



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA  
Y OBSTETRICIA**

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA**

**MUJER ADULTA MADURA CON DIABETES MELLITUS  
Y COMPLICACIÓN AGUDA DE CETOACIDOSIS**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
PRESENTA**

**MARIA FERNANDA CANTE LOPERENA  
NÚM. CTA. 096709285**

**DIRECTOR ACADEMICO:  
MTRO. FEDERICO SACRISTAN RUIZ**

**MEXICO, D.F. NOVIEMBRE DE 2011**



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.

## INDICE

	Pág.
Introducción.....	4
Objetivos .....	6
Metodología del trabajo .....	7
CAPÍTULO I. Marco teórico.....	10
1.1 Anatomía y fisiología del páncreas .....	10
1.2 Diabetes mellitus .....	13
1.2.1 Antecedentes historicos de la diabetes mellituS.....	13
1.2.2 Definición de diabetes mellitus (DM) .....	15
1.2.3 Signos y síntomas.....	16
1.2.4 Diagnóstico.....	17
1.2.5 Tratamiento .....	18
1.2.6 Fisiopatología de la diabetes mellitus.....	19
1.2.7 Complicaciones Cetoacidosis diabetica .....	20
1.2.8 Fisiopatología de la cetoacidosis diabética.....	20
1.3 I Intervenciones de enfermería.....	23
1.3.1 Diabetes mellitus Descompensada.....	23
1.3.2 Deterioro de la integridad cutánea.....	24
1.3.3 Dolor agudo.....	24
1.3.4 Estreñimiento.....	25
1.3.5 Trastorno de la comunicación.....	25
1.3.6 Trastorno de la movilidad física .....	26
1.3.7 Incapacidad para bañarse .....	26
1.3.8 Riesgo de Caídas .....	27
1.3.9 Temor.....	27
1.3.10 Mejorar el patrón de sueño .....	28
1.3.11 Mejorar los procesos familiares.....	28
1.3.12 Mejorar el bienestar espiritual .....	28
1.3.13 Mejorar el Afrontamiento.....	29

1.4 El proceso atención de enfermería y sus etapas .....	30
1.4.1 Valoración .....	31
1.4.2 Diagnóstico de enfermería.....	34
1.4.3 Planificación .....	37
1.4.4 Ejecución .....	42
1.4.5 Evaluación .....	43
1.5 Patrones funcionales de salud .....	44
CAPÍTULO II Aplicación del proceso atención de enfermería .....	49
2.1 Presentación del caso .....	49
2.2 Valoración .....	50
2.3 Diagnosticos de enfermería .....	58
2.4 Planeación, ejecución, evaluación .....	60
Conclusiones .....	79
Sugerencias .....	81
Bibliografía .....	82
Glosario .....	84

## INTRODUCCIÓN

El proceso Atención de Enfermería es un método sistemático y organizado para administrar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, que tiene la enfermería para evidenciar su competencia en el cuidado y atención que se brinda al paciente durante el proceso de salud-enfermedad.

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

El dominio y sistematización de dicho proceso de atención de enfermería permite a la enfermera crear instrumentos para dar seguimiento a las etapas de evolución del paciente: valoración integral con base en la respuesta humana, elaborar un diagnóstico de enfermería, planificar, ejecutar y evaluar las actividades derivadas de este proceso.

Todo debe registrarse en un documento lo que permitirá evidenciar y evaluar el cuidado de enfermería proporcionado al paciente en cualquier ámbito donde se encuentre, cuidado que debe caracterizarse por el humanismo.

El elemento que sustenta la competencia de la profesión es la capacidad de la enfermera de aplicar sus conocimientos en los diferentes niveles de atención considerando a la persona como un todo, e integrando cuidados preventivos, curativos y de rehabilitación.

El éxito de los cuidados requiere de una comunicación efectiva entre la enfermera, el paciente y el familiar.

En México la Diabetes mellitus es una de las principales enfermedades crónicas degenerativas que afectan a la población, la repercusión que causa en el paciente

y su familia cuando se tiene alguna complicación, con el riesgo de no volver a tener una vida normal y la importancia que tiene el incorporarse a su vida diaria es parte fundamental en los cuidados de enfermería.

La diabetes es una enfermedad crónica degenerativa, con pronóstico poco favorable entre la población mexicana, pues en ella influyen factores tanto sociales y heredo familiares que pueden favorecer la aparición de este padecimiento en la población. En el mundo hay 346 millones de personas con diabetes según la (OMS). Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medianos. Casi la mitad de esas muertes corresponden a personas de menos de 70 años, y un 55% a mujeres. La (OMS) Organización mundial de Salud prevé que las muertes por diabetes se multipliquen por dos entre 2005 y 2030. Además plantea que 95% del tratamiento de un paciente diabético recae directamente en él.<sup>1</sup>

Como resultado de padecer diabetes, existen complicaciones que van afectando la calidad de vida de la persona, éstas van desde pérdida de funciones orgánicas hasta de extremidades; la principal complicación que se relaciona con la defunción del paciente en 2008, son las renales (43.2%), seguida de las complicaciones múltiples (7.3%), la cetoacidosis (4%) y el coma (2.3%).

Se estima que en los próximos años, México podría ocupar el 7° lugar de países con diabetes, casi 12 millones de mexicanos podrían padecerla, presentar obesidad en 65% de la población, y 1 de cada 3 personas podría tener diabetes.

Las medidas simples como una dieta saludable, la actividad física regular, y evitar el consumo de tabaco ayudan a prevenir la diabetes de tipo 2 o retrasar su aparición.<sup>2</sup>

---

<sup>1 2</sup> [www.who.int/topics/diabetes\\_mellitus/es](http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es) 12 de noviembre de 2011

## OBJETIVOS

Aplicar las diversas técnicas que incluyen el conocimiento y las habilidades necesarias en la elaboración del Proceso de Atención de Enfermería para la obtención del título profesional de Licenciatura de Enfermería y Obstetricia.

Integrar los conocimientos teóricos con la práctica clínica adquirida durante la formación académica con el fin de obtener el título profesional de Licenciatura en Enfermería y obstetricia.

Aplicar los elementos teóricos- prácticos de la Formación Profesional de Enfermería en la elaboración del Proceso de Atención de Enfermería.

## METODOLOGÍA DEL TRABAJO

Para poder realizar el presente trabajo utilice diferentes técnicas de investigación que me permitieron obtener la información necesaria para poder llevar a cabo el Proceso Atención de Enfermería con fines de titulación.

En primer lugar obtuve el permiso para poder estar con un solo paciente durante 7 días de 8 a 14 horas. Elegí a mi paciente Sra. Josefina por la importancia de su padecimiento, y la complicación que en ese momento le había ocasionado el estar hospitalizada

El primer día me presente con la Sra. Josefina, y su familiar explicándoles el porqué de mi presencia durante estos días y la finalidad de los mismos solicitando su autorización para poder realizarlo.

Los datos se obtienen mediante cinco técnicas:

Observación

Entrevista

Exploración física

Revisión de registros e informes diagnósticos

Colaboración con los compañeros

## **Observación**

Utilice una técnica que consiste en la observación, observar atentamente, tomar información y registrarla para su posterior análisis.

La observación es un elemento fundamental de todo proceso investigativo; de esta forma se obtiene el mayor número de datos.

Observación directa

Los Pasos que seguí fueron los siguientes:

Determinar el objeto, situación, caso, etc. (que se va a observar)

Determinar los objetivos de la observación (para qué se va a observar)

Determinar la forma con que se van a registrar los datos

Observar cuidadosa y críticamente

Registrar los datos observados

Analizar e interpretar los datos

Elaborar conclusiones

## **Entrevista**

Es una técnica para obtener datos que consisten en un diálogo entre dos personas: El entrevistador y el entrevistado; se realiza con el fin de obtener información que para nosotros sea de suma importancia para poder llevar a cabo el proceso atención de enfermería. La entrevista constituye una técnica indispensable porque nos permite obtener datos que de otro modo serían muy difíciles conseguir.

### **Las condiciones que debe reunir el entrevistador son las siguientes:**

Debes demostrar seguridad en ti mismo.

Debes ponerte al nivel del entrevistado; esto puede conseguirse con una buena preparación previa del entrevistador en el tema que va a tratar con el entrevistado.

Debes ser sensible para captar los problemas que pudieren suscitarse.

Comprender los intereses del entrevistado.

Debes despojarte de prejuicios y, en lo posible de cualquier influencia empática.

### **Valoración Física**

Es la recopilación de datos objetivos referentes al estado físico de la paciente abarca una exploración céfalo-caudal enfocada hacia los sistemas corporales. Las técnicas que puedes emplear comprenden la inspección, palpación, percusión y auscultación.

### **Aplicación del Proceso Atención de Enfermería**

Posteriormente utilice el primer paso del proceso atención de enfermería que es la valoración para determinar el estado de salud, evaluar sus patrones de afrontamientos actuales y pasados del paciente.

Después de la valoración y al obtener toda la información necesaria se empieza a construir el Proceso Atención de Enfermería: Se realizan los diagnósticos de enfermería, con base en estos se lleva la planeación de las intervenciones de enfermería, posteriormente la ejecución de las mismas fundamentándolas y al último se evalúan de acuerdo a los objetivos de cada diagnóstico de enfermería .

## CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

### 1.1 ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL PÁNCREAS

Es una glándula de secreción mixta; con una cabeza (extremo derecho) voluminosa y enmarcada por el duodeno. Se une por el cuello al cuerpo, que se dirige a la izquierda, y termina en una porción delgada o cola, del bazo.

Esta aplicado a la pared posterior del abdomen y a los grandes vasos; ventralmente se reviste por el peritoneo y se relaciona con el mesocolon transversal, se une a éste con el estómago, y caudalmente con las flexuras del intestino delgado.

El producto de su secreción externa (jugo pancreático) se vierte en la segunda Porción del duodeno mediante un conducto principal (de Wirsung) y otro accesorio de accesorio (de Santorini).

La división exocrina del páncreas es una glándula tubuloacinososa, muy semejante a la parótida, cuyas células secretorias forman al acini, en el cual, según se distribuyen los organitos celulares, se distinguen zonas: en la zona 1 se elaboran las enzimas, en la zona se almacenan los productos de secreción y en la zona 3 se encuentran gránulos de zimógeno que ulteriormente son secretados hacia la luz del conducto.<sup>3</sup>

La secreción del externa del páncreas es inducida por dos hormonas que se forman en la mucosa del duodeno cuando a él llega el quimo ácido del estómago, la secretina y la pancreozimina.

---

<sup>3</sup> Fuentes Santoyo Rogelio Anatomía y Fisiología Humanas pp.160

La secretina estimula las células cimógenas, por lo cual se produce un líquido seroso alcalino que neutraliza al pH del quimo gástrico y permite la mejor acción de las enzimas pancreáticas.

La pancreozimina estimula las células del acini a producir varias enzimas que actúan sobre diversos alimentos: lipasa sobre las grasas, amilasa sobre carbohidratos, y proteasa y nucleasa sobre proteínas.<sup>4</sup>

Los acinos pancreáticos constituyen la mayor parte del órgano, el jugo pancreático se de 1000 a 1500 ml en 24 horas.

La división endocrina del páncreas está formada por un conjunto de islotes pancreáticos (islotes de Langerhans), en número aproximado a un millón, y que son formados por cuatro tipos de células:

Las células A o alfa, cuyo citoplasma es acidófilo, secretan la hormona llamada glucagón, cuyo efecto es elevar la glucemia cuando hay cifras bajas.

Las células B o beta, con mucho las más importantes y numerosas, de citoplasma basófilo, secretan la insulina, hormona que es liberada cuando se eleva la glucemia y activa la transformación de glucosa en glucógeno (glucogénesis).

La deficiente producción de insulina causa la diabetes mellitus, debido a que la glucosa no es aprovechada por el organismo, aumenta su concentración sanguínea, y al no ser transformada en glucógeno, es eliminada por la orina (glucosuria).<sup>5</sup>

Las células D o delta producen somatostatina, hormona que inhibe la contracción del músculo liso del aparato digestivo y de la vesícula biliar cuando la digestión ha terminado

---

<sup>4 3</sup> Fuentes Santoyo Rogelio Anatomía y Fisiología Humanas pp.160-161

Las células F Estas células producen y liberan el poli péptido pancreático que controla y regula la secreción exocrina del páncreas.

## **INSULINA**

Es una hormona polipeptídica formada por 52 aminoácidos, producida y secretada por las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas, en forma de precursor inactivo llamado proinsulina.

Esta pasa al aparato de Golgi, donde se modifica, eliminando una parte y uniendo los dos fragmentos restantes mediante puentes disulfuro. La insulina interviene en el aprovechamiento metabólico de los nutrientes, sobre todo con el anabolismo de los carbohidratos. Su déficit provoca la diabetes mellitus y su exceso provoca hiperinsulinismo con hipoglucemia.<sup>6</sup>

La insulina es una hormona "anabólica" por excelencia: permite disponer a las células del aporte necesario de glucosa para los procesos de síntesis con gasto de energía. De esta glucosa, mediante glucólisis y respiración celular se obtendrá la energía necesaria en forma de ATP. Su función es la de favorecer la incorporación de glucosa de la sangre hacia las células: actúa siendo la insulina liberada por las células beta del páncreas cuando el nivel de glucosa en sangre es alto. El glucagón, al contrario, actúa cuando el nivel de glucosa disminuye y es entonces liberado a la sangre. Por su parte, la Somatostatina, es la hormona encargada de regular la producción y liberación tanto de glucagón como de insulina. La insulina se produce en el Páncreas en los "Islotes de Langerhans", mediante unas células llamadas Beta. Una manera de detectar si las células beta producen insulina, es haciendo una prueba, para ver si existe péptido C en sangre. El péptido C se libera a la sangre cuando las células Beta procesan la proinsulina, convirtiéndola en insulina. Cuando sólo entre un 10% y un 20% de las células Beta están en buen estado, comienzan a aparecer los síntomas de la diabetes,

---

<sup>6</sup> Alpízar Salazar Melchor Guía para el Manejo Integral del paciente diabético pp. 23

pasando primero por un estado previo denominado luna de miel, en el que el páncreas aún segrega algo de insulina.<sup>7</sup>

La insulina tiene una importante función reguladora sobre el metabolismo, sobre el que tiene los siguientes efectos:

Estimula la gluconeogénesis e inhibe la glucogenolisis.

Promueve la glucólisis.

Favorece la síntesis de triacilgliceroles (triglicéridos). Para ello, estimula la producción de acetil-CoA (por ejemplo, al acelerar la glucólisis), y también estimula la síntesis de ácidos grasos (componentes de los triacilgliceroles) a partir de la acetil-CoA.<sup>8</sup>

## **1.2 DIABETES MELLITUS**

### **1.2.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA DIABETES MELLITUS**

La diabetes mellitus era ya conocida antes de la era cristiana. En el papiro de Ebers descubierto en Egipto y que data al siglo XV a. C., ya se describen síntomas que parecen corresponder a la diabetes. Fue Areteo de Capadocia quien, en el siglo II de la era cristiana, le dio a esta afección el nombre de diabetes, que significa en griego correr a través, refiriéndose al signo más llamativo que es la eliminación exagerada de agua por el riñón, expresando que el agua entraba y salía del organismo del diabético sin fijarse en él.<sup>9</sup>

En el siglo II Galeno también se refirió a la diabetes. En los siglos posteriores no se encuentran en los escritos médicos referencias a esta enfermedad hasta que, en el siglo XI, Avicena habla con clara precisión de esta afección en su famoso

---

<sup>7</sup> Pacheco R. Carlos Díaz Mejía Guillermo S. Medicina General pp.151-152

<sup>8</sup> <http://es.wikipedia.org/wiki/Insulina> fecha de consulta 9 noviembre 2011

<sup>9</sup> Diabetes mellitus. Artículo de la Enciclopedia. [enciclopedia.us.es/index.php/Diabetes\\_mellitus](http://enciclopedia.us.es/index.php/Diabetes_mellitus) 09 noviembre 2011

Canon de medicina. Tras un largo intervalo fue Tomás Willis quien, en 1679, hizo una descripción magistral de la diabetes, quedando desde entonces reconocida por su sintomatología como entidad clínica. Fue él quien, refiriéndose al sabor dulce de la orina, le dio el nombre de diabetes mellitus (sabor a miel).<sup>10</sup>

En 1775 Dopson identificó la presencia de glucosa en la orina. Frank, en esa época también, clasificó la diabetes en dos tipos: diabetes mellitus (o diabetes vera), y diabetes insípida (porque esta última no presentaba la orina dulce). La primera observación necrópsica en un diabético fue realizada por Cawley y publicada en el "London Medical Journal" en 1788. Casi en la misma época el inglés John Rollo atribuyó la dolencia a una causa gástrica y consiguió mejorías notables con un régimen rico en proteínas y grasas y limitado en hidratos de carbono. Los primeros trabajos experimentales relacionados con el metabolismo de los glúcidos fueron realizados por Claude Bernard quien descubrió, en 1848, el glucógeno hepático y provocó la aparición de glucosa en la orina excitando los centros bulbares.<sup>11</sup>

En la segunda mitad del siglo XIX el gran clínico francés Bouchardat señaló la importancia de la obesidad y de la vida sedentaria en el origen de la diabetes y marcó las normas para el tratamiento dietético, basándolo en la restricción de los glúcidos y en el bajo valor calórico de la dieta. Los trabajos clínicos y anatomopatológicos adquirieron gran importancia a fines del siglo pasado, en manos de Frerichs, Cantani, Naunyn, Lanceraux, etc. y culminaron con las experiencias de pancreatectomía en el perro, realizadas por Mering y Minkowski en 1889. La búsqueda de la presunta hormona producida por las células descritas en el páncreas, en 1869, por Langerhans, se inició de inmediato. Hedon, Gley, Laguesse y Sabolev estuvieron muy cerca del ansiado triunfo, pero éste correspondió, en 1921, a los jóvenes canadienses Banting y Charles Best, quienes consiguieron aislar la insulina y demostrar su efecto hipoglucemiante.

---

<sup>10</sup> [Diabetes mellitus](http://Enciclopedia.encyclopedia.us.es/index.php/Diabetes_mellitus). Artículo de la Enciclopedia.encyclopedia.us.es/index.php/Diabetes\_mellitus 09 noviembre 2011

<sup>11</sup> [es.wikipedia.org/wiki/Diabetes\\_mellitus](http://es.wikipedia.org/wiki/Diabetes_mellitus) 10 noviembre 2011

Este descubrimiento significó una de las más grandes conquistas médicas del siglo XX, porque transformó el porvenir y la vida de los diabéticos y abrió amplios horizontes en el campo experimental y biológico para el estudio de la diabetes y del metabolismo de los glúcidos.<sup>12</sup>

### **1.2.2 DEFINICIÓN DE DIABETES MELLITUS (DM)**

La diabetes mellitus, comprende a un grupo heterogéneo de enfermedades sistémicas, crónicas, de causa desconocida, con grados variables de predisposición hereditaria y la participación de diversos factores ambientales que afectan al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas que se asocian fisiopatológicamente con una deficiencia en la cantidad, cronología de secreción y/o en la acción de la insulina. Estos defectos traen como consecuencia una elevación anormal de la glucemia después de cargas estándar de glucosa e incluso en ayunas conforme existe mayor descompensación de la secreción de insulina.<sup>13</sup>

Los síntomas principales de la diabetes mellitus son emisión excesiva de orina (poliuria), aumento anormal de la necesidad de comer (polifagia), incremento de la sed (polidipsia), y pérdida de peso sin razón aparente.<sup>14</sup>

La Organización Mundial de la Salud reconoce tres formas de diabetes mellitus: tipo 1, tipo 2 y diabetes gestacional (ocurre durante el embarazo), cada una con diferentes causas y con distinta incidencia. Varios procesos patológicos están involucrados en el desarrollo de la diabetes, le confieren un carácter

---

<sup>12</sup> [www.iqb.es/d\\_mellitus/historia/historia01.htm](http://www.iqb.es/d_mellitus/historia/historia01.htm) 10 noviembre 2011

<sup>13</sup> Secretaría de Salud de México. «Proyecto de modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes». Consultado el 7 de Noviembre de 2011. Véase también Rev. Med IMSS 2000; 38(6): pág. 477-495

<sup>14</sup> Pacheco C. R/Díaz Mejía G.S. Medicina General pp. 151

autoinmune, característico de la DM tipo 1, hereditario y resistencia del cuerpo a la acción de la insulina, como ocurre en la DM tipo 2.<sup>15</sup>

Este padecimiento causa diversas complicaciones, dañando frecuentemente a ojos, riñones, nervios y vasos sanguíneos. Sus complicaciones agudas (hipoglucemia, cetoacidosis, coma hiperosmolar no cetósico) son consecuencia de un control inadecuado de la enfermedad mientras sus complicaciones crónicas (cardiovasculares, nefropatías, retinopatías, neuropatías y daños micro vasculares) son consecuencia del progreso de la enfermedad.<sup>16</sup>

La presencia de diabetes tipo II implica la existencia de un antecedente heredofamiliar, mismo que, puede ser favorecido por hábitos alimenticios inadecuados, sedentarismo y sobrepeso<sup>17</sup>

El Día Mundial de la Diabetes, instituido por iniciativa de la Federación Internacional de la Diabetes y la OMS, se celebra el 14 de noviembre para conmemorar el aniversario del nacimiento de Frederick Banting, quien, junto con Charles Best, tuvo un papel determinante en el descubrimiento en 1922 de la insulina, hormona que permite tratar a los diabéticos.<sup>18</sup>

### **1.2.3 SIGNOS Y SÍNTOMAS**

Poliuria, polidipsia y polifagia.

Pérdida de peso a pesar de la polifagia. Se debe a que la glucosa no puede almacenarse en los tejidos debido a que éstos no reciben la señal de la insulina.

Fatiga o cansancio

Cambios en la agudeza visual.

---

<sup>15</sup> [http://www.who.int/topics/diabetes\\_mellitus/es/index.html](http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/index.html) 12 noviembre 2011

<sup>16</sup> [http://es.wikipedia.org/wiki/Diabetes\\_mellitus](http://es.wikipedia.org/wiki/Diabetes_mellitus) 12 noviembre 2011

<sup>17</sup> IMSS (2010). *Diabetes tipo II*. 10 noviembre 2011 [http://www.imss.gob.mx/salud/Diabetes/Diabetes\\_tipo\\_2.htm](http://www.imss.gob.mx/salud/Diabetes/Diabetes_tipo_2.htm)

<sup>18</sup> [http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world\\_diabetes\\_day/es/index.html](http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_diabetes_day/es/index.html) 10 noviembre 2011

Signos y síntomas menos frecuentes:

Vaginitis en mujeres, balanitis en hombres.

Aparición de glucosa en la orina u orina con sabor dulce.

Ausencia de la menstruación en mujeres.

Aparición de impotencia en los hombres.

Dolor abdominal.

Hormigueo o adormecimiento de manos y pies, piel seca, úlceras o heridas que cicatrizan lentamente.

Debilidad

Irritabilidad

Cambios de ánimo

Náuseas y vómitos, mal aliento

#### **1.2.4 DIAGNOSTICO**

Se basa en la medición única o continúa (hasta 2 veces) de la concentración de glucosa en plasma. La Organización Mundial de la Salud(OMS) estableció los siguientes criterios en 1999 para establecer con precisión el diagnóstico:

Síntomas clásicos de la enfermedad (Poliuria, Polidipsia, Polifagia y Pérdida de peso) más una toma sanguínea casual o al azar con cifras mayores o iguales de 200mg/dl (11,1 mmol/L)

Medición de glucosa en plasma en ayunas mayor o igual a 126mg/dl (7,0 mmol/L). Ayuno se define como no haber ingerido alimentos en al menos 8 horas.

La prueba de tolerancia a la glucosa oral (curva de tolerancia a la glucosa). La medición en plasma se hace dos horas posteriores a la ingesta de 75g de glucosa en 375 ml de agua; la prueba es positiva con cifras mayores o iguales a 200 mg/dl (11,1 mmol/l).

### **1.2.5 TRATAMIENTO**

Tanto en la diabetes tipo 1 como en la tipo 2, como en la gestacional, el objetivo del tratamiento es restaurar los niveles glucémicos normales, entre 70 y 105 mg/dl. En la diabetes tipo 1 y en la diabetes gestacional se aplica un tratamiento sustitutivo de insulina o análogos de la insulina. En la diabetes tipo 2 puede aplicarse un tratamiento sustitutivo de insulina o análogos, o bien, un tratamiento con antidiabéticos orales.

Para determinar si el tratamiento está dando resultados adecuados se realiza una prueba llamada hemoglobina glucosilada (HbA1c ó A1c). Una persona No-diabética tiene una HbA1c < 6 %. El tratamiento debería acercar los resultados de la A1c lo máximo posible a estos valores.

Un amplio estudio denominado DDCT demostró que buenos resultados en la A1c durante años reducen o incluso eliminan la aparición de complicaciones tradicionalmente asociadas a la diabetes: insuficiencia renal crónica, retinopatía diabética, neuropatía periférica, etc.

### **Intervenciones orientadas al estilo de vida**

Los principales factores ambientales que incrementan el riesgo de diabetes tipo 2 son la nutrición excesiva y una forma de vida sedentaria, con el consiguiente sobrepeso y obesidad.

Una pérdida de peso mínima, incluso de 4 kg, con frecuencia mejora la hiperglucemia. En la prevención de la enfermedad, una pérdida similar reduce hasta en un 60% el riesgo.

Un tratamiento completo de la diabetes debe de incluir no solo una dieta sana y ejercicio físico moderado y habitual sino también un control médico constante. Asimismo conviene eliminar otros factores de riesgo cuando aparecen al mismo tiempo como la hipercolesterolemia.

### **1.2.6 FISIOPATOLOGÍA DE LA DIABETES MELLITUS**

Las células metabolizan la glucosa para convertirla en una forma de energía útil; por ello el organismo necesita recibir glucosa (a través de los alimentos), absorberla (durante la digestión) para que circule en la sangre y se distribuya por todo el cuerpo, y que finalmente, de la sangre vaya al interior de las células para que pueda ser utilizada. Esto último sólo ocurre bajo los efectos de la insulina, una hormona secretada por el páncreas.<sup>19</sup>

En la DM (diabetes mellitus) el páncreas no produce o produce muy poca insulina (DM Tipo I) o las células del cuerpo no responden normalmente a la insulina que se produce (DM Tipo II).

Esto evita o dificulta la entrada de glucosa en la célula, aumentando sus niveles en la sangre (hiperglucemia). La hiperglucemia crónica que se produce en la diabetes mellitus tiene un efecto tóxico que deteriora los diferentes órganos y sistemas y puede llevar al coma y la muerte.<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> <sup>18</sup> <sup>19</sup> [http://es.wikipedia.org/wiki/Diabetes\\_mellitus](http://es.wikipedia.org/wiki/Diabetes_mellitus) fecha de consulta 10 noviembre 2011

La diabetes mellitus es un trastorno endocrino-metabólico crónico, que afecta la función de todos los órganos y sistemas del cuerpo: el proceso mediante el cual se dispone del alimento como fuente energética para el organismo (metabolismo), los vasos sanguíneos (arterias, venas y capilares) y la circulación de la sangre, el corazón, los riñones, y el sistema nervioso (cerebro, retina, sensibilidad cutánea y profunda, etc.)<sup>21</sup>

### **1.2.7 COMPLICACIONES**

#### **CETOACIDOSIS DIABÉTICA**

La cetoacidosis diabética es una descompensación de la diabetes mellitus que, junto con el estado hiperosmolar y la hipoglucemia, son las tres principales complicaciones agudas de la diabetes mellitus. A diferencia de las complicaciones crónicas, esta complicación se desarrolla en cuestión de horas y pone en peligro la vida del paciente, por lo que se considera una urgencia médica.

#### **1.2.8 FISIOPATOLOGÍA DE LA CETOACIDOSIS DIABÉTICA**

Se debe a la deficiencia parcial o total de la insulina en el organismo. La deficiencia parcial ocurre en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 —adultos jóvenes o de mediana edad— que cuentan aún con una reserva pancreática. También sucede en pacientes con diabetes mellitus tipo 1, que utilizan dosis insuficientes de insulina. En estos pacientes la escasa insulina con que disponen no evita que los niveles de glucosa estén por arriba de lo normal, pero basta para evitar la cetosis. Para que se desarrolle CAD es especialmente necesaria la combinación de déficit de insulina y exceso de glucagón.<sup>22</sup>

Se agrega un factor desencadenante, generalmente un aumento brusco en los requerimientos energéticos del organismo. Ejemplos habituales son enfermedades infecciosas—particularmente las urinarias y respiratorias—cirugías, periodos de ayuno prolongado, aumento en la actividad física o suspensión o disminución de

---

<sup>22</sup> <sup>21</sup> R. Pacheco Carlos Díaz Mejía Guillermo S. Medicina General pp. 152-154

las dosis de fármacos hipoglucemiantes. Otro factor desencadenante puede ser el aumento súbito de las concentraciones de glucosa sanguínea, como resultado de una ingesta calórica extra —como puede ser una comida particularmente abundante o la ingesta de alcohol—. <sup>23</sup>

En este punto se desencadena un aumento paulatino de los niveles sanguíneos de glucosa, que al rebasar los 180 mg/dl ejerce un efecto osmótico sobre el agua en los túbulos renales, y por consiguiente, aumenta la diuresis (producción de orina).

El efecto osmótico es proporcional al nivel de glucosa sanguínea, por lo que mientras más se eleva el nivel de glucosa, más líquido se pierde por la diuresis. La pérdida de agua es tan intensa que pone en peligro al paciente, al provocar hipovolemia severa, lo que conduce al shock (hipotensión severa e hipoperfusión tisular) y falla cardiovascular (arritmias y asistolia). <sup>24</sup>

A esto se añade la pérdida de electrolitos como sodio, potasio, cloro y bicarbonato, que conlleva un desequilibrio hidroelectrolítico (hiponatremia, acidosis metabólica, hipocloremia); agravando los efectos nocivos de la deshidratación -particularmente los que afectan al corazón (arritmias)-, además de afectar al sistema nervioso central, provocando alteraciones de la conciencia (sopor, estupor, coma), desorientación y convulsiones. <sup>25</sup>

Junto a los cambios descritos, ocurre un aumento de las sustancias llamadas "hormonas contra reguladoras", principalmente el glucagón, adrenalina y la hormona del crecimiento. Éstas se liberan como respuesta a la incapacidad de la glucosa para entrar a las células, debido a la carencia de insulina. Su efecto es aumentar las concentraciones de glucosa, intentando compensar su "déficit" intracelular. <sup>26</sup>

---

<sup>24</sup> [http://es.wikipedia.org/wiki/Cetoacidosis\\_diabetica](http://es.wikipedia.org/wiki/Cetoacidosis_diabetica) 9 de noviembre 2011

<sup>25</sup> <sup>24</sup> <sup>25</sup> R. Pacheco Carlos Díaz Mejía Guillermo S. *Medicina General* pp.152-155

Este aumento en la concentración se debe a la producción de glucosa en el hígado y el riñón a partir de sustratos como grasos, glucógeno y aminoácidos (gluconeogénesis y glucogenolisis).

El resultado de estos procesos es agravar la hiperglucemia causada por la ausencia de insulina, así como la acumulación de cuerpos cetónicos — subproductos de la oxidación de los ácidos grasos— produciendo acidosis metabólica y agravando el estado del paciente.<sup>27</sup>

### **Sintomatología**

Inicialmente los síntomas son los propios de una diabetes mellitus descontrolada: poliuria, polifagia y polidipsia, a los que se le añade malestar general, cefalea, debilidad, astenia y adinamia. Conforme la deshidratación y la alteración hidroelectrolítica se acentúan, se añade desorientación y sopor (especialmente en pacientes debilitados o ya enfermos), así como náusea, vómito y dolor abdominal.

La exploración física muestra datos típicos de deshidratación (boca y conjuntivas secas, ojos hundidos, piel seca, pulso débil, hipotensión, respiración superficial), junto con datos de gravedad (hipotensión severa, pulso no detectable, falta de reacción a estímulos) y algunos más específicos como la respiración de Kussmaul<sup>4</sup> (respiración rápida, profunda, irregular) provocada por la acidosis metabólica y el "aliento cetónicos" o aliento con olor a frutas ácidas, provocado por la salida de acetona a través del aliento.

### **Datos de laboratorio**

El elemento más destacable es la hiperglucemia que, casi invariablemente, se encuentra en niveles por encima de los 250 mg/dl.

El grado de acidosis metabólica se evalúa a través de la medición del pH sanguíneo y la concentración de bicarbonato. En casos leves el pH fluctúa entre 7.25 a 7.30, y el bicarbonato entre 15 a 18 mEq/L; sin embargo en casos

graves pueden descender hasta  $<7.00$  y  $<10$  mEq/L respectivamente, concentraciones que se asocian con estupor y coma.<sup>28</sup>

También se mide la concentración sanguínea de sodio y se calcula la osmolaridad sérica, la que da una indicación indirecta del grado de deshidratación —que puede alcanzar 6-7 litros de déficit—. Se debe recordar que la hiperglucemia altera las cifras medibles de sodio sanguíneo, por lo que se debe "corregir" el valor del sodio con la fórmula:  $Na \text{ corregido} = Na \text{ medido} + 0.016$  (Glucosa sanguínea - 100).<sup>29</sup>

### **1.3 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

#### **1.3.1 Diabetes mellitus Descompensada**

Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa, cefalea.

Vigilar la presencia de cuerpos cetónicos en orina

Administrar insulina según prescripción

Administrar líquidos IV

Administrar potasio según prescripción

Instruir al paciente y familiares en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglucemia.

Fomentar el autocontrol de los niveles de glucosa en sangre

Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y ejercicios

---

<sup>28 27</sup> R. Pacheco Carlos Díaz Mejía Guillermo S. Medicina General pp.152-155

### **1.3.2 Deterioro de la integridad cutánea**

Fomentar los ejercicios de movilización articular

Favorecer una circulación óptima cuando el paciente este en cama

Seguir un orden de cambios posturales que alivie la zona vulnerable lo más a menudo posible

Girar a la persona o enseñarle a girarse o a cambiar el peso cada 30 minutos a 2 horas

Alternar o reducir la presión ejercida sobre la piel con una superficie de apoyo adecuada

Enseñar a la persona y familia las técnicas específicas que se deben seguir en casa para prevenir las úlceras por decúbito.

Cubrir la úlcera de decúbito con un apósito estéril que mantenga un ambiente húmedo sobre la base de la úlcera

Vigilar la aparición de signos clínicos de infección de la herida

Proteger el lecho de la herida que esta granulando de los traumatismos y de las bacterias. Aislar la superficie de la herida.

### **1.3.3 Dolor agudo**

Valorar al paciente que presenta dolor

Observar claves no verbales de dolor

Valorar los factores que disminuyen la tolerancia al dolor

Reducir o eliminar los factores que intensifican la experiencia dolorosa

Colaborar con la persona para determinar qué métodos podrían utilizarse para reducir la intensidad del dolor

Proporcionar a la persona un alivio óptimo del dolor con analgésicos prescritos

Valorar la respuesta a los analgésicos

Ayudar a la familia para que responda positivamente a la experiencia dolorosa del paciente

#### **1.3.4 Estreñimiento**

Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento

Comprobar movimientos intestinales

Explicar la etiología del problema

Identificar los factores que pueden ser causa del estreñimiento

Fomentar el aumento de ingesta de líquido

Instruir a la paciente acerca de la dieta rica en fibra

Enseñar ejercicios que aumenten el tono de los músculos abdominales

Enseñar al paciente y familia los procesos digestivos normales

#### **1.3.5 Trastorno de la comunicación**

Expresar verbalmente el problema de la frustración sobre la incapacidad de comunicarse, y explicar que tanto la enfermera como la persona que intenta hablar deben tener paciencia.

Mantener una actitud tranquila y positiva

Infundir confianza

Anticipar las necesidades y realizar preguntas que necesiten una respuesta simple

Animar a la familia a que exprese sus sentimientos sobre los problemas de comunicación

Utilizar un tono de voz normal y hablar sin prisas, con frases cortas

Animar a la persona a tomarse su tiempo para hablar y a pronunciar las palabras despacio, con buenos movimientos de los labios

### **1.3.6 Trastorno de la movilidad física**

Explicar el problema y el objetivo de cada ejercicio.

Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función

Asegurarse de que los ejercicios iniciales son fáciles de realizar y requieren una fuerza y una coordinación submáximas

Aumentar la movilidad de los ejercicios, determinar el tipo de ejercicio adecuado para la persona

Realizar ejercicios de movilización articular pasiva o activo-asistida.

Fomentar sentarse en un lado de la cama

Determinar el nivel de motivación del paciente para mantener o restablecer el movimiento articular

### **1.3.7 Incapacidad para bañarse**

La hora y los métodos del baño deben ser constantes para favorecer la independencia

Proporcionar intimidad durante el baño

Mantener caliente el cuarto de baño

Observar el estado de la piel durante el baño

Proporcionar todo el material de baño y situarlo al alcance de la mano

Dar seguridad en el cuarto de baño

Mantener el entorno tranquilo y ordenado

### **1.3.8 Riesgo de Caídas**

Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas

Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas

Utilizar la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama, baño.

Utilizar barandillas laterales para evitar caídas de la cama.

Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos

Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse

Educar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y como disminuir dichos riesgos.

### **1.3.9 Temor**

Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad

Valorar los factores estresantes para la paciente

Animar al paciente a verbalizar sus temores, y preocupaciones

Proporcionar a la paciente información sobre el proceso de enfermedad, riesgo de complicaciones y tratamiento

### **1.3.10 Mejorar el patrón de sueño**

Explicar la importancia de un patrón de sueño adecuado durante la enfermedad

Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.

Enseñar a la paciente a controlar las pautas de sueño

Instruir al paciente y a sus seres queridos los factores que contribuyen al esquema de sueño.

Disponer /llevar a cabo medidas agradables: masajes, contacto

### **1.3.11 Mejorar los procesos familiares**

Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado

Identificar la falta de auto cuidados del paciente

Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal

Animar a la familia a que se centre en cualquier aspecto positivo de la situación del paciente

Observar la implicación de los miembros de la familia en el cuidado del paciente

### **1.3.12 Mejorar el bienestar espiritual**

Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía

Tratar al paciente con dignidad y respeto

Enseñar métodos de relajación, meditación e imaginación guiada.

Estar dispuesto a escuchar los sentimientos de la paciente

Expresar simpatía con los sentimientos de la paciente

Animar a participar en interacciones con miembros de la familia

### **1.3.13 Mejorar el Afrontamiento**

Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad

Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente

Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

Ayudar al paciente a identificar objetivos adecuado a corto y largo plazo

## 1.4 EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SUS ETAPAS

El proceso es un método, que por lo general abarca cierto número de pasos, y que intenta lograr un resultado particular. El proceso de enfermería es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería. Este proceso se utiliza para identificar los problemas del paciente, para planear y efectuar en forma sistemática los cuidados de enfermería, y para evaluar los resultados obtenidos con estos cuidados.<sup>30</sup>

Cada paciente es una persona autónoma y valiosa que interacciona de un modo especial con el ambiente, y que debe valorarse como una unidad. Debido a que los diagnósticos de enfermería derivan de estas valoraciones y a que el paciente está interaccionando continuamente con el ambiente, la enfermera debe aplicar el proceso en un ciclo de valoración continuo, diagnosticando, planificando, interviniendo y evaluando. No puede concebirse un diagnóstico de enfermería fuera del contexto del proceso de enfermería.<sup>31</sup>

Cada paso depende de la exactitud del precedente; la valoración y la evaluación están relacionadas con el diagnóstico, la planificación y la intervención.

Cuando se implementa el plan, la enfermera también está valorando el estado actual del paciente y evaluando su respuesta a las intervenciones. La división de cinco etapas se hace con fines explicativos; se trata en realidad de un proceso continuo cuyos pasos están interrelacionados.

El uso del proceso de enfermería como herramienta habitual en todas las actividades relacionadas a la enfermería, es un método que emplea valoración, planeación ejecución y evaluación en su desarrollo, el proceso de enfermería es flexible, adaptable y aplicable en todas las situaciones. Proporciona un enfoque intencional, sistemático y organizado de la práctica de enfermería que logra el

---

<sup>30</sup> Marriner Ann El proceso de atención de enfermería pp. 1

<sup>31</sup> Juall Carpenito Lynda Diagnosticos de Enfermería pp. 24

principal propósito de la enfermera: promover el bienestar, contribuir a la mejor calidad de vida y la máxima utilización de todos los recursos.<sup>32</sup>

### 1.4.1 VALORACIÓN

Durante la fase de valoración primer paso del proceso de enfermería, es la recogida deliberada y sistemática que se necesita para reunir y examinar la información con el fin de obtener todos los datos necesarios para determinar el estado de salud del paciente, describir sus capacidades y evaluar sus patrones de afrontamiento pasados y actuales.<sup>3334</sup>

Los datos se obtienen mediante cinco técnicas:

- 1) Entrevista
- 2) Exploración física
- 3) Observación
- 4) Revisión de registros e informes diagnósticos
- 5) Colaboración con los compañeros

La recogida de datos se centra en la identificación del paciente:

Estado de salud presente y pasado

Patrones de afrontamiento presentes y pasados (capacidades y limitaciones)

Estado funcional presente y pasado

Respuesta al tratamiento (de enfermería, médico)

Riesgo de problemas potenciales

---

<sup>32</sup> Marriner Ann El proceso de atención de enfermería pp. 18

<sup>33</sup> Juall Carpenito Lynda Diagnosticos de Enfermería pp. 24

<sup>34</sup> Alfaro Rosalinda Aplicación del proceso de enfermería pp. 13

Deseo de un mayor nivel de bienestar

El proceso de valoración

Para realizar una valoración correcta, la enfermera debe de ser capaz de:

Comunicarse de forma eficaz

Observar sistemáticamente

Confirmar e interpretar los datos con exactitud

### **Comunicación Eficaz**

Cualquier interacción enfermera-paciente está basada en la comunicación. El término comunicación terapéutica describe las técnicas que animan al paciente o familiar a compartir puntos de vista y sentimientos de una forma abierta. Estas abarcan técnicas verbales y no verbales, así como la empatía y la sensación de afecto. Las técnicas verbales consisten en formular preguntas cerradas y de respuesta libre, analizar y validar las respuestas. Las técnicas no verbales comprenden la escucha activa, y el uso del silencio, el tacto la mirada. La escucha activa que es la más importante en la recogida de datos.

Los elementos de una escucha activa comprenden:

Canalizar la atención hacia el transmisor y estar tranquilo con uno mismo

Reducir o eliminar barreras

Mantener la mirada

Colocarse cara a cara, hombro a hombro

Evitar las interrupciones

Escuchar tanto los sentimientos como las palabras

Permitir pausas en la conversación

Siempre existen barreras a la escucha activa: la enfermera profesional debe tomar las medidas adecuadas para eliminarlas o para suprimir su influencia sobre una interacción.

La capacidad de observar de forma sistemática depende de la base de conocimientos de la enfermera.

Los datos disponibles después de su recogida son abundantes. Para interpretarlos con exactitud, la enfermera debe ordenarlos o agrupar los signos en patrones que representan algo, la enfermera aprende a englobar un conjunto de signos o síntomas.

### **Formatos de recogida de datos**

La recogida de datos suele presentarse en dos formatos: la valoración basal o de detección y la valoración específica.

Una valoración inicial de base o de detección implica la recogida de una serie predeterminada de datos durante el primer contacto con el paciente.

### **Valoración física**

Es la recopilación de datos objetivos referentes al estado físico del paciente abarca una exploración de pies a cabeza y enfocada hacia los sistemas corporales. Las técnicas empleadas comprenden la inspección, palpación, percusión y auscultación.

La valoración inicial debe organizarse de forma que permita una recogida de datos sistemática y eficaz. La valoración específica, que puede durar unos pocos minutos o ser más prolongada, consiste en la recogida de datos seleccionados y específicos según lo determinen la enfermera y el paciente o familiar, o el estado del paciente.

La valoración abarca la recogida, interpretación, agrupamiento y análisis de datos. Esta compleja actividad cognoscitiva precisa de conocimientos obtenidos a partir de la teoría, la experiencia personal y otras fuentes. En un determinado momento, los datos de la valoración se convierten en signos diagnósticos que apoyan los anuncios diagnósticos (diagnósticos de enfermería y problemas interdisciplinarios).

La enfermería debe encauzar con cautela este primer paso del proceso de enfermería para reducir el riesgo de suposiciones e interpretaciones equivocadas. Los errores de la valoración pueden dar lugar a diagnósticos incorrectos e intervenciones ineficaces, que pueden ir en detrimento de los pacientes y dar lugar a un uso incompetente de los recursos de enfermería.

#### **1.4.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Tipos y componentes de los diagnósticos de enfermería: Reales, de riesgo, posibles, y de bienestar.

##### **Diagnósticos de Enfermería Reales**

Un diagnóstico de enfermería real describe un problema que ha sido confirmado por la presencia de las principales características que lo definen. Este tipo de diagnóstico de enfermería consta de cuatro componentes: etiqueta, definición, características que lo definen y factores relacionados.

##### **Definición**

La definición debe añadir precisión a la etiqueta. Debe ayudar a diferenciar un diagnóstico determinado de otros diagnósticos parecidos.

Características definitorias son los signos y síntomas que, en conjunto, constituyen ese diagnóstico. Las características definitorias se dividen en dos grupos principales y secundarios.

## Principales

En los diagnósticos que no han sido investigados: para confirmar el diagnóstico debe aparecer al menos una característica principal.

## Secundarias

Proporcionan datos que corroboran el diagnóstico, pero pueden estar ausentes.

## **Factores Relacionados**

En los diagnósticos de enfermería reales, los factores relacionados son aquellos que han contribuido al cambio del estado de salud. Estos factores pueden agruparse en: fisiopatológicos, de situación, relacionados con el tratamiento.<sup>35</sup>

## **Diagnósticos de Enfermería de Riesgo**

Son los diagnósticos que describen la vulnerabilidad o posibilidad de un individuo para desarrollar un problema de salud. Describen las respuestas humanas a esos problemas o estados de salud que pueden desarrollarse. Estos diagnósticos incluyen las siguientes categorías diagnósticas: - Etiqueta - Definición - Factores de riesgo.<sup>36</sup>

### **Etiqueta**

La descripción concisa de la alteración del estado de salud del paciente viene precedida por el término Riesgo de.

### **Definición**

Al igual que en el diagnóstico de enfermería real, la definición en el diagnóstico de riesgo expresa un significado preciso y claro del diagnóstico.

### **Factores de Riesgo**

---

<sup>35 31 32</sup> Juall Carpenito Lynda Diagnósticos de Enfermería pp. 7-9

Los factores de riesgo de los diagnósticos de enfermería identifican aquellas situaciones que incrementan la vulnerabilidad de un paciente o grupo. El diagnóstico se confirma por la existencia de factores de riesgo.<sup>37</sup>

### **Factores Relacionados**

En los diagnósticos de enfermería de riesgo, los factores relacionados son los propios factores de riesgo.

### **Diagnósticos de Enfermería de Bienestar**

Es un juicio clínico respecto a una persona, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Para que una persona o grupo tengan un diagnóstico de bienestar deben cumplir dos requisitos:

Deseos de conseguir un nivel superior de bienestar

Estado o función actuales eficaces.

Los diagnósticos de enfermería de bienestar se escriben como enunciados de una parte, conteniendo solo la etiqueta.

Los diagnósticos de enfermería de bienestar carecen de factores relacionados. Un elemento imprescindible para estos diagnósticos es el paciente o grupo que comprenda que puede alcanzar un nivel funcional más elevado si lo desea o es capaz.<sup>38</sup>

---

<sup>38</sup> <sup>34</sup> Juall Carpenito Lynda Diagnosticos de Enfermería pp. 10, 35

### **1.4.3 PLANIFICACIÓN**

#### **Planes de Cuidados de Enfermería**

Los cuidados de enfermería son imprescindibles 7 días a la semana y 24 horas del día, las enfermeras disponen de diversos métodos para transmitir el cuidado de un paciente a otros profesionales sanitarios.

Los cuidados de enfermería deben ser específicos para cada proceso y para la duración de la estancia, y pueden organizarse en vías o planes de cuidados estandarizados. Estos planes previstos no son cerrados, y se pueden añadir nuevos elementos según las necesidades del paciente y la duración de la estancia.<sup>39</sup>

Los planes de cuidado describen la planificación de los cuidados, pero no la forma en que estos se llevan a cabo. Esta fase de planificación del proceso de enfermería tiene tres componentes:

Establecer una serie prioritaria de diagnósticos

Designar criterios de resultados y objetivos de enfermería

Prescribir intervenciones de enfermería

#### **Establecimiento de una serie prioritaria de diagnósticos**

##### **Diagnósticos prioritarios**

Aquellos diagnósticos de enfermería o problemas interdisciplinarios que, si no se tratan en ese momento, impedirán la consecución de resultados o influirán negativamente en el estado funcional del paciente.

## **Diagnósticos importantes**

Aquellos diagnósticos de enfermería o problemas interdisciplinarios en los que puede demorarse el tratamiento sin comprometer el estado funcional actual.

## **Criterios de resultados y objetivos de enfermería**

Los objetivos del paciente y los objetivos de enfermería, son medidas utilizadas para evaluar el progreso (resultados) del paciente o actuación de la enfermera (proceso). (Alfaro 1994) los objetivos del cliente son enunciados que describen una conducta mensurable del paciente, familia o grupo, que denotan un estado favorable (modificado o mantenido) después de haber llevado a cabo un cuidado de enfermería.<sup>40</sup>

Los objetivos del paciente sirven como criterios para medir la eficacia de un plan de cuidados. Puesto que estos criterios de resultados para los diagnósticos de enfermería representan estados favorables que se pueden alcanzar o mantener mediante las intervenciones de enfermería prescritas (independientes), pueden servir para diferenciar los diagnósticos de enfermería de los problemas interdisciplinarios. Determinadas situaciones pueden necesitar la actuación de varias disciplinas.<sup>41</sup>

## **Objetivos para los diagnósticos de enfermería**

Los objetivos del paciente pueden representar la resolución de un problema, los signos de progresión hacia su resolución, hacia una mejoría del estado de salud o hacia el mantenimiento continuado de un buen estado de salud o de función.

Estos objetivos se emplean para:

---

<sup>40</sup> <sup>40</sup> Juall Carpenito Lynda Diagnosticos de Enfermería pp. 36-38

Dirigir las intervenciones para alcanzar los cambios o el mantenimiento deseados.

Medir la eficacia y la validez de las intervenciones

Los objetivos, o criterios de resultados, pueden formularse para dirigir y medir los resultados positivos y negativos. Los criterios de resultados positivos tratan de dirigir las intervenciones para proporcionar al paciente:

Una mejora en el estado de salud aumentando el bienestar y las técnicas de afrontamiento.

El mantenimiento de un nivel optimo actual de salud.

Un grado optimo de afrontamiento con otras personas allegadas, colaboración y satisfacción con los profesionales sanitarios

Una adaptación optima al deterioro del estado de salud

Una adaptación optima frente a una enfermedad terminal

Los criterios de resultados negativos tratan de dirigir las intervenciones para prevenir alteraciones negativas en el paciente como: complicaciones, discapacidades, muerte evitable.<sup>42</sup>

### **Componentes de los criterios de resultados**

Las características esenciales de los criterios de resultados son los siguientes: los criterios de resultados deben:

Ser a largo plazo o corto plazo

Poseer una característica mensurable

Tener un contenido y duración específicos

Ser asequibles

---

<sup>42</sup> <sup>38</sup> Juall Carpenito Lynda Diagnosticos de Enfermería pp. 38-39

Los objetivos a largo y corto plazo pueden definirse como:

Largo plazo: un objetivo que se espera alcanzar en semanas o meses

Corto plazo: un objetivo que se espera alcanzar en pocos días o como escalón para lograr un objetivo a largo plazo (Alfaro 1998).

Los criterios de los resultados deben ser específicos en contenido y tiempo. Tres elementos contribuyen a la especificidad de un objetivo: contenido, modificadores y tiempo de consecución. El contenido indica lo que el paciente tiene que hacer, experimentar o aprender. <sup>43</sup>

Los modificadores añaden las preferencias específicas o individuales al objetivo. Suelen ser adjetivos o adverbios.

El tiempo de consecución de un objetivo puede añadirse al mismo utilizando alguna de las tres opciones: antes del alta, continuado, en una fecha dada.

### **Prescripción de las intervenciones de enfermería**

Existen dos tipos de intervenciones de enfermería: las prescritas por la enfermera y las prescritas por el médico, las primeras son aquellas formuladas por las propias enfermeras para ejecutarlas ellas mismas o el resto del personal de enfermería. <sup>44</sup>

Las intervenciones delegadas son prescripciones para los pacientes formuladas por los médicos, para que las lleve a cabo el personal de enfermería. Las órdenes médicas no son órdenes para las enfermeras, sino más bien órdenes para los pacientes que las enfermeras ejecutan si está indicado. <sup>45</sup>

---

<sup>44</sup> <sup>40</sup> <sup>41</sup> Juall Carpenito Lynda Diagnosticos de Enfermería pp. 40

Bulechek y McCloskey 1989 definieron las intervenciones de enfermería como cualquier tratamiento directo de cuidados que realiza una enfermera en beneficio del paciente, estos tratamientos abarcan los iniciados por la enfermera como resultado de los diagnósticos de enfermería, los iniciados por el médico como resultado de diagnósticos médicos, y el desempeño de las actividades cotidianas esenciales del cliente que éste no pueda realizar.<sup>46</sup>

Los objetivos de las intervenciones son diferentes para los diagnósticos de enfermería reales, de riesgo y bienestar, y para los problemas interdisciplinarios.

### **Diagnósticos de enfermería reales**

Las intervenciones pretenden:

Reducir o eliminar los factores relacionados o el diagnóstico

Fomentar un mayor grado de bienestar

Monitorizar la situación

### **Diagnósticos de enfermería de riesgo**

Las intervenciones pretenden:

Reducir o eliminar los factores de riesgo

Prevenir la aparición del problema

Monitorizar su inicio

### **Diagnósticos de enfermería posibles**

Las intervenciones pretenden:

Recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el diagnóstico

---

## **Problemas interdisciplinarios**

Las intervenciones pretenden:

Monitorizar los cambios de situación

Manejar los cambios de situación mediante intervenciones prescritas por el médico y por la enfermera

Evaluar la respuesta

## **Ordenes de enfermería**

Las directrices específicas para la enfermería se componen de lo siguiente:

Fecha

Verbo indicativo

Firma

La enfermera debe ser capaz de prescribir el tratamiento definitivo para el diagnóstico de enfermería enunciado o para los factores relacionados.

### **1.4.4 EJECUCIÓN**

El componente de ejecución del proceso de enfermería comprende la aplicación de las habilidades necesarias para llevar a cabo las intervenciones de enfermería. Las habilidades y el conocimiento necesarios para la implementación suelen centrarse en:

Realizar la actividad para el cliente o para ayudarlo

Realizar valoraciones de enfermería para identificar problemas nuevos y determinar la situación de los problemas existentes.

Realizar una función docente para ayudar a los pacientes a adquirir nuevos conocimientos respecto a su propia salud o el manejo de un trastorno

Ayudar a los pacientes a tomar decisiones sobre su auto cuidado

Consultar con otros profesionales sanitarios, y remitirles a ellos, para obtener la orientación adecuada

Realizar intervenciones terapéuticas específicas para eliminar, reducir o resolver problemas de salud

Ayudar a los paciente a realizar actividades por si mismo

Ayudar a los pacientes a identificar riesgos o problemas y a explorar las opciones disponibles [Alfaro-LeFevre \(1998\)](#)

La enfermera no solo debe poseer estas habilidades, sino que también debe valorar, enseñar y evaluar a todo el personal de enfermería a su cargo. La enfermera es responsable de la planificación de cuidados, pero no de su ejecución. Esto hace necesario que la enfermera posea habilidades directivas de delegación, afirmación y evaluación.<sup>47</sup>

#### **1.4.5 EVALUACIÓN**

La evaluación abarca:

Evaluación del estado del cliente

Evaluación del progreso del cliente hacia el logro del objetivo

Evaluación del estado y la vigencia del plan de cuidados

La enfermera es responsable de la evaluación periódica del estado del cliente. Algunos clientes necesitan una evaluación diaria; otros necesitan una evaluación cada hora o continúa.

---

<sup>47</sup> <sup>43</sup> Juall Carpenito Lynda Diagnosticos de Enfermería pp. 42

Para evaluar un diagnóstico de enfermería son necesarios criterios de resultados u objetivos del paciente. Una vez que el personal de enfermería y el cliente han establecido mutuamente los objetivos del cliente, la enfermera debe: <sup>48</sup>

Valorar el estado del paciente

Comparar esta respuesta con los criterios de resultados

Concluir si el paciente está progresando o no hacia el logro de resultados

Evaluación del plan de cuidados, este tipo de evaluación depende de las conclusiones derivadas de la evaluación del progreso o estado del paciente.

## **1.5 PATRONES FUNCIONALES DE SALUD**

Los Patrones Funcionales de Salud es un método ideado por Marjory Gordon, para ser utilizado por las enfermeras en el proceso de enfermería para proporcionar una más amplia valoración del paciente con una visión integral de la salud que aborda aspectos sociales y culturales que van más allá de lo biológico o social.<sup>49</sup>

Los patrones de salud ya sea de un individuo, una familia o una comunidad, surgen de la evolución entre la persona y el entorno. Cada patrón es una expresión de integración psicosocial. Ningún patrón puede comprenderse sin el conocimiento de los restantes. Los patrones funcionales están influidos por factores biológicos, del desarrollo, culturales, sociales y espirituales. Los patrones de salud disfuncionales pueden aparecer con la enfermedad, aunque también puede conducir a ella.<sup>50</sup>

La valoración enfermera, base de la identificación de los problemas de salud reales y potenciales, permite establecer los diagnósticos enfermeros. Para llevar a

---

<sup>49 50</sup> Gordon Marjory Manual de diagnósticos enfermeros pp.2

cabo la valoración enfermera se pueden utilizar los patrones funcionales que son validos independientemente del modelo enfermero a utilizar.

Los patrones funcionales se definen como un conjunto de conductas/configuración de comportamiento que determina el estado de salud y se dan de manera secuencial en el proceso evolutivo de la persona.

Los once patrones funcionales tienen la característica de conducir de forma lógica al diagnostico enfermero, contemplan al paciente en forma holística y se obtiene toda la información necesaria del paciente, familia, entorno.

Los agrupo en 11 patrones con una estructura para valorar cada uno de los aspectos de salud que afectan al individuo:

### **Patrón I Percepción y manejo de la Salud**

Describe la percepción del cliente de su patrón de salud y bienestar y cómo lo maneja. Incluye la percepción del individuo de su estado de salud y de su relevancia para las actividades actuales y sus planes futuros. También incluye el manejo de los riesgos para la salud y las conductas generales de cuidado de la misma, tales como las medidas de seguridad y la realización de actividades de promoción de la salud física y mental.

### **Patrón II Nutricional metabólico**

Describe el consumo de alimentos y líquidos del cliente en relación con sus necesidades metabólicas y los indicadores del aporte local de nutrientes. Incluye los patrones individuales de consumo de alimentos y líquidos: las comidas preferidas, y el consumo de nutrientes o complementos vitamínicos. Describe los patrones de lactancia materna y de alimentación de lactantes. Comprende informes sobre lesiones cutáneas, la capacidad de cicatrización y mediciones de la temperatura corporal, la altura y el peso. También se incluye el aspecto general

del bienestar, y el estado de la piel, el pelo, las uñas, las membranas mucosas y los dientes.<sup>51</sup>

### **Patrón III Eliminación**

Describe los tipos de función excretora (fecal, urinaria y cutánea), comprende la regularidad de la función excretora percibida por la persona, el uso de rutinas o de laxantes para la eliminación fecal, y cualquier cambio o alteración en el horario, modo de excreción, calidad o cantidad de eliminación. También se incluyen métodos para controlar la excreción.

### **Patrón IV Actividad/ ejercicio**

Describe el patrón de ejercicio, actividad, ocio y diversión. Comprende las actividades de la vida diaria que precisan un gasto de energía, como la higiene, la preparación de la comida, la compra, la comida, el trabajo y el mantenimiento del hogar. También, se incluyen el tipo, la cantidad y la calidad del ejercicio especialmente los deportes, que explica el patrón clásico del individuo. Este patrón comprende también los métodos de ocio y describe las actividades de ocio que el paciente realiza en grupo o de forma individual. Se hace hincapié en las actividades de gran importancia o relevancia, y en sus limitaciones. También se incluyen los factores que interfieren con las actividades deseadas o esperadas para el individuo.

### **Patrón V Sueño/descanso**

Describe los patrones de sueño, reposo y relajación. Comprende los patrones de sueño y los periodos de reposo/relajación durante la 24 horas del día. Incluye la percepción de la calidad y la cantidad de sueño y reposo, la percepción del grado de energía después del sueño, y de cualquier trastorno del sueño. También incluye métodos de ayuda para dormir, como medicamentos o rutinas nocturnas que utilice la persona.

---

<sup>51</sup> Gordon Marjory Manual de Diagnósticos de Enfermería pp. 3

### **Patrón VI Cognitivo-perceptivo**

Describe el patrón sensorio-perceptivo y cognitivo. Comprende la idoneidad de las formas sensoriales, como la visión, la audición, el gusto, el tacto y el olfato, y la compensación o el uso actual de prótesis. Cuando sea adecuado, se incluye informes de la percepción del dolor y la manera en que se controla. También se incluyen habilidades funcionales cognitivas, como el lenguaje, la memoria, el juicio y la toma de decisiones.

### **Patrón VII Auto-percepción-autoconcepto**

Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones del estado de ánimo. Comprende las actitudes del individuo sobre sí mismo, la percepción de habilidades (cognitivas, afectivas o físicas), la imagen corporal, la identidad, la sensación general de valía personal, y el patrón general emocional. Se incluyen la postura y el movimiento corporal, el contacto ocular, la voz y el tipo de habla.

### **Patrón VIII Rol-relaciones**

Describe el modelo de desempeño de roles y de relaciones. Incluye la percepción individual sobre los principales roles y responsabilidades en la situación vital actual. Se incluye información sobre la satisfacción o problemas familiares, laborales o en las relaciones sociales, y sobre las responsabilidades relacionadas con estos roles.

### **Patrón IX Sexualidad/ reproducción**

Este patrón describe la satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, y el patrón reproductivo. Comprende la satisfacción percibida por el individuo o informa de los trastornos en su sexualidad. También incluye la fase reproductiva de la mujer (premenopáusicas o posmenopáusicas) y cualquier problema subjetivo.

### **Patrón X Afrontamiento/ Tolerancia al estrés**

Describe el patrón general de afrontamiento y su eficacia, en términos de tolerancia del estrés. Comprende la reserva o la capacidad del individuo para resistir un desafío a la integridad personal, la manera de manejar el estrés, los sistemas de apoyo familiares u otros, y la habilidad subjetiva para controlar situaciones estresantes.

### **Patrón XI Valores y creencias**

Describe los patrones de valores, objetivos, o creencias (como las espirituales), que guían la elección o las decisiones. Incluye los aspectos que el individuo percibe como importantes en su vida, la calidad de vida y cualquier conflicto subjetivo en valores, creencias, o expectativas de tipo sanitario.<sup>52</sup>

---

<sup>52</sup> Gordon Marjory Manual de Diagnosticos de Enfermería pp.5

## **CAPÍTULO II APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

### **2.1 PRESENTACIÓN DEL CASO**

La señora Josefina tiene 56 años, es soltera tiene 1 hija de 23 años de edad, se dedica al hogar, solo curso la primaria completa, profesora la religión católica mide 1.45 pesa 61 Kg. Desde hace 10 años se sabe diabética con tratamiento médico a base de hipoglucemiantes sin control médico.

Inicia padecimiento el día 19 de septiembre de 2011, al presentar astenia, adinamia con escalofríos, intolerancia a la vía oral, por lo que acude al médico particular prescribiendo tratamiento para colitis, sin ninguna mejoría razón por la cual acude el día 21 de septiembre al hospital, a su ingreso se presenta con desorientación, respiración superficial, astenia, adinamia y queda encamada en el servicio de terapia intensiva.

Ingresar al servicio de medicina interna el día 5 de octubre de 2011, encontrándose a la exploración física: conciente, tranquila, semihidratada, con disfonía, voz débil, poco audible y dificultad para la deglución, refiere debilidad generalizada y pérdida de fuerza muscular en miembros inferiores, úlceras por decúbito en región glútea, articulación de rodilla derecha, y pie izquierdo, dificultad para mantenerse en pie, refiere que siente temor de que nuevamente presente alguna complicación, no sabe cómo va a llevar una vida normal, que dieta debe llevar y la actividad física que podrá realizar y de qué forma puede vigilar su glucosa para evitar futuras complicaciones.

## 2.2 VALORACIÓN

### Ficha de Identificación

Nombre: JBM Edad: 56 años Edo. Civil: Soltera

Lugar de Nacimiento: Distrito Federal

Residencia actual: Estado de México Domicilio: Col. Benito Juárez Cd.

Nezahualcoyotl

Religión: Católica

### Antecedentes Heredo Familiares

Abuelo paterno diabetes mellitus tipo 2, padres con diabetes mellitus tipo 2 resto interrogados y negados

### Estudios de Laboratorio

Glucosa 188mg/dl, Urea: 11, BUN: 12, Creatinina: 0.6, Hemoglobina 10.7mg/dl  
Hematocrito 32.6 %, Plaquetas: 263, PH: 7.0, POTASIO: 4.41, PH sanguíneo: 7.00  
PCO2: 32 mmhg

### Tratamiento Farmacológico Actual

Solución fisiológica 0.9% 1000 ml. + 40 meq KCL para 24 horas.

Insulina intermedia NPH 20 U SC cada 24 horas por las mañanas 30 minutos antes del desayuno

Metformina tab. 850 mg. Dar 1-1-0 vía oral prepandial

Fluconazol tab. 100 mg. VO Cada 12 horas

Ciprofloxacino 400mg. IV cada 12 horas

Naproxeno 250 mg. VO cada 12 horas

MVI IV cada 24 horas

## **PATRÓN I PERCEPCIÓN Y MANEJO DE LA SALUD**

1. ¿Cómo ha sido su salud en general? Varicela a la edad de 10 años, transfusiones negadas, alergias negadas, se sabe diabética desde hace 10 años. Refiere que antes de estar hospitalizada su estado de salud lo percibía bien en general, solo un poco de cansancio al realizar sus actividades cotidianas.

2. ¿Se ha resfriado el año pasado? Refiere resfriarse 2 veces al año.

3. ¿Cuáles son las cosas más importantes que hace para mantener su salud? Tomar sus medicamentos y trata de no comer alimentos con grasa y refresco.

¿Cree que esas cosas marcan una diferencia en su salud?

Pensaba que sí, antes de estar hospitalizada.

4. ¿Se hace autoexamen de las mamas? No, solo se realiza la mastografía cada que se lo indica su médico la última fue el año pasado.

5. ¿Fuma? ¿Toma drogas? ¿Tiene problemas con el alcohol? ¿Cuándo tomo alcohol por última vez? Fuma un cigarro a la semana, alcoholismo esporádico, niega otras toxicomanías.

6. ¿Sufre accidentes (en el hogar, en el trabajo, conduciendo)? ¿Caídas?

Refiere no recordar si ha sufrido alguna caída, solo torcedura de tobillo hace 5 años.

7. En el pasado, ¿Le pareció fácil seguir las sugerencias de los médicos o enfermeras? Le parecía fácil y sencillo pero al momento piensa que no y que esa es la razón por la cual está hospitalizada.

8. ¿Qué es importante para usted mientras está aquí? ¿Cómo podemos ayudarle?

Recuperarse para irse a su casa y lograr hacer nuevamente sus actividades cotidianas, agradece las atenciones, los cuidados que se le brindan y desea que

se le dé la información necesaria para llevar su tratamiento médico adecuado y la forma que puede mantener su salud.

## **PATRÓN II: NUTRICIONAL METABÓLICO**

1. ¿Cuál es su ingesta diaria típica de alimentos? ¿Toma suplementos?

En casa su alimentación consiste principalmente en carne 3 veces por semana, verduras 2 veces por semana, frutas 1 vez por semana, cereales 2 veces por semana, no toma suplemento alimenticio.

2. ¿Cuál es su ingesta diaria típica de líquidos? Toma agua en promedio medio litro por día, consume leche 2 veces por semana, refresco ocasionalmente.

3. ¿Ha perdido o aumentado de peso? Refiere que ha disminuido de peso. El actual es: 61 kg

4. ¿Cuál es su talla? 1.46 cm IMC 28.62

5. ¿Tiene apetito? Refiere poco apetito, no le gusta la comida que le dan en el hospital.

6. Con ciertos alimentos o comidas: ¿nota malestar? ¿Dificultad en la deglución? ¿Tiene restricciones dietéticas? Refiere dificultad para pasar los alimentos, la dieta que tiene en el hospital es de 1500 Kcal. Rica en fibra, baja en grasa, al alta se le recomendará un plan alimenticio.

7. ¿Tiene problemas de cicatrización? Refiere que al tener una cortada cierra de forma un poco lenta.

8. ¿Problemas cutáneos? ¿Lesiones? ¿Sequedad? , piel color blanca presenta resequedad en brazos y miembros pélvicos, llenado capilar 2" turgencia disminuida, úlceras por presión en región glútea, articulación de rodilla derecha y pie izquierdo.

9. ¿Tiene problemas dentales?

Utiliza prótesis dental, aseo bucal 1 vez al día.

10. ¿Qué temperatura corporal tiene? TEMP. 36.5° C

### **PATRON III: ELIMINACIÓN**

1. ¿Patrón de eliminación intestinal? ¿Frecuencia? ¿Tipo? ¿Malestar?  
¿Problemas de control? ¿Uso de laxantes?

Abdomen blando depresible con perístalsis disminuida, sin presencia de visceromegalias, refiere tener estreñimiento, no utiliza laxantes.

2. ¿Patrón de eliminación urinario? ¿Frecuencia? ¿Malestar? ¿Problemas de control? 4 veces al día, no tiene algún malestar, no presenta incontinencia urinaria.

3. ¿Tiene exceso de sudoración? ¿Problemas de olor? Refiere sudoración normal.

### **PATRON IV: ACTIVIDAD/EJERCICIO**

1. ¿Tiene suficiente energía para las actividades requeridas o deseadas?

Por el momento refiere sentir debilidad generalizada, cansancio.

2. ¿Cuál es su patrón de ejercicio? ¿Tipo? ¿Regularidad? Solo realiza caminata regularmente 30 minutos al día

3. ¿Tiene actividades de ocio? Le gusta tejer y bordar.

4. Capacidad percibida para (clasificar el nivel de acuerdo con la clave de códigos de nivel funcional que se presenta a continuación):

Alimentarse   II  

Arreglo personal   II  

Bañarse   III  

Moverse en general   III  

Usar el WC   III  

Moverse en la cama   I  

Vestirse   III  

### **Código de nivel funcional**

**Nivel 0** Auto cuidado total

**Nivel I** Requiere el uso de un equipo o dispositivo

**Nivel II** Requiere ayuda o supervisión de otra persona

**Nivel III** Requiere ayuda o supervisión de otra persona y un equipo o dispositivo

**Nivel IV** Es dependiente y no participa

¿Cómo es su presión arterial? ¿Y su respiración?

130/80 FR 21 x'

### **PATRÓN V: SUEÑO/DESCANSO**

1. Tras el sueño ¿generalmente se siente descansada y a punto para las actividades diarias? En su casa refiere que duerme de 7 a 8 horas diarias, no presenta insomnio y que esas horas son suficientes para sentir descanso.

2. ¿Tiene problemas para conciliar el sueño? ¿Requiere ayudas? ¿Tiene pesadillas? ¿Se despierta pronto? ¿Tiene períodos de reposo o relajación?

Se encuentra somnolienta, refiere que al estar en el servicio de medicina interna despierta varias veces en la noche porque siempre hay ruido, aún así no ha tenido problemas para conciliar el sueño.

### **PATRÓN VI: COGNITIVO/PERCEPTIVO**

1. ¿Tiene problemas de audición? ¿Necesitas alguna ayuda? No refiere algún problema dice que escucha bien.
2. ¿Tienes problemas de visión? ¿Lleva gafas? ¿Cuando se hizo la última revisión? Utiliza lentes para leer, la última revisión se la hizo hace 2 años.
3. ¿Ha notado últimamente cambios de memoria? No, ha notado ningún cambio.
4. ¿Le resulta fácil o difícil tomar decisiones?

Refiere que depende de las decisiones que debe de tomar y la importancia de cada una.

5. ¿Tiene alguna molestia? ¿Dolor? ¿Cómo lo maneja?

Refiere dolor al hablar y pasar los alimentos, evita hablar mucho.

### **PATRÓN VII: AUTOPERCEPCIÓN Y AUTOCONCEPTO**

1. ¿Cómo se describiría a sí mismo? ¿La mayor parte del tiempo? ¿Se siente a gusto o no consigo mismo? Refiere ser una persona tranquila dedicada al hogar.
3. ¿Nota que frecuentemente se siente enfadado? ¿Preocupado? ¿Temeroso? ¿Ansioso? ¿Deprimido? ¿Qué le resulta de ayuda? Se siente temerosa de que nuevamente presente alguna complicación, no sabe cómo llevar una vida normal, que dieta debe llevar y la actividad física que podrá realizar y de qué forma puede vigilar su glucosa para evitar futuras complicaciones

## **PATRÓN VIII: ROL/RELACIONES**

1. ¿Vive solo? ¿Con la familia? ¿Cuál es su estructura familiar?

Vive con 2 hermanas y su hija cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios 2 cuartos, techo de concreto, con buena iluminación y ventilación.

2. ¿La familia depende de usted para algo? ¿Cómo se las arregla usted?

Refiere realizar los quehaceres de la casa y cocina para todos.

3. ¿Cómo se siente la familia sobre su enfermedad u hospitalización?

Refiere que se sienten preocupados, llevan una buena relación, refiere sentir molestias por depender de otras personas.

## **PATRÓN IX: SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN**

1. ¿Cuándo empezó a tener la menstruación? ¿Último periodo menstrual?

Menarca: 11 años IVSA: 20 años G: 1 P: 0 C: 1 A: 0 FUP: 22/10/1988

No. De compañeros sexuales: 1 Menopausia: a la edad de 39 años al principio con tratamiento hormonal. VSA: Negada

Citología vaginal hace 1 año resultado normal, niega alguna patología obstétrica, o enfermedades, desconoce fecha última de menstruación.

## **PATRÓN X: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS**

1. ¿Ha habido grandes cambios en su vida en los últimos dos años? ¿Crisis?

Refiere que en estos dos últimos años no ha tenido grandes cambios solamente en este momento que está hospitalizada.

2- ¿Quién le resulta de más ayuda para superar las cosas? ¿Dispone ahora de esa persona? Su hija, quien está en todo momento con ella, le preocupa depende

de ella y su familia, ya que refiere pérdida de fuerza muscular, cansancio, siendo su expectativa recuperarse totalmente para poder caminar bien.

### **PATRÓN XI: VALORES Y CREENCIAS**

1. ¿La religión es importante en su vida? ¿Le resulta de ayuda cuando surgen dificultades? Profesa la religión católica, le gusta ir a la iglesia todos los domingos y cuando tiene dificultades es de suma importancia la religión y asistir a la iglesia.

2. ¿Su estado de salud actual, le interfiere alguna práctica religiosa que desearía realizar? Si, el asistir a misa

¿Tiene algún tipo de creencia, religiosa o cultural, que influya en la práctica sanitaria habitual o en el curso de su salud en general? No

3. ¿Qué opina de la enfermedad y de la muerte? Refiere que cuando se enferma es porque no se cuida y la muerte es parte de la vida, y de las creencias que uno tiene de acuerdo a la religión que uno profesa, y que cuando alguien muere es porque Dios así lo decidió.

### **2.3 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA**

- 1.- PC. Diabetes mellitus descompensada, relacionado con conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes.
- 2.- Deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad prolongada manifestado por presencia de úlceras en región sacra, articulación de rodilla derecha y pie izquierdo.
- 3.- Dolor agudo relacionado con trauma laríngeo manifestado por disfonía y dificultad para la deglución.
- 4.- Estreñimiento relacionado con los efectos de la inmovilidad sobre el peristaltismo manifestado por cambios en el patrón intestinal, disminución de la frecuencia.
- 5.- Trastorno de la movilidad física relacionado con incapacidad para moverse manifestado por debilidad generalizada.
- 6.- Déficit de auto cuidado: baño higiene relacionada con movilidad limitada manifestada por incapacidad para lavarse el cuerpo.
- 7.- Trastorno de la comunicación relacionado con la intubación orotraqueal manifestado por voz débil, poco audible.
- 8.- Riesgo de lesión: Riesgo de caída relacionado con pérdida de fuerza muscular en miembros inferiores.
- 9.- Temor relacionado con dependencia anticipada manifestado por verbalización del problema.

10. –Potencial para mejorar el patrón de sueño
- 11.- Potencial para mejorar los procesos familiares
- 12.- Potencial para mejorar el bienestar espiritual
- 13.- Potencial para mejorar el afrontamiento

## 2.4 PLANEACIÓN, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN

**Diagnóstico de Enfermería.** Riesgo de descompensación metabólica, relacionado con conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes

**Objetivo:** Prevenir posibles complicaciones agudas, brindar la información necesaria para llevar el control adecuado de la diabetes.

PLANEACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA
Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa, cefalea.	Se valora estado neurológico, y se enseña al paciente y familiares a reconocer los signos y síntomas de hiperglucemia.
FT: Un nivel alto de glucemia causa la deshidratación debido a la diuresis osmótica.	
Vigilar la presencia de cuerpos cetónicos	Valorar y observar la presencia de náuseas, vomito, y dolor abdominal.
FT: Un exceso de cuerpos cetónicos en la sangre produce acidosis metabólica.	
Administrar insulina según prescripción	Se administro insulina intermedia NPH 20 U SC cada 24 horas por las mañanas 30 minutos antes del desayuno. Se le explico la técnica para la administración de la insulina.
FT: La insulina facilita el transporte de glucosa a través de las membranas celulares, la falta de insulina aumenta la utilización de las grasas para la producción de energía.	
Administrar líquidos IV	Solución fisiológica 0.9% 1000 ml. Para 24 hrs.

FT: Se necesita una hidratación adecuada para prevenir la hipovolemia	
Administrar potasio según prescripción	Se administró KCL 40 meq C/24 hrs.
FT: El potasio es el principal catión intracelular, es esencial para el buen funcionamiento de las células nerviosas y musculares.	
Instruir al paciente y familiares en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglucemia.	Se les dio la información necesaria para el reconocimiento de signos de alarma.
FT: El apoyo familiar es un factor importante que contribuye a que el paciente muestre su propósito de afrontar positivamente la diabetes.	
Fomentar el autocontrol de los niveles de glucosa en sangre	Se le explico a la paciente la forma de mantener un control adecuado de sus niveles de glucosa en sangre, y se le enseñó la forma de medírsela.
FT: El auto cuidado reduce los sentimientos de dependencia y pérdida de control	
Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y ejercicios	Se brindo la información de cómo debe llevar la dieta y ejercicios que puede realizar.
FT: Una nutrición equilibrada contribuye a mantener un nivel de glucemia normal. Enfatizar los beneficios del ejercicio puede ayudar a los pacientes a seguir un plan de ejercicio.	

**Evaluación:** Se brindo la información necesaria a la paciente y a sus familiares acerca del manejo de la diabetes, los signos de alarma, la forma de llevar un control médico adecuado, dietético y de actividad física.

**Diagnóstico de Enfermería. Deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad prolongada manifestado por presencia de úlceras en región sacra, articulación de rodilla derecha y pie izquierdo.**

**Objetivos:** Disminuir la aparición de úlceras por presión  
Favorecer la recuperación de las úlceras por presión

PLANEACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA
Fomentar los ejercicios de movilización articular	Se realizaron ejercicios pasivos con ayuda de la paciente.
FT: Se debe favorecer la buena circulación del área afectada mediante el ejercicio.	
Favorecer una circulación óptima cuando el paciente este en cama	Se mantiene en posiciones que permita una buena circulación
FT: Si la presión ejercida sobre las partes blandas supera a la presión sanguínea intracapilar, los capilares pueden ocluirse; la hipoxia resultante dañará a los tejidos	
Seguir un orden de cambios posturales que alivie la zona vulnerable lo más a menudo posible	Se realizaron los cambios posturales evitando las zonas vulnerables.
FT: La fricción consiste en el desgaste fisiológico del tejido. Si la piel se frota contra las sábanas de la cama, la epidermis puede desollarse por abrasión.	
Girar a la persona o enseñarle a girarse o a cambiar el peso cada 30 minutos a 2 horas	Se le dio la explicación de cómo tenían que ser los cambios y cada cuando.
FT: Debe evitarse la presión continua sobre cualquier parte del cuerpo; esto tiene especial importancia en relación a la presión sobre las prominencias óseas.	
Alternar o reducir la presión ejercida sobre la piel con una superficie de apoyo adecuada	Se utilizaron cojines, cobertores, almohadas para tener apoyo adecuado

FT: Debe disminuirse al máximo posible la presión mediante una posición correcta, cambios frecuentes de posición, rellenando los orificios naturales.	
Enseñar a la persona y familia las técnicas específicas que se deben seguir en casa para prevenir las úlceras por decúbito	Se dio la explicación necesaria para evitar las úlceras por presión
FT: La disminución de la presión es la principal intervención que deben incluir todos los planes de tratamiento de las úlceras por decúbito.	
Cubrir la úlcera con un apósito estéril que mantenga un ambiente húmedo sobre la base de la úlcera	Se realizó la curación de las úlceras y se mantuvieron protegidas
FT: La humedad afecta a la velocidad de la cicatrización y a la cantidad de cicatriz formada. Un ambiente húmedo proporciona las condiciones óptimas para una cicatrización rápida.	
Vigilar la aparición de signos clínicos de infección de la herida	Se valoró el estado de la piel, y signos de infección
FT: Una mayor concentración de glucosa en la epidermis estimula el crecimiento bacteriano.	
Proteger y aislar la superficie y el lecho de la herida que está granulando de los traumatismos y de las bacterias.	Se mantenía cubierta y protegida
FT: Cuando la herida se deja al descubierto, las células epidérmicas migran entre la costra y el tejido fibroso subyacente. Si la herida está semiocluida y la superficie de la herida permanecen húmedas, las células epidérmicas migran con más rapidez sobre la superficie.	

**Evaluación:** Se hizo la valoración diaria de acuerdo a la escala de Norton, se realizó diariamente la observación y la curación de las mismas se lograron disminuir las que presentaba, se dio la información necesaria a la paciente y familiares para la prevención de úlceras por presión

**Diagnóstico de Enfermería. Dolor agudo relacionado con trauma laríngeo manifestado por disfonía y dificultad para la deglución.**

**Objetivo:** Disminuir y controlar el dolor

<b>PLANEACIÓN</b>	<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>
Valorar al paciente	Se hizo la valoración a la paciente
FT: La identificación oportuna de las fases en torno al dolor permite establecer un plan terapéutico para evitar, disminuir o controlar el dolor.	
Valorar claves no verbales de dolor	Se debe de valorar especialmente en las personas que no pueden comunicarse eficazmente.
FT: Aunque el umbral del dolor no tiene variaciones importantes entre los individuos, las reacciones personales hacia el dolor varían de manera importante.	
Explicarle la razón por la cual presenta dolor	Se le explico que presenta dolor laríngeo por el procedimiento realizado (intubación orotraqueal).
FT: La comunicación entre los individuos está influida por la relación que existe entre ellos	
Permanecer con el paciente y responder de una manera adecuada	Proporcionar información acerca del dolor, que paulatinamente iría disminuyendo
FT: Una relación que brinda apoyo, atención y ayuda, estimula conductas para disminuir el dolor.	
Administración de analgésicos	Se administro Naproxeno VO 250 mg. Cada 12 hrs.
FT: Los analgésicos no narcóticos intervienen en la biosíntesis de las prostaglandinas, responsables de procesos inflamatorios.	

**Evaluación:** Se logro disminuir y controlar el dolor, se le dio la información necesaria acerca de las alternativas para que disminuya el dolor.

**Diagnóstico de Enfermería.** Estreñimiento relacionado con los efectos de la inmovilidad sobre el peristaltismo manifestado por cambios en el patrón intestinal, disminución de la frecuencia.

**Objetivo:** Favorecer un patrón intestinal normal

PLANEACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA
Fomentar el aumento de ingesta de líquidos	Comentarle a la paciente la importancia de tomar líquidos
FT: Los líquidos son importantes para ayudar el paso de las heces en el intestino. Un consumo adecuado de líquidos de 8 vasos al día es importante para evitar el estreñimiento.	
Instruir a la paciente acerca de la dieta rica en fibra	Se le explico la importancia de una dieta equilibrada, rica en fibras
FT: La fibra ayuda a la digestión, se encuentra en las frutas, las verduras y los granos, y es una parte importante de una dieta saludable.	
Enseñar ejercicios que aumenten el tono de los músculos abdominales	Se le enseñó los ejercicios y la importancia de realizarlos
FT: La inmovilidad dificulta la defecación a causa de la hipotonía muscular, la hipomotilidad gastrointestinal y la ausencia del efecto de la gravedad, que entorpece el llenado de la porción inferior del recto y disminuye el reflejo de la defecación.	

**Evaluación:** Es importante la educación del paciente y su cuidador principal sobre las complicaciones del estreñimiento, la importancia de llevar una buena alimentación rica en fibra.

**Diagnóstico de Enfermería. Trastorno de la movilidad física relacionado con incapacidad para moverse manifestado por debilidad generalizada.**

**Objetivo:** Favorecer la movilidad del paciente e instruirlo en técnicas para realizarlo.

PLANEACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA
Administrar Complejo vitamínico	Se administró MVI 12 adulto. Cada 24 hrs.
FT: Se debe de aplicar en condiciones donde se provoca una situación de estrés, con alteraciones en los requerimientos metabólicos corporales y consecuentemente hay una depleción tisular de los nutrientes más importantes como las vitaminas.	
Explicar el problema y el objetivo de cada ejercicio.	Se le dio la explicación de cada ejercicio que se iba a realizar
FT: Los ejercicios son necesarios para mejorar la circulación y fortalecer los grupos musculares necesarios para la deambulaci3n.	
Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la funci3n	Se determinaron las limitaciones del movimiento articular
FT: La ayuda para la marcha debe utilizarse del modo correcto y seguro, para garantizar su eficacia y prevenir las lesiones.	
Asegurarse de que los ejercicios iniciales son fáciles de realizar y requieren una fuerza y una coordinaci3n submáximas	En todo momento se le pregunto a la paciente si tenía alguna duda o dificultad sobre los ejercicios para realizarlos.
FT: Fomentando la sensaci3n de control y autodeterminaci3n del paciente se puede mejorar el cumplimiento de los programas de ejercicio.	
Aumentar la movilidad de los ejercicios, determinar el tipo de ejercicio adecuado para la persona.	Se aumento la movilidad de los ejercicios
FT: El ejercicio mejora la independencia, la integraci3n de los ejercicios de	

movilización articular favorece su ejecución frecuente.	
Realizar ejercicios de movilización articular pasiva o activo-asistida.	Se realizaron los ejercicios de movilización articular
FT: La inmovilidad prolongada y el deterioro de la función neurosensorial, pueden ocasionar contracturas permanentes.	
Fomentar sentarse en la cama, en un lado de la cama	Por periodos cortos la paciente logro estar sentada a un lado de la cama
El reposo en cama prolongado puede provocar un descenso brusco de la tensión arterial, cuando la sangre retorna a la circulación periférica.	
Determinar el nivel de motivación del paciente para mantener o restablecer el movimiento articular	El nivel de motivación de la paciente fue aumentando conforme restablecía el movimiento articular
FT: La actividad progresiva, disminuye la fatiga y aumenta la resistencia	

**Evaluación:** Se logro que la paciente tuviera mejor movilidad, y se pudiera mantener en pie por periodos más prolongados.

**Diagnóstico de Enfermería. Déficit de auto cuidado: baño higiene relacionada con movilidad limitada manifestada por incapacidad para lavarse el cuerpo.**

**Objetivo:** Favorecer la capacidad para bañarse y brindar el apoyo necesario para lograrlo.

PLANEACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA
La hora y los métodos del baño deben ser constantes para favorecer la independencia.	La hora del baño era la misma todos los días y se le dio la ayuda necesaria
FT: La incapacidad para llevar a cabo el cuidado personal, genera sentimientos de dependencia y un auto concepto bajo.	
Proporcionar intimidad durante el baño, mantener el entorno tranquilo y ordenado	Se proporciono intimidad y un entorno tranquilo a la hora del baño
FT: Aumentando la independencia para el cuidado personal, se eleva la autoestima.	
Observar el estado de la piel durante el baño.	Cada vez que se realizaba el baño se observaba la piel para ver algún cambio
FT: La piel debe de mantenerse bajo observación, buscando signos y síntomas de problemas reales o potenciales que involucren la piel y mucosas.	
Dar seguridad en el cuarto de baño, proporcionar todo el material de baño y situarlo al alcance de la mano	En todo momento estaba su familiar, y el baño se realizaba con la paciente en silla de ruedas
FT: Las intervenciones tienen como objetivo ayudar a la persona y a la familia a mantener la máxima independencia funcional posible.	

**Evaluación:** Se brindo el apoyo necesario para poder llevar a cabo el baño diario.

**Diagnóstico de Enfermería. Trastorno de la comunicación relacionado con la intubación orotraqueal manifestado por voz débil, poco audible.**

**Objetivos:** Facilitar un método para comunicar las necesidades básicas

Reducir la tensión y transmitir que se comprende la dificultad del paciente para comunicarse.

PLANEACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA
Expresar verbalmente el problema de la frustración sobre la incapacidad de comunicarse	Explicar que tanto la enfermera como la persona que intenta hablar deben tener paciencia
FT: Los métodos de comunicación alternativos pueden ayudar a disminuir la ansiedad y los sentimientos de aislamiento y alienación, y favorecen la sensación de control y seguridad sobre la situación.	
Mantener una actitud tranquila y positiva	Se tuvo una actitud tranquila con la paciente
FT: La comunicación es el centro de todas las relaciones humanas.	
Infundir confianza con la paciente	Se estableció una relación de confianza con la paciente
FT: El establecer una relación de confianza facilita la comunicación eficaz	
Animar a la familia a que exprese sus sentimientos sobre los problemas de comunicación,	Al hablar se utilizó un tono de voz normal y hablar sin prisas, con frases cortas
FT: La enfermera debe hacer todo lo posible por entender al paciente. Disminuye la frustración y aumenta la motivación	

**Evaluación:** Se lograron diferentes técnicas para poder llevar a cabo una buena comunicación.

**Diagnóstico de Enfermería. Riesgo de caída relacionado con pérdida de fuerza muscular en miembros inferiores.**

**Objetivo:** Prevenir y reducir la probabilidad de caídas

PLANEACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA
Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas	Se identificaron los factores que afectan al riesgo de caídas
FT: Un entorno extraño y los problemas de orientación, movilidad y fatiga pueden aumentar la vulnerabilidad a las caídas del paciente.	
Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas	Se identificaron las características del ambiente
FT: Un ambiente desconocido, junto con los trastornos de movilidad, puede aumentar el riesgo de lesión del paciente.	
Utilizar la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama, baño.	Se utilizó la mecánica corporal para levantar al paciente
FT: El reposo prolongado en cama aumenta el remanso venoso. El cambio gradual de posición permite que el cuerpo compense este estancamiento de sangre.	
Utilizar barandillas laterales para evitar caídas de la cama.	Se mantenían las barandillas altas
FT: Un paciente con problemas de movilidad, necesita que se instalen dispositivos de seguridad y se eliminen los peligros.	
Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer	Se colocaron los objetos necesarios al alcance de la paciente

esfuerzos	
<p>FT: La distinción entre accidentes y lesiones es útil para las enfermeras. El término accidente implica una falta de control de fuerzas externas. Las enfermeras se centran en identificar las variables que se pueden modificar para prevenir las lesiones.</p>	
<p>Educar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y como disminuir dichos riesgos.</p>	<p>Se les dio la información necesaria para prevenir caídas.</p>
<p>FT: Los objetivos de la prevención y el tratamiento de las caídas se centran en reducir la probabilidad de las mismas, disminuyendo los peligros ambientales.</p>	

**Evaluación:** Se llevo a cabo la valoración, se brindo la información y los cuidados necesarios para la prevención de caídas.

**Diagnóstico de Enfermería. Temor relacionado con dependencia anticipada manifestado por verbalización del problema.**

**Objetivo:** Favorecer un mayor alivio psicológico, disminuir el temor.

PLANEACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA
Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad	Se utilizo un enfoque sereno al hablar
FT: El temor varía en función de cómo el paciente percibe la gravedad de la enfermedad y la aparición de complicaciones	
Valorar los factores estresantes para la paciente	Se valoraron los factores estresantes en el paciente
FT: Un paciente con diabetes suele de forma justificada tener miedo al dolor, a complicaciones y a la dependencia.	
Animar al paciente a verbalizar sus temores, y preocupaciones	El paciente logro verbalizar sus temores
FT: Es posible que el paciente sea capaz de expresar algunos de sus miedos, o pueda que no comparta ningún sentimiento	
Proporcionar a la paciente información sobre el proceso de enfermedad, riesgo de complicaciones y tratamiento	Se le proporciono la información sobre el proceso que estaba pasando
FT: Una persona con diabetes necesita el apoyo de profesionales de la atención sanitaria y de la familia.	

**Evaluación:** Se logro que la paciente verbalizara sus temores y preocupaciones, y disminuyera su temor.

## Diagnóstico de Enfermería. Potencial para mejorar el patrón de sueño

**Objetivo:** Satisfacer y mejorar las necesidades de sueño y descanso

PLANEACIÓN	EJECUCIÓN
Explicar la importancia de un patrón de sueño adecuado durante la enfermedad	Se explico la importancia de un sueño adecuado durante la enfermedad
FT: Las células del organismo necesitan periodos de disminución de la actividad durante los cuales puedan restablecerse	
Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.	Se comento con la paciente y la familia algunas técnicas para favorecer el sueño
FT: Cuando existen periodos de aumento o disminución de la excitabilidad nerviosa, todo el organismo se encuentra afectado.	
Enseñar a la paciente a controlar las pautas de sueño	Se le enseño a la paciente a controlar las pautas de sueño
FT: Es más difícil despertar a un individuo que se encuentre en un sueño profundo que si tiene un sueño superficial	
Instruir a la paciente y a su familia los factores que contribuyen al esquema de sueño.	Se les instruyo a la paciente y a familiares los factores que contribuyen al esquema de sueño
FT: Las horas que se necesitan de sueño varían con cada individuo	

**EVALUACIÓN:** Se brindo la información necesaria para mejorar el patrón de sueño y descanso.

## Diagnóstico de Enfermería. Potencial para mejorar los procesos familiares

**Objetivo:** Favorecer y mejorar los procesos familiares

PLANEACIÓN	EJECUCIÓN
Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado	Se estableció una buena relación con la paciente y los miembros de su familia que estarían a cargo de su cuidado
FT: Las intervenciones persiguen ayudar a la familia a renegociar los roles y los patrones de interacción y funcionamiento	
Identificar la falta de auto cuidados del paciente	Se identificaron y se dio la información adecuada para favorecer el auto cuidado
FT: La enfermera debe utilizar sus conocimientos y sus observaciones para planear e implementar las intervenciones de la enfermería para un bienestar fisiológico y psicológico	
Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal	Determine los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal
FT: La sobrecarga está relacionado con el sexo, la edad, el apoyo social, los ingresos económicos y los recursos del cuidador, y con las limitaciones cognoscitivas y funcionales del que recibe los cuidados	
Animar a la familia a que se centre en cualquier aspecto positivo de la situación del paciente	Se animo a la familia a que se centraran en los aspectos positivos de la situación de la paciente
FT: Ayudar a lograr sucesos agradables con nuevas ideas, situaciones y	

comportamientos y a que sucedan experiencias que construyan el ego en general.	
Observar la implicación de los miembros de la familia en el cuidado del paciente	Se observo la implicación de los miembros de la familia en el cuidado de la paciente
FT: Favorece el proceso de razonamiento en relación con el cambio	

**EVALUACIÓN:** Se proporciono la información adecuada para favorecer los procesos familiares.

## Diagnóstico de Enfermería. Potencial para mejorar el bienestar espiritual

Objetivo: Brindar la información necesaria para mejorar el bienestar espiritual

PLANEACIÓN	EJECUCIÓN
Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía.	Se utilizó una comunicación terapéutica eficaz
FT: El establecimiento de una relación terapéutica entre el personal de salud, paciente y familiares favorecen la apertura para expresar sentimientos y aceptar sugerencias.	
Tratar al paciente con dignidad y respeto.	En todo momento se trató al paciente con dignidad y respeto
FT: Todo ser humano tiene dignidad y valor inherentes, solo por su condición básica de ser humano.	
Proporcionar un ambiente tranquilo y de intimidad.	Se trató de proporcionar un ambiente tranquilo
FT: La intimidad y la tranquilidad proporcionan un ambiente que invita a la reflexión y la contemplación.	
Estar dispuesto a escuchar los sentimientos de la paciente.	Estuve dispuesta a escuchar los sentimientos de la paciente
FT: Manteniendo una actitud sin prejuicios se puede ayudar a disminuir la inquietud del paciente por expresar sus sentimientos	
Expresar simpatía con los sentimientos de la paciente	Expresé simpatía con los sentimientos de la paciente
FT: Las actitudes, opiniones y creencias de cada individuo ejercen una influencia considerable sobre su comportamiento.	
Animar a participar en interacciones con miembros de la familia	Anime a participar en interacciones con miembros de la familia
FT: El rol de la enfermera es de asesora de la familia	

**EVALUACIÓN:** Se logro brindar la información necesaria a la paciente, se llevo a cabo una comunicación en la cual se hablo acerca de la religión que profesa respetando en todo momento sus creencias.

**Diagnóstico de enfermería. Potencial para mejorar el afrontamiento**

**Objetivo:** Proporcionar la información necesaria para mejorar el afrontamiento

PLANEACIÓN	EVALUACIÓN
Valorar la comprensión del paciente sobre el proceso de enfermedad	Se valoro la comprensión del paciente sobre el proceso de enfermedad.
FT: La enfermera debe incrementar su comprensión acerca de los procesos emocionales de la paciente, de sus relaciones con la salud y el bienestar.	
Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento.	Se proporciono información respecto a su diagnostico, tratamiento que debe de llevar a cabo en su casa.
FT: Los recursos de afrontamiento están formados por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, que se pueden desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación.	
Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente	Se favorecieron situaciones que fomentaran la autonomía del paciente
FT: Se deben de promover situaciones, experiencias o eventos que aumenten las emociones agradables	
Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos	Se alentó la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos de la paciente
FT: Cuando una persona se enfrenta a una situación que le puede producir estrés	

o miedo pone en marcha las estrategias de afrontamiento, que son de carácter intencional y deliberado.	
Ayudar al paciente a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo	Se ayudo a la paciente a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo sobre su enfermedad
FT: Los objetivos inmediatos consisten en estabilizar lo más pronto posible. Los objetivos a largo plazo son conseguir los cambios necesarios en el funcionamiento y establecer las pautas para mantener dichos cambios	

**EVALUACIÓN:** Se brindo la información necesaria para mejorar el afrontamiento, y que la paciente tenga la información adecuada sobre el proceso de su enfermedad.

.

## CONCLUSIONES

La atención del paciente no solo depende de la enfermera sino que hay diversos responsables, (médicos, dietistas, familiares), siendo la atención interdisciplinaria y que la actividad de cada uno de nosotros se ve reflejada en la satisfacción por la atención recibida, así como en la recuperación del paciente o, a una muerte tranquila.

El estar con la paciente durante estos días me permitió valorar los cuidados que le brinde, tuve la oportunidad de darle la orientación necesaria a la paciente, a la cuál le realice el proceso de atención de enfermería ya que tuvo la mejor disponibilidad para responder a las preguntas que le realice de la misma forma al darle la información estuvo atenta; sus familiares también fueron parte importante y fundamental convirtiendo al cuidado interdependiente orientándolos acerca de cómo debe ser la atención específica que debe otorgarse al paciente a su alta hospitalaria.

Posterior al alta hospitalaria visite a mi paciente en su domicilio para saber en qué estado se encontraba y evaluar la información y los cuidados que le había brindado durante su hospitalización que tanto había influido para poder llevar a cabo su vida cotidiana, se encuentra bajo control médico, ya puede caminar despacio, lleva una dieta equilibrada y realiza ejercicio físico pasivo, sabe medirse su nivel de glucemia y se aplica la insulina, reconoce los signos y síntomas de alarma y puede realizar sus actividades de forma independiente.

El Proceso Atención de Enfermería nos permite identificar, jerarquizar y realizar las actividades específicas para cada diagnóstico de enfermería, efectuarlas y fundamentarlas esperando los resultados de acuerdo a los objetivos que nos

planteamos al principio hasta la evaluación de los mismos que pueden ser a corto, mediano y largo plazo.

La valoración de la paciente tiene una gran importancia para conocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales que pueden ser tratados por la enfermera.

Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

Se pudo observar que durante la estancia hospitalaria los patrones funcionales que se encontraban alterados no se pueden contemplar solos se deben de incluir todos ya que cada patrón está influido por factores biológicos, del desarrollo, culturales, sociales y espirituales.

## **SUGERENCIAS**

Aplicar el Proceso Atención de Enfermería en todas las áreas en donde se desarrolla la enfermera, no solo en el ámbito hospitalario, sino en la industria, en escuelas, en el primer nivel de atención.

El proceso de Atención de Enfermería nos permite crear un plan de cuidados centrado en las repuestas humanas, tratar a las personas como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atención de enfermería enfocada a él como persona y no solo a su enfermedad.

Debemos de aplicar el Proceso Atención de Enfermería, de una forma sencilla, entendible, estandarizado trabajar en equipo, apoyarnos, contribuir con la experiencia adquirida a través de los años, abrirnos a los cambios seguir estudiando y actualizarnos, tener un pensamiento crítico que nos permita buscar, indagar, cuestionar, analizar nuestras acciones y sobre todo tomar decisiones que nos permitan poder brindar los cuidados necesarios con una base científica.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Ann Marriner El Proceso de Atención de Enfermería un enfoque científico Edición Manual Moderno 2da. Edición 1983 págs. 325

\_Alfaro Rosalinda Aplicación del Proceso de Enfermería Ediciones Doyma segunda edición, Barcelona España 1992 págs.251

Alpizar Salazar Melchor Guía para el manejo del paciente diabético. Editorial El Manual Moderno, primera edición, México D.F. 2001 Págs. 339

Chris de Bode “Prevenir la diabetes mediante un estilo de vida saludable” en: <http://www.who.int/es/> Fecha de consulta 13 Noviembre de 2011

Comisión Permanente de Enfermería <http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/> Fecha de consulta 11 de Noviembre de 2011

Fuentes Santoyo Rogelio. Anatomía y Fisiología Humanas. Editorial Trillas. Tercera edición. México, D.F. 2004. Págs. 270

Gordon Marjory Manual de Diagnósticos de Enfermería Editorial Mc Graw Hill Interamericana 11ª. Edición Madrid España 2007 págs. 400

Gotner Susan R. Ciencia de Enfermería En: Antología Teorías y modelos para la Atención de Enfermería UNAM 6ª. Reimpresión. México D.F. Febrero 2009. Páginas consultadas 121-149

Gordon Marjory Manual de Diagnósticos Enfermeros Editorial Mosby decima edición Madrid España 2003 págs. 620

Gutiérrez Meléndez Liliana “Formación profesional factor determinante en el ejercicio profesional con calidad en enfermería”. En: Revista de Enfermería del

Instituto Mexicano del Seguro Social. Volumen 16, número 3, septiembre-diciembre 2008. Páginas consultadas 121-125

Juall Carpenito Lidia. Diagnósticos de Enfermería aplicaciones a la práctica clínica Editorial McGraw Hill-Interamericana. 9ª. Edición. Bogotá, Colombia 2002. Págs. 935

Juall Carpenito Lidia. Planes de cuidados y documentación clínica en Enfermería Editorial McGraw Hill-Interamericana, cuarta edición. Bogotá, Colombia 2004. Págs. 1101

Landeros Olvera Erick/ Salazar Gómez Teresa de J. Reflexiones sobre el cuidado". En: Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. Volumen 14, número 3 septiembre-diciembre 2006, México D.F Páginas consultadas 121-122

Nordmark Madelyn T. / Rohweder Anne W. Bases científicas de la Enfermería. Editorial El Manual Moderno, segunda edición. México, D.F. Reimpresión 2009 Págs. 712

OMS temas de salud "Diabetes "en [http://www.who.int/topics/diabetes\\_mellitus/es/](http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/) Fecha de consulta 12 de Noviembre de 2011

Pacheco C.R/Díaz Mejía G.S. Medicina General. Editorial Médica Panamericana. 1era. edición. México D.F Julio 1995 págs. 276

Rodríguez Domínguez José "NOM-015-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria". En: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/015ssa24.html> Fecha de consulta 12 de noviembre de 2011

Rosales Barrera Susana/Reyes Gómez Eva. Fundamentos de Enfermería. Editorial El Manual Moderno, tercera edición. México, D.F. 2004. Págs. 636

## **GLOSARIO**

**Adinamia:** Es la ausencia de movimiento o reacción, lo que puede llevar a un estado de postración. Las causas pueden ser físicas o psicológicas.

**Astenia:** Es un síntoma presente en varios trastornos, caracterizado por una sensación generalizada de cansancio, fatiga y debilidad física y psíquica, con principal incidencia entre las personas de 20 a 50 años, y mayor preponderancia en las mujeres que en los hombres.

**Balanitis:** Es la inflamación del glande del pene.

**Cetoacidosis:** Es un estado metabólico asociado a una elevación en la concentración de los cuerpos cetónicos, que se produce a partir de los ácidos grasos libres y la desaminación de los aminoácidos

**Cognitivo:** Del conocimiento o relativo a él.

**Cuerpos cetónicos:** Compuestos químicos producidos por cetogénesis en las mitocondrias de las células del hígado. Su función es suministrar energía al corazón y al cerebro en ciertas situaciones excepcionales.

**Disfonía:** Es el nombre que recibe todo trastorno de la voz cuando se altera la calidad de ésta en cualquier grado

**Gasometría Arterial:** Es una técnica diagnóstica médica en la cual se determina la presión parcial de O<sub>2</sub> y de CO<sub>2</sub> en sangre arterial, así como la saturación de hemoglobina por el oxígeno (SaO<sub>2</sub>) y el pH (equilibrio ácido-base).

**Perceptivo:** Que percibe o es capaz de percibir.

**Respiración de Kussmaul:** Respiración rápida, profunda y laboriosa de personas con cetoacidosis o en coma diabético.