

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM**

NOMBRE DE LA OPCIÓN

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

TÍTULO DEL TRABAJO

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN ADULTO CON TRASTORNO DE  
LA IMAGEN CORPORAL, CON BASE EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

NOMBRE DE LA ALUMNA

**DIANA PATRICIA RUEDA RAZO**

DIRECTORA DE TRABAJO ESCRITO

**M.E. MARÍA AURORA GARCÍA PIÑA**



SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL  
SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

df.      mx  
salud.df.      mx



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.



SECRETARÍA DE SALUD  
 Dirección de Educación e Investigación  
 Subdirección de Formación de Recursos Humanos para la Salud  
 Escuela de Enfermería

"2013; AÑO DE BELISARIO DOMÍNGUEZ"

SUBDIRECCIÓN DE CERTIFICACIÓN  
 ANEXO 13

**AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO**

**M.C. RAMIRO JESÚS SANDOVAL**  
**DIRECTOR GENERAL DE INCORPORACIÓN**  
**Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNAM**  
**P R E S E N T E.**

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: Proceso Atención de Enfermería Aplicado a un Adulto con Trastorno de la Imagen Corporal, con base en el Modelo de Virginia Henderson

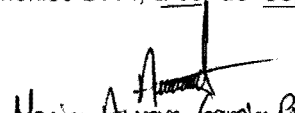
Elaborado por:

- |                              |                               |
|------------------------------|-------------------------------|
| 1. Diana Patricia Rueda Razo | Núm. de expediente: 408516879 |
| 2. _____                     |                               |
| 3. _____                     |                               |

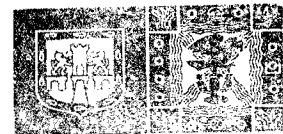
|                  |         |        |                |
|------------------|---------|--------|----------------|
| Apellido paterno | Materno | Nombre | Núm. de cuenta |
|------------------|---------|--------|----------------|

Alumno (s) de la carrera de: Licenciada en Enfermería y Obstetricia  
 Reúne (n) los requisitos para su impresión.

México D. F., a 10 de septiembre de 2013

  
 M.E. María Aurora García Piña  
 Nombre y firma del Asesora

  
 Lic. Enf. Silvia Vega Hernández  
 Nombre y firma del  
 Directora Técnica de la carrera



Secretaría de Salud del Distrito Federal  
 Escuela de Enfermería  
 DIRECCION  
 CLAVE 3095  
 Sello  
 de la Institución



## **AGRADECIMIENTOS**

Este trabajo está dedicado a las personas que desde que comencé este sueño siempre me han apoyado, han estado conmigo en todo momento y no han dejado que yo renuncie a mitad de camino.

Fátima mi hermosa hija, Edgar mi amigo y esposo, María de la Luz y Sergio mis papas, Berenice y Omar mis hermanos, y todos mis demás familiares que de alguna manera siempre estuvieron con incentivos para no darme por vencida.

A mi escuela y profesores que siempre me proporcionaron los conocimientos necesarios para desempeñarme como profesional en el ámbito laboral.

A mi asesora M.E. María Aurora García Piña por su tiempo y guía durante la elaboración de este proyecto.

Los quiero.

**GRACIAS**

## INDICE

|  | Pág. |
|--|------|
| I. Introducción.....                                     | 5    |
| II. Justificación.....                                   | 7    |
| III. Objetivos.....                                      | 8    |
| IV. Metodología.....                                     | 9    |
| V. Marco Teórico   |      |
| 5.1. Antecedentes Históricos de Enfermería.....          | 11   |
| 5.2. Definición de Enfermería.....                       | 13   |
| 5.3. Definición de Etapas del Proceso de Enfermería..... | 14   |
| 5.4. Teorías y Modelos de Enfermería.....                | 26   |
| 5.5. Conceptos básicos de Virginia Henderson.....        | 29   |
| VI. Desarrollo del Proceso                               |      |
| 6.1. Presentación del caso.....                          | 34   |
| 6.2. Valoración de necesidades básicas.....              | 35   |
| 6.3. Conclusión diagnóstica de enfermería.....           | 43   |
| 6.4. Plan de cuidados.....                               | 45   |
| VII. Conclusiones.....                                   | 68   |
| VIII. Sugerencias.....                                   | 70   |
| IX. Referencias bibliográficas.....                      | 71   |
| X. Anexos.   |      |
| 10.1 Instrumento metodológico.....                       | 74   |
| 10.2 Etiología de la diabetes mellitus.....              | 90   |

## I. INTRODUCCION

El cuidado de enfermería es un proceso que comprende juicios y actos dirigidos a la promoción y restablecimiento del equilibrio en los sistemas humanos. El cuidado de enfermería se lleva a cabo gracias a la relación de colaboración entre la enfermera y el usuario que incluye la comunicación interpersonal entre ellos y con otras personas importantes para el usuario quienes forman parte del sistema de salud.

En tiempos pasados los cuidados de enfermería se realizaban, en forma intuitiva, no sistematizada, pero con Florencia Nightingale se inició una nueva etapa profesionalizada en la que progresivamente se han incorporado métodos más refinados basados en un conjunto de conocimientos que permiten tener un juicio y un fundamento para modificar actos de acuerdo con la situación específica, esta práctica se realiza bajo el proceso de atención de Enfermería (PAE), él que proporciona un método lógico y racional para que la enfermera organice la información de tal manera que el cuidado de enfermería sea eficiente y eficaz.

El PAE se constituye en un conjunto de acciones que conducen a una meta determinada, todas las fases del proceso están relacionadas entre sí y afectan al todo y se producen en forma secuencial. La valoración conduce al diagnóstico, a la planificación, a las intervenciones de enfermería y la evaluación.

Es importante señalar, que el PAE tiene un enfoque holístico, considerando tanto los problemas físicos como los efectos de los mismos sobre el funcionamiento de la persona como ser individualizado. El mantenimiento de este enfoque asegura que se cubran las necesidades únicas y ayuda a la enfermera a adaptar las intervenciones al individuo (y familia) en lugar de hacerlo a la enfermedad.

El uso del enfoque de 14 necesidades facilita realizar una valoración integral y sistematizada. Así mismo permiten a la enfermera identificar necesidades dependientes o independientes que constituyen los diagnósticos de enfermería, los cuales proporcionan la base de la elección de intervenciones de enfermería que permitan alcanzar los resultados deseados en el usuario.

Este proyecto está organizado de forma metodológica, se llevó a cabo en un hospital regional al norte del distrito federal, con una persona que acude para recibir atención de urgencia, posteriormente se lleva a cabo la recolección de los datos, para proporcionar cuidados específicos de enfermería a necesidades afectadas.

## II. JUSTIFICACION

En cuatro años aumentaron los casos de muerte por diabetes en México, al pasar de 64.5 habitantes por cada 100 mil habitantes en el 2005 a 72.1 personas en el 2009, reveló hoy el Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI, (2012)

Al dar a conocer las estadísticas a propósito del Día Mundial de la Diabetes, los jóvenes de 10 a 14 años y de 15 a 19 la tasa de morbilidad hospitalaria se duplicó en ese periodo, al pasar de 1.80 y 2.49, en 2005, a 2.16 y 4.51 en 2009.

Según el Instituto, la diabetes es una enfermedad crónico- degenerativa que se presenta cuando el páncreas no produce suficiente insulina, su calidad es deficiente o no es utilizada de manera adecuada; la insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre y ayuda a trasladarla a las células.

El siguiente proceso fue llevado a cabo para la implementación de los cuidados en una persona con alteración de la imagen corporal por amputación de ambos miembros pélvicos por complicación de la Diabetes Mellitus.

Lo que me llevo a la elección de este caso, fue el estado de ánimo tan bajo que el paciente me transmitió durante su atención inicial en el servicio de urgencias de un hospital al norte de la Ciudad de México.



### **III. OBJETIVO GENERAL**

- Aplicar el proceso enfermero con una persona adulta, con base en el modelo de Virginia Henderson, en el servicio de Urgencias del Hospital General Regional No. 25 del IMSS, durante los meses de Mayo a Julio del presente año.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar el grado de dependencia de las 14 necesidades
- Elaborar los diagnósticos de enfermería de las necesidades con dependencia en la persona.
- Llevar a cabo un plan de cuidados, adaptado a la persona.
- Evaluar los resultados del plan de cuidados realizado.

#### IV. METODOLOGIA

El presente proyecto se inició con un Seminario de Proceso de Atención de Enfermería con modalidad semipresencial, con catorce asesorías de cinco horas cada una para hacer un total de setenta horas, en el cual se inició con una búsqueda bibliográfica para la elaboración del marco teórico; posteriormente se realizó la elección del caso, para la valoración de las necesidades.

En particular para la etapa de valoración se realizó con el Sr. E. J. I. en el servicio de urgencias del H.G.R. No. 25 del IMSS, al cual acudió para atención donde se le dio un diagnóstico médico de Bronquitis, posteriormente se llevó a cabo la entrevista con el instrumento de recolección de datos.

En la etapa de diagnóstico, apoyándome del libro Diagnósticos de Enfermería NANDA, conforme a las necesidades afectadas construí los diagnósticos acordes al caso y a los datos obtenidos.

Para la planeación de los cuidados que llevaría a cabo con la persona, basada en la bibliografía de Resultados Esperados (NOC) e Intervenciones de Enfermería (NIC).

En la ejecución del plan de cuidados, la persona se mostró en un inicio con apatía hacia las intervenciones; teniendo la colaboración principal de su hija.

Con ayuda del equipo multidisciplinario como: inhaloterapia para las sesiones de nebulización, rehabilitación que me proporcionaron información sobre ejercicios para la movilidad física y de relajación para la persona, médicos del servicio para la ministración de farmacoterapia adecuada al diagnóstico médico.

Posteriormente, lleve el seguimiento en el servicio de Medicina Interna por el tiempo de una semana, donde los cuidados se otorgaron, teniendo el apoyo además de psicología el cual dio asesoro para proporcionarle terapia basada en escuchar a la persona para la expresión de sus sentimientos.

Para la evaluación se concluyó que a pesar de las dificultades de tiempo y espacio, obtuve resultados favorables; por mencionar la persona se prestó al diálogo en su domicilio, procura participar en actividades familiares como son la convivencia en las horas de la comida, tolera más la ingesta de alimentos y procura colaborar en la movilidad física al momento del baño y su vestimenta.

Finalmente este proyecto se transcribió de manera simultánea para su culminación en la duración del seminario.

## V.MARCO TEORICO

### 5.1. Antecedentes Históricos de Enfermería

En el presente apartado se abordaran conceptos que fundamentaran el que hacer de la disciplina de Enfermería.

La historia de Enfermería se aborda en 5 etapas según Hernández Conesa (1995), la cual se describe a continuación:

Revisando la bibliografía, en la sociedad primitiva en los siglos antes de Cristo, se le delegaba la tarea del cuidado a la mujer, enfocándose en la supervivencia del ser humano proporcionando cuidados domésticos de modo intuitivo, teniendo como herramientas plantas y aditamentos naturales basadas en una concepción mágico-religioso, para la sanación de las personas; tales conocimientos se transmitieron de generación en generación a través de los años a éste tipo de cuidados se les denominó cuidados domésticos e institucionales.

Según Hernández J (1995), en el periodo clásico del siglo I al V, el cuidado se enfocó en una práctica intuitiva doméstica, es decir, la atención se daba en el entorno familiar, pasando a un pensamiento lógico, las tareas principalmente asignadas a mujeres y esclavos, de modo que esta atención fue teniendo un valor social por lo que se convirtiera en una práctica institucionalizada, a pesar de seguir teniendo una concepción mágico religiosa, pues también estas técnicas eran llevadas a cabo en templos, de ahí que fueran catalogadas como sacerdotisas y hechiceras.

En el siglo I, donde el cristianismo toma su auge, el cuidado se le dio un enfoque de caridad, basado desde una cultura completamente religiosa, ya que esta era la principal influencia en las mujeres viudas y adineradas, de aquí el origen de la diaconisa cristiana, descubriendo la vocación necesaria para llevar a cabo estos cuidados; practica que se llevaba a cabo dentro de la milicia y en los primeros hospitales, pues debido que en esta época la guerra de las cruzadas era la

causante de pestes y enfermedades como lepra y tuberculosis, donde era necesario la intervención para el cuidado de los enfermos; tomando en cuenta que para cubrir con el perfil deseado, tenía que predominar en las mujeres cuidadoras la castidad y la obediencia, representado en su vestimenta dichas características. En esta etapa se dio el descubrimiento de las primeras mujeres matronas especializadas en la atención de la mujer embarazada y del parto en el hogar.

A partir del siglo XVIII, donde el periodo de obscuridad llegó a su fin, el resurgimiento de la enfermería entro en la etapa de iluminación, en la cual la revolución industrial favoreció y contribuyó a la creación de la profesión, la cual está basada en las enseñanzas por parte de los médicos de esa época, pero para Florencia Nightingale, esto no era suficiente, la enfermera necesita cubrir un perfil, principalmente el gusto y vocación por el cuidado, sin influencia tal de la religión.

Llegando al reconocimiento social de la enfermera, pues el conocimiento comenzaba a transmitirse de enfermera a enfermera, catalogada por la sociedad como cuidadora, profesionista, investigadora, educadora, y por tal motivo su remuneración económica era mejor.

En el Siglo XX que inicia el modernismo con la introducción de la tecnología, se pretende suplir el cuidado enfermero, por tal motivo surge la necesidad de tener enfermeras especializadas y mejor capacitadas, pues con la implementación de modelos de teóricas americanas, es fundamental la investigación; de ahí que se requiere un nivel de licenciatura, y especialidades como nefrología, siquiatria, geriatría, salud pública, entre otras.

El estudio de la historia de la Enfermería, se presenta como la estrategia capaz de proveer respuestas a diversas interrogantes, incrementando el saber profesional a través de la generación de nuevos datos científicos y nuevos conocimientos. Esto ha permitido a la Enfermería, mostrarse como un actor crítico al conectar vivencias del contexto social con problemas de género, favoreciendo la interpretación del mundo científico e investigativo. La contribución intelectual obtenida a partir de la

historia, se constituye así, en una herramienta capaz de conducir y sustentar la legitimidad, autoridad y autonomía de la profesión. Es indudable que la reconstrucción del conocimiento profesional, se presenta inducido por el avance tecnológico y los cambios sociales.

Es por eso que en la actualidad la enfermera tiene un compromiso muy grande con su profesión, teniendo que cumplir con el hecho de ser competentes en nuestro trabajo, con una certificación y actualización mediante la participación en congresos.

Para Enfermería la investigación histórica, provee una perspectiva por medio de la cual, se puede desplazar hacia el presente habilitando a las enfermeras a resistir intentos de control sobre sus prácticas, representando un elemento esencial para defender el quehacer profesional. La contribución intelectual obtenida a partir de la historia de Enfermería, conducirá a la comprensión de los ideales enfermeros y a descubrir aspectos de su herencia, fundamentando su legitimidad y autonomía, agregando significado y dignidad a su tarea. Conocer los hechos de la historia conduce a definir el rol enfermero y exige precisar los fundamentos filosóficos de la profesión.

## **5.2 Definiciones de Enfermería**

Quien hace la actividad de filosofar en la sociedad es un testigo de la dignidad suprema del pensamiento. El que hace filosofía apunta a lo que es eterno en el hombre, a lo que estimula nuestra sed por el conocimiento puro y desinteresado, por el conocimiento de aquellas cuestiones fundamentales –acerca de la naturaleza de las cosas y de la naturaleza de la mente, del hombre mismo y de Dios– que son superiores e independientes de todo lo que podemos hacer, producir o crear, porque pensamos antes de actuar y nada puede limitar el alcance del pensamiento. De esta manera, las enfermeras necesitamos preguntarnos sobre la existencia y sobre nuestro quehacer ya que lo hemos profesionalizado. Conocer más estas cuestiones nos debe llevar a reflexionar sobre la realidad y

ofrecer mejor nuestro servicio profesional. Florence Nightingale, hace casi 150 años, refiere “El acto de utilizar el entorno del paciente para ayudarlo en su recuperación”

Según Virginia Henderson (1966), “La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible”.

Según la ANA [American Nurses Association] en (2003), menciona que “Es la protección, promoción y optimización de la salud y las capacidades, prevenciones de la enfermedad y las lesiones, el alivio del sufrimiento a través del diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana y el apoyo activo en la atención de individuos, familias, comunidades y poblaciones”.

Según la ley 9 que regula la práctica de enfermería en PR. El CPEPR y los Estándares de Enfermería en PR, declara que es “Es la ciencia y el arte de cuidar de la salud de individuo, la familia y la comunidad. Su campo de acción es la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad y la participación en su tratamiento, incluyendo la rehabilitación de la persona, independientemente de la etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentra. El objetivo de la enfermería es mantener al máximo el bienestar físico, mental, social y espiritual del ser humano”

### **5.3 Definición de las Etapas del Proceso Enfermero**

El proceso de atención de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la enfermera. Este método permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Alfaro L. (2008).

Está compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades del paciente individualizándolas, o bien atendiendo a la familia y la comunidad, al mismo tiempo que define el campo de ejercicio profesional y contiene las normas de calidad de la prestación de cuidados al normalizar y sistematizar la práctica asistencial.

- Valoración

Es la primera etapa del proceso de enfermería, la de mayor importancia de todo el proceso, esta consiste en la recolección, selección y organización de los datos sobre el estado de salud de la persona, a través de diversas fuentes: estas incluyen a la persona como fuente primaria, y secundaria al expediente clínico, familia y entorno.

Alfaro L. (2008), refiere que “la valoración es un proceso organizado y sistemático de recolección de información sobre el estado de salud de la persona, familia o comunidad”.

Durante la valoración se recaba información, de los cuales es necesario identificar los datos objetivos y los subjetivos.

- Los datos subjetivos son los que el paciente expresa, son sentimientos y percepciones, son sentidos por el paciente.
- Los datos objetivos son la información correcta y observable, como los signos vitales, estudios de laboratorio y gabinete, comportamientos, etc.,

Cuando la persona se encuentra grave, con trastornos mentales, desorientado, inconsciente o corresponde a la etapa de lactancia o infancia, los familiares se



convierten en fuente de información indirecta, y son quienes proporcionan los datos con respecto al estado de salud-enfermedad.

Otros profesionales de la salud, como los médicos, enfermeras, trabajadores sociales, fisioterapeutas que brindan cuidados sanitarios de la persona, son quienes contribuirán a notificar información relevante de su salud y evolución.

Para la recolección de la información se utilizan diferentes medios y métodos que requieren del desarrollo de habilidades, destrezas y conocimientos en íntima relación con la práctica, de manera que se conviertan en una experiencia cotidiana de la enfermera. Tales como:

Observación: de esta manera se obtiene datos de la persona en todas sus esferas (biológica, psicológica, social y espiritual), se organiza la información y es determinada por el modelo teórico empleado, para el desarrollo de la práctica profesional, (Potter, 2001)

Entrevista: se considera la base fundamental en esta etapa; ya que implica que el personal de enfermería escuche a la persona, establezca una relación empática enfermera-paciente, para obtener información precisa y validar los datos obtenidos (objetivos y subjetivos).

La realización de la entrevista se lleva a cabo en tres fases:

1ª Fase: Orientación, implica el establecimiento de la relación enfermera-persona, dándole acorde la finalidad de la entrevista.

2ª Fase: De trabajo, el personal de enfermería formula las preguntas para establecer la base de datos.

3ª Fase: Finalización, se requiere de la habilidad por parte del entrevistador en cual se notificara a la persona el momento aproximado para la culminación de este.

La valoración física: en esta se contempla la medición y registro de las constantes vitales, así como el examen de todas las partes del cuerpo a través de la

Inspección, Palpación, Percusión, Auscultación y Olfato, que son los métodos para llevar a cabo la exploración física.

Una vez que se tienen los datos objetivos y subjetivos de la persona y se han validado e interpretado estos, se procede a la organización de la información en grupos significativos. Durante la agrupación de los datos, la enfermera los reconoce y concentra su atención en las funciones de la persona que precisan apoyo o ayudan para su recuperación.

Para llevar a cabo la interpretación de los datos recabados de la persona, se deberá realizar mediante un proceso de razonamiento deductivo y de juicio lo que le permitirá a la profesional de enfermería sobre la información de mayor significado en relación con el estado de salud del paciente.

Una vez que se tienen los datos objetivos y subjetivos de la persona se procede a la organización de la información.

Para el registro de los datos es necesario anotar lo más significativo, de forma minuciosa y exacta, dejando de lado connotaciones negativas es decir, sin emitir juicios, y mantener la confidencialidad de la información adquirida.

- Diagnóstico de Enfermería

Es la segunda etapa del proceso enfermero en la cual se lleva a cabo la identificación de las respuestas humanas a los problemas de salud, por las enfermeras, basadas en sus conocimientos, experiencia y responsabilidad legal.

Esta temática aborda la evolución histórica de enfermería como etapa diagnóstica, el razonamiento para su construcción de acuerdo con el tipo y clasificación de diagnósticos y la forma de registrarlos.

En la novena Conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) se aprobó como definición: “un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales, reales o potenciales.” (NANDA, 1990)

La enfermera utiliza el proceso de enfermería para identificar y sintetizar los datos clínicos y para disponer intervenciones de enfermería que reduzcan, eliminen o prevengan (promoción a la salud) las alteraciones de la salud que pertenezcan al dominio legal y educativo de la enfermería, Carpenito, (1988).

Para la elaboración de diagnósticos es necesario que el profesional de enfermería haga uso de la experiencia, habilidad, intuición, capacidad intelectual, filosofía personal y marco conceptual, aptitud para reunir datos y conocimientos teóricos, todos estos factores en conjunto definirán la capacidad para la elaboración de diagnósticos.

Los diagnósticos se clasifican de acuerdo con diferentes características. Carpenito, (1995)

- Diagnóstico de Bienestar: Es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto de bienestar.
- Diagnóstico Real: Describe un juicio clínico que el profesional ha confirmado por la presencia de características que definen y signos o síntomas principales.
- Diagnóstico de Alto riesgo o Potencial: Describe un juicio clínico sobre que un individuo o grupo es más vulnerable de desarrollar el problema que otros en una situación igual o similar.
- Diagnóstico Posible: Señala un problema que el profesional de enfermería sospecha, pero que necesita recoger más datos para confirmar o descartar su presencia.

El enunciado del diagnóstico de enfermería debe constar de una, dos o tres partes, lo cual depende del tipo de diagnóstico:

Los de bienestar se escriben como enunciados de una sola parte; los de alto riesgo y los posibles constan de dos partes (el problema relacionado con los factores de riesgo); y el diagnóstico real consta de tres partes (problema, factores concurrentes o etiología, y signos y síntomas).

Existe una estructura donde el enunciado de un diagnóstico de enfermería, se puede realizar en dos o tres partes según sea el caso.

| FORMATO PESS<br>(Gordon 1976)<br>P+E+SS | FORMATO NANDA<br>(1990)                  |
|---|--|
| P= problema                             | Etiqueta diagnóstica                     |
| E= etiología                            | Factores relacionados o factor de riesgo |
| S= signos y síntomas                    | Características definitorias             |

La importancia de la taxonomía es unificar un lenguaje enfermero común, definir la actividad enfermera, posibilitar el pensamiento crítico y el intercambio de opiniones sobre las necesidades de la persona.

Cada diagnóstico enfermero NANDA consta de nombre o etiqueta, definición, características definitorias y factores de riesgo.

- Planeación

Es la tercera etapa del proceso enfermero, dentro de esta fase se tiene como objetivo: promover la comunicación entre el equipo multidisciplinario, dirigir los cuidados y documentarla, crear registros para utilizarlos en la evaluación, investigación y propósitos legales; así también proporcionar datos de costo beneficio para la institución por lo que se requiere de un acceso fácil a estos, los planes deben ser claros, específicos y consecuentes.

A su vez este proceso consta de cuatro partes:

- Determinación de prioridades
- Establecer los objetivos esperados o resultados esperados (NOC)
- Determinar las intervenciones de enfermería (NIC)
- Registro del plan

Determinar prioridades es una habilidad cognitiva que requiere desarrollar un pensamiento crítico en el momento de decidir.

Las prioridades se establecen según Kosier, Erb. (2008), teniendo en cuenta el momento de definir la prioridad:

- La importancia vital del problema encontrado
- La jerarquización de las necesidades básicas
- La prioridad que les da el usuario
- Los planes de tratamiento médico
- Los recursos de enfermería
- El interés particular del programa que se ofrezca por razones preestablecidas
- Importancia a los problemas que tienen que ver con la salud materno infantil que los que tengan que ver con las enfermedades digestivas.

De aquí que repunta la importancia de que el profesional de enfermería, discrimine en cuanto el actuar enfermero y personalizar cada uno de estos planes de cuidado, pues en algunas instituciones de salud se encuentran planes estandarizados, pero que no están elaborados en su totalidad para el cien por ciento de la población.

Los resultados deben dirigirse a la primera parte del diagnóstico. Estos resultados ayudan a definir conductas a fin de demostrar que se ha corregido, disminuido o prevenido el problema.

Los términos, metas, objetivos y resultados son prácticamente intercambiables, lo que se busca es guiar el plan de cuidados.

Los objetivos pueden ser a corto plazo (24hrs), que son aquellos que describen los beneficios tempranos que se esperan en las intervenciones de enfermería.

Los objetivos a largo plazo son aquellos que describen los beneficios que se esperan después de haber puesto en marcha el plan.

El plan de cuidados de enfermería “Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello”, Alfaro, L. (2003)

La importancia de los planes de cuidados según la Comisión Permanente de Enfermería (2010), permiten:

- Garantizar la seguridad de los pacientes.
- Permite la práctica de los cuidados de enfermería documentada, rigurosa y de conocimiento codificado.
- Son susceptibles de replicarse y favorecer el camino a la excelencia en los cuidados de enfermería.
- Permiten afrontar los nuevos modelos de atención centrados en la continuidad de cuidados.

Los tipos de cuidados de Enfermería consisten en:

- Individualizado: Permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto.
- Estandarizado: Es un protocolo específico de cuidados, apropiado para personas que padecen problemas normales o previsibles.
- Estandarizados con modificaciones (instituciones privadas): permite la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Computarizado: Son útiles si permiten la individualización a un paciente en concreto.

Las intervenciones de enfermería son las acciones o intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar a la persona a lograr los resultados esperados, y pueden agruparse en dos categorías:

- Intervenciones de cuidados directos: son acciones realizadas mediante la interacción directa con la persona.
- Intervenciones de cuidados indirectos: son acciones realizadas lejos de la persona, los cuidados se dirigen al entorno y de colaboración con el equipo multidisciplinario.

Las acciones dirigidas a las personas deben contar con las siguientes características:

- Ser coherentes con el plan de cuidado general
- Basarse en principios científicos
- Ser individualizados para cada situación
- Propiciar todas las oportunidades para la enseñanza y el aprendizaje.
- Tener en cuenta la utilización de recursos apropiados.

Existen diferentes maneras de administrar los cuidados de enfermería, entre ellas se encuentran:

- La asignación de tareas: se centra en las enfermeras y el personal multidisciplinario de apoyo a quien se le asignan diferentes actividades.
- Asignación de pacientes: la enfermera es la que lleva acabo la atención total de varias personas, por un lapso apoyada del equipo multidisciplinario.
- Cuando se trabaja en equipo: es cuando un grupo designado de pacientes es atendido por dos enfermeras o más quienes realizan el proceso enfermero.
- La enfermería primaria: se centra el trabajo en el paciente, esta acepta toda la responsabilidad durante su estancia hospitalaria.

- La planeación centrada en la persona: se inicia con la valoración de todas sus necesidades de entorno, vivienda, empleo, recreación, etc.
  - El manejo de casos: se considera como el método más popular de organizar la atención de enfermería en el ámbito comunitario, designada con experiencia en salud pública y se realiza la administración de casos se realiza con un equipo de trabajo conformado por enfermera, médico, trabajadora social, nutrióloga, ellos suministran los recursos materiales y humanos.
- Ejecución

En esta etapa se establecen prioridades, se ejecutan las intervenciones y se valora una y otra vez si fuera necesario el estado de salud de la persona; así también se realizan registros con base en un marco legal.

Según Alfaro L, (2003), menciona los siguientes pasos para fijar prioridades:

1. Realizar una revisión de todas las personas que se cuida comprobando brevemente como están a grandes rasgos, con la finalidad de identificar los problemas que requieren atención inmediata.
2. Después del informe, verificar la información crítica, como perfusiones intravenosas, funcionamiento de equipos.
3. Identificar los problemas urgentes, como los que pueden poner en peligro, como vías desconectadas, tubos torácicos, caídas, etc.
4. Hacer una lista con los principales problemas de las personas y plantear: ¿Qué problema se debe resolver y que sucederá si se dejan para más tarde?, ¿Qué problema se debe controlar, de no ser así que sucederá?, ¿Cuáles son los problemas claves o los problemas que se deben resolver?, de todos los problemas de la persona ¿Cuáles se pueden trabajar de manera realista?
5. Determinar las intervenciones que se deben hacer para prevenir, resolver o manejar los problemas detectados.



6. Decidir que puede hacer por sí mismo el enfermo o la familia, que se puede delegar a otros.
7. Hacer una hoja de trabajo personal para anotar lo que se realiza durante el turno y consultar continuamente.

Estos pasos permiten organizar, priorizar las tareas y darle seguimiento a los cuidados planeados o bien revalorar y direccionar las intervenciones.

La realización de intervenciones significa estar preparada para ejecutar las intervenciones, determinar las respuestas y hacer los cambios necesarios en el plan de cuidados. Kozier, Erb. (2008)

Tras llevar a cabo las actividades de enfermería, lo siguiente es anotar las valoraciones, intervenciones y respuestas considerando escribir lo observado (objetivo) y lo referido por la persona (subjetivo), Alfaro L, (2003).

Es de gran importancia explicar a la persona que intervenciones se realizarán, que sensaciones debe esperar, que se espera que haga y que resultados se prevén.

En el momento de brindar el cuidado la enfermera es responsable legal y ético de proteger los derechos del usuario a la intimidad, integridad, autonomía, privacidad, veracidad, fidelidad, confiabilidad, abogacía, elección, privacidad, beneficencia, no maleficencia que son los principios éticos, estos pueden brindarse a través de valores para el cuidado como son responsabilidad, solidaridad, honestidad, diálogo, empatía, etc.

- Evaluación

La evaluación es una actividad planificada, continua y con el fin en el que las personas y los profesionales sanitarios determinen: el progreso del mismo hacia los objetivos esperados y la eficacia del plan.

Tienen como objetivo realizar la evaluación de los cuidados de Enfermería brindados a la persona conociendo el logro de los objetivos planteados, las etapas del proceso y satisfacción de las necesidades de la persona.

Es importante que el personal de enfermería este alerta a las respuestas humanas que puede presentar la persona en todas las etapas del proceso , como pueden ser la ansiedad, llanto, ira, miedo, stress, dolor, soledad, duelo, e impotencia.

Con la finalidad de asegurarse del control completo de las prácticas de cuidados de la salud se realizan los tres tipos de evaluación según Donabedian, (1966).

La evaluación respecto al proceso se centra en cómo se brindaron los cuidados, como las valoraciones, intervenciones es decir en tiempo y en forma.

Cuando se habla de estructura se centra en el entorno en el que tiene lugar los cuidados, como entrono físico, plantilla de personal, o lugar de prácticas en la comunidad, es necesario preguntar si estos fueron adecuados para un eficaz manejo de los cuidados.

Y cuando se refiere a resultados se enfatiza en estos u objetivos de los cuidados, es necesario preguntarse ¿se alcanzaron los objetivos? ¿La persona está satisfecha con los cuidados?

La evaluación crítica de los cuidados es la clave de la calidad en la provisión de los cuidados. Determina la eficiencia de un plan de cuidados individualizado; es decir, si la persona logró los objetivos a tiempo, respecto a cada una de las etapas del proceso en general así como el entorno en que se dieron los cuidados, también es momento reiniciar sino existe solución a los problemas, o si no se detectó la prioridad, no se tuvo el recurso material o humano, o si existió alguna respuesta humana durante la ejecución. No olvidar nuevamente registrar o bien diseñar modelos para la evaluación de los cuidados enfermeros.

## 5.4 Teorías y Modelos de Enfermería

La enfermería como profesión existe desde que Florence Nightingale, a mediados del siglo XIX, expresó la firme convicción de que la enfermería requería un conocimiento diferente al conocimiento médico. Describió lo que para ella era la función propia de enfermería: poner al paciente en las mejores condiciones para que la Naturaleza actúe sobre él; definió los conceptos de salud y enfermedad en relación con la enfermería, el objetivo de los cuidados de enfermería y su praxis, con esto podemos decir que inició una etapa nueva donde se empezaba a delinear un modelo conceptual de enfermería.

Es a partir de la década de los años 50 del siglo XX, cuando los profesionales de enfermería comienzan a desarrollar los modelos conceptuales. Estos pueden clasificarse según su centro de interés principal. Representan diferentes puntos de vista y explicaciones sobre la naturaleza de los objetivos y los métodos de enfermería.

La utilización de un modelo conceptual o de una teoría de enfermería facilita la comunicación entre las enfermeras y proporciona un enfoque más unificado para la práctica, sirve como eslabón en el desarrollo de una teoría.

Las teorías guían el pensamiento y la acción de la práctica enfermera, donde se comunica la conceptualización de un aspecto de la realidad de enfermería con la finalidad de predecir, un fenómeno, explicar las relaciones entre fenómenos, predecir las consecuencias o prescribir el cuidado de enfermería.

Para poder comprender la diferencia entre teoría, modelo conceptual y modelo de atención, es necesario revisar la Jerarquía estructural del conocimiento propuesta por Fawcett J. (1995) en el que cada escalón de la jerarquía, señala que existe una diferencia, dado el nivel de abstracción, entre los modelos conceptuales las teorías, y que estas a su vez pueden clasificarse por su mismo nivel de abstracción y posibilidad de operacionalización de sus conceptos integrantes. (Ver esquema 1).

## Esquema 1

### JERARQUÍA ESTRUCTURAL DE CONOCIMIENTO

Cuadro comparativo del elemento disciplinar y la práctica de enfermería

| DISCIPLINA                             | PRÁCTICA DE ENFERMERÍA  |
|--|---|
| Metaparadigma                          | Persona, Salud, Entorno y Cuidado   |
| Filosofías<br>(Visiones de enfermería) | Filosofías de Facultades y Hospitales<br>Servicios de enfermería<br>Códigos de Ética<br>Derechos de los pacientes   |
| Modelos Conceptuales<br>Teorías        | PERSPECTIVA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA<br>SE APLICAN EN<br>Especialidades clínicas<br>Conocimiento de enfermería y otras disciplinas afines<br>Sistemas y modelos de atención de enfermería<br>Modelos de Cuidado<br>Otros |
| Indicadores Empíricos                  | SE TRADUCE EN<br>Estándares para la práctica<br>Formatos de valoración<br>Taxonomías diagnósticas<br>Protocolos de intervención de enfermería<br>Criterios de Evaluación<br>Otros   |

Tomado de Fawcet J. (1995) Analysis and Evaluation of Conceptual Models. Philadelphia. F.A. Davis Company.

La teoría es una representación de aspectos de la realidad que se descubren o inventan, para describir, explicar y predecir o prescribir respuestas, eventos, situaciones, condiciones o relaciones. Las teorías tienen conceptos que están relacionados unos con otros, formando definiciones teóricas, guían el pensamiento y la acción de la práctica enfermera.

Los modelos de atención, definen las referencias teóricas y filosóficas y una

metodología que describe la forma de cómo el cuidado será proporcionado en la práctica de enfermería.

La teoría de enfermería debe considerar la estructura del conocimiento de la enfermería, las bases filosóficas de la ciencia de la enfermería, el desarrollo teórico, la historia del conocimiento de enfermería y las teorías de enfermería.

El desarrollo teórico parte de ideas generadas por las personas interesadas en un aspecto específico del conocimiento y no pueden existir teorías sin ideas, aunque pueden existir ideas sin teorías. Las teorías se desarrollan a partir de las ideas y estas a su vez provienen experiencias personales, trabajo de otros, inspiraciones, discernimientos, de la intuición o experiencias desarrolladas lógicamente.

Para que la información obtenida a través de la investigación, sobre fenómenos de enfermería, sea de utilidad, es necesario que se desarrolle en teorías que describan, expliquen, o prescriban el comportamiento de los fenómenos de enfermería.

Para la construcción de una teoría de enfermería se requiere tener amplio conocimiento de la dimensión práctica e investigativa de la disciplina, así como llevar con rigurosidad las actividades que demanda su desarrollo.

La filosofía enfermera establece el significado de los fenómenos de la enfermería mediante el análisis, el razonamiento y el argumento lógico.

Las filosofías contribuyen al conocimiento enfermero proporcionando una dirección a la disciplina y creando una base para la erudición profesional, lo que genera nuevas teorías.

Las filosofías enfermeras incluyen los estudios anteriores a la época teórica y los trabajos filosóficos posteriores.

Las filosofías proporcionan una explicación general, y se utilizan para ampliar la disciplina y aplicarla a la profesión.

## **5.5 Conceptos Básicos de Virginia Henderson**

Virginia Henderson, quinta hija de una familia de ocho hermanos, nació en 1897. Natural de Kansas City, Missouri, estudio en Virginia.

Durante la Primera Guerra Mundial, Henderson empezó a interesarse por la enfermería, En 1918, ingresó en la Army School of Nursing de Washington DC y se graduó en 1921. Empezó a dar clases de enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia.

Desde principios de los años cincuenta, Henderson empezó a colaborar con la Universidad de Yale y aprovecho esta colaboración para potenciar la investigación enfermera.

La primera vez que publicó su definición de enfermería fue en 1955 en la revisión de *The Principles and Practice of Nursing* de Harmer, motivada por la necesidad de especificar claramente la función de las enfermeras; posteriormente se sintió impulsada por su implicación como miembro de una comisión en una conferencia regional del National Nursing Council y afirmó que este informe representa su punto de vista modificado por las ideas de los demás miembros del grupo, y finalmente la investigación de cinco años de la Association Nursing American (ANA) sobre la función de las enfermeras acabó de despertar el interés de Henderson por elaborar una definición, ya que no estaba totalmente satisfecha con la que la ANA adopto en 1955.

Describió su interpretación como “la síntesis de múltiples influencias, algunas positivas y otras negativas”.

Henderson incorporo principios fisiológicos y psicológicos en su concepto personal de enfermería. Sus conocimientos en estas áreas se basaban en las enseñanzas de Stackpole y Thorndike durante la época que estudio en el Teachers College. No cito directamente sus principales supuestos, por lo se adaptaron los siguientes según sus publicaciones.

Definió la ENFERMERIA en términos funcionales como: “La función de una enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación ( o a una muerte tranquila) y que esté podría realizar sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Asimismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible”.

No planteo la definición propia de SALUD, pero en sus obras utilizaba salud como sinónimo de independencia. Consideraba que la salud dependía de la persona para satisfacer por si misma las 14 necesidades básicas sin ayuda. Afirmaba “Es más importante la calidad de la salud que la vida en sí misma, ese margen de energía mental/física que permite trabajar del modo más eficaz y alcanzar el nivel potencial más alto de satisfacción en la vida”.

Para definir el termino entorno, se utilizó la Webster`s New Collegiate Dictionary, 1961, que lo define como “el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”.

Henderson consideraba que la PERSONA (paciente) era un individuo que precisaba ayuda para recuperar su salud y su independencia, o para tener una muerte tranquila. Mente y cuerpo son inseparables. De igual forma, el paciente y su familia son una unidad.

NECESIDADES, no existe una definición específica de necesidad, pero Henderson identificó 14 necesidades básicas de la persona, que integran los elementos del cuidado enfermero y son:

- Respirar normalmente
- Comer y beber adecuadamente
- Eliminar por todas las vías corporales
- Moverse y mantener posturas adecuadas
- Dormir y descansar
- Escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse
- Mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el entorno.
- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
- Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
- Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.
- Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Supuestos principales

Enfermería

- La función de la enfermera es la de ayudar a los individuos sanos y enfermos.
- La enfermera forma parte del equipo de salud.
- El trabajo de la enfermera es independiente del trabajo del médico, pero debe de colaborar con él cuando éste atiende al paciente.
- La enfermera debe poseer conocimientos tanto en ciencias biológicas como sociales.



- La enfermera puede evaluar las necesidades humanas básicas.
- Los 14 elementos del cuidado enfermero incluyen todas las funciones posibles de la enfermería.

#### Persona (paciente)

- La persona debe mantener el equilibrio emocional y fisiológico.
- La mente y el cuerpo de una persona son inseparables.
- La persona requiere ayuda para conseguir su independencia.
- La persona y su familia son una unidad.
- Las necesidades del paciente están representadas en los 14 elementos del cuidado enfermero.

#### Salud

- La salud es la calidad de vida.
- La salud es esencial para el funcionamiento humano.
- La salud precisa independencia e interdependencia.
- La promoción de la salud es más importante que el cuidado del enfermo.
- Los individuos se mantendrán sanos si poseen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.

#### Entorno

- Los individuos sanos son capaces de controlar el entorno, pero la enfermedad puede afectar esta capacidad.
- Las enfermeras deben recibir enseñanza sobre seguridad.
- Las enfermeras deben de proteger a los pacientes de las lesiones mecánicas.
- Las enfermeras deben de reducir al máximo la posibilidad de lesión.
- Los médicos utilizan las observaciones y opiniones de las enfermeras como base para las prescripciones sobre dispositivos de protección.
- Las enfermeras deben de conocerlas costumbres sociales y las prácticas religiosas para evaluar los peligros que pueden derivarse de estas.

## Afirmaciones Teóricas

- La relación enfermera-paciente

Pueden identificarse tres niveles de relaciones entre la enfermera y el paciente, que van de una dependencia mayor a menor: a) la enfermera como sustituta del paciente, b) la enfermera como ayudante del paciente, c) la enfermera como compañera del paciente.

- La relación enfermera-médico

Henderson insistió en que el trabajo de la enfermera es único y diferente al del médico. El plan de cuidados, elaborado por la enfermera y el paciente, debe asegurar que se consiga el plan terapéutico prescrito por el médico.

- La enfermera como miembro del equipo sanitario

La enfermera trabaja en coordinación con otros profesionales de la salud. Todos los miembros del equipo colaboran los unos con los otros para llevar a cabo el programa completo de cuidados, pero deben intercambiar tareas.

El planteamiento de Henderson hacía del cuidado del paciente era reflexivo e implicaba tomar una decisión.

En la fase de implementación, la enfermera ayuda al paciente a realizar actividades para mantener la salud, para recuperarse de la enfermedad o para conseguir una muerte tranquila. Las intervenciones se realizan para cada individuo según sus condiciones fisiológicas, la edad, el nivel cultural, el equilibrio emocional y las capacidades físicas e intelectuales.

## VI. DESARROLLO DEL PROCESO

### 6.1 Presentación del Caso

| .-FICHA DE IDENTIFICACIÓN               |  |                                   |
|---|--|-----------------------------------|
| Nombre: E.J.I.                          | Edad: 83   | Talla: 1.55                       |
| Fecha de nacimiento: 10 de Mayo de 1930 |  | Sexo: Masculino                   |
| Ocupación: Pensionado                   | Escolaridad: Secundaria<br>Trunca                    | Fecha de admisión:<br>01/04/13    |
| Hora: 16:20                             | Procedencia: Urgencias<br>Adultos                    | Fuente de información:<br>Directa |
| Fiabilidad: (1-4) 3                     | Miembro de la familia/ persona significativa: Abuelo |                                   |

Es llevado para atención en la sala de urgencias, por presentar alteración del estado respiratorio, dando diagnóstico médico de Bronquitis.

Refiere ser diagnosticado con Diabetes Mellitus desde hace veinte años aproximadamente, presentando importantes complicaciones de la misma como: pérdida de la visión, disminución de la audición y amputación de ambos miembros pélvicos. La persona refiere sentirse sin deseos de vivir, depresivo, apático al tratamiento médico.

A la exploración física encuentro a la persona limpia, consciente, orientada, responde a estímulos externos, con ceguera total, audición disminuida, piel seca, dificultad respiratoria, presencia de estertores en campos pulmonares a nivel medio, refiere dolor torácico, abdomen blando depresible, con presencia de peristalsis, lesiones dérmicas serradas y limpias en zona sacra por presencia de

ulceras por presión, muñones de ambos miembros pélvicos hasta rodilla, sin datos de infección, cicatrizados.

Cabe mencionar que dentro del Plan de Cuidados se ha enfatizado en los cuidados de la necesidad de Trabajar y Realizarse, en la cual detecto el Trastorno de la imagen corporal relacionado con amputación de Miembros Inferiores, es decir se hace énfasis en la adaptación a la discapacidad y aceptación de la imagen corporal

## **6.2 Valoración de necesidades básicas**

### **1. Oxigenación**

A la observación se detecta que la persona presenta disnea debido a bronquitis, con tos productiva y secreciones verdosas. Refiere saber dónde se encuentra actualmente, dolor a la inspiración, niega antecedentes de tabaquismo menciona que en su casa se cocinaba con leña y carbón. A la exploración física se encuentra una FR 24x', una T/A 90/60 mmHg, 36°C de temperatura, FC 78x', presencia de cianosis peribucal y ungual, a la auscultación de campos pulmonares se perciben estertores en campo medio, llenado capilar de 2", indicado nebulización cada 6 horas con salbutamol, bromuro de ipatropio, beclometazona y dexametazona cada 8 horas, a través de mascarilla, posterior puntas nasales a 4 ltr/min, se confirma a través de expediente clínico la elaboración con toma de RX torácica confirmando presencia de secreciones.

Grado de dependencia: Dependiente, Fuente de dificultad: Fuerza

Diagnósticos de Enfermería:

- Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con proceso infeccioso manifestado por estertores, dolor a la respiración, tos productiva, disnea.
- Dolor relacionado con inspiración manifestado por expresión verbal.

## 2. Nutrición e Hidratación

A la observación, se identificó a la persona con piel seca, mucosas hidratadas, cabello delgado, canoso, aseado, lechos unguiales con cianosis y aseados, el refiere “no tener deseos de ingerir alimentos en ningún momento, porque le produce náuseas el masticar la comida, prefiere seguir dormido”. No usa prótesis dental, come papilla dos veces al día.

A la exploración física existe falta de piezas dentales, encías inflamadas, halitosis presente, compleción caquética, presencia de muñones de ambos miembros pélvicos con cicatrización seca de tres años de antigüedad, en zona sacra tres cicatrices limpias de ulcera por presión.

Grado de dependencia: Dependiente, Fuente de dificultad: Voluntad

Diagnósticos de Enfermería:

- Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado con falta de interés en los alimentos manifestado por pérdida de peso y náuseas.
- Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa del volumen de líquidos manifestado por sequedad de la piel

## 3. Eliminación

Refiere el familiar que defeca una vez al día, heces pastosas y orina concentrada, no recuerda haber tenido ninguna hemorragia y refiere que el médico familiar ya le ha hecho la observación de que hay un deterioro importante en sus riñones por el transcurso de su enfermedad.

A la exploración física, abdomen blando depresible, piel seca generalizada, canalizando gases, peristalsis presente, con hemorroides y sin control de esfínteres.

Grado de dependencia: Dependiente, Fuente de dificultad: Fuerza

Diagnóstico de Enfermería:

- Riesgo de estreñimiento relacionado con actividad física insuficiente, depresión y dentición inadecuada.

#### 4. Termorregulación

La persona refiere “que su hija le pretende su ropa para los cambios bruscos de temperatura, como cobijas extras, chalecos y sweater” no realiza ningún tipo de ejercicio y el clima que más le agrada es el cálido.

A la exploración física encuentro piel seca generalizada, transpiración presente del día, sin emitir mal olor, se encuentra dentro del servicio de urgencias el cual esta caluroso.

Grado de dependencia: Parcialmente Dependiente, Fuente de dificultad: Voluntad

Diagnóstico de Enfermería:

- Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado con inactividad física.

#### 5. Moverse y mantener buena postura

La persona refiere “no realizar ningún tipo de actividades física, solo su hija lo saca de su recamara en las mañanas en su silla de ruedas a tomar el sol”, su pasatiempo es dormir y escuchar televisión por lo cual esta acostado la mayor parte del tiempo.

A la exploración física se detecta el estado del sistema musculo esquelético con debilidad generaliza, amputación de ambas piernas hasta rodilla, la postura de la persona es encogida, no tiene prótesis por lo cual no hay deambulaci3n, se encuentra consciente y emocionalmente deprimido.

Grado de dependencia: Dependiente, Fuente de dificultad: Fuerza y Voluntad

## Diagnósticos de Enfermería:

- Deterioro de movilidad física relacionado con pérdida de las estructuras óseas y depresión manifestado por temblor inducido por el movimiento e inestabilidad postural.
- Intolerancia a la actividad física relacionado con debilidad generalizada e inmovilidad manifestado por expresión verbal de fatiga y malestar debido al esfuerzo.

## 6. Descanso y sueño

Observo que la persona esta somnoliento y adinámico. El refiere que “no descansa, la mayor parte del tiempo esta acostado dormitándose pero no tiene un horario establecido, refiere presencia de insomnio, se lo atribuye a la depresión que tiene”.

A la exploración física detecto que se encuentra consciente, responde a estímulos externos y contesta todo lo que se le pregunta, hay presencia de ojeras, bostezos y apatía.

Grado de dependencia: Dependiente, Fuente de dificultad: Voluntad

## Diagnóstico de Enfermería:

- Insomnio relacionado apatía manifestado por observación de falta de energía e informe de la insatisfacción del sueño, somnolencia y letargo.

## 7. Usar prendas de vestir adecuadas

La persona refiere que “su hija lo viste”, su autoestima no determina su forma de vestir porque el no lo decide, depende totalmente de su hija para realizarlo, lo visten en su cama, cabe señalar que el si puede realizarlo sin embargo no lo hace.

A la exploración física observo que la persona viste de acuerdo a su edad y su vestimenta se encuentra limpia.

Grado de dependencia: Dependiente, Fuente de dificultad: Fuerza

Diagnóstico de Enfermería:

- Riesgo de déficit de auto cuidado: vestido relacionado con negación manifestado por deterioro de la capacidad para ponerse las prendas de vestir necesarias.

## 8. Higiene y protección de la piel

Observo que la persona está limpio, refiere que lo baña su hija de 2 a 3 veces por semana, pues le causa fatiga y molestia, prefiere que lo realicen a medio día, su aseo bucal solo es con agua después de comer y lavado de manos antes y después de comer, utiliza pañal y se lo cambian constantemente, sabe de sus hábitos de higiene que deberían de cambiar pero dice “ya estoy grande y ya me voy a morir, para que”.

A la exploración física encuentro paciente limpio, no huele mal corporalmente, halitosis presente cuero cabelludo limpio, cuenta con lesiones dérmicas en región sacra, con rastros de úlceras por presión cerradas y sin color.

Grado de dependencia: Dependiente, Fuente de dificultad: Conocimiento

Diagnóstico de Enfermería:

- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea perianal relacionado con inmovilización física y humedad

## 9. Evitar peligros

La persona refiere que los miembros que componen su familia nuclear es su hija, su yerno y dos nietos, su hija siempre está al pendiente de él, ella lo carga de la cama a la silla de ruedas para que no se caiga, cada mes acude a sus revisiones



médicas y es el único momento en que sale a la calle, refiere “no tener con quien platicar para poder desahogarse emocionalmente”.

A la exploración física no presenta ninguna malformación congénita, el lugar donde vive cuenta con todos los servicios, baño completo con azulejo, una sola pieza con loza y piso de loseta, cocina, sala, comedor y dos piezas más de lámina y piso de cemento.

Grado de dependencia: Dependiente, Fuente de dificultad: Fuerza

Diagnóstico de Enfermería:

- Alto riesgo de caída relacionado con uso de silla de ruedas y deterioro de la movilidad física.

#### 10. Comunicarse

La persona refiere ser viudo, habiendo tenido cincuenta años de casado y cinco que falleció su esposa, “la extraña mucho, vive con su hija, siente que se ha vuelto una carga para su familia”, no tiene con quien platicar, en ocasiones se siente con su silla afuera de su casa, pero casi no le gusta porque como no ve, son raras las personas que le hacen la plática.

En la evaluación la persona habla lento con pausas, consiente, con ceguera total y audición disminuida.

Grado de dependencia: Dependiente, Fuente de dificultad: Voluntad

Diagnósticos de Enfermería:

- Aislamiento social relacionado con alteración del aspecto físico manifestado por falta de personas de apoyo significativas.
- Riesgo de lesión física relacionado con pérdida de la visión y audición disminuida.

## 11. Vivir según creencias y valores

La persona refiere predicar la religión católica, sus principales valores familiares son el amor y el respeto, en ocasiones pierde la fe en dios por todo lo que ha sufrido con las complicaciones de su enfermedad.

A la exploración física la persona acepta el contacto físico, cuenta con escapulario y refiere tener imágenes religiosas en casa.

Grado de dependencia: Parcialmente Dependiente, Fuente de dificultad: Voluntad

Diagnóstico de Enfermería:

- Sufrimiento espiritual relacionado con pérdida de la salud manifestado por expresión verbal de desinterés en la religiosidad.

## 12. Trabajar y realizarse

La persona refiere haber trabajado de chofer, es pensionado, no trabaja actualmente, su pensión solo alcanza para cubrir los gastos en cuanto a pañales y toallas húmedas, es resto de los gastos los realiza su hija y no está satisfecho con el rol que juega en su familia.

A la exploración física la persona se ve triste, deprimido, cuando recuerda su época en que estaba activo comienza a llorar porque no se imaginó que años posteriores se iba a encontrar en ese estado de salud y sin poderse valer por sí mismo.

Grado de dependencia: Dependiente, Fuente de dificultad: Voluntad

Diagnósticos de Enfermería:

- Bala autoestima situacional relacionado con inactividad laboral manifestado por expresión verbal de inutilidad.
- Trastorno de la imagen corporal relacionado con amputación de miembros pélvicos manifestado por tristeza.

### 13. Jugar y realizar actividades recreativas

La persona refiere que “en ocasiones escucha la televisión, sabe que en su comunidad se realizan grupos de activación física, y que hasta hace dos años aproximadamente jugaba cartas con algunos vecinos, pero ya fallecieron y es el único que queda”.

A la exploración física la persona presenta debilidad generalizada, amputación en ambos miembros pélvicos, rehúsa la realización de actividades recreativas, su estado de ánimo se muestra apático.

Grado de dependencia: Dependiente, Fuente de dificultad: Voluntad y Fuerza

Diagnóstico de Enfermería:

- Riesgo de síndrome de desuso relacionado con inmovilización mecánica.

### 14. Aprendizaje

La persona refiere que su nivel de escolaridad es secundaria trunca, sabe leer y escribir sin limitaciones cognitivas, refiere que le gustaba leer mucho, no presenta interés en aprender resolver sus problemas de salud.

A la exploración física la persona se encuentra débil, emocionalmente deprimido, poca memoria reciente y la memoria remota es clara ya que refiere acordarse de su pasado. “no tiene interés en aprender como sobrellevar su enfermedad lo único que quiere es morir”.

Grado de dependencia: Dependiente, Fuente de dificultad: Voluntad

Diagnóstico de Enfermería:

- Negación ineficaz relacionado con depresión manifestado por rechazar los cuidados sanitarios en detrimento de su salud.

### 6.3 Conclusión Diagnostica de Enfermería

| PRIORIDAD | NECESIDAD                                    | GRADO DE DEPENDENCIA | FUENTE DE DIFICULTAD | ETIQUETA DIAGNOSTICA   |
|-----------|--|----------------------|----------------------|--|
| 1         | Trabajar y realizarse                        | Dependiente          | Voluntad             | -Baja autoestima situacional<br>-Trastorno de la imagen corporal                               |
| 2         | Comunicarse                                  | Dependiente          | Voluntad             | -Aislamiento social<br>-   |
| 3         | Jugar, participar en actividades recreativas | Dependiente          | Voluntad y Fuerza    | -Riesgo de síndrome de desuso  |
| 4         | Aprendizaje                                  | Dependiente          | Voluntad             | -Negación ineficaz   |
| 5         | Evitar peligros                              | Dependiente          | Fuerza               | -Alto riesgo de caída  |
| 6         | Higiene y protección de la piel              | Dependiente          | Conocimiento         | -Riesgo de deterioro de la integridad cutánea  |
| 7         | Moverse y mantener una buena postura         | Dependiente          | Fuerza y Voluntad    | -Deterioro de la movilidad física<br>-Intolerancia a la actividad                              |
| 8         | Eliminación                                  | Dependiente          | Fuerza               | -Riesgo de estreñimiento   |
| 9         | Nutrición e Hidratación                      | Dependiente          | Voluntad             | -Desequilibrio nutricional: ingesta menor a las necesidades<br>-Déficit de volumen de líquidos |

|    |                                  |                          |                          |   |
|----|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| 10 | Oxigenación                      | Dependiente              | Fuerza                   | -Limpieza ineficaz de vías aéreas<br>-Dolor         |
| 11 | Descanso y sueño                 | Dependiente              | Voluntad                 | -Insomnio   |
| 12 | Termorregulación                 | Parcialmente dependiente | Parcialmente dependiente | -Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal |
| 13 | Usar prendas de vestir adecuadas | Dependiente              | Fuerza                   | -Déficit de auto cuidado                            |
| 14 | Vivir según creencias y valores  | Parcialmente dependiente | Voluntad                 | -Sufrimiento espiritual                             |

## 6.4 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

| DOMINIO 6<br>Auto percepción | CLASE 2<br>Autoestima | NOC<br>(RESULTADOS): | INDICADOR | ESCALA: | PUNTUACIÓN<br>DIANA |
|------------------------------|-----------------------|----------------------|-----------|---------|---------------------|
|------------------------------|-----------------------|----------------------|-----------|---------|---------------------|

|  |  |   |   |  |  |
|--|--|---|---|--|--|
| <p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b></p> <p><b>ETIQUETA:</b> Baja autoestima situacional</p> <p><b>FACTORES RELACIONADOS:</b> inactividad laboral</p> <p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b> expresión verbal de inquietud</p>   | <p>Adaptación a la discapacidad física</p> <p>Autoestima</p> | <p>Se adapta a las limitaciones funcionales</p> <p>Aceptación de las propias limitaciones</p> <p>Busca grupos de apoyo en la comunidad para la discapacidad</p> <p>Verbalización de auto aceptación</p> <p>Sentimientos sobre su propia persona</p>   | <p>Nunca demostrado</p> <p>a siempre demostrado</p> <p>demostrado</p> | <p>Mantener de nunca demostrado</p> <p style="text-align: center;">2</p> <p>Aumentar a 4</p> <p style="text-align: center;">A veces demostrado</p> |  |
| <b>NIC (Intervenciones)</b>  |  | <b>NIC (Intervenciones)</b>   |   |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenciación de la imagen corporal</li> </ul>   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenciación de la autoestima</li> </ul>   |   |  |  |
| <b>Actividades</b>   |  | <b>Actividades</b>  |   |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar a la persona a discutir los cambios causados por la cirugía</li> <li>• Ayudar a la persona a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo</li> <li>• Facilitar el contacto con personas que hayan sufrido cambios de imagen corporal similares</li> </ul> |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar a la persona a identificar sus virtudes</li> <li>• Determinar la confianza de la persona en sus propios juicios</li> <li>• Animar a la persona a evaluar su propia conducta</li> <li>• Animar a la persona a que acepte nuevos desafíos</li> <li>• Realizar afirmaciones positivas de la persona</li> </ul> |   |  |  |

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

| DOMINIO 6<br>Auto aceptación   | CLASE 3<br>Imagen corporal | NOC<br>(RESULTADOS):  | INDICADOR   | ESCALA:                                  | PUNTUACIÓN<br>DIANA   |
|--|----------------------------|---|---|--|---|
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b><br><br><b>ETIQUETA:</b> Trastorno de la imagen corporal<br><br><b>FACTORES RELACIONADOS:</b> amputación de miembros pélvicos<br><br><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b> tristeza |                            | Adaptación a la discapacidad física<br>Imagen corporal  | Expresa verbalmente adaptarse a la discapacidad<br>Expresa verbalmente reconciliación con la discapacidad<br>Modifica el estilo de vida para acomodarse a la discapacidad | Nunca demostrado<br>a siempre demostrado | Mantener de rara vez demostrado<br>2<br>Aumentar a 4<br>Frecuentemente demostrado |
| <b>NIC (Intervenciones)</b><br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo emocional</li> </ul>   |                            | <b>NIC (Intervenciones)</b><br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar el afrontamiento</li> </ul>  |   |  |   |
| <b>Actividades</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Comentar la experiencia emocional con la persona</li> <li>• Permanecer con la persona</li> <li>• Valorar la imagen de si mismo</li> </ul>                 |                            | <b>Actividades</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptación a cambios físicos</li> <li>• Valorar el ajuste de la persona a los cambios de imagen personal</li> <li>• Disponer un ambiente de aceptación</li> <li>• Animar a la persona a desarrollar relaciones</li> <li>• Alentar el uso de fuentes espirituales</li> <li>• Animar a la persona a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades</li> <li>• Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos</li> </ul> |   |  |   |

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

| DOMINIO 12<br>Confort  | CLASE 3<br>Confort social | NOC<br>(RESULTADOS):   | INDICADOR  | ESCALA:                                       | PUNTUACIÓN<br>DIANA   |
|--|---------------------------|--|--|---|---|
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b><br><b>NANDA</b><br><b>ETIQUETA:</b> Aislamiento social<br><b>FACTORES RELACIONADOS:</b><br>alteración del aspecto físico<br><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b><br>falta de personas significativas de apoyo |                           | Autoestima<br>Clima social de la familia   | Verbalización de auto concepto<br>Comunicación abierta<br>Sentimientos sobre su propia persona<br>Participa en actividades conjuntas<br>Participa el actividades recreativas | Gravemente comprometido hasta No comprometido | Mantener de sustancialmente comprometido<br>2<br>Aumentar a 4<br>levemente comprometido |
| <b>NIC (Intervenciones)</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo emocional</li> </ul>   |                           | <b>NIC (Intervenciones)</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia familiar</li> </ul>  |  |   |   |
| <b>Actividades</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comentar la experiencia emocional de la persona</li> <li>• Abrazar o tocar a la persona para proporcionar el apoyo</li> <li>• Animar a la persona que</li> </ul>                   |                           | <b>Actividades</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar los roles habituales de la persona</li> <li>• Facilitar el debate familiar</li> <li>• Compartir el plan de terapia con la familia</li> <li>• Integrar el uso de terapéutico de sí mismo como agente de cambio del cuidador</li> </ul> |  |   |   |



expreses sus sentimientos

- Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias
- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional

- Ayudar a los miembros de la familia a cambiar mediante el cambio de sí mismo en su relación con otros miembros de la familia

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

| DOMINIO 4<br>Actividad/reposo   | CLASE 2<br>Actividad/ejercicio | NOC<br>(RESULTADOS):   | INDICADOR   | ESCALA:                                      | PUNTUACIÓN<br>DIANA  |
|---|--------------------------------|--|---|--|--|
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b><br><b>NANDA</b><br><br><b>ETIQUETA:</b> Riesgo de síndrome de desuso<br><br><b>FACTORES RELACIONADOS:</b><br>Inmovilización mecánica   |                                | Movilidad<br>Resistencia<br>Control de riesgo  | Movimiento muscular<br>Actividad<br>Agotamiento<br>Reconoce cambios en el estado de salud | Gravemente comprometido<br>a no comprometido | Sustancialment e comprometido<br>2<br>Aumentar a 4<br>Levemente comprometido |
| <b>NIC (Intervenciones)</b><br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo de la energía</li> </ul>   |                                | <b>NIC (Intervenciones)</b><br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia de ejercicios: movilidad articular</li> </ul>  |   |  |  |
| <b>Actividades</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar las limitaciones físicas de la persona</li> <li>• Determinar las causas de la fatiga</li> <li>• Ayudar a la persona a sentarse en la cama</li> <li>• Controlar la respuesta de oxígeno de la persona</li> </ul> |                                | <b>Actividades</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar ejercicios de movimientos articulares activos para aliviar la tensión muscular</li> <li>• Colaborar con la fisioterapia en el desarrollo y ejecución de los ejercicios</li> <li>• Determinar el nivel de motivación</li> <li>• Explicar a la persona el plan de ejercicios</li> <li>• Realizar ejercicios pasivos o asistidos</li> </ul> |   |  |  |

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

| DOMINIO 9<br>Afrontamiento/tolerancia<br>al estrés  | CLASE 2<br>Respuesta de<br>afrontamiento | NOC<br>(RESULTADOS):   | INDICADOR   | ESCALA:                                  | PUNTUACIÓN<br>DIANA  |
|---|--|--|---|--|--|
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b><br><br><b>ETIQUETA:</b> Negación ineficaz<br><br><b>FACTORES RELACIONADOS:</b> depresión<br><br><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b><br>rechazar los cuidados sanitarios en detrimento de su salud   |  | Aceptación del estado de salud<br>Autocontrol de la ansiedad   | Renuncia al concepto previo de salud<br>Expresa sentimientos sobre el estado de salud<br>Utiliza técnicas de relajación | Nunca demostrado<br>a siempre demostrado | Mantener de nunca demostrado<br>2<br>Aumentar a 4<br>Frecuentemente demostrado |
| <b>NIC (Intervenciones)</b><br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesoramiento</li> </ul>  |  | <b>NIC (Intervenciones)</b><br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de la ansiedad</li> </ul>  |   |  |  |
| <b>Actividades</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Establece una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto</li> <li>• Demostrar simpatía, calidez y autenticidad</li> <li>• Establecer metas</li> <li>• Favorecer la expresión de sentimientos</li> <li>• Practicar técnicas de relajación</li> <li>• Reforzar nuevas habilidades</li> </ul> |  | <b>Actividades</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer claramente las expectativas de la persona</li> <li>• Tratar de comprender la perspectiva de la persona</li> <li>• Proporcionar objetivos que simbolizen seguridad</li> <li>• Escuchar con atención</li> <li>• Crear un ambiente que facilite la confianza</li> <li>• Instruir a la persona sobre el uso de técnicas de relajación</li> </ul> |   |  |  |

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

| DOMINIO 11<br>Seguridad/protección   | CLASE 2<br>Lesión física | NOC<br>(RESULTADOS):  | INDICADOR  | ESCALA:                                       | PUNTUACIÓN<br>DIANA   |
|--|--------------------------|---|--|---|---|
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b><br><br><b>ETIQUETA:</b> Alto riesgo de caída<br><br><b>FACTORES RELACIONADOS:</b> uso de silla de ruedas y deterioro de la movilidad física |                          | Caídas<br>Función sensitiva-auditiva y visual<br>Equilibrio   | Capacidad del cuidador<br>Agudeza auditiva<br>Se gira ante los sonidos<br>Tambaleo | Gravemente comprometido hasta No comprometido | Mantener de sustancialmente comprometido<br>2<br>Aumentar a 4<br>levemente comprometido |
| <b>NIC (Intervenciones)</b><br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Precaución de caídas</li> </ul>  |                          | <b>Actividades</b><br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar dispositivos de ayuda</li> <li>• Colocar los objetos al alcance de la persona</li> <li>• Enseñar a la persona como caer para minimizar el riesgo de lesión</li> <li>• Utilizar barandillas laterales</li> <li>• Proporcionar a la persona dependiente medios de solicitud de ayuda</li> <li>• Capacitación para el cuidador</li> <li>• Evaluar respuesta de estímulos externos auditivos</li> </ul> |  |   |   |

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

| DOMINIO 11<br>Seguridad/protección  | CLASE 2<br>Lesión física | NOC (RESULTADOS):  | INDICADOR   | ESCALA:                                       | PUNTUACIÓN<br>DIANA  |
|---|--------------------------|--|---|---|--|
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b><br><b>NANDA</b><br><b>ETIQUETA:</b> Riesgo de deterioro de la integridad cutánea peri anal<br><b>FACTORES RELACIONADOS:</b><br>inmovilización física y humedad   |                          | Consecuencias de la inmovilidad física   | Fuerza muscular<br>Estreñimiento<br>Capacidad vital | Gravemente comprometido hasta No comprometido | Mantener de sustancialmente comprometido<br>2<br>Aumentar a<br>4<br>levemente comprometido |
| <b>NIC (Intervenciones)</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados de paciente amputado</li> </ul>  |                          | <b>NIC (Intervenciones)</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados de la incontinencia intestinal</li> </ul>   |   |   |  |
| <b>Actividades</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar la piel para valorar señales de lesiones o pérdida de la continuidad de la piel</li> <li>• Enseñar a la persona ejercicios de resistencia</li> <li>• Movilización continua</li> </ul> |                          | <b>Actividades</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavar la zona perianal y secarla después de cada deposición</li> <li>• Utilizar polvos y cremas lubricantes con precaución</li> <li>• Mantener la cama y la ropa de cama limpias</li> </ul> |   |   |  |

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

| DOMINIO 4<br>Actividad/reposo  | CLASE 2<br>Actividad/ejercicio | NOC<br>(RESULTADOS):                      | INDICADOR   | ESCALA:                                       | PUNTUACIÓN<br>DIANA   |
|--|--------------------------------|---|---|---|---|
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b><br><b>NANDA</b><br><b>ETIQUETA:</b> __Deterioro de la movilidad física<br><b>FACTORES RELACIONADOS:</b> pérdida de las estructuras óseas y depresión<br><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b> temblor inducido por el movimiento e inestabilidad postural  |                                | Movilidad<br>Traslado en: silla de ruedas | Se traslada de y hacia la silla de ruedas<br>Mantenimiento del equilibrio<br>Coordinación<br>Movimiento muscular<br>Mantenimiento de la posición corporal<br>Se mueve con facilidad   | Gravemente comprometido hasta No comprometido | Mantener de sustancialmente comprometido<br>2<br>Aumentar a 4<br>levemente comprometido |
| <b>NIC (Intervenciones)</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia de ejercicios: movilidad articular</li> </ul>  |                                |   | <b>NIC (Intervenciones)</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia de ejercicios: equilibrio</li> </ul>  |   |   |
| <b>Actividades</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar las limitaciones del movimiento articular</li> <li>• Colaborar con fisioterapia</li> <li>• Determinar el nivel de motivación de la persona</li> <li>• Proteger al paciente de traumas durante la actividad</li> <li>• Dar un apoyo positivo al realizar los ejercicios</li> </ul> |                                |   | <b>Actividades</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar las funciones sensoriales</li> <li>• Adaptar el ambiente para facilitar la concentración</li> <li>• Proporcionar dispositivos de ayuda</li> <li>• Vigilar la respuesta de la persona a los ejercicios</li> <li>• Ayudar a la persona hasta la posición de sentado, estabilizar el tronco con los brazos colocados al lado de la cama</li> </ul> |   |   |

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

| DOMINIO 4<br>Actividad/<br>reposo  | CLASE 4<br>Respuesta<br>cardiovascular/pulmonar | NOC (RESULTADOS):   | INDICADOR   | ESCALA:  | PUNTUACIÓN<br>DIANA   |
|--|---|---|---|--|---|
| <p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b><br/><b>NANDA</b></p> <p><b>ETIQUETA:</b> __Intolerancia a la actividad física</p> <p><b>FACTORES RELACIONADOS:</b> debilidad generalizada e inmovilidad</p> <p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b> expresión verbal y malestar debido al esfuerzo</p> |   | <p>Tolerancia a la actividad<br/>Conservación de energía</p>  | <p>Frecuencia respiratoria en respuesta a la actividad<br/>Esfuerzo respiratorio<br/>Equilibrio entre actividad y descanso<br/>Siestas<br/>Adaptación al estilo de vida<br/>Mantiene una nutrición adecuada</p> | <p>Gravemente comprometido hasta No comprometido</p> | <p>Mantener de sustancialmente comprometido<br/>2<br/>Aumentar a<br/>4<br/>levemente comprometido</p> |
| <p><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito</li> </ul>  |   | <p><b>NIC (Intervenciones)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo de la energía</li> </ul> |   |  |   |

| <b>Actividades</b>   | <b>Actividades</b>   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Enseñar a la persona del propósito y los beneficios de la actividad</li><li>• Enseñar al paciente como controlar la tolerancia a la actividad</li><li>• Incluir a la familia</li><li>• Remitir a la persona a rehabilitación</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte de la persona</li><li>• Favorecer la expresión verbal de los sentimientos acerca de las limitaciones<br/>Determinar qué y cuenta actividad se necesita.</li></ul> |



## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

| DOMINIO 3<br>Eliminación  | CLASE 2<br>Función<br>gastrointestinal | NOC<br>(RESULTADOS):   | INDICADOR   | ESCALA:                                       | PUNTUACIÓN<br>DIANA  |
|---|--|------------------------|---|---|--|
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b><br><br><b>ETIQUETA:</b> Riesgo de estreñimiento<br><br><b>FACTORES RELACIONADOS:</b> actividad física insuficiente, depresión y dentición inadecuada   |  | Eliminación intestinal | Patrón de eliminación<br>Cantidad de heces en relación con la dieta<br>Heces blandas y formadas<br>Facilidad de eliminación de las heces<br>Control de eliminación  | Gravemente comprometido hasta No comprometido | Mantener de sustancialmente comprometido<br>2<br>Aumentar a<br>4<br>levemente comprometido |
| <b>NIC (Intervenciones)</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo de la nutrición</li> </ul>   |  |                        | <b>NIC (Intervenciones)</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomento del ejercicio</li> </ul>  |   |  |
| <b>Actividades</b><br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar las preferencias de comidas del paciente</li> <li>• Fomentar la ingesta de líquidos</li> <li>• Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra</li> <li>• Vigilar las características de las heces</li> </ul> |  |                        | <b>Actividades</b><br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar las ideas de la persona sobre el efecto de la actividad física en su salud</li> <li>• Explorar las barreras del ejercicio</li> <li>• Animara a la persona a realizar actividad física</li> <li>• Realizar ejercicios con la persona</li> <li>• Incluir a los cuidadores de la persona en la planificación y mantenimiento del ejercicio</li> </ul> |   |  |

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

| DOMINIO 2<br>Nutrición   | CLASE 1<br>Ingestión | NOC<br>(RESULTADOS):   | INDICADOR   | ESCALA:                                       | PUNTUACIÓN<br>DIANA  |
|--|----------------------|--|---|---|--|
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b><br><br><b>ETIQUETA:</b> Desequilibrio nutricional. Ingesta menor a las necesidades<br><br><b>FACTORES RELACIONADOS:</b> _falta de interés en los alimentos<br><br><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b> _pérdida de peso y nauseas |                      | Estado nutricional<br>Apetito  | Ingesta de alimentos<br>Ingesta de líquidos<br>Deseo de comer<br>Disfrute con la comida<br>Estímulos para comer | Gravemente comprometido hasta No comprometido | Mantener a sustancialmente comprometido 2<br>Aumentar a 4 levemente comprometido |
| <b>NIC (Intervenciones)</b><br><br>Ayudar con los autocuidados: alimentación   |                      | <b>NIC (Intervenciones)</b><br><br>Manejo de los trastornos de la alimentación   |   |   |  |
| <b>Actividades</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crear un ambiente agradable a la hora de la comida</li> <li>• Describir la ubicación de la comida en la bandeja</li> <li>• Colocar al paciente en posición cómoda</li> </ul>                                 |                      | <b>Actividades</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar al paciente a discutir preferencias alimentarias</li> <li>• Acompañar al paciente durante la comida</li> <li>• Proporcionar apoyo para brindarle la comida en la boca</li> <li>• Dar oportunidad de oler las comidas para estimular el apetito</li> <li>• Desarrollar una relación de apoyo con la persona</li> </ul> |   |   |  |

- Proporcionar alivio adecuado del dolor antes de la comida
- Proporcionar higiene bucal antes de las comidas
- Proporcionar un dispositivo para beber si lo desea
- Suministrar los alimentos a la temperatura más apetitosa

- Controlar la ingesta y eliminación de líquidos

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

| DOMINIO 2<br>Nutrición  | CLASE 5<br>Hidratación | NOC<br>(RESULTADOS):  | INDICADOR   | ESCALA:                                       | PUNTUACIÓN<br>DIANA   |
|---|------------------------|---|---|---|---|
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b><br><b>NANDA</b><br><br><b>ETIQUETA:</b> Déficit de volumen de líquidos<br><br><b>FACTORES RELACIONADOS:</b> pérdida activa de volumen de líquidos<br><br><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b><br>sequedad de la piel |                        | Hidratación   | Membranas mucosas húmedas<br>Ingesta de líquidos<br>Perfusión tisular | Gravemente comprometido hasta No comprometido | Mantener de sustancialmente comprometido<br>2<br>Aumentar a 4<br>levemente comprometido |
| <b>NIC (Intervenciones)</b><br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo de electrolitos</li> </ul>   |                        | <b>Actividades</b><br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener acceso I.V. permeable</li> <li>• Suministrar líquidos</li> <li>• Mantener el registro de ingesta y eliminación</li> <li>• Instruir medidas para controlar la pérdida excesiva de electrolitos (cambio de tipo de diurético)</li> <li>• Control de ingresos y egresos</li> <li>• Vigilancia de turgencia de la piel</li> <li>• Administración de electrolitos suplementarios vía oral</li> </ul> |   |   |   |

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

| DOMINIO 11<br>Seguridad/<br>protección   | CLASE 2<br>Lesión<br>física | NOC<br>(RESULTADOS):  | INDICADOR   | ESCALA:  | PUNTUACIÓN<br>DIANA   |
|--|-----------------------------|---|---|--|---|
| <p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b></p> <p><b>ETIQUETA:</b> _Limpieza ineficaz de las vías aéreas.</p> <p><b>FACTORES RELACIONADOS:</b><br/>proceso infecciosos</p> <p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b> _estertores, dolor a la respiración, tos productiva y disnea</p> |                             | <p>Estado respiratorio ventilación</p>  | <p>Evaluación de la profundidad de la respiración<br/>Evaluación de expansión torácica simétrica<br/>Facilidad de la inspiración<br/>Movilización de esputo hacia afuera de las vías respiratorias<br/>Auscultación de ruidos respiratorios<br/>Hallazgos en la radiografía de tórax<br/>Vigilancia de presencia de ortopnea<br/>Vigilancia de disnea de reposo</p> | <p>Gravemente comprometido hasta No comprometido</p> | <p>Sustancialmente comprometido<br/>2<br/>Aumentar a<br/>4<br/>Levemente comprometido</p> |
| <p>NIC (Intervenciones)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administración de medicación: inhalación</li> <li>• Cambio de posición</li> </ul>   |                             | <p>NIC (Intervenciones)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oxigenoterapia</li> <li>• Control de infecciones</li> <li>• Terapia intravenosa</li> </ul> |   |  |   |

|   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fisioterapia respiratoria</li> <li>• Monitorización de los signos vitales</li> </ul>   |   |
| <b>Actividades</b>  | <b>Actividades</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente a utilizar el inhalador</li> <li>• Ayudar al paciente a colocarse el inhalador en la boca</li> <li>• Animar al paciente en los cambios de posición</li> <li>• Vigilar el estado de oxigenación antes y después del cambio de posición</li> <li>• Colocar en la posición terapéutica especificada</li> <li>• Practicar vibración torácica</li> <li>• Administración de inhala terapia</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio</li> <li>• Controlar periódicamente la frecuencia y el ritmo respiratorio (profundidad y simetría)</li> <li>• Eliminar las secreciones bucales</li> <li>• Mantener la permeabilidad de las vías aéreas</li> <li>• Administrar oxígeno suplementario</li> <li>• Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de paciente</li> </ul> |

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

| DOMINIO 12<br>Confort  | CLASE 1<br>Confort físico | NOC<br>(RESULTADOS):   | INDICADOR   | ESCALA:                                  | PUNTUACIÓN<br>DIANA   |
|--|---------------------------|--|---|--|---|
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b><br><br><b>ETIQUETA:</b> Dolor<br><br><b>FACTORES RELACIONADOS:</b> inspiración<br><br><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b><br>expresión verbal  |                           | Control del dolor  | Reconoce el comienzo del dolor<br>Utiliza medidas de alivio, no analgesia<br>Utiliza los recursos disponibles<br>Refiere dolor controlado | Nunca demostrado<br>a siempre demostrado | Mantener de rara vez demostrado<br>2<br>Aumentar a 4<br>Frecuentemente demostrado |
| <b>NIC (Intervenciones)</b><br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambio de posición</li> <li>• Oxigenoterapia</li> </ul>  |                           | <b>NIC (Intervenciones)</b><br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Administración de analgesia</li> </ul>   |   |  |   |
| <b>Actividades</b><br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar a la persona en los cambios de posición</li> <li>• Vigilar el estado de oxigenación</li> <li>• Colocar a la persona en posición semi-fowler</li> <li>• Eliminar secreciones bucales</li> <li>• Mantener la permeabilidad de la vía aérea</li> <li>• Administración de oxígeno suplementario</li> </ul> |                           | <b>Actividades</b><br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar a la persona</li> <li>• Comprobar las prescripciones médicas en cuanto medicamento, dosis y frecuencia de la analgesia prescrita</li> <li>• Comprobar el historial de alergias a medicamentos</li> <li>• Controlar signos vitales antes y después de la analgesia.</li> <li>• Valoración de la escala de EVA</li> </ul> |   |  |   |

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

| DOMINIO 4<br>Actividad/reposo   | CLASE 1<br>Sueño/reposo | NOC (RESULTADOS):  | INDICADOR   | ESCALA:                                       | PUNTUACIÓN<br>DIANA   |
|---|-------------------------|--|---|---|---|
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b><br><b>ETIQUETA:</b> Insomnio<br><b>FACTORES RELACIONADOS:</b> apatía<br><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b><br>observación n de falta de energía e informe de la insatisfacción del sueño somnolencia y letargo   |                         | Descanso<br>Patrón del sueño<br>Actividades recreativas  | Tiempo de descanso<br>Calidad del descanso<br>Descanso físicamente<br>Realiza actividades recreativas en su comunidad | Gravemente comprometido hasta No comprometido | Mantener de sustancialmente comprometido<br>2<br>Aumentar a 4<br>levemente comprometido |
| <b>NIC (Intervenciones)</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnica de relajación</li> </ul>  |                         | <b>NIC (Intervenciones)</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia de relajación simple</li> </ul>  |   |   |   |
| <b>Actividades</b>  |                         | <b>Actividades</b>   |   |   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentarse y hablar con la persona</li> <li>• Favorecer una respiración lenta y profunda</li> <li>• Facilitar la expresión de ira por parte de la persona de una manera constructiva</li> <li>• Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad</li> </ul> |                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar el fundamento de la relajación, sus beneficios y limites</li> <li>• Crear un ambiente tranquilo</li> <li>• Enseñar a adoptar una posición cómoda</li> <li>• Musicoterapia</li> <li>• Participar con grupos de apoyo en su comunidad</li> </ul> |   |   |   |



## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

| DOMINIO 11<br>Seguridad/protección  | CLASE 6<br>Termorregulación | NOC<br>(RESULTADOS):  | INDICADOR  | ESCALA:                                       | PUNTUACIÓN<br>DIANA  |
|---|-----------------------------|---|--|---|--|
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b><br><br><b>ETIQUETA:</b> Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal<br><br><b>FACTORES RELACIONADOS:</b> inactividad física |                             | Termorregulación  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sudoración con el calor</li> <li>• Comodidad térmica referida</li> <li>• Disminución de la temperatura cutánea</li> <li>• Deshidratación</li> </ul> | Gravemente comprometido hasta No comprometido | Mantener de sustancialmente comprometido 2<br>Aumentar a 4<br>levemente comprometido |
| <b>NIC (Intervenciones)</b>   |                             | <b>Actividades</b>  |  |   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo ambiental</li> </ul>  |                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crear un ambiente seguro para la persona</li> <li>• Manejo de curva térmica</li> <li>• Proporcionar ropa de cama y vestidos en buen estado</li> <li>• Disminuir la exposición a cambios bruscos de temperatura</li> <li>• Manejo de la hidratación enteral y parenteral</li> </ul> |  |   |  |

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

| DOMINIO 4<br>Actividad/reposo   | CLASE 5<br>Autocuidado | NOC (RESULTADOS):   | INDICADOR  | ESCALA:                                       | PUNTUACIÓN<br>DIANA   |
|---|------------------------|---|--|---|---|
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b><br><br><b>ETIQUETA:</b> Riesgo de déficit del autocuidado: vestido<br><b>FACTORES RELACIONADOS:</b> negación<br><br><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b> deterioro de la capacidad para ponerse las prendas de vestir necesarias |                        | Adaptación a la discapacidad física<br>Motivación<br>Nivel de autocuidado   | Se adapta a las limitaciones funcionales<br>Expresa intención de actuar<br>Se viste solo o con ayuda | Gravemente comprometido hasta No comprometido | Mantener de sustancialmente comprometido 2<br>Aumentar a 4 levemente comprometido |
| <b>NIC (Intervenciones)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo</li> </ul>  |                        | <b>Actividades</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar a la persona de la vestimenta que dispone que pueda seleccionar</li> <li>• Mantener la intimidad mientras se viste a la persona</li> <li>• Reafirmar los esfuerzos por vestirse a si mismo</li> <li>• Solicita ayuda</li> <li>• Utiliza su cuerpo y aditamentos para vestirse</li> </ul> |  |   |   |

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

| Principios vitales   | <b>CLASE 3</b><br>Valores/creencias/congruencia de la acción | <b>NOC (RESULTADOS):</b>   | <b>INDICADOR</b>   | <b>ESCALA:</b>                                | <b>PUNTUACIÓN DIANA</b>  |
|--|--|--|--|---|--|
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</b><br><br><b>ETIQUETA:</b> Sufrimiento espiritual<br><br><b>FACTORES RELACIONADOS:</b> perdida de la salud<br><br><b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b> expresión verbal de desinterés en la religión                     |  | Salud espiritual<br>Muerte digna   | Expresión de serenidad<br>Expresión de significado y fin de la vida<br>Oración<br>Expresa esperanza<br>Comenta experiencias espirituales | Gravemente comprometido o a No comprometido o | Mantener de Sustancialmente comprometido 2<br>Aumentar a 4<br>Levemente comprometido |
| <b>NIC (Intervenciones)</b>  |  | <b>NIC (Intervenciones)</b>  |  |   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo espiritual</li> </ul>   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar el crecimiento espiritual</li> </ul>  |  |   |  |
| <b>Actividades</b>   |  | <b>Actividades</b>   |  |   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratar a la persona con dignidad y respeto</li> <li>• Animar a participar en interacciones con miembros de la familia</li> <li>• Rezar con el individuo</li> <li>• Compartir las propias creencias sobre</li> </ul> |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar la conversación que ayude a la persona</li> <li>• Ofrecer el apoyo de la oración</li> <li>• Fomentar la relación con los otros para el compañerismo</li> </ul> |  |   |  |

significado y propósito

- Proporcionar los objetos espirituales deseados
- Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del individuo

## VII. CONCLUSIONES

Para concluir este proyecto es importante hacer énfasis sobre la prevención de enfermedades crónico-degenerativas y su pronta atención cuando es proporcionado el diagnóstico, pues las tasas de morbi-mortalidad están cada vez más arriba en nuestro país debido a estas patologías, sabiendo como principal causa de muerte las complicaciones, que en este caso de la Diabetes Mellitus llevo a la persona a un estado de depresión, al grado de ya no querer hacer ni colaborar con el tratamiento y la rehabilitación de su enfermedad, hasta tener deseos de ya no vivir.

El objetivo general se cumplió al 90% ya que no se pudo llevar a cabo completamente en el servicio de urgencias, fue necesario llevar el seguimiento del caso en el servicio de medicina interna.

En el comienzo de este proceso desde la entrevista hasta la ejecución de los cuidados a la persona, se mostró apático, tanto al diálogo como a la aplicación de las terapias para favorecer su rehabilitación, con el paso de los días y principalmente con el hecho de dejarlo expresarse y escucharlo atentamente mientras le daba los cuidados, su actitud fue cambiando, comenzó colaborando con los ejercicios para la movilidad física, posteriormente en el servicio de Medicina Interna colabora en el momento del baño y de su arreglo personal, aunque sigue rehusándose a bañarse con más frecuencia; solo tolera dos a tres baños por semana, intenta comer solo, aunque por su ceguera todavía se le dificulta poder tomar los utensilios adecuadamente, platica con su hija y sus nietos, procura integrarse aunque sea en el momento de la comida, y acepta la visita de familiares .

Considero que este proceso de atención de enfermería, lleno todas mis expectativas y las de la familia de la persona, porque se dieron modificaciones significativas en el estado de ánimo y en el comportamiento del señor, aunque la esperanza de vida no es favorable por la situación de salud, si puede ser con calidad y dignidad, teniendo una aceptación del presente y las complicaciones.

Las limitaciones al momento de aplicar los cuidados, fueron desde un inicio la poca comunicación con la persona por su estado de ánimo, las instalaciones en el servicio de urgencias, no permiten realizar baños y por el espacio reducido, es difícil llevar acabo las terapias de psicología y rehabilitación, posteriormente ya en el servicio de medicina interna el espacio se adaptó para las necesidades de la persona y fue más fácil proporcionar el cuidado.

Este modelo de atención de enfermería considero que fue difícil aplicarlo en el servicio de urgencias, porque debido a las instalaciones pequeñas, la carga de trabajo, y la población que pasa los estándares, no es posible proporcionarle un cuidado personalizado a cada persona.

El aprendizaje que me deja después de trabajar con una persona de tantas complicaciones por la Diabetes Mellitus, es que es necesario hacer conciencia sobre nuestros hábitos diarios, y el cómo queremos vernos en la vejez, disfrutando de todo lo realizado en el trabajo y a los seres queridos, o vivir con complicaciones y con visitas constantes a un hospital.

## VIII.SUGERENCIAS

Considero importante que se continúe con la elaboración de los planes de cuidados individualizados, cuando sea posible, aunque por la carga de trabajo que actualmente se vive en las instituciones de salud y aunque sea prácticamente imposible realizarlo de manera adecuada a cada uno de nuestros pacientes, se queda a reflexión el hecho de querer contribuir aunque sea con una atención profesional y fundamentada para la pronta recuperación de las personas.

El instrumento que se utilizó considero que, abarca adecuadamente todas las necesidades abordándolas de forma fácil y entendible para todos, el único inconveniente que encuentro, es que es demasiado largo para poderlo aplicar en el servicio de urgencias a cada una de las personas que acudan.

Los seminarios son de mucha utilidad porque a pesar de que el conocimiento sobre el proceso de atención de enfermería es practicado durante la licenciatura, en ocasiones se llegan a olvidar datos específicos que son fundamentales para la elaboración del mismo, además que es necesaria la actualización del aprendizaje.

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ❖ ALEJANDRINA ARRATIA, “Investigación y Documentación Historica en Enfermería”, Universidad Federal de santa Catarina (2005).
- ❖ ALFARO-LEFEVRE, “Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración”, Barcelona: Masson (2003).
- ❖ ALFARO-LEFEVRE ROSALINDA “Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica”, Madrid, Mosby-Doyma, (1996).
- ❖ ANANT, K. “NANDA. Nursing diagnoses: definitions & classification” (2002-2003).
- ❖ CARPENITO L. “Diagnósticos de enfermería (5a edición)” Madrid: Interamericana (1995).
- ❖ DONABEDIAN “Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Q.” (1998).
- ❖ DONAHUE, M. PATRICIA “La enfermería, La condición del arte”, Barcelona, Doyma, (1988).
- ❖ FERNANDEZ FERRIN CARMEN “Proceso de Atención de Enfermera. Estudio de caso”, Barcelona, MAsson-Salvat, (1993).
- ❖ HERNANDEZ CONESA JUANA “Institucionalización de los cuidados de enfermería cristianos”, Madrid, Interamericana (1995).
- ❖ HERNADEZ CONESA JUANA “La concepción Nightingale”, Madrid, Interamericana (1995).
- ❖ HERNANDEZ CONESA JUANA “Los orígenes de los cuidados de enfermería”, Madrid, Interamericana (1995).
- ❖ HERNANDEZ CONESA JUANA “El significado histórico de los cuidados de enfermería”, Madrid, Interamericana (1995).
- ❖ KOZIER, E. “Fundamentos de enfermería. Conceptos, procesos y prácticas2 Madrid: Person (2008).
- ❖ MARRINER, A. Y RAILER, M. “Modelos y teorías en enfermería” Madrid: Mosby (2003).
- ❖ McCLOSKEY, J., BULECHEK, G., “Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)” España (2007).



- ❖ MOLINA TERESA MARIA “Historia de la Enfermería”, Buenos Aires, Inter-Medica, (1961).
- ❖ MOORHEAD, S. , JOHNSON, M., MAAS, M. “Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) ” España (2007).
- ❖ NANDA “Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación” Madrid (2009-2010).
- ❖ NOM-168-SSA1, 1999.Disponible en:
- ❖ <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>
- ❖ POTTER, P.A. “Fundamentos de enfermería” Madrid: Harcourt (2001)
- ❖ VÁZQUEZ J.L., GÓMEZ H., “Diabetes mellitus en población adulta del IMSS. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud, (2000).
- ❖ ROZMAN”Compendio de Medicina Interna” (2009).

## **X. ANEXOS**

10.1 Instrumento Metodológico

10.2 Etiología de la diabetes mellitus

## 10.1 Instrumento metodológico

### I.-FICHA DE IDENTIFICACIÓN

|                      |   |                        |
|----------------------|---|------------------------|
| Nombre:              | Edad:   | Talla:                 |
| Fecha de nacimiento: | Sexo:   |                        |
| Ocupación:           | Escolaridad:                                  | Fecha de admisión:     |
| Hora:                | Procedencia:                                  | Fuente de información: |
| Fiabilidad: (1-4)    | Miembro de la familia/ persona significativa: |                        |

### II.- VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

#### 1.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Oxigenación, nutrición e hidratación, Eliminación y termorregulación.

#### NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

*Datos Subjetivos:*

|                  |                       |
|------------------|-----------------------|
| Disnea debido a; | Tos productiva /seca: |
|------------------|-----------------------|

|  |
|--|
| Dolor asociado con la respiración:   |
| Fumador:   |
| Desde cuando fuma/ cuántos cigarros al día/ varía la cantidad según su estado emocional: |
|  |

*Datos Objetivos:*

|  |                       |
|--|-----------------------|
| Registro de signos vitales y características:  |                       |
|  |                       |
| Tos productiva /seca:                          | Estado de conciencia: |
| Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: |                       |
|  |                       |
| Circulación del retorno venoso:                |                       |
| Otros:   |                       |
|  |                       |

**NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION**

*Datos subjetivos*

|                        |
|------------------------|
| Dieta habitual ( tipo) |
|------------------------|

|   |
|---|
| Número de comidas diarias               |
| Trastornos digestivos                   |
| Intolerancia alimentarias/ Alergias     |
| Problemas de la masticación y deglución |
| Patrón de ejercicio                     |

*Datos Objetivos:*

|   |
|---|
| Turgencia de la piel:                       |
| Membranas mucosas hidratadas/ secas:        |
| Características de uñas/cabello:            |
| Funcionamiento neuromuscular y esquelético: |
| Aspecto de los dientes y encías:            |
| Heridas, tipo y tiempo de cicatrización:    |
| Otros:                                      |
|   |

**NECESIDAD DE ELIMINACIÓN**

*Datos Subjetivos:*

|   |              |
|---|--------------|
| Hábitos intestinales:                                       |              |
| características de las heces/orina/ menstruación:           |              |
|   |              |
| Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros:         |              |
|   |              |
| Uso de laxantes:  | Hemorroides: |
| Dolor al defecar/menstruar/orinar:                          |              |
| Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: |              |
|   |              |

*Datos Objetivos:*

|                                  |
|----------------------------------|
| Abdomen, características:        |
|                                  |
| Ruidos intestinales:             |
| Palpación de la vejiga urinaria: |
| Otros:                           |
|                                  |

**NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN**

*Datos Subjetivos:*

|   |
|---|
| Adaptabilidad a los cambios de temperatura: |
| Ejercicio, tipo y frecuencia:               |
| Temperatura ambiental que le es agradable:  |

*Datos Objetivos:*

|                                 |
|---------------------------------|
| Características de la piel:     |
| Transpiración:                  |
| Condiciones del entorno físico: |
| Otros:                          |
|                                 |

## **2.- NECESIDADES BÁSICAS DE:**

**Moverse y mantener una buena postura, Usar prendas de vestir adecuadas, Higiene y protección de la piel y Evitar peligros.**

**NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA**

*Datos Subjetivos:*

---

|                                 |
|---------------------------------|
| Capacidad física cotidiana:     |
| Actividades en el tiempo libre: |
| Hábitos de descanso:            |
| Hábitos de trabajo:             |

*Datos Objetivos:*

|  |                         |
|--|-------------------------|
| Estado del sistema músculo esquelético, fuerza:    |                         |
| Capacidad muscular, tono/resistencia/flexibilidad: |                         |
|  |                         |
| Posturas:  |                         |
| Necesidad de ayuda para la deambulación:           |                         |
| Dolor con el movimiento:                           | Presencia de temblores: |
| Estado de conciencia:                              | Estado emocional:       |
| Otros:   |                         |
|  |                         |

**NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO**



*Datos Subjetivos:*

|                            |                   |
|----------------------------|-------------------|
| Horario de descanso:       | Horario de sueño: |
| Horas de descanso:         | Horas de sueño:   |
| Siesta:                    | Ayudas:           |
| Insomnio:                  | Debido a:         |
| Descansado al levantarse:: |                   |

*Datos Objetivos:*

|  |                |
|--|----------------|
| Estado mental. ansiedad / estrés / lenguaje: |                |
| Ojeras:                                      | Atención:      |
| Bostezos:                                    | Concentración: |
| Apatía:                                      | Cefaleas:      |
| Respuesta a estímulos:                       |                |
| Otros:                                       |                |
|  |                |

**NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS**

*Datos Subjetivos:*

|  |
|--|
| Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: |
| Su autoestima es determinante en su modo de vestir:                    |
| Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría:            |
| Necesita ayuda para la selección de su vestuario:                      |

*Datos Objetivos:*

|  |        |
|--|--------|
| Viste de acuerdo a su edad:                        |        |
| Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: |        |
| Vestido incompleto:                                | Sucio: |
| Inadecuado:  |        |
| Otros:   |        |
|  |        |

**NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL**

*Datos Subjetivos:*

|   |
|---|
| Frecuencia del baño:                      |
| Momento preferido para el baño:           |
| Cuántas veces se lava los dientes al día: |

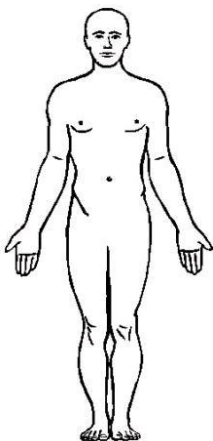
|   |
|---|
| Aseo de manos antes y después de comer:                                     |
| Después de eliminar:  |
| Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: |

*Datos Objetivos:*

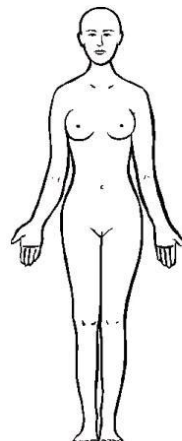
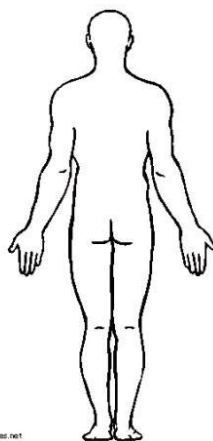
|   |            |
|---|------------|
| Aspecto general:  |            |
| Olor corporal   | Halitosis: |
| Estado del cuero cabelludo                                  |            |
| Lesiones dérmicas Tipo (Anote la ubicación en el diagrama): |            |
|   |            |
| Otros:  |            |
|   |            |

Masculino:

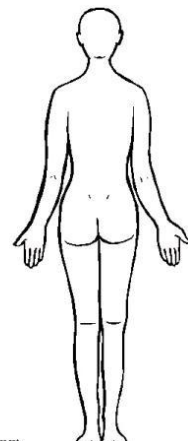
Femenino:



www.menidospeques.net



www.menidospeques.net



## NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

### *Datos Subjetivos:*

|   |          |
|---|----------|
| Que miembros componen la familia de pertenencia:                  |          |
| Como reacciona ante situación de urgencia:                        |          |
| Conoce las medidas de prevención de accidentes:                   |          |
| Hogar:  | Trabajo: |
| Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: |          |
| familiares:   |          |
| Como canaliza las situaciones de tensión en su vida:              |          |

### *Datos Objetivos:*

|                                      |
|--------------------------------------|
| Deformidades congénitas              |
| Condiciones del ambiente en su hogar |
| Trabajo                              |
| Otros                                |
|                                      |

### **3.- NECESIDADES BÁSICAS DE:**

**Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.**

## NECESIDAD DE COMUNICARSE

### *Datos Subjetivos:*

|  |                          |
|--|--------------------------|
| Estado civil:  | Años de relación:        |
| Viven con:   | Preocupaciones / estrés: |
| Familiar:  |                          |
| Otras personas que pueden ayudar:                              |                          |
| Rol en estructura familiar:                                    |                          |
| Comunica problemas debidos a la enfermedad / estado:           |                          |
| Cuanto tiempo pasa sola:                                       |                          |
| Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: |                          |
|  |                          |

### *Datos Objetivos:*

|                    |          |
|--------------------|----------|
| Habla claro        | Confuso  |
| Dificultad. visión | Audición |

|   |  |
|---|--|
| Comunicación verbal / no verbal /con la familia / con otras personas significativas |  |
|   |  |
| Otros   |  |
|   |  |

## NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES

### *Datos Subjetivos:*

|   |
|---|
| Creencia religiosa:                                     |
| Su creencia religiosa le genera conflictos personales:  |
| Principales valores en la familia:                      |
|   |
| Principales valores personales:                         |
| Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: |
|   |

### *Datos Objetivos:*

|   |
|---|
| Hábitos específicos de vestido.( grupo social religioso):                 |
| Permite el contacto físico:   |
| Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: |
| Otros:  |
|   |

## NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

*Datos Subjetivos:*

|  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| Trabaja actualmente:   | Tipo de trabajo:                    |
| Riesgos:   | Cuánto tiempo le dedica al trabajo: |
| Esta satisfecho con su trabajo:  |                                     |
| Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: |                                     |
| Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega:                               |                                     |

*Datos Objetivos:*

|   |
|---|
| Estado emocional./calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/<br>eufórico: |
|   |
| Otros:  |
|   |

**NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS**

*Datos Subjetivos:*

|  |
|--|
| Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre:                  |
| Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: |
| Recursos en su comunidad para la recreación:                             |



Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa:

*Datos Objetivos:*

|   |
|---|
| Integridad del sistema neuromuscular            |
| Rechazo a las actividades recreativas           |
| Estado de ánimo. Apático/aburrido/participativo |
| Otros   |
| <b>NECESIDAD DE APRENDIZAJE</b>                 |

*Datos Subjetivos:*

|   |      |
|---|------|
| Nivel de educación  |      |
| Problemas de aprendizaje  |      |
| Limitaciones cognitivas   | tipo |
| Preferencias. leer/escribir                                     |      |
| Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad |      |
| Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo                       |      |
| Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud      |      |
| Otros   |      |

*Datos Objetivos:*

|                                   |
|-----------------------------------|
| Estado del sistema nervioso:      |
| Órganos de los sentidos:          |
| Estado emocional ansiedad, dolor: |
| Memoria reciente:                 |
| Memoria remota:                   |
| Otras manifestaciones:            |
|                                   |

## 10.2 Etiología de la diabetes mellitus

**Etimología:** Proviene del latín *diabētes*, y éste del griego *διαβήτης*, (*diabētes*, 'correr a través'). Como término para referirse a la enfermedad caracterizada por la eliminación de grandes cantidades de orina (poliuria), empieza a usarse en el siglo I en el sentido etimológico de «paso», aludiendo al «paso de orina» de la poliuria. Fue acuñado por el filósofo griego Areteo de Capadocia. Síndrome caracterizado por una hiperglucemia que se debe a un deterioro absoluto o relativo de la secreción y/o la acción de la insulina

**Fisiopatología:** 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. También es necesario considerar los efectos del glucagón, otra hormona pancreática que eleva los niveles de glucosa en sangre. Rozman, (2009).

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.

La diabetes mellitus puede ocasionar complicaciones microvasculares (enfermedad de los vasos sanguíneos finos del cuerpo, incluyendo vasos capilares) y cardiovasculares (relativo al corazón y los vasos sanguíneos) que incrementan sustancialmente los daños en otros órganos (riñones, ojos, corazón,

nervios periféricos) reduce la calidad de vida de las personas e incrementa la mortalidad asociada con la enfermedad

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.).

### **Diabetes mellitus tipo 1.**

Este tipo de diabetes corresponde a la llamada antiguamente Diabetes Insulino dependiente o Diabetes de comienzo juvenil. Se presenta en jóvenes y en adultos también pero con menos frecuencia, no se observa producción de insulina debida a la destrucción autoinmune de las células  $\beta$  de los Islotes de Langerhans del páncreas esto regulado por células T, y que predispone a una descompensación grave del metabolismo llamada cetoacidosis. Es más típica en personas jóvenes (por debajo de los 30 años), y afecta a cerca de 4,9 millones de personas en todo el mundo, una alta prevalencia se reporta en América del Norte. Otro de los factores podría ser la exposición a la leche de vaca en lugar de la leche materna en la lactancia (una secuencia específica de la albúmina procedente de la leche de vaca, puede presentar reacción cruzada con proteínas de los islotes)

### **Diabetes mellitus tipo 2.**

Es un mecanismo complejo fisiológico, aquí el cuerpo sí produce insulina, pero, o bien, no produce suficiente, o no puede aprovechar la que produce y la glucosa no está bien distribuida en el organismo (resistencia a la insulina), esto quiere decir que el receptor de insulina de las células que se encargan de facilitar la entrada de la glucosa a la propia célula están dañados. Esta forma es más común en personas mayores de 40 años aunque cada vez es más frecuente que aparezca en sujetos más jóvenes, y se relaciona con la obesidad; anteriormente llamada

diabetes del adulto o diabetes relacionada con la obesidad. Puede estar presente con muy pocos síntomas durante mucho tiempo. Esta diabetes se relaciona con corticoides, por hemocromatosis.

### **Diabetes mellitus gestacional**

Aparece en el periodo de gestación en una de cada 10 embarazadas. Se presenta muy pocas veces después del parto y se relaciona a trastornos en la madre y fallecimiento del feto o macrostomia, producto con tamaño anormal grande causado por incremento de glucosa, puede sufrir daños al momento del parto.

El embarazo es un cambio en el metabolismo del organismo, puesto que el feto utiliza la energía de la madre para alimentarse, oxígeno entre otros. Lo que conlleva a tener disminuida la insulina, provocando esta enfermedad.

### **Etiología**

En un principio se pensaba que el factor que predisponía para la enfermedad era un consumo alto de hidratos de carbono de rápida absorción. Pero después se vio que no había un aumento de las probabilidades de contraer diabetes mellitus respecto al consumo de hidratos de carbono de asimilación lenta.

Estudios no comprobados advierten que la diabetes tipo 1 puede ser causa de una malformación genética, la cual podemos llevar en nuestra vida sin darnos cuenta. A través de un factor externo (papera, gripe, rubeola, varicela entre otros) puede causar la aparición de la enfermedad.

Actualmente se piensa que los factores más importantes en la aparición de una diabetes tipo 2 son, además de una posible resistencia a la insulina e intolerancia a la glucosa, el exceso de peso y la falta de ejercicio. De hecho, la obesidad abdominal se asocia con elevados niveles de ácidos grasos libres, los que podrían participar en la insulinoresistencia y en el daño a la célula beta-pancreática. Para la diabetes tipo 1 priman, fundamentalmente, alguna patología que influya en el funcionamiento del páncreas (diabetes tipo 1, fulminante).

La actividad física mejora la administración de las reservas de azúcares del cuerpo y actúa de reguladora de las glucemias. Las reservas de Glucógeno aumentan y se dosifican mejor cuando el cuerpo está en forma, ya que las grasas se queman con más facilidad, reservando más los hidratos de carbono para esfuerzo intensos o en caso de que la actividad sea muy larga que las reservas aguanten más tiempo. Rozman, (2009).

### **Causas genéticas del tipo 1**

Este tipo de diabetes es causada principalmente por factores externos al organismo que la padece, (por ejemplo ciertas infecciones virales) que pueden afectar de forma directa o de forma indirecta mediante la generación de una reacción autoinmunitaria.

No obstante, existe susceptibilidad genética para padecer esta enfermedad ya que está influenciada en especial por determinados alelos de los genes del complejo mayor de histocompatibilidad (CMH), dentro del grupo de HLA, la clase I. En el grupo de los HLA de clase II, afectan sobre todo varios alelos de los DR3 y DR4 en los que los heterocigotos DR3/DR4, son especialmente susceptibles de padecer esta enfermedad.

Además del CMH, se sigue estudiando más de una docena de alelos que incrementarían la susceptibilidad para esta enfermedad, pero hasta ahora solo existe confirmación de ello en tres de estos alelos que son el gen PTPN22, que codifica una proteína fosfatasa, polimorfismos de un único nucleótido en el gen regulador de la inmunidad CTLA4 y un polimorfismo de repetición en tándem en el promotor del propio gen de la insulina.

### **Causas genéticas del tipo 2**

Las bases genéticas y moleculares de la diabetes mellitus tipo 2 siguen estando poco definidas, pero se sabe que esta enfermedad se debe en su base a factores genéticos (concordancia en gemelos monocigóticos del 69-90% frente al 33-50%

en la diabetes mellitus tipo I y en gemelos dicigóticos de 24-40% frente al 1-14% en la diabetes mellitus tipo 1) aunque estos están estrechamente relacionados en cuanto a su grado de expresividad con los factores ambientales ligados al estilo de vida como pueden ser el sobrepeso, la ingesta exagerada de alimentos, la relación de polisacáridos de absorción rápida o de absorción lenta consumidos, la actividad física realizada o la edad.

### **Cuadro clínico**

En el caso de que todavía no se haya diagnosticado la DM ni comenzado su tratamiento, o que no esté bien tratada, se pueden encontrar los siguientes signos (derivados de un exceso de glucosa en sangre, ya sea de forma puntual o continua):

Signos y síntomas más frecuentes:

- 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.

**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

### **Diagnóstico Medico**

Se basa en la medición única o continúa (hasta 2 veces) de la concentración de glucosa en plasma (glucemia). 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 (glucemia) 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).

### **Seguimiento**

Además de un estudio médico adecuado, existen exámenes de laboratorio para monitorizar los órganos afectados en la diabetes mellitus (mediante control del nivel de glucosa, función renal, dislipidemia, etc.:

- Pruebas de laboratorio de rutina de seguimiento y para monitorizar complicaciones en órganos blanco:



- Determinación de microalbuminuria en orina de 24 horas
  - Hemoglobina glucosilada.
  - Determinación de colesterol y triglicéridos en sangre.
  - Creatinemia, uremia, electrolitos plasmáticos.
- Revisiones por especialistas que también ayudan a evitar complicaciones:
    - Revisión anual por oftalmología, preferentemente revisión de fondo de ojo con pupila dilatada.
    - Revisión del plan de alimentación por experto en nutrición.
    - Revisión por podología por onicomicosis, tiña, uñas encarnadas (onicocriptosis)

### **Hemoglobina glucosilada**

Este examen ofrece un resultado muy valioso en cuanto al control del paciente con diabetes. Su principio básico es el siguiente: la hemoglobina es una proteína que se encuentra dentro de los glóbulos rojos de la sangre y de lo que se ocupa es del transporte de oxígeno, el cual lo toma a nivel pulmonar, y por esta vía la lleva al resto del cuerpo pulmones hacia todas las células del organismo. Pero esta afinidad no es precisamente nada más con el oxígeno. La glucosa se une también a ella sin la acción de insulina.

La misma fisiopatología de la diabetes nos indica que la glucosa se encontrará en niveles muy elevados en sangre, por la deficiencia de insulina o por la incapacidad de esta para poderla llevar a las células (resistencia a la insulina). Esa glucosa en exceso entra a los glóbulos rojos y se une con moléculas de hemoglobina, glucosilándola. En sentido de proporción, a mayor glucosa, mayor hemoglobina glucosilada o glicosilada. Aunque la hemoglobina glucosilada tiene varias fracciones (HbA1a, HbA1b, y HbA1c) la más estable, la que tiene una unión con la glucosa más específica es la fracción HbA1c.

El tiempo de vida de los glóbulos rojos es aproximadamente de 120 días. Esta medición expresa el nivel de azúcar en promedio de 2 a 3 meses atrás, por lo que es un parámetro aceptable para seguir el control de un paciente. Por este motivo se recomienda solicitar dicho examen tres o cuatro veces al año. Esto es sumamente útil en el control de los pacientes, debido a que usualmente estos mejoran su dieta en los días previos al control de la glicemia, falseando los resultados. El valor de la hemoglobina glucosilada es una herramienta eficaz para ver el control metabólico en los últimos meses.

## **Tratamiento**

Bomba de infusión de insulina. Estos dispositivos sustituyen en algunos casos a las clásicas jeringas, consiguiendo liberaciones de insulina más fisiológicas y adecuadas a la ingesta. . Vázquez J.L. (2000).

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. 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 en la DM-1.

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.

Para conseguir un buen control de la Diabetes Mellitus, en todos sus tipos, es imprescindible la educación terapéutica en diabetes que impartida por

profesionales sanitarios (médicos, nutricionistas o enfermeras) persigue el adiestramiento de la persona con Diabetes y de las personas cercanas a ella, para conseguir un buen control de su enfermedad, modificando los hábitos que fuesen necesarios, para el buen seguimiento del tratamiento (dieta + ejercicio físico + tratamiento medicamentoso -si precisa-).

### **Intervenciones en el estilo de vida**

Los principales factores ambientales que incrementan el riesgo de diabetes tipo 2 son la ingesta excesiva de alimentos 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 incluir no solo una dieta especial para el tratamiento de la patología 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.

### **Dieta**

Mantener una dieta especial es una de las mejores maneras que se puede tratar la diabetes. Ya que no hay ningún tratamiento que cure la diabetes, en cuanto la persona es diagnosticada de diabética debe empezar a mantener una dieta adecuada. Se debe cuidar la cantidad de gramos de carbohidratos que come durante el día, adaptándola a las necesidades de su organismo y evitando los alimentos con índice glucémico alto. Lo que significa es que el diabético no debe hacer muchas comidas con contenido de harina blanca. Elegir panes y pastas hechas de harina integral es no solo mucho más saludable sino que también va a ayudar a la persona controlar mejor la insulina que el cuerpo produce.

Una alimentación equilibrada consiste de 50 a 60% de carbohidratos, 10 a 15% de proteínas y 20 a 30% de grasas. Esto es válido para todas las personas, y es también la composición alimenticia recomendable para los diabéticos del tipo 2.

Una "dieta reductiva común" consiste de la alimentación con una menor cantidad de calorías. La cantidad de calorías debe establecerse para cada individuo. Ha dado buenos resultados que se fijen consumos calóricos totales semanales y no se esclavice a límites calóricos diarios. También ha dado buenos resultados la conducción de un registro diario de alimentación para mantener el control.

La "nutrición balanceada" es un elemento indispensable para el tratamiento de la diabetes mellitus. Un buen régimen alimentario se caracteriza por ser individual. Para ello se debe tener en cuenta la edad, el sexo, el peso, la estatura, el grado de actividad física, clima en que habita, el momento biológico que se vive (por ejemplo una mujer en embarazo, un recién nacido, un niño en crecimiento, un adulto o un anciano), así como también la presencia de alteraciones en el nivel de colesterol, triglicéridos o hipertensión arterial.

## **Complicaciones**

Independiente del tipo de diabetes mellitus, un mal nivel de glucemia (azúcar en la sangre) conduce a sufrir enfermedades agudas y enfermedades crónicas:

### **Complicaciones agudas**

- Estados hiperosmolares: llamados de manera coloquial "coma diabético", comprenden dos entidades clínicas definidas: la cetoacidosis diabética (CAD) y el coma hiperosmolar no cetósico (CHNS).

Ambos tiene en común –como su nombre lo dice–, la elevación patológica de la osmolaridad sérica. Esto es resultado de niveles de glucosa sanguínea por encima de 250 mg/dl, llegando a registrarse, en casos extremos más de 1 000 mg/dl. La elevada osmolaridad sanguínea provoca diuresis osmótica y deshidratación, la cual pone en peligro la vida del paciente.

La cetoacidosis suele evolucionar rápidamente, se presenta en pacientes con DM tipo 1 y presenta acidosis metabólica; en cambio el coma hiperosmolar evoluciona en cuestión de días, se presenta en ancianos con DM tipo 2 y no presenta cetosis. Tienen en común su gravedad, la presencia de deshidratación severa y alteraciones electrolíticas, el riesgo de coma, convulsiones, insuficiencia renal aguda, choque hipovolémico, falla orgánica múltiple y muerte.

Los factores que los desencadenan suelen ser: errores, omisiones o ausencia de tratamiento, infecciones agregadas -urinarias, respiratorias, gastrointestinales-, cambios en hábitos alimenticios o de actividad física, cirugías o traumatismos, entre otros.

- Hipoglucemia: Disminución del nivel de glucosa en sangre por debajo de los 50 mg/dl. Puede ser consecuencia de ejercicio físico no habitual o sobre esfuerzo, sobredosis de insulina, cambio en el lugar habitual de inyección, ingesta insuficiente de hidratos de carbono, diarreas o vómitos, etc.

### **Complicaciones crónicas**

- Daño de los pequeños vasos sanguíneos (microangiopatía)
- Daño de los nervios periféricos (polineuropatía)
- Pie diabético: heridas difícilmente curables y la mala irrigación sanguínea de los pies, puede conducir a laceraciones y eventualmente a la amputación de las extremidades inferiores.
- Daño de la retina (retinopatía diabética)
- Daño renal Desde la nefropatía incipiente hasta la Insuficiencia renal crónica terminal
- Hígado graso o Hepatitis de Hígado graso (Esteatosis hepática)
- Daño de los vasos sanguíneos grandes (macroangiopatía): trastorno de las grandes Arterias. Esta enfermedad conduce a infartos, apoplejías y trastornos de la circulación sanguínea en las piernas. En presencia

simultánea de polineuropatía y a pesar de la circulación sanguínea crítica pueden no sentirse dolores.

- Daño cerebrovascular: causados por una inflamación en la sangre lo que provoca un coagulo sanguíneo, esto obstruye una arteria y puede provocar necrosis en la zona afectada del cerebro.
- Cardiopatía: Debido a que el elevado nivel de glucosa ataca el corazón ocasionando daños y enfermedades coronarias.
- Coma diabético: Sus primeras causas son la Diabetes avanzada, Hiperglucemia y el sobrepeso.
- Dermopatía diabética: o Daños a la piel.
- Hipertensión arterial: Debido a la cardiopatía y problemas coronarios, consta que la hipertensión arterial y la diabetes son enfermedades "hermanadas".
- Enfermedad periodontal. Uno de los mecanismos para explicar la relación entre diabetes mellitus y periodontitis sugiere que la presencia de enfermedad periodontal puede perpetuar un estado de inflamación crónica a nivel sistémico, que se hace patente por el incremento de proteína C reactiva, IL-6, y altos niveles de fibrinógeno. La infección periodontal puede elevar el estado de inflamación sistémica y exacerbar la resistencia a la insulina. El nivel elevado de IL-6 y TNF- $\alpha$  es similar a la obesidad cuando induce o exacerba resistencia a la insulina. La lesión periodontal es capaz de producir alteraciones en la señalización de insulina y sensibilidad a la insulina, probablemente debido a la elevación de TNF- $\alpha$  en la concentración plasmática.

La retinopatía diabética es una complicación ocular de la diabetes, causada por el deterioro de los vasos sanguíneos que irrigan la retina del fondo del ojo. El daño de los vasos sanguíneos de la retina puede tener como resultado que estos sufran una fuga de fluido o sangre. Cuando la sangre o líquido que sale de los vasos lesiona o forma tejidos fibrosos en la retina, la imagen enviada al cerebro se hace borrosa.

La neuropatía diabética es consecuencia de la lesión microvascular diabética que involucra los vasos sanguíneos menores que suministra los nervios de los vasos. Los estados relativamente comunes que se pueden asociar a neuropatía diabética incluyen tercera parálisis del nervio; mononeuropatía; mononeuropatía múltiple; amilotrofía diabética; polineuropatía dolor; neuropatía autonómica; y neuropatía toracoabdominal

La angiopatía diabética es una enfermedad de los vasos sanguíneos relacionada con el curso crónico de la diabetes mellitus, la principal causa de insuficiencia renal a nivel mundial. La angiopatía diabética se caracteriza por una proliferación del endotelio, acúmulo de glicoproteínas en la capa íntima y espesor de la membrana basal de los capilares y pequeños vasos sanguíneos. Ese espesamiento causa tal reducción de flujo sanguíneo, especialmente a las extremidades del individuo, que aparece gangrena que requiere amputación, por lo general de los dedos del pie o el pie mismo. Ocasionalmente se requiere la amputación del miembro entero. La angiopatía diabética es la principal causa de ceguera entre adultos no ancianos en los Estados Unidos. En Cuba, la tasa de angiopatías periféricas en la población diabética alcanza los 19,5 por cada 100 mil habitantes

El pie diabético tiene una "base etiopatogénica neuropática", porque la causa primaria está en el daño progresivo que la diabetes produce sobre los nervios, lo que se conoce como "Neuropatía". Los nervios están encargados de informar sobre los diferentes estímulos (nervios sensitivos) y de controlar a los músculos (nervios efectores). En los diabéticos, la afectación de los nervios hace que se pierda la sensibilidad, especialmente la sensibilidad dolorosa y térmica, y que los músculos se atrofien, favoreciendo la aparición de deformidades en el pie, ya que los músculos se insertan en los huesos, los movilizan y dan estabilidad a la estructura ósea.

El hecho de que una persona pierda la sensibilidad en el pie implica que si se produce una herida, un roce excesivo, una hipertensión de un punto determinado o una exposición excesiva a fuentes de calor o frío no se sientan. El dolor es un

mecanismo defensivo del organismo que incita a tomar medidas que protejan de factores agresivos. Los diabéticos pueden sufrir heridas y no darse cuenta. Además, la pérdida de control muscular favorece la aparición de deformidades y éstas pueden, al mismo tiempo, favorecer roces, cambios en la distribución de los apoyos del pie durante la marcha y, en definitiva, predisponer a determinados puntos del pie a agresiones que, de no ser atajadas a tiempo, pueden originar gangrena y por tanto ser necesario la amputación. Vázquez J.L. (2000).