc, embarazo y estrés.

Los inhibidores de las alfa-disacaridasas, como la acarbosa, actúan sobre las alfa glucosiladas intestinales, desdoblando la sacarosa, maltosa y otros oligosacáridos en monosacáridos. La acarbosa retrasa la absorción de los hidratos de carbono y reduce los picos glucémicos posprandiales.

Esta indicado en combinación con la insulina o sulfonilureas.

Las tiazolidendionas, son fármacos de reciente introducción y la trioglitzazona es el único disponible en el mercado, este incrementa la sensibilidad periférica a la insulina.

Los candidatos ideales son los diabéticos con resistencia a la insulina, diabéticos tipo 2 con sobre peso, y aquellos dependientes de alta dosis de insulina. Por su potencial efecto hepatotóxico deben valorarse las transaminasas antes de su suministro y vigilarse en el transcurso del tratamiento¹.

INSULINA

Está indicada en diabéticos tipo 1 y 2 que cursan por situaciones específicas y en la diabetes gestacional. Existen diversos tipos de insulinas de acuerdo a su origen: porcina, bovina y humana. De acuerdo a su tiempo de acción: insulina R (cristalina o regular), de inicio rápido y corta duración, insulina N (NPH intermedia), insulina L (lenta) e insulina PZI (ultra lenta)

1 González R. C. Pacles. (Septiembre 2010). *Diabetes Mellitus*. Consultado el día 26 de agosto de 2013 en: <http://es.scribd.com/doc/36905326/Plan-de-Cuidados-Diabetes-Mellitus>.

La mayoría de los pacientes diabéticos requieren para su control, de dos aplicaciones de insulina al día. En condiciones basales se iniciará con una dosis no mayor de 0.5U/kg de peso de insulina de acción intermedia, dividiendo la dosis total en dos aplicaciones, equivalentes a dos terceras partes antes del desayuno y una tercera parte antes de la cena

Mediadas Generales

Un control metabólico para prevenir complicaciones agudas y crónicas. Por lo que se implementa un plan de alimentación individualizado, en el cual se sugieren las siguientes cantidades de nutrientes: carbohidratos (50 a 60%), proteínas 10 a 20%, grasas menos del 30%, poliinsaturadas 10 a 15%, monoinsaturadas 10 a 15% saturadas menor de 10%, fibra 25 a 35% y reducción del consumo de sal.

Complicaciones

- Hipertensión arterial en el paciente diabético tipo 2
- Nefropatía diabética, siendo la causa principal de insuficiencia renal crónica en un 40% de los pacientes con diabetes tipo 1, en el tipo 2 es del 5 al 20%.
- Dislipidemias más comunes son hipertrigliceridemia y la disminución de las HDL-colesterol, debido a un descontrol metabólico.
- Neuropatía se presenta en el 15% de los diabéticos tipo 2
- La retinopatía diabética es consecuencia de alteraciones vasculares que ocasionan isquemia, edema, disminución progresiva de la visión.

ANEXO 4 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

1 DEFINICIÓN: Elevación de la presión arterial hasta un nivel que aumenta el riesgo de lesión en distintos lechos vasculares, especialmente retina, cerebro, corazón y riñones.

FACTORES DE RIESGO: **Raza** (incidencia mayor en negros que en blancos), **edad** (antes de los 60 años de edad, aumenta después de esa edad de manera exponencial en 30% de los individuos), **género** (frecuencia mayor en hombres que en mujeres de los 45-65 años de edad y se iguala después de los 65), obesidad, ingesta excesiva de sal (> 60 mmol/día), consumo excesivo de alcohol, sedentarismo, DM, dislipidemia, herencia y tabaquismo.

CLASIFICACIÓN: Se clasifica según su causa (primaria o secundaria), edad de aparición o estadio de gravedad; de acuerdo a esta última se decide si debe o no tratarse.

I. Primaria: esencial o idiopática. No se identifica causa específica; 90-95% de los casos.

II. Secundaria: Enfermedades parenquimatosas renales y renovasculares, feocromocitoma, síndrome de Cushing, hiperaldosteronismo primario y coartación de la aorta.

Clasificación de la presión arterial en mayores de 18 años

Categoría Sistólica (mmHg) Diastólica (mmHg)

Normal <130 <85

Normal alta 130 – 139 85 – 89

Hipertensión arterial

Estadio 1 (leve) 140 – 159 90 – 99

Estadio 2 (moderada) 160 – 179 100 – 109

Estadio 3 (severa) 180 – 209 110 – 119

Estadio 4 (muy severa) > 210 >120

Clasificación de la presión arterial por daño a órganos blanco (O M S)

Estadio I: sin datos objetivos de daño orgánico

Estadio II: por lo menos, uno de los siguientes datos:

Hipertrofia ventricular izquierda (Ecocardiografía y ECG)

Estrechamiento focal y generalizado de las arterias retinianas

Proteinuria, elevación leve de creatinina (1.2 - 2 mg/dl) o ambas

Placas ateroscleróticas en carótidas, aórtica, iliaca- femoral

Estadio III: signos y síntomas que aparecen como resultado de daño a órganos:

Corazón: ángor, infarto miocárdico, insuficiencia cardíaca

Cerebro: ICT, ictus, encefalopatía hipertensiva

Fondo de ojo: hemorragias y exudados en retina, y/o papiledema

Riñón: Creatinina plasmática > 2 mg/dl, insuficiencia renal
Vasos: aneurisma disecante, enfermedad arterial oclusiva ¹

Síntomas: Los más frecuentemente son: ansiedad, fatiga, cefalea y epistaxis. Los hallazgos en daño a órganos blanco son disminución de la tolerancia al ejercicio, fatiga y nicturia; pueden orientar a afección cardíaca y/o renal tempranas.

La exploración física puede ser normal. Se debe explorar intencionadamente fondo de ojo, pulsos periféricos y área cardíaca en busca de signos de complicaciones o de alteraciones que sugieran causas de HAS secundaria.

LABORATORIO Y GABINETE: Para el paciente relativamente no complicado se recomienda sólo una evaluación mínima. En todo paciente recientemente diagnosticado se debe realizar EGO, BHC, ES, QS, Rx de tórax y ECG. En casos seleccionados puede ser útil perfil de lípidos y ecocardiograma.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: Se aplican los criterios de clasificación anteriormente señalados. La HAS no debe diagnosticarse por una sola medición salvo que sea > 210/120 mmHg o se acompañe de lesión orgánica. Se deben de registrar 3 ó más cifras anormales, de ser posible durante varias semanas, antes de iniciar el tratamiento.

COMPLICACIONES: Enfermedad aterosclerosa, insuficiencia cardíaca, y/o renal, cardiopatía hipertensiva e isquémica, EVC trombotico o hemorrágico.

TRATAMIENTO: El objetivo está encaminado a reducir la presión diastólica a < 90 mmHg y la sistólica <150 mmHg para prevenir las secuelas a largo plazo.

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS:

- a) reducción de peso;
- b) reducir el consumo de alcohol: < 30 ml/día;
- c) ejercicio dinámico regular: 5 veces/semana al menos 30'
- d) dieta: restricción de sodio: < 6 gr/día;
- e) suspender el tabaquismo.

MEDIDAS FARMACOLÓGICAS:

- a) **Diuréticos:** Utilizar preferentemente tiazidas (hidroclorotiazida y clorotiazida) y, eventualmente, diuréticos de asa (furosemida, bumetanida, torasemida y ácido etacrínico) o ahorradores de potasio (amilorida y triamtereno) y antagonistas de aldosterona (espironolactona).
- b) **β bloqueantes:** aprobados para el tratamiento de la HAS: propranolol, nadolol, metoprolol, atenolol, timolol, betaxolol, carteolol, pindolol, acebutolol y labetalol.
- c) **Antagonistas adrenérgicos centrales:** metil-dopa, clonidina, guanabenz y guanfacina.
- d) **Antagonistas simpáticos periféricos:** reserpina y guanetidina.
- e) **Bloqueadores α – adrenérgicos:** prazosina, terazosina y fenoxibenzamina.
- f) **Calcioantagonistas:** dihidropiridinas (nifedipino, nicardipino, isradipino, felodipino y nimodipino, amlodipino, nitrendipino, lecardipino), diltiazem y verapamilo.
- g) **Vasodilatadores directos:** periféricas. Hidralazina y minoxidil.
- h) **IECA:** captopril, enalapril, fosinopril, benazepril, quinapril, ramipril y lisinopril.
- i) **Antagonistas de receptores de angiotensina II:** valsartán, losartán, irbesartán, candesartán, telmisartán.

ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS: Varios agentes se consideran ahora apropiados para el tratamiento inicial; algunos usan un diurético aunque los β -bloqueantes, IECA o calcioantagonistas son también apropiados. El 75% de los pacientes responden bien a la monoterapia. Más que complicar el tratamiento al añadir varias drogas en forma escalonada, pueden intentarse varios agentes hasta encontrar una terapia eficaz. Alternativamente, dosis submáximas de 2 ó 3 antihipertensivos añadidos en forma secuencial se han encontrado exitosas. El añadir 12.5 – 25 mg de hidroclorotiazida potencia la acción de varios antihipertensivos (IECA y antagonistas de angiotensina II). Si la PA sigue descontrolada, está indicado el uso de varios medicamentos o añadir vasodilatadores directos. (Llamas, 2001)

ANEXO 5 ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

Folio: TX35671 Fecha: 20/08/2013 Unidad: TAXQUEBA
 Nombre: SANJUAN GARCIA GUDRIJA
 Edad: 66
 Medico Solicitante AGC

Impresión Diagnóstica : DIABETES MELLITUS E. BIVERT

HEMATOLOGIA F

		VALORES DE REFERENCIA	
HEMATOCRITO	41.8	38 -	50 %
HEMOGLOBINA	14.4	12.0 -	17.0 g/dl
ERITROCITOS	4.81	4.0 -	5.0 millones/mm ³
CHCM	34.5	30.0 -	35.0 g%
HCM	30.0	26.0 -	32.0 pg
VCM	86.9	86.0 -	96.0 u ₃
LEUCOCITOS	5,600.0	4,000 -	10,000 mm ³
PLAQUETAS	202,000.0	130,000 -	450,000 mm ³
LINFOCITOS	31	20 -	45 %
MONOCITOS	5	0 -	10 %
EOSINOFILOS	1	0 -	5 %
BASOFILOS	0	0 -	0.5 %
SEGMENTADOS	63	45 -	70 %
BANDAS	0	0 -	4 %
MIELOCITOS	0	0 -	0 %
PROMIELOCITOS	0	0 -	0 %
METAMIELOCITOS	0	0 -	0 %
MORFOLOGIA ERITROCITICA	NORMAL		NORMAL

METODO : Citometría de Flujo, Microscopía, Impedancia

Folio: TX35671 Fecha: 20/08/2013 Unidad: TAXQUESA
Nombre: SANJUAN GARCIA GUDIELA
Edad: 66
Medico Solicitante AQC

Impresión Diagnóstica : DIABETES MELLITUS E HIPERT

HB GLUCOSILADA

HB GLUCOSILADA 9.4 %

VALORES DE REFERENCIA

DIABETICO CON CONTROL BUENO	Menor 6.5	%
DIABETICO CON CONTROL REGULAR	6.5 - 8.0	%
DIABETICO CON CONTROL MALO	Mayor 8.0	%

METODO: Turbidimetría

Folio: TX35671 Fecha: 20/08/2013 Unidad: TAXQUEÑA
 Nombre: SANJUAN GARCIA GUDRIJA
 Edad: 66
 Medico Solicitante AQC

Impresión Diagnóstica : DIABETES MELLITUS E HIPERT

QUIMICA SANGUINEA (6)

		VALORES DE REFERENCIA
<u>GLUCOSA</u>	205.4	70.0 - 110.0 mg/dl
<u>UREA</u>	35.5	10.5 - 40.5 mg/dl
<u>CREATININA</u>	1.1	0.5 - 1.5 mg/dl
<u>ACIDO URICO</u>	6.2	2.0 - 7.5 mg/dl
<u>COLESTEROL</u>	237.2	100.0 - 230.0 mg/dl
<u>TRIGLICERIDOS</u>	241.4	50.0 - 200.0 mg/dl
<u>NITROGENO URICO</u>	16.6	4.9 - 22.6 mg/dl
<u>ASPECTO DEL SUERO</u>	NORMAL	NORMAL

RATIFICADO
 METODO : Enzimático, Colorimetría

Folios: TX35671 Fecha: 20/09/2013 Unidad: TAXQUEÑA
 Nombre: SANJUAN GARCIA GUDIELA
 Edad: 66
 Medico Solicitante AQC

Impresión Diagnóstica : DIABETES MELLITUS E HIPERT

EXAMEN GENERAL DE ORINA

VALORES DE REFERENCIA

PH	7.0	5.0 - 6.0
COLOR	AMARELO CLARO	AMARELO CLARO
DENSIDAD	1.010	1.016 - 1.025
GLUCOSA	NEGATIVO	NEGATIVO
CETONAS	NEGATIVO	NEGATIVO
BIURRUBINA	NEGATIVO	NEGATIVO
PROTEINAS	30.0 mg/dl	NEGATIVO
HEMOGLOBINA	NEGATIVO	NEGATIVO
UROBLINOGENO	NEGATIVO	0.0 - 2.0
NITRITOS	NEGATIVO	NEGATIVO
SEDIMENTO		
CELULAS EPITELIALES	4-6	0 - 1
LEUCOCITOS	16-18	0 - 3
ERITROCITOS	0	0 - 1
CRISTALES	NO SE OBSERVARON	ESCASOS
CILINDROS	0	0 - 0.5
OTROS	BACTERIAS ESCASAS HIFOS MICOSOS ESCASOS	

2013-08-20 09:48:30

Informe 6Canales+IRitmo

Hospital:TAXQUERA
Confirmado por:

ID:9102901821 Ratio cardiaco: 55 bpm
Nombre:GUEDELIA SAPR Int.: 162 ms
Edad:61Años QRS Dur.: 66 ms
Sexo:Hembra QT/QTc: 438/420 ms
H:156cm/W:74kg PRTaxis: 8 16 62



0.1Hz- 150Hz, AC60Hz. PM

Todos los canales:10.0ms/aV.25.0ms/seg.

CardioTouch6.10C.30 Bionet Co.,Ltd.