

**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

RIESGO DE GLUCEMIA INESTABLE EN EL ADULTO MAYOR

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

ERIKA CANTU RUIZ

DIRECTOR DE TRABAJO ESCRITO

LIC. ENF. NORMA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍNEZ

CIUDAD DE MÉXICO, 2017



SECRETARÍA DE SALUD

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



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.

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO
DIRECTORA 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: Riesgo de Glucemia Inestable en el Adulto Mayor

Elaborado por:

1.	<u>Cantu</u>	<u>Ruiz</u>	<u>Erika</u>	Núm. de cuenta:	<u>409500509</u>
2.					
3.					
	Apellido paterno	Materno	Nombre	Núm. de cuenta	

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

Ciudad de México a 24 de enero de 2017

Nombre y firma del Asesor


Llc. Enf. Norma María Sánchez Martínez

Nombre y firma de la
Directora Técnica de la Carrera de Salud Institución Federal
Escuela de Enfermería

Llc. Enf. Silvia Vega Hernández



DIRECCIÓN
CLAVE 3095



ÍNDICE

	Página
I. Introducción	
II. Justificación	
III. Objetivos:	
3.1.General	
3.2.Específicos	
IV. Marco teórico	
4.1 Enfermería como profesión disciplinar	1
4.2 El cuidado como objeto de estudio	5
4.2.1 Concepto	9
4.2.2 Antecedentes	12
4.2.3 Tipos de cuidado	21
4.3. Teoría de enfermería	
4.3.1. Concepto, objetivos, clasificación	26
4.3.2. Relación de la teoría con el proceso de enfermería	28
4.3.3. Teoría de Virginia Henderson	29
4.4 El proceso de enfermería como herramienta metodológica para dar cuidado a la persona sana o enferma	
4.4.1. Concepto	34
4.4.2. Objetivo	34
4.4.3. Descripción de etapas	34
4.5 La persona (Adulto Mayor)	44
4.5.1. Características biológicas, psicológicas, y sociales	48

4.5.2. Enfermedades más frecuentes	.....	58
4.5.3. Descripción del padecimiento	.....	59
V. Aplicación del proceso atención de enfermería.		
5.1. Presentación del caso clínico	.....	69
5.2. Resultados de la valoración	.....	71
5.3. Priorización de diagnósticos de enfermería	.....	80
5.4. Plan de cuidados de enfermería	.....	87
VI. Conclusiones	.....	108
VII. Bibliografía	.....	109
VIII. Anexos	.....	111

I. Introducción

La Diabetes Mellitus Tipo II es una de las principales causas de la morbilidad y defunción en México, la mortalidad por este padecimiento ha mostrado una tendencia ascendente en la segunda mitad de este siglo. A su vez, la población mexicana tiene una de las prevalencias más altas de Diabetes Mellitus, la cual ha tenido un incremento en los últimos años, probablemente como consecuencia de una mayor ocurrencia del padecimiento.

El principal problema de la Diabetes Mellitus Tipo II es la presencia de complicaciones metabólicas, vasculares y neurológicas. En la actualidad la Diabetes Mellitus es la principal causa de amputación de miembros inferiores y de insuficiencia renal, ceguera en la población económicamente activa y de discapacidad, mortalidad prematura, malformaciones congénitas y otros problemas

de salud aguda y crónica, como cetoacidosis diabética, cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular.

En la década pasada se observó en México un incremento en los egresos hospitalarios por Diabetes Mellitus. En la actualidad se hospitalizan al año más de 50 000 pacientes por Diabetes Mellitus. Aun cuando no se dispone de información sobre la ocurrencia de complicaciones en los pacientes diabéticos en México, se sabe que en la población de origen mexicano, residente en los EUA, la Diabetes Mellitus y sus complicaciones son más frecuentes que en la población blanca los mexiconorteamericanos tienen un riesgo seis veces mayor de presentar insuficiencia renal por nefropatía diabética; asimismo, la retinopatía diabética es más común y es un importante predictor de la mortalidad en este grupo poblacional.

La mortalidad está relacionada al índice de marginalidad no sólo en la magnitud sino también en el tipo de patología.

La mayor proporción de muertes por enfermedades crónico-degenerativas en 1998 se observó en el área metropolitana de la ciudad de México 63.3%, seguida de la región Norte del país 60.3%, posteriormente la región Centro 47% y la región Sur 43.7%.

Entre las enfermedades crónicas degenerativas la Diabetes Mellitus muestra el ascenso más importante en los últimos años

En 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencia directa de la Diabetes. Más del 80% de las muertes por Diabetes se registra en países de ingresos bajos y medios.

El siguiente Proceso Atención de Enfermería se realizó como opción de titulación, aplicándose a un paciente masculino de 61 años de edad con Diabetes Mellitus Tipo II, se elaboró bajo el Modelo de valoración de 14 necesidades de Virginia Henderson.

Está integrado por VIII capítulos que incluyen el Marco Teórico, en el que se conceptualizan la enfermería, el cuidado, el Proceso Atención de Enfermería y generalidades de la Diabetes Mellitus Tipo II, en el Adulto Mayor, consecutivamente se aplicó la valoración a un paciente en el hogar, para desarrollar el Plan de Cuidados de Enfermería, priorizando las necesidades alteradas e iniciar con los cuidados que el paciente requiere.

II. Justificación

La Diabetes Mellitus Tipo II ha alcanzado proporciones epidémicas, afectando a 5.1% de los individuos de 20 a 79 años de edad a nivel mundial, siendo la Diabetes Mellitus Tipo II responsable de 90% de los casos. En los países más desarrollados la prevalencia de Diabetes Mellitus II es alrededor de 6% y este tipo de diabetes, que antes se consideraba como de inicio tardío, hoy se ve en niños desde los ocho años de edad. Entre los adolescentes caucásicos afectados, 4% tiene diabetes y 25% tiene intolerancia a la glucosa. A pesar de los avances en el tratamiento y prevención, la prevalencia de la diabetes ha aumentado de manera más drástica de lo esperado. Se ha estimado que entre 200 y 300 millones de personas en todo el mundo cumplirán, al final de esta década, los criterios de la Organización Mundial de la Salud para el diagnóstico de diabetes.

La Diabetes Mellitus ha mostrado un comportamiento epidémico en México desde la segunda mitad del siglo pasado. En la actualidad, México es uno de los países con mayor ocurrencia de diabetes mellitus en el mundo. En 1995 ocupaba el noveno lugar con mayor número de casos de diabetes y se espera que para el año 2030 ocupe el séptimo con casi 12 millones de pacientes con diabetes tipo II. La diabetes es actualmente la primera causa de mortalidad en México y su tendencia muestra un incremento progresivo en los últimos años. En 2008 hubo más de 75 500 defunciones por diabetes en el país, para una tasa de mortalidad de 73.6 en mujeres y de 63.4 en hombres, por 100 000 habitantes. En el 2000, la diabetes contribuyó con 13.30% de los años de vida saludables perdidos en el IMSS. Se ha estimado que los costos de la atención a la diabetes en México superan los 300 millones de dólares al año.

Por lo que es de suma importancia conocer la fisiopatología así como los factores de riesgo de esta enfermedad prevenir y así colaborar en abatir las complicaciones y estadísticas de muerte así como costos en su tratamiento.

Las edades más frecuentes en las que aparece son la infancia, la adolescencia y los primeros años de la vida adulta. Acostumbra a presentarse de forma brusca y muchas veces independientemente de que existan antecedentes familiares.

Las causas de la diabetes son principalmente la destrucción progresiva de las células del páncreas, que producen insulina. Ésta tiene que administrarse artificialmente desde el principio de la enfermedad. Los síntomas particulares son el aumento de la necesidad de beber y aumento de la cantidad de orina, la sensación de cansancio y la pérdida de peso a pesar del incremento de las ganas de comer.

Por lo antes mencionado el siguiente trabajo requiere de un análisis de diversos conceptos, para poder brindar cuidados de enfermería al paciente Adulto Mayor con Diabetes Mellitus Tipo II lo que permitirá ampliar mis conocimientos en la prevención, diagnóstico y tratamiento en la atención del paciente.

III. OBJETIVOS:

3.1 General:

- Elaborar un Proceso Atención de Enfermería a un Adulto Mayor con Diabetes Mellitus Tipo II, utilizando la valoración de Virginia Henderson con la finalidad de brindar cuidados de enfermería acorde a las necesidades afectadas.

3.2 Específicos:

- Aplicar la valoración de Virginia Henderson.
- Identificar las necesidades alteradas.
- Diseñar diagnósticos de Enfermería de acuerdo a las necesidades alteradas.
- Aplicar el plan de cuidados establecido al paciente.
- Evaluar los resultados obtenidos con la aplicación del Proceso Atención Enfermería.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1 Enfermería como profesión disciplinar.

Se entiende por disciplina, aquella rama de instrucción o educación que tiene una perspectiva única que la distingue por la forma particular de ver el o los fenómenos de interés, y define los límites de esta. El saber producido por el profesional de enfermería en forma sistemática constituye el cuerpo de conocimiento propio de Enfermería. Este saber le da identidad y autonomía a esta como disciplina, y debe ser compartido, discutido y construido por comunidades que socializan sus conocimientos a través de las publicaciones.

La disciplina de enfermería se define como "El estudio del cuidado de la experiencia o vivencia de la salud humana". Esta comprende las teorías que describen, explican y prescriben sobre el fenómeno central de su interés, el cuidado, así como los resultados de las investigaciones que se relacionan con este fenómeno. Del mismo modo, teoristas como Jean Watson y Patricia Benner mencionan que la esencia de enfermería es el cuidado, y el foco está dado en la comprensión de enfermería como fenómeno.

El conocimiento de enfermería se basa en la comprensión de la naturaleza humana y su respuesta a su entorno. Por lo tanto, el profesional de enfermería es capaz de incluir esta perspectiva en cada encuentro enfermera - paciente, mediante el intercambio de lo que se conoce y la posibilidad de lo que puede ser descubierto para, finalmente, comprender las necesidades de cuidados de las personas y aprender a cómo cuidar mejor de ellas. Para conocer la disciplina de enfermería, es necesario comprender el concepto de "conocer" como un acto consciente, una forma particular e individual de visualizar las complejidades de una situación y de reunir recursos internos experimentados anteriormente para darle significado.¹

¹ Berreza walmeida g. 2016 [cited 26 may 2016].<https://www.google.com.mx>, teoría de Enfermería de Virginia Henderson.

Carper, Silva y Sorrell, describen y reconocen la existencia de cuatro patrones o formas de conocer en enfermería, los cuales se encuentran relacionados entre sí y que a la vez no son divisibles, estos son: empírico, ético, autoconocimiento y estético. A continuación se mencionan algunas características de cada uno:

Patrón empírico o ciencia de enfermería: utiliza la observación, generalizando las abstracciones y el discurso para comunicar los conocimientos. Este patrón es descriptivo, explicativo, predictivo, fáctico y verificable. Se relaciona con la información, datos objetivos y con lo visible externamente.

Patrón ético: en este patrón están incluidos los conceptos de valor, del deber, la obligación de ser y del hacer. Usa el discurso para ser comunicado y tiene relación con lo externo.

Patrón autoconocimiento (émico): se relaciona con lo subjetivo, interpersonal y existencial. Está particularmente asociado a la abstracción. Forma la identidad personal y profesional. Es ambiguo, diverso, no comunicable percibido indirectamente a través de la personalidad. Tiene relación con lo interno.

Patrón estético o arte de enfermería: particularmente asociado a lo abstracto. Surge del sentimiento, experiencia o imitación. Es por naturaleza subjetiva, imaginativa, perceptiva, no racional. Integra los demás patrones y tiene relación con lo interno.¹

En 1986, Carper plantea que el desarrollo de teorías e investigaciones se centran en construir explicaciones que organicen y clasifiquen el conocimiento, y estas sean un aporte para la ciencia de Enfermería. Según Chinn y Krammer, la enfermería que se desarrolla en base al patrón empírico, lo hace siguiendo el patrón positivista que cree en datos objetivos, que se puedan medir y sean generalizables, como la esencia para generar y diseminar el saber.

Sin embargo, este enfoque no es suficiente para comprender la disciplina de enfermería en su globalidad.

El conocimiento obtenido por la vivencia de la experiencia subjetiva directa, contiene la forma de lenguaje en la cual desea ser expresado: sea emocional, plástico, corporal, musical, teatral, imaginativo, pues es lenguaje de los sentidos. El conocimiento estético es considerablemente más amplio que nuestro discurso verbal, racional y lógico, porque el arte no es lógico.

El concepto de estética deriva de la palabra griega aisthesis, que significa sensación, conocimiento obtenido a través de la experiencia sensible. El cuidado es arte, movimiento y transformación. Para Jean Watson el arte de Enfermería es la capacidad de un ser humano para recibir la expresión de sentimientos de otro ser humano y experimentarlos como si fueran propios. La expresión artística de enfermería incluye la escucha intencional, la mirada atenta, la sensibilidad focalizada en las necesidades del otro.

Henderson en 1955 declaraba que "La enfermera es temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor por la vida del suicida, la pierna del amputado, los ojos de alguien que ha perdido la vista, el medio de locomoción para el bebé, la sabiduría y la confianza para una joven madre, es "vocera" de aquellos débiles o que han renunciado a hablar", demostrando que el patrón estético aparece como la esencia de la enfermería, el alma y el arte como lo describió Carper en 1978.

A su vez, coexiste con el patrón estético el del autoconocimiento, que es de vital importancia conocerlo y estudiarlo, ya que el cuidar es considerado como un acto personal, para lo cual es necesario conocerse, comprenderse, aceptarse y actualizarse.

Además, las experiencias se perciben de acuerdo a una manera particular de ver la vida, siendo necesario para el profesional de enfermería, saber en qué parte del proceso de cuidado causa bienestar, sufrimiento, impotencia, angustia y alegría. El cuidado de enfermería es un proceso de interacción con aspectos invisibles, donde la cercanía a la experiencia subjetiva del paciente es necesaria y proporciona una base para dicha relación, así como la existencia de una perspectiva única por parte del profesional de enfermería en esta interacción. Para ello, se requiere del conocimiento subjetivo, esto es, del conocimiento que se revela por los métodos de investigación cualitativos, como por ejemplo a través de la fenomenología.²

² Fenomenología y conocimiento disciplinar de enfermería. Scielo.sld.cu. 2016 [cited 27 Octubre 2016]. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192013000300005

4.2 El cuidado como objeto de estudio.

Según Orem (1991), los cuidados enfermeros representan un servicio especializado que se distingue de los otros servicios de salud ofrecidos por que está centrado sobre las personas que tienen incapacidades para ejercer el autocuidado. Los cuidados enfermeros tienen como objeto ayudar a la persona o completar el déficit de autocuidado causados por la diferencia existente entre las exigencias de autocuidado y las actividades realizadas por la persona.

El rol de la enfermera consiste entonces en ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable frente a sus autocuidados, utilizando cinco modos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar. Para esto, la enfermera escoge un sistema de intervención total compensatorio o de asistencia-enseñanza según la capacidad y la voluntad de la persona.³

Practica del cuidado

Es una expresión de la práctica y, por ello debe basarse en el conocimiento de enfermería o ciencia de enfermería, al considerar que la ciencia de enfermería es un cumulo de conocimiento que ayudan a resolver los problemas de la práctica. Es por esto fundamental que la ciencia de enfermería tiene que basarse en conocimientos científicos, y el conocimiento científico es un compendio de teorías que deben dar soporte al cuidado.

Debe existir una clara relación entre la teoría, la práctica y la investigación en enfermería y lograr entender que el cuidado es fundamentalmente la expresión de la práctica.

La integración de la teoría con la práctica y la investigación, es la respuesta a la relación entre las tres. Es necesario entender que la práctica genera cuestionamientos sobre el cuidado que hay que aclarar e investigar y cuyas respuestas le corresponden a la investigación.

³ Cárdenas M. Teorías y Modelos de Enfermería. Bases Teóricas para el Cuidado Especializado México, D.F.: DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO.; 2006.

La práctica puede considerarse como la que determina, en la última instancia, si los resultados de la investigación son utilizables, y si esto se da, genera autonomía de la misma práctica aumentando la credibilidad y la calidad.

La filosofía del cuidado posee:

- Universalidad
- Individualidad
- Humildad
- Ritmos alternos
- Paciencia
- Compromiso
- Creatividad
- Fundamento en el conocimiento
- Presencia auténtica
- Comunicación
- Intersubjetividad

¿Qué requiere enfermería para lograr hacer el cuidado?

Es necesario desarrollar el cuerpo de conocimientos para la práctica de enfermería, los estudiantes identifican muchas formas de ver enfermería, por ejemplo aquellas que laboran en instituciones hospitalarias por lo usual se enfocan directamente en el cuidado agudo, mientras que las funciones administrativas buscan formas de costo-beneficio de dar cuidado. Las enfermeras que trabajan en atención domiciliaria dan cuidados y también ayudan a organizar la entrega de cuidado por parte de la familia o de personas competentes que den cuidado; típicamente tratan de integrar el cuidado de un miembro de la familia dependiente con otros tipos de cuidado familiar, y pueden percibir el cuidado familiar distinto al cuidado de enfermería. El dar cuidado, cualesquiera que sean su forma o importancia, procede claramente desde una perspectiva de la que cuidando, por tanto en el cuidado se requiere de una fundamentación científica sólida y evidenciada.

La enfermería debe hacer reflexión hacia dentro con el objeto de que esa mirada permita lograr llevar a la práctica el cuidado, lo único que le permite ser. Asumir que es una práctica social y, por tanto ser un acto comunicativo. El acontecer profesional es entonces la manera sistémica y disciplinada como uno de los interactuantes asume y refiere su participación.

Es necesario que enfermería mire hacia una práctica determinada que le permita organizarse con mayor facilidad, además, hacia un trabajo en equipo esencialmente.

Se requiere una mirada más precisa del cuidado y sus tendencias:

- Cuidado ordinario. Es pasar de un sistema enfocado en el cuidado del individuo a un sistema dirigido hacia la salud de la población. Ocurre un cambio en los proveedores de servicio, a su vez que se aumenta la diversidad en la combinación de los proveedores. Estos cambios incluyen, quien provee los servicios de salud, cuando y donde.
- La necesidad de cuidar. Muchos pacientes son trastornos que no pueden ser curados y que solo atienden su aparición inevitable hasta mucho más tarde en la vida del individuo. El envejecimiento de la población ha ocasionado un cambio lento pero inevitable en el peso de las enfermedades, ya que se está pasando de trastornos agudos a crónicos.
- Cambio de curar a cuidar. Andreoneli, en 1983, indica que según aumenta las admisiones hospitalarias por condiciones agudas y complicaciones como resultado de enfermedades crónicas, los fundamentos de las destrezas y la amplitud de la ciencia de la enfermería tiene que responder a estos cambios.
- Desarrollo de la ciencia y de la tecnología. Existe la necesidad de balancear el aumento en el uso de la tecnología con los valores que enfatizan la calidad de vida, alternativas del consumidor, decisiones de riesgo y beneficio, acceso a los servicios de salud, y la integridad de la vida humana.

- Capacidad y el poder del consumidor. Comprende los consentimientos informados, de los derechos de los pacientes, la descentralización y el cambio en el pago financiero de los servicios a nivel nacional y local.

El cuidado requiere, en este momento de un reconocimiento social con el objeto de obtener una práctica pública y para esto es necesario que el cuidado se base en teorías que lo sustentan y vuelvan a la enfermería cada vez más autónoma.

La doctora Afaf Melis (2000), el cuidado debe tener influencia en la política pública y para esto requiere de:

- Trabajar colectivamente
- Cada miembro se identifica con las mismas metas y dominio de enfermería
- Valoración de las ideas teóricas
- Trabajo en forma interdisciplinar
- Mayor formación de las enfermeras
- Desarrollar pensamiento teórico
- Para lograr este escenario deseado se requiere de un conocimiento de enfermería

Tradición del conocimiento de enfermería

Enfermería tiene tradición. En su recorrido ha realizado desarrollos teóricos, teorías de cuidado y discusiones filosóficas. Conforme crecieron las competencias técnicas se hizo necesaria una formación mayor, por lo que se incrementó el conocimiento. Puso de relieve la necesidad de delimitar la naturaleza del objeto de estudio de esta disciplina y su ámbito de actuación profesional. Así, a mediados del siglo XX, muchos esfuerzos de los profesionales de la enfermería estuvieron dirigidos a resolver esta cuestión. Se desarrolló un periodo que se caracterizó por la creación de modelos teóricos que tratan de esclarecer que hacen sus profesionales, porque lo hacen y cuál es el camino por seguir para incremento del propio conocimiento de enfermería. Es el momento en que se impone la creación

de una definición universal del cuidado, es decir, se percibe la necesidad de "explicar con precisión el significado o naturaleza de enfermería".

Se desarrollaron modelos conceptuales como el de Virginia Henderson, H. Peplau y otros más. También se desarrollaron teorías de cuidado, teorías de medio rango. Grandes teorías de cuidado como la de Jean Watson, otras como la de Boykyn y Dorothea Orem. Teorías de mediano alcance y teorías de situaciones.

Existen y están siendo trabajadas en la actualidad muy minuciosamente las teorías de mediano alcance como.

- Facilitamiento de desarrollo del crecimiento
- Teoría de alerta de percepción de la relación
- Teoría de la aceptación
- Teoría de la tristeza crónica
- Teoría de la negación y aceptación o de transiciones
- Quebrantamiento cultural
- Cuidado de la salud en transiciones
- Síntomas desagradables
- Rol maternal
- Concepto de miedo
- Resiliencia (ser fuerte en la adversidad).⁴

4.2.1 Concepto.

Cuidado es la **acción de cuidar** preservar, guardar, conservar, asistir. El cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su **bienestar** y evitar que sufra algún perjuicio.

Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él.

⁴ Afanador N. El cuidado como objeto del conocimiento de enfermería. Revistas.unal.edu.co. 2016 [cited 5 Noviembre 2016]. <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16312/17244>

El cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona.

A través de la teoría de los cuidados, propone cinco procesos básicos secuenciales (conocimiento, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias), en los que se hace evidente el cuidado de enfermería, que se caracteriza por la actitud filosófica de la enfermera, la comprensión, los mensajes verbales y no verbales, las acciones terapéuticas y las consecuencias de los cuidados.

Actualmente, en la práctica de enfermería se observa que el cuidado es identificado en el hacer monótono, lineal y sin sentido, dentro de la racionalidad técnica y el enfoque biomédica, entendido como una ayuda o un complemento en las ciencias de la salud, situación que propicia la negación de la enfermería como ciencia y como arte.

Estudios recientes acerca del significado de cuidado por parte del profesional de enfermería se refieren a la sinonimia de atención oportuna, rápida, continua y permanente, orientada a resolver problemas particulares que afectan la dimensión personal de los individuos que demandan un servicio institucionalizado.⁵

El cuidado se ha definido como el conjunto de categorías que involucran la comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor físico, la empatía para atender el todo, y el involucramiento, que se refiere a la aproximación entre el cuidador y el ser cuidado como finalidad terapéutica.

Si se entiende que el significado que se tenga de un fenómeno condiciona la forma en que va a ser representada la realidad en los sujetos, y que las palabras introducen la franqueza de la revelación en la cual el mundo se orienta y adquiere un significado entre los individuos, entonces, la relación enfermera paciente, como seres dialógicos, implica un encuentro humanizador, que tiene como propósito despertar la conciencia del otro a través de la reflexión de los cuidados,

⁵ OMS Enfermería Who. int. 2016 [cited 26 May 2016]. <http://www.who.int/topics/nursing/es>

que incluye las creencias y los valores que impregnan la atmósfera en la que tienen lugar los hechos y las circunstancias del quehacer de enfermería. Por lo antes mencionado, es necesario comprender cómo representa la enfermera su hacer profesional a través de formaciones subjetivas como: opiniones, actitudes, creencias, informaciones y conocimientos; tal comprensión servirá para mejorar el cuidado de su práctica, que actualmente adolece de significado y, por tanto, de un reconocimiento propio. Las representaciones se estructuran alrededor de tres componentes fundamentales: la actitud hacia el objeto, la información sobre ese objeto, y un campo de representación donde se organizan jerárquicamente una serie de contenidos.

Si se considera que la enfermería tiene la responsabilidad de articular y difundir definiciones claras de las funciones que desempeña en su práctica, y que el cuidado es la parte ontológica y epistémica que guía los aspectos axiológicos de su hacer profesional, se hace necesario comprender el significado de cuidado a través de la investigación cualitativa, el cual produce evidencias relevantes para la práctica profesional.⁶

⁶Báez-Hernández F, Nava-Navarro V, Ramos-Cedeño L, Medina-López O. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Aquichan. 2009 [cited 26 May 2016]; 9. <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1476/1676>

4.2.2 ANTECEDENTES

Historia de la enfermería

Primeros tiempos

Contrariamente a la percepción de algunos, los enfermeros profesionales son un campo exclusivamente dominado por hombres durante gran parte de la historia de la humanidad. Cuando la primera escuela de enfermería del mundo fue abierta en India en el 250 a. C., debido a creencias religiosas, sólo los hombres fueron considerados lo suficientemente "puros" para ser enfermeros.

Según indica Colliere, el origen de las prácticas de cuidados está ligado a las intervenciones maternas que aseguraban la continuidad de la vida y de la especie. La alimentación, como necesidad básica que implica suplencia y ayuda por parte de la madre o sustituta en los primeros estadios evolutivos del hombre es considerada como la práctica de cuidados más antigua.

Desde la época de Homero y de Sócrates existe constancia de que se tenía en cuenta que el hecho de autocuidarse desde la perspectiva de la limpieza mantendría la vida y la prosperidad en una persona.

Febe (60 d. C.) es la única mujer a la que se cita como diaconisa en el Nuevo Testamento. Atendía a los pobres en sus hogares y con el tiempo se convirtió esta labor en parte primordial del trabajo de las diaconisas. No obstante, no se la relaciona con la enfermería.

Edad Media

El cristianismo y su organización tuvieron vínculos históricos importantes con las prácticas de cuidados de enfermería desde los monasterios a través de las órdenes religiosas, así como desde la conquista de Tierra Santa, con las cruzadas. Como consecuencia del pensamiento medieval relacionado con la Reconquista de Santos Lugares, surgió un movimiento organizado, que cristalizó con el fenómeno histórico de las cruzadas, las cuales dieron lugar a la aparición de tres tipos de figuras: el guerrero, el religioso y el enfermero.

La demanda de hospitales y sanitarios en las rutas seguidas por los cruzados propició la aparición de las Órdenes Militares dedicadas a la enfermería: los caballeros de la Orden de San Juan de Jerusalén, los caballeros Teutónicos y los caballeros de la Orden de San Lázaro de Jerusalén. En España, la primera institución destinada a acoger enfermos fue el Hospital del Obispo Mazona, en Mérida, en el siglo VI, según Domínguez Alcón y el Diccionario Eclesiástico de España.

Entre los hospitales medievales donde se desarrollaban actividades de enfermería, se encuentran El Hôtel-Dieu de París y Lyon, el Santo Spirito de Roma, el Hospital de la Seo de Tortosa, el Hospital de Mérida, y el Hospital d'en Clapers de Valencia, de los cuales, según datos recogidos por Domínguez Alcón, los dos primeros perduran en la actualidad.

El llamado movimiento Beguino, constituido por “mujeres santas” que cuidaban enfermos, se diferencia dentro del entramado histórico cristiano caritativo ligado a los cuidados de enfermería fundamentalmente en que no asume los votos preceptivos de las órdenes religiosas.

Las denominaciones de las personas encargadas de proporcionar cuidados de enfermería han variado a lo largo de la historia en función de la época y el contexto donde éstos se desarrollaban (hospitales, leproserías, órdenes militares, órdenes religiosas y ámbitos domésticos): macipa, mossa, clavera, donado, donada, hospitaler, hospital era y enfermero.

Edad Moderna

Hasta el año 1500, la escasa atención en cuanto a la reglamentación de los cuidados de enfermería, practicados en ámbitos domésticos, propició una variedad de grupos que ejercían estas actividades fuera de los ámbitos institucionales: nodrizas, parteras o comadronas, grupos dedicados al cuidado a domicilio y grupos dedicados a otras prácticas sanadoras.

En el siglo XVI, la Reforma Protestante tuvo graves consecuencias para los cuidados de salud, debido a la supresión de las instituciones de caridad. La filosofía protestante indica que “no son necesarias las obras de caridad para obtener la salvación”. Esto se traduce en un abandono de la consideración del cuidado de enfermería que continuaba existiendo en el ámbito católico.

Además, tras la Reforma Protestante se produjo una desmotivación religiosa para dedicarse al cuidado de enfermos entre las personas laicas y una relegación a antiguas pacientes, presas y otras personas de los estratos más bajos de la sociedad de la actividad de aplicar cuidados. M. Patricia Donahue denominó a este período la época oscura de la enfermería.

Los avances en otras ciencias, como el invento del microscopio, proporcionaron a todas las hoy llamadas ciencias de la salud, incluida la enfermería, la posibilidad de procurar a las personas una mayor nivel de bienestar.

El Instituto de Diaconisas de Kaiserwerth, creado en 1836 por el pastor protestante Theodor Fliedner (1800-1864), supuso para la enfermería el inicio de una formación arreglada, para enfermeras. Este hecho, acaecido en el ámbito protestante, puede suponer en un análisis superficial una contradicción; sin embargo, el propio caos y desorganización de los cuidados de enfermería protestantes fue lo que exigió una reglamentación formal y específica para ejercer la profesión.

Edad Contemporánea

Un póster de la Cruz Roja para reclutar enfermeras durante la primera guerra mundial. Propaganda del Gobierno estadounidense para los cuerpos de asistencia sanitaria del Ejército de los Estados Unidos durante la segunda guerra mundial.

Según Eileen Donahue Robinson, el libro Notas sobre la enfermería (Notes on Nursing), publicado por Florence Nightingale en 1859 tras sus experiencias en la guerra de Crimea, supuso un texto de crucial influencia sobre la enfermería moderna. En 1860 se inauguró la Nightingale Training School for Nurses (Escuela Nightingale de Formación para Enfermeras), la cual constituyó una institución

educativa independiente financiada por la Fundación Nightingale. La originalidad del proyecto fue considerar que debían ser las propias enfermeras las que formasen a las estudiantes de enfermería mediante programas específicos de formación y haciendo hincapié tanto en las intervenciones de enfermería hospitalarias como extrahospitalarias, para el mantenimiento y prevención de la salud tanto del individuo como de las familias. Nightingale, reformadora del concepto de enfermería, le dio una nueva directriz a la ciencia del cuidado del ser humano, además de diferenciar lo que era medicina de enfermería desde el punto de vista de que la enfermería situaba al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actuase sobre él en un ambiente limpio libre de agentes patógenos.

En Estados Unidos, según Donahue, el primer texto sobre enfermería se publicó en 1885 por la señora Clara Weeks Shaw, y la primera revista nacional sobre enfermería, *The Trained Nurse and Hospital Review*, apareció en 1888. Según Donahue, Lillian Wald fue la precursora de lo que hoy se entiende como Enfermería Comunitaria, por medio de un proyecto que comenzó en Nueva York en 1893 como una organización filantrópica, y que constituiría la base para el posterior desarrollo de la Salud Pública en dicho país. En España no se puede hablar de un origen específico de la Enfermería de Salud Pública, ya que las ideas anglosajonas no tuvieron mucho eco entre las enfermeras españolas, hasta que en 1933 se crearon las 50 primeras plazas de enfermeras visitadoras y sanitarias. Posteriormente, Mrs. Benford Fenwick fundaría el Consejo Internacional de Enfermeras, la más antigua de todas las organizaciones internacionales para trabajadores profesionales. En 1922, en la Universidad de Indiana, se fundó la Sigma Theta Tau, una organización que promueve la investigación y dirección de Enfermería. Sus miembros son seleccionados de acuerdo con sus logros académicos y calidad profesional, y entre ellos figuran estudiantes, estudiantes graduados en Programas de Enfermería y dirigentes de Enfermería Comunitaria.

A principios del siglo XX, en los Estados Unidos se admitía, por lo general, que la legislación sobre la aprobación estatal para la Enfermería elevaría a las personas que la practicaban a un nivel profesional mediante el establecimiento de unas normas educativas mínimas para las escuelas de Enfermería. Sin embargo, a medida que la demanda de enfermeros crecía, se establecieron más escuelas de Enfermería de distinta calidad, circunstancia que hizo poco por mejorar el nivel de la profesión.

En la segunda guerra mundial, la enfermería adquirió mayor importancia y relieve. En los últimos días de la guerra un artículo de Bixler y Bixler en la revista Am. J. of Nursing valoraba la enfermería como una profesión. Los siete criterios para una profesión identificados por estos autores eran aplicables a la enfermería de la forma en que se practicaba en ese momento y justificaban la consideración de la enfermería como profesión. Bixler y Bixler revisaron sus criterios y el nivel profesional de la enfermería 14 años después y observaron que ambos continuaban siendo válidos.

Hasta la década de 1950 no se empezó a plantear en serio la necesidad de desarrollar, articular y contrastar una teoría global de enfermería, y casi un siglo después de Nightingale comenzaron a aparecer en la literatura estadounidense nuevos aportes sobre la definición de la profesión y sus funciones.

En 1955, Virginia Henderson publicó: La única función de una enfermera es prestar asistencia a la persona enferma o sana, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación , a una muerte tranquila y que ella realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios, siempre con el objetivo de ayudarle a alcanzar la independencia con la mayor rapidez posible. Identificó 14 necesidades básicas, entre las que se incluyen, además de las fisiológicas, necesidades psicológicas y sociales.

En 1958, Dorothea Orem escribió: la enfermería es un servicio humano cuyo aspecto esencial es atender a la necesidad personal de realizar actividades de

autocuidado de forma continua para el mantenimiento de la salud o la recuperación tras la enfermedad o la lesión. En su definición incluía a las personas como parte importante de su propia recuperación y al enfermero como facilitador de su autonomía.

También en 1958, Ami Francis Brown, en su libro Enfermería Medicoquirúrgica, insistía en la asistencia y el cuidado de enfermería al paciente como función central de la profesión.

En 1962, Gertrud B. Ujhely afirmaba que el cuidado es el apoyo que se da al paciente frente a la enfermedad, y que la razón de ser de la enfermería es: sostener al paciente durante su lucha contra la enfermedad, con la relación interpersonal como factor fundamental del cuidado.

En 1964, Lydia E. Hall consideraba las funciones de enfermería extendidas en tres círculos: cuerpo-cuidados, enfermedad-curación y persona-introspección, compartidos en diferentes grados con otros profesionales.

Sostenía que los cuidados de enfermería eran más necesarios cuanto menor atención médica se recibía y que la atención que realizaban los enfermeros aceleraba la recuperación.

Hall identificó los siguientes cinco criterios de actitud con la profesionalidad:

Uso de organizaciones profesionales como referentes importantes; Creencia en la autorregulación, lo que conlleva a la idea de que sólo los profesionales que de un área específica pueden establecer las normas para su práctica; Creencia en el servicio al público como parte esencial de la profesión; Sentimiento de considerar el campo o el compromiso con la profesión como un interés fundamental y un deseo que va más allá de la recompensa económica; Autonomía cuando el profesional debe tomar decisiones sobre su trabajo basadas en las normas del mismo y en el código deontológico.

También en 1964, Hildegard Peplau planteaba que lo realmente profesional en la enfermería era la relación enfermero-paciente en el aspecto psicodinámico de los cuidados. Consideraba el cuidado como un proceso educativo que tiende al desarrollo y crecimiento personal, con las relaciones interpersonales y la labor educativa como elementos básicos. Su principal aporte fue destacar la labor comunicativa de la enfermería e identificar funciones relacionadas con la asistencia en la educación para la salud y la docencia en el ejercicio de formación de nuevos profesionales.

En 1970, Martha Rogers postulaba que el modelo conceptual de enfermería se construye alrededor del proceso vital del ser humano, y que los conocimientos deben ser aplicados en la práctica de los cuidados. Concebía la enfermería como arte o ciencia, identificando una única base de conocimientos procedente de la investigación científica y el análisis lógico que puede trasladarse a la práctica. Estableció la importancia de la investigación que perdura hasta la actualidad.

Para Rogers, el mantenimiento y la promoción de la salud deben llegar a ser las primeras funciones del enfermero y las considera aún más importantes que el tratamiento de las enfermedades.

También explicitaba la necesidad de tener en cuenta la promoción y la prevención en la definición de las funciones de la profesión.

Callista Roy 1970 suponía que el hombre es un ser biopsicosocial que vive dentro de un entorno, que junto con la personalidad influye en él, provocando el desarrollo de formas de adaptación. La atención del enfermero sería necesaria cuando dichas respuestas fuesen ineficaces. Peplau, Rogers y Roy se engloban en los llamados modelos de interrelación, que son los más recientes y avanzados.

También en 1970, Beverly Witter Du Gas publicó el Tratado de enfermería práctica, donde se indica que: el cuidado constituye el papel de la enfermería, y que el proceso de atención consta de una serie de pasos realizados por el enfermero para planear y cumplir la función de cuidar. El proceso de atención de

enfermería aporta a la profesión un método científico para la realización de sus funciones.

A inicios de la década de 1980, Rosa M. Alberdi expuso que el enfermero tiene la función de ocuparse de las necesidades de salud del paciente o de los grupos sociales. En esta definición aparece por primera vez la atención a grupos sociales por parte del personal de enfermería.

En 1986, Yyer, Taptich y Renocchi-Losey planteaban que la enfermería es un arte que sabe cuidar al paciente mientras dura la enfermedad, y también está orientada a ayudar al ser humano a alcanzar el máximo de salud a lo largo de su ciclo vital. Consideraban la realización de un plan de cuidados como eje director de la acción enfermera.

A finales de los años 1980, María Consuelo Castrillón consideraba que la práctica de enfermería está conformada por tres funciones básicas realizadas en ámbitos sociales diferentes: cuidar la salud, administrar el cuidado de enfermería y los servicios de salud y educar para la salud.

En España, el 4 de diciembre de 1953 se unificaron en ATS (Asistente Técnico Sanitario) los estudios de auxiliares sanitarios siguiendo el modelo de especialidades médicas con el objeto de proporcionar mayor formación pos básica a los profesiones de matronas, practicantes y enfermeros, de modo que las matronas pasaron a ser una especialidad de ATS BOE del 12 de febrero de 1957, Decreto de enero de 1957. Para fisioterapia, BOE del 23 de agosto, Real Decreto del 26 de julio de 1957. En 1977 Decreto 2128, se transformaron en España las enseñanzas conducentes al título de ATS por las de DUE (Diplomado Universitario en Enfermería). Este hecho histórico supuso el reconocimiento por parte de la Institución Universitaria de la Enfermería como disciplina en proceso de construcción y como profesión de carácter universitario con todo lo que ello implica: reconocimiento científico y académico de la antigua actividad del cuidado de enfermería, crecimiento doctrinal y la posibilidad futura de acceder a todos los grados académicos licenciatura y doctorado.

En la actualidad, en Estados Unidos se ofrecen dos programas de doctorado en enfermería: el doctorado académico y el doctorado en ciencias de la enfermería. Esto supone la consecución del máximo grado académico para la enfermería en el contexto estadounidense. Asimismo, este doble doctorado supone exigencias académicas que configuran, sin duda, el conocimiento de enfermería y la identidad profesional. Para pertenecer a la Academia Norteamericana de Enfermería, es necesario haber realizado trabajos de investigación inéditos que supongan un aumento del corpus de conocimientos de enfermería. Este hecho es análogo para todas las disciplinas científicas así como para sus respectivas academias. En España, con el programa de estudios resultante del Proceso de Bolonia, la enfermería ha alcanzado su máximo desarrollo, pues es posible obtener el doctorado en enfermería, que facilita la labor de investigación y consecuentemente el desarrollo de la profesión.⁷

⁷ Enfermería Es.wikipedia.org. 2016 [cited 26 May 2016]. <https://es.wikipedia.org/wiki/Enfermer%C3%ADa>

4.2.3 Tipos de cuidado

Existen dos tipos de cuidado de naturaleza diferente:

Care: relacionados con las funciones de conservación de la continuidad de la vida. Representa a todos los cuidados permanentes y diarios cuya única función es mantener la vida, reaprovisionándola de energía, en forma de alimentos o de agua (hidratación, aseo), de calor, luz o de naturaleza efectiva o psicosocial, aspectos que interfieren entre sí.

Los cuidados cotidianos habituales están basados en todo tipo de hábitos, costumbres y creencias. A medida que se construye la vida

Cure: son los relacionados con la necesidad de reparar todo aquello que obstaculiza la vida de un grupo, nace

todo un ritual, toda una cultura que programa y determina lo que se considera bueno o malo para conservar la vida.

Estos cuidados representan el tejido, la textura de la vida y aseguran sus permanencias y su duración.⁸

Etapas históricas del cuidado

Etapas domésticas.

El concepto de ayuda a los demás está presente desde el inicio de la civilización, como lo demuestran estudios antropológicos, arqueológicos etc. Lo que no está claro es lo que se denomina como el cuidado de enfermería, y como aprecio con el hombre, ya que en aquella época se entremezclaban diversas formas de cuidar, que con el transcurso del tiempo dieron lugar a diferentes disciplinas. Sin embargo, es nuestra convicción que son estos primeros cuidados los que han dado origen a los cuidados profesionales, razón de ser de las enfermeras.

Por este motivo, en esta etapa los cuidados se desarrollan formando parte de la historia de la atención a la salud de la época, comprendiendo desde las primeras civilizaciones hasta la caída del imperio romano.

⁸ Colliere M. Promover la Vida. 2nd ed. México D.F.: Mc Graw Hill; 2009.

Esta etapa de los cuidados se denomina doméstica, por ser la mujer en cada hogar la encargada de este aspecto de la vida. El objetivo prioritario de atención de la mujer cuidadora es el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio.

Alrededor de cada mujer en la familia se entrelazan y elaboran las prácticas rituales que tienden a asegurar la vida, su promoción y su continuidad. La mujer utiliza elementos que son parte de la vida natural, como el agua para la higiene, las pieles para el abrigo, las plantas y el aceite para alimentación y las manos, elemento muy importante de contacto maternal para transmitir bienestar.

En consecuencia, los cuidados van encaminados a ese mantenimiento de la vida a través de la promoción de la higiene, la adecuada alimentación, el vestido y en general, todas las medidas que hacen la vida más agradable, algunas de las cuales se han dado en llamar en nuestros días cuidados básicos.

Etapa vocacional

El calificativo vocacional de la actividad de cuidarse se asocia con el nacimiento de la religión cristiana. Con la aparición del cristianismo, la salud adquirió una nueva interpretación. La sociedad cristiana de la época atribuyó la salud y la enfermedad a los designios de Dios. El valor religioso de la salud que imperó se denominó por la convicción del pensamiento que la enfermedad que era una gracia del Todopoderoso: el que sufre es elegido de Dios.

Las actividades de cuidar se relacionan con el concepto que los incipientes cristianos tienen sobre la enfermedad y además se corresponden con las normas establecidas por la idea religiosa. Como consecuencia de la filosofía, lo verdaderamente importante de las personas dedicadas al cuidado eran las actitudes que debían mostrar y mantener. Actitudes consistentes en hacer voto de obediencia y sumisión, actuar en nombre de Dios, permanecer en el seno de la iglesia, conformarse a través del consejo de tipo moral y utilizar el cuidado como vehículo de salvación propia y comunicación con Dios. Aparece la figura de una mujer cuidadora a la que Colliere llama la "Mujer consagrada".

Por otro lado, las normas cristianas eran estrictas y rechazaban contacto corporal, por lo tanto, la incipiente enfermera, a causa de estos principios de causa de tipo moral, centro la atención en la palabra en forma de oración y en consejos morales. Como resultado de la expansión y el florecimiento cristiano en el Mundo Occidental surgieron órdenes monásticas y religiosas. Este acontecimiento tuvo especial auge en épocas en las que las necesidades de cuidados fueron más patentes. Debido a los problemas ocasionados por los constantes conflictos bélicos, tales como las cruzadas.

Durante la época vocacional, los conocimientos requeridos por las enfermeras eran nulos y los procedimientos muy simples. Lo realmente importante eran las actitudes que debían mostrar y mantener las personas dedicadas al cuidado de los enfermeros, menesterosos y necesitados.

Naturalmente, la práctica enfermera, no requería ninguna preparación, a excepción de la formación religiosa. La enfermería de esta época se describe como una actividad ejercida por personas con gran sentido de religiosidad, caridad, sumisión, y obediencia.

La etapa considerada como vocacional se encuadra en la historia de los cuidados desde el nacimiento del pensamiento cristiano hasta finalizar la Edad Moderna de la Historia Universal.

Etapa técnica

Esta etapa se desarrolla en la época en que la salud es entendida como la lucha contra la enfermedad.

El desarrollo científico y tecnológico aplicado a la atención médica, que se produjo lentamente desde el Renacimiento, tuvo a exponerse más claro en el siglo XIX. Este desarrollo condujo a la clase médica a un mayor conocimiento, que se centró en la búsqueda de las causas de la enfermedad y su tratamiento. El saber médico se enfocó hacia la persona como el sujeto de la enfermedad. Se acrecentó la tecnología y alrededor de los enfermos fueron apareciendo instrumental y aparataje cada vez más complejos. Se fomentó realmente la concentración de

todos los recursos sanitarios para la atención diagnóstica y curativa dentro de los hospitales, pasando a ser estas instituciones el único dispositivo asistencial.

La complejidad de la tecnología hizo necesaria la aparición de un personal que asumiera algunas tareas que realizaban los médicos, en algunos casos referidos a pruebas diagnósticas (análisis, medición de signos vitales, etc.), en otros fines curativos (administración de fármacos, curas, etc.). De esta manera a las personas dedicadas al cuidado del enfermo se denominó personal paramédico o auxiliar, calificativo derivados de las tareas que realizaban, en su mayor parte delegadas por los médicos.

Esta etapa, conocida como técnica, se inició a mediados del siglo XIX con el advenimiento de lo que Colliere denomina "mujer- auxiliar del médico"⁹. Época marcada por la herencia de estadios precedentes: profesión de mujeres y, durante siglos, reserva a mujeres consagradas.

La aparición de la enfermera técnica y la separación de los poderes político y religioso permitieron el inicio de la enfermera en vías de profesionalización.

Los principios de la profesionalización de la enfermería atribuyen a Florence Nightingale, pero verdaderamente la consideración de enfermería como trabajo eminentemente técnico surgió a raíz de los años cincuenta del siglo XX, cuando la red hospitalaria se extiende, adquiriendo estos centros otra función diferente a la que venían desempeñando.

El paso a esta etapa técnica, desde la etapa vocacional, no ocurrió de una forma brusca. Por el contrario, fue necesario un largo periodo de transición, como Etapa Oscura de la Enfermería por las circunstancias que dieron lugar a esta denominación.

Etapa profesional

Desde el enfoque de salud como ausencia de la enfermedad se ha pasado a un concepto más complejo, entendiendo la salud como un proceso integral y no como un estado.

⁹ Colliere, MF promover la vida, Interamericana-McGraw-Hill, Madrid 19993.

Entre las nuevas definiciones se considera salud: como un fenómeno de tipo Psico-biológico-social de equilibrio y adaptación de todas las posibilidades del organismo humano frente a la complejidad del ambiente social. En este concepto de salud hay tres aspectos a considerar: un componente subjetivo (bienestar), otro objetivo (capacidad para la función) y un tercero de tipo psicosocial (adaptación social al individuo).

Desde esta perspectiva, la atención a la salud supone la intervención de diferentes profesionales que, integrados en un equipo multidisciplinar, atiendan de forma eficaz y autónoma los diferentes aspectos de la salud individual y colectiva.

En consecuencia, las enfermeras han tenido que ampliar el campo de actuación que les era propio al lado de la cama del enfermo. En la actualidad, el cuidado enfermero integra un conjunto de actividades para propiciar mayor bienestar físico y una mejor adaptación de los individuos con su entorno.

Paralelamente a este nuevo concepto de salud, las enfermeras comienzan a preguntarse sobre su razón de ser, entienden que está perdiendo su identidad ligada al individuo y tratan de desprenderse de la dependencia histórica de otras disciplinas. Surgen enfermeras investigadoras que a nivel teórico y filosófico describen la actuación diferenciada de la profesión, comienzan a emplearse métodos trabajos científicos sustituyendo a los empíricos, y las enseñanzas que incluyen universidad. En definitiva, se inicia la etapa de enfermería profesional.¹⁰

¹⁰ García-Martín Caro Martínez M. Historia de la Enfermería "Evolución Histórica del Cuidado Enfermero". Madrid España.: Elsevier; 2007.

4.3. Teoría de enfermería.

4.3.1. Concepto:

Una teoría es una serie de conceptos definiciones, relaciones o suposiciones que proyectan una visión objetiva y sistémica de los fenómenos, predictiva y explicativa. (Marriner, 1999).

Chin y Jacobs (1987) define la teoría de enfermería como: un conjunto de conceptos y proposiciones que resaltan una visión sistemática de fenómenos designando interrelaciones específicas entre conceptos, con el propósito de describir, explicar, predecir, y/o prescribir un cuidado enfermero.

Objetivos:

- El objetivo es orientar y guiar a la práctica profesional.
- Ofrece a las enfermeras una perspectiva para considerar las situaciones del cliente, una forma de organizar los datos y un método para analizar e interpretar la información.
- Permite a la enfermera planificar y poner en práctica los cuidados de enfermería.
- Da conocimientos suficientes para perfeccionar las prácticas diarias mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos.
- Proporcionar autonomía profesional así como identidad.

El desarrollo de la ciencia enfermera, con sus modelos conceptuales y su teoría es la actividad meticulosa. La teoría es el objetivo de todo trabajo científico; teorizar es un proceso central en todos los empeños científicos, y el pensamiento teórico es esencial en todas las profesionales.

Las enfermeras necesitan una base teórica para ejemplificar la ciencia y el arte de la profesión cuando persiguen la salud y el bienestar de sus clientes, ya que un individuo, la familia o una comunidad.

Clasificación:

- Grandes teorías: son complejas y tienen un gran ámbito, estas no pretenden ofrecer una guía para una intervención enfermera, concreta si no el esquema estructural para grandes ideas abstractas.

- Teorías de nivel medio: estas tienen un enfoque más limitado que la gran teoría y más amplio que la micro-teoría, no es tan grande como para ser relativamente inútil para explicar situaciones de la vida real.
- Micro teoría: son las teorías menos complejas y las más específicas, son un conjunto de enunciados teóricos, habitualmente hipótesis que tratan de fenómenos muy definidos.

4.3.2 Relación de la teoría con el proceso de enfermería

Aplicación del modelo de Virginia Henderson

El modelo de Henderson, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso Atención Enfermería:

1. En las etapas de Valoración y Diagnóstico, sirve de guía en la recolección de datos y el análisis y síntesis de los mismos. En esta etapa se determina:
 - El grado de independencia/ dependencia en la satisfacción de cada una de las catorce necesidades.
 - Las causas de la dificultad en tal satisfacción
 - La interrelación de unas necesidades con otras
 - La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultades.
2. En las etapas de Planificación y Ejecución. Sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de dificultad, detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que implique al individuo siempre sea posible en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación. Todos estos criterios serán los que guiarán la etapa de ejecución.
3. Finalmente, en la etapa de evaluación, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicaran los niveles de independencia mantenidos y / o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados ya que la meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápidamente posible. Evidentemente, esto no significa que no le proporcione la independencia, si no que nuestra actuación va encaminada a ayudarlo alcanzar dicha independencia por sí mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos.¹¹

¹¹ Cárdenas m. teorías y modelos de enfermería. México, D.F.: división de estudios de postgrado.; 2006

4.3.3. Teoría de Virginia Henderson.

Nace en 1897 en Kansas City y muere en marzo de 1996. Fue en 1921 cuando se gradúa como enfermera en la escuela del ejército, y al año siguiente inicia su trayectoria como docente que completa con la investigación, y que no abandona hasta su muerte.

Después, acepto un puesto de enfermera en el Henry Street Visiting Nursing Service de Nueva York.

- En 1922, Henderson empezó a dar clases de enfermería en Norfolk Protestant hospital de Virginia.
- Entro al Teacher College de la universidad de Columbia, donde se licencio como profesora y donde posteriormente realizo un master.
- En 1929 trabajo como supervisora del profesorado en las clínicas del strong memorial hospital de Rochester, Nueva York.
- En 1953 ingresa a la universidad de Yale donde apporto una valiosa colaboración en la investigación de enfermería.
- Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la universidad de Yale y recibe 9 títulos honoríficos.
- El trabajo junto a las investigaciones realizadas por Virginia Henderson se trata de una teoría sobre la definición de la enfermería clínica, en el cual se ve reflejado el paradigma de integración. Es un modelo considerado de tendencia humanista y de tendencia de suplencia o ayuda, es un modelo ampliamente difundido por su característica de generalidad, sencillez y claridad.

El modelo de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística.

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

Es la independendencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales:

1. Necesidad de Oxigenación
2. Necesidad de Nutrición e hidratación
3. Necesidad de Eliminación
4. Necesidad Moverse y mantener buena postura
5. Necesidad Descanso y sueño
6. Necesidad Usar prendas de vestir adecuadas
7. Necesidad Termorregulación
8. Necesidad Higiene y protección de la piel
9. Necesidad Evitar peligros
10. Necesidad Comunicarse
11. Necesidad Vivir según sus creencias y valores
12. Necesidad Trabajar y realizarse
13. Necesidad Jugar/ participar en actividades recreativas
14. Necesidad de Aprendizaje¹²

La salud. Independencia/ dependencia y causas de la dificultad.

Virginia Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continua, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como "Falta de fuerza", "Falta de conocimiento" o "Falta de voluntad".

El concepto Independencia puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus Necesidades Básicas, es decir llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo y situación.

¹² UNS F. El Cuidado: VIRGINIA HENDERSON. Teoriasdeenfermeriauns.blogspot.mx. 2012 [cited 26 May 2016]. <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.mx/2012/06/virginia-henderson.html>.

La Dependencia puede ser considerada en una doble vertiente. Por una lado la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean suficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Los criterios de dependencia deben considerarse al igual que los de independencia, de acuerdo con los componentes específicos de una persona, (biológicos, psicológicos, culturales y espirituales), De acuerdo con este enfoque, una persona con una alteración física que necesite seguir una dieta determinada, debe de ser calificada como dependiente; si no se sabe cómo confeccionarla, si no quiere o si no puede por falta de capacidades psicomotoras. Sin embargo, en el momento que este déficit sea subsanado, esta dependencia ya no puede ser considerada como tal, aunque la alteración física persista.

Las causas de la dificultad son los obstáculos o limitaciones personales o el entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades:

1. Falta de fuerza. Se interpreta como Fuerza, no solo a la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas.
2. Falta de conocimientos. En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
3. Falta de voluntad. Entendida como la incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la que la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

Cabe añadir que la presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una Dependencia Total o Parcial. Así como Temporal o Permanente,

aspectos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes. El tipo de actuación (de suplencia o ayuda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado.

Rol profesional. Cuidados básicos de Enfermería y Equipo de Salud.

Los cuidados básicos son conceptualizaciones como acciones que lleva a cabo la Enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona.

Los cuidados básicos de Enfermería están íntimamente relacionados con el concepto de Necesidades Básicas.

Henderson analiza también la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinar, considerado qué colabora con los demás miembros del equipo así como estos colaboran con ella. "En la planificación " y ejecución de un programa global, ya sea para mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos en la hora de la muerte. Ningún miembro del grupo debe exigir de las otras actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia.

En relación al paciente Henderson afirma "todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atiende como figura central y comprender que principalmente la función es asistir, a esta persona. Si el paciente no comprende ni acepta el programa tratado con él y para él, ni coopera en su desarrollo, se perderán gran parte de esfuerzos del equipo". El paciente o usuario es visto pues como el sujeto activo y responsable de su propia salud, que participa en las decisiones y el logro de sus metas.

Entorno.

Si se analiza el contenido del modelo de Henderson, menciona aspectos socioculturales y el entorno físico (familia, grupo, cultura y aprendizajes, factores ambientales) para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados.

4.4. El Proceso de Enfermería como herramienta metodológica para dar cuidado a la persona sana o enferma.

4.4.1. Concepto

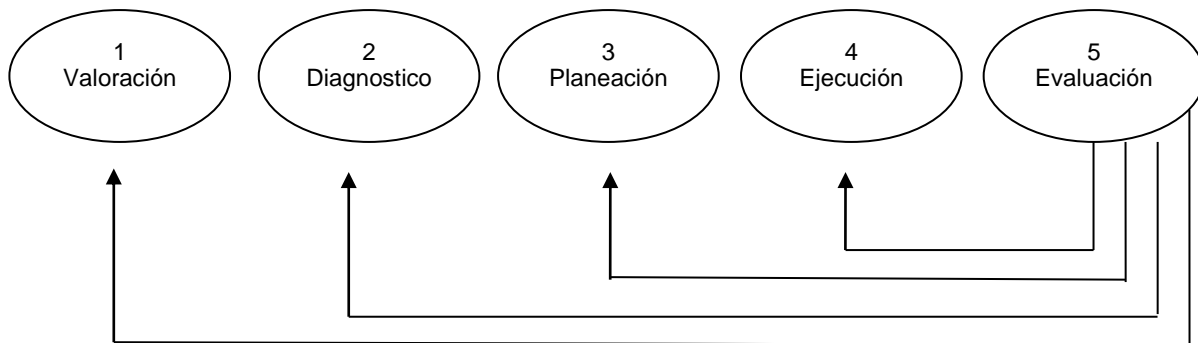
“Es el método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente” (Alfaro, 1999:4).

4.4.2. Objetivos

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

4.4.3. Descripción de etapas

Consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a las siguientes:



Cuadro 1. Rodríguez Sánchez Enfermería, b. Guadalajara, jal. México; 2016. Pág. 97

1- Valoración

Es la primera etapa del proceso enfermero que nos permite reunir la información necesaria referente al usuario, familia y comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas fisiopatológicas así como los recursos con los que se cuentan; así mismo representa el primer contacto con el usuario tornándose continua hasta su egreso o alta.

Debe ser total e integradora con un enfoque holístico, puede derivarse de la aplicación de cualquier teoría de enfermería o en su defecto de manera tradicional cefalo caudal o por aparatos y sistemas.

Es necesario contar con una guía para recolectar la información de tal manera que se evite omitir información relevante sobre el estado de salud del individuo, familia o comunidad.

Se lleva a cabo en dos fases que son la entrevista y la exploración física, en la entrevista utilizaremos una guía escrita; en la exploración física nos apoyaremos en la inspección, palpación, percusión y auscultación.

Debemos cerciorarnos del registro adecuado de los datos ya que favorecerá brindar cuidado de enfermería de calidad, comunicación multidisciplinario del equipo de salud y evaluar la evolución del usuario ante el cuidado de enfermería

2. Diagnóstico

Constituye la segunda etapa del proceso e inicia al concluir la valoración, consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud del usuario, familia y comunidad.

En esta etapa se validaran los datos y se formularan los diagnósticos de enfermería correspondientes a nuestro usuario de acuerdo a las alteraciones detectadas.

Tipos de diagnósticos

El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico con respecto a una respuesta humana a una condición de salud/ proceso vital, o a la vulnerabilidad a esa respuesta, describe problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras, en virtud de su educación y experiencia, están capacitadas y autorizadas para tratar” (Gordon).

- **Diagnósticos reales**

Describen problemas y alteraciones de la salud del individuo, validados clínicamente mediante la presencia de signos y síntomas que lo definen. El enunciado de los diagnósticos de enfermería reales, consta de tres partes **Problema de salud (Etiqueta) + Etiología + Sintomatología (Manifestaciones).**

- Diagnósticos de riesgo

Son juicios clínicos que realiza la enfermera en los que valora la existencia de una mayor vulnerabilidad de la persona a desarrollar un problema concreto que el resto de la población en la misma situación.

El enunciado de estos diagnósticos consta de dos partes:

Problema de salud (Etiqueta) + Etiología.

Etiqueta diagnóstica, es una descripción concisa de la alteración del estado de salud, que siempre va precedida por el término "Riesgo de":

Ejemplo: Riesgo de infección.

Etiología, recoge las situaciones que provocan un aumento en la vulnerabilidad a padecer un problema. En el caso de los diagnósticos de riesgo, se denominan "Factores de riesgo".

- Diagnósticos posibles

Describen problemas sospechados, que necesitan confirmarse con información adicional. Se trata de una opción disponible para todos los diagnósticos de enfermería.

Es un tipo de diagnóstico especial, ya que describe un estado provisional dentro del proceso para el enunciado de un diagnóstico de enfermería definitivo. Por esta razón, algunos autores no lo reconocen propiamente como un diagnóstico de enfermería. En cualquier caso, se trata de un elemento muy útil para la enfermera en la clínica.

Los diagnósticos posibles, evolucionan a:

Un diagnóstico real o de riesgo.

Su resolución, al descartar la existencia de un diagnóstico de enfermería.

El enunciado de estos diagnósticos consta de dos partes:

Problema de salud (Etiqueta) + Etiología.

Etiqueta diagnóstica, descripción concreta del problema, precedida por el término "Posible":

Ejemplo: Posible alteración del rol parental.

Etiología, se reflejan los datos que llevan a la enfermera a sospechar la existencia del diagnóstico.

- Diagnósticos de enfermería de bienestar

Se tratan de juicios clínicos que realiza la enfermera ante situaciones o estados de funcionamiento eficaz, pero con interés en mejorarla.

Para la formulación de estos diagnósticos, es necesario basarse más en los deseos expresos por el cliente, que en los observados, evitando juzgar si su estado actual de salud es suficientemente eficaz o no.

El enunciado de estos diagnósticos consta de una única parte:

Problema de salud (Etiqueta).

Etiqueta diagnóstica, describe el aspecto concreto del funcionamiento de la salud que se desea mejorar.¹³

Diagnósticos NANDA

Es una sociedad científica de enfermería cuyo objetivo es estandarizar el diagnóstico de enfermería. Fue fundada en 1982 para desarrollar y refinar la nomenclatura, criterios y la taxonomía de diagnósticos de enfermería. En 2002, NANDA se convierte en NANDA International. Otras asociaciones internacionales son AENTDE en español, AFEDI (Asociación Francófona Europea de Diagnósticos de Enfermería) y ACENDIO (Europa).

Actualmente la NANDA 2015-2017. 10 ed. contiene 13 dominios, 45 clases Y 235 diagnósticos los que pueden estar enfocados a: Diagnósticos reales, de riesgo, promoción a la Salud y de Síndrome.

Un diagnóstico enfermero puede estar enfocado en el problema, o un estado de promoción de salud, o riesgo potencia.

- Diagnóstico enfermero enfocado en el problema: un juicio clínico con respecto a una respuesta humana indeseable a una condición de salud/ proceso vital que existe en un individuo, familia, grupo o comunidad.

¹³ Rodríguez Sánchez, Enfermería, b. Guadalajara, jal. México; 2016.

- Diagnostico enfermero de riesgo: un juicio clínico con respecto a la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad de desarrollar una respuesta humana indeseable a una condición de Salud/proceso vital.
- Diagnostico enfermero de promoción a la salud: un juicio clínico con respecto a la motivación y el deseo de mejorar el bienestar y actualizar el potencial de salud humana. Estas respuestas se expresan mediante una disposición a mejorar conductas de salud específicas y se pueden utilizar en cualquier estado de salud. Pueden existir respuestas para la promoción de la salud en un individuo, familia, grupo o comunidad.

Aunque hay un número reducido en la taxonomía de NANDA-I se puede presentar un síndrome. Un síndrome es un juicio clínico respecto al conjunto de diagnósticos enfermeros que suceden juntos y es mejor abordarlos también juntos y con intervenciones similares.¹⁴

3. Planeación

Tercera etapa del proceso que se desarrolla una vez que se han elaborado los diagnósticos, en ella se elaboraran estrategias que contribuirán a evitar corregir o disminuir los factores relacionados y las manifestaciones de la enfermedad.

En esta etapa el personal de enfermería debe:

- Establecer prioridades.- De las más importantes a las menos importantes, tomando en cuenta a qué nivel está comprometida la integridad o la vida del usuario.
- Elaborar objetivos.- Nos ayudaran a medir el éxito en la ejecución de lo planeado de acuerdo a la evolución del usuario.
- Determinar acciones de enfermería.- Son estrategias que permitirán el logro de los objetivos y están encaminadas a eliminar, disminuir o evitar los factores relacionados y las manifestaciones. Tomando en cuenta el problema las acciones deben ser específicas.

¹⁴ Heather TKamitsuru S. Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificaciones NANDA. Barcelona: ELSEVIER; 2015.

- Documentar el plan de cuidados.- Es el registro escrito realizado por el personal de enfermería en formatos específicos que permiten guiar las acciones y registrar el avance de los resultados.

Intervenciones NIC

(Nursing Interventions Classification NIC = Clasificación de intervenciones de enfermería.)

La taxonomía NIC, es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realiza el profesional de enfermería, que tiene como centro de interés la decisión que tome para llevar a la persona al resultado esperado.

Esta taxonomía está compuesta por dos elementos sustanciales: las intervenciones y las actividades de enfermería. Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar a la persona, familia o comunidad a conseguir los resultados esperados, son genéricas y cada una de ellas incluye varias actividades.

Las intervenciones de enfermería pueden ser:

Interdependientes: Actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud; pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, etc.

Independientes: Actividades que ejecuta el personal de enfermería dirigidas a la atención de las respuestas humanas, son acciones para las cuales está legalmente autorizada a realizar gracias a su formación académica y experiencia profesional. Son actividades que no requieren la indicación médica previa.

Las actividades de enfermería son todas las acciones que realiza la enfermera para llevar a cabo la intervención y que le permitirá avanzar hacia el resultado esperado.

Cada intervención de enfermería se presenta con:

Una etiqueta o denominación, que describe de forma clara y concisa el concepto y el nombre del tratamiento administrado por la enfermera.

Ejemplo: Potenciación de la seguridad.

Una definición, que explica el concepto de la intervención y delimita su significado.

Ejemplo: Intensificar el sentido de seguridad física y psicológica de un paciente.

Una lista de actividades, que el profesional de enfermería selecciona para llevar a cabo la intervención. Para cada intervención, las actividades aparecen listadas en el orden lógico en que deberían realizarse.

Ejemplo: Presentar los cambios de forma gradual.

Resultado NOC

(Nursing Outcomes Classification NOC, Clasificación de resultados de enfermería)

La taxonomía NOC se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería. Este lenguaje incluye resultados esperados, indicadores y escalas de medición. Los resultados representan el nivel más concreto de la clasificación y expresan los cambios modificados o sostenidos que se quieren alcanzar en las personas, familia o comunidad, como consecuencia de los cuidados de enfermería. Cada resultado posee un nombre, una definición e indicadores y medidas para su evaluación a través de escalas. El Indicador se refiere a los criterios que permiten medir y valorar los resultados de las intervenciones de enfermería, utilizando una escala tipo Likert de cinco puntos para cuantificar el estado en el que se encuentra el resultado.

Los Criterios de Resultado, deben de dar a los profesionales de enfermería la oportunidad de evaluar los resultados que dependen de la práctica enfermera y éstos se pueden utilizar en la práctica, en la investigación y en la formación de futuros profesionales.

Selección de Resultados

Los resultados representan los estados, conductas o percepciones del individuo, familia o comunidad ante la intervención del profesional de enfermería. Para su selección utilizar la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC. La búsqueda del resultado esperado se puede realizar de cuatro formas:

- Por relación NOC NANDA.
- Por taxonomías.
- Por especialidad
- Por patrones funcionales.¹⁵

Las interrelaciones entre las etiquetas diagnósticas NANDA, los Criterios de Resultados NOC y las Intervenciones NIC, no son más que la relación entre el problema, real o potencial que hemos detectado en el paciente y los aspectos de ese problema que se intentan o esperan solucionar mediante una o varias intervenciones enfermeras de las que también se desplegarán una o más actividades necesarias para la resolución del problema. Aquí encontrarás cada uno de los Diagnósticos enfermeros NANDA, aquellos Criterios de Resultado (NOC) que, a modo de ejemplo, se pueden utilizar y, de cada NOC se han desplegado las Intervenciones (NIC) necesarias para conseguirlo. Evidentemente se podían haber elegido otros pero nuestra intención ha sido plasmar de forma gráfica una sugerencia de la asociación entre los diferentes conceptos de las taxonomías NANDA-NOC-NIC.

4. Ejecución

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, en esta etapa es cuando se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recolección y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería.

¹⁵ NANDA. Es.wikipedia.org. 2016 [cited 27 Octubre 2016]. <https://es.wikipedia.org/wiki/NANDA/NIC/NOC>

- Dar los informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase cabe mencionar la continuidad de la recolección y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

5. Evaluación

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios que valora la enfermera, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982). El proceso de evaluación consta de dos partes

- Recolección de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

Las áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son las siguientes:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

Observación directa, examen físico.

Examen de la historia clínica

2.- Señales y Síntomas específicos

Observación directa

Entrevista con el paciente.

Examen de la historia

3.- Conocimientos:

Entrevista con el paciente

Cuestionarios (test)

4.- Capacidad psicomotora (habilidades)

Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional:

Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.

Información dada por el resto del personal

6.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud):

Entrevista con el paciente.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, a fin de poder establecer conclusiones que sirvan para plantear correcciones, las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar son:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. ¹⁶

¹⁶ Etapas del PAE (Proceso de Enfermería). Información sobre Enfermería. 2016 [cited 5 Noviembre 2016]. <http://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/etapas.html#etapa-pae-ejecucion>

4.5 La persona (adulto mayor).

Para definir cómo es una persona adulta mayor, es necesario abordarlo desde una perspectiva biopsicosocial o también llamada visión integral.

Uno de los objetivos para la Atención de las Persona Adultas Mayores es “Fomentar una cultura de la vejez y el envejecimiento, en la cual las personas adultas mayores se consideren y sean consideradas sujetos socialmente activos y en la que el envejecimiento sea vivido como un proceso normal, como parte del ciclo vital”.

Por tal motivo, para participar activamente en la construcción de esta cultura de la vejez y el envejecimiento, es necesario plantear de manera clara cuáles son los conceptos básicos a partir de los cuales se planifica y se actúa.

El envejecimiento es un proceso de cambios a través del tiempo, natural, gradual, continuo, irreversible y completo. Estos cambios se dan a nivel biológico, psicológico y social, y están determinados por la historia, la cultura y la situación económica, de los grupos y las personas.

Cada persona envejece de manera diferente, dependiendo de sus características innatas, de las que adquiere a través de la experiencia y de las circunstancias a las que se haya enfrentado durante su vida.

El envejecer implica procesos de crecimiento y de deterioro. Es decir, de ganancia y de pérdida, y se da durante todas las etapas de la vida.

Es importante señalar que las diferentes disciplinas le dan significados distintos al envejecimiento.

En general, las ciencias sociales y del comportamiento lo caracterizan como un proceso de desarrollo; no así la perspectiva biológica, que hace referencia a las pérdidas y deterioro de la última etapa de la vida.

La vejez es una etapa de la vida, la última. Está relacionada con la edad, es decir, el tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento actual, y cómo se ha vivido durante ese tiempo.

La vejez tiene significados diferentes para diferentes grupos.

Para definirla, hay que tomar en cuenta la edad:

- Cronológica
- Física
- Psicológica
- Social

La edad cronológica

La ONU establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor, aunque en los países desarrollados se considera que la vejez empieza a los 65 años.

Si bien la edad cronológica es uno de los indicadores más utilizados para considerar a alguien viejo o no, ésta por sí misma no nos dice mucho de la situación en la que se encuentra una persona, de sus sentimientos, deseos, necesidades, relaciones.

La edad física

Los cambios físicos y biológicos normales durante la vejez se dan a distintos ritmos, según la persona, el lugar en donde vive, su economía, su cultura, su nutrición, su actividad y sus emociones.

Un aspecto importante en esta etapa de la vida es logro de la funcionalidad y la autonomía, a pesar de la edad o de los padecimientos que se tengan.

Se recomienda mantener un cuidado del cuerpo acudiendo a revisión médica de manera preventiva y permanecer activos durante el mayor tiempo posible.

La edad psicológica

El significado que para cada grupo y persona tiene la vejez, puede ocasionar cambios en sus emociones, sentimientos y pensamientos según va transcurriendo el tiempo.

Es muy importante tener en cuenta que ningún cambio repentino en la forma de ser de una persona adulta mayor es normal. A veces se piensa que la vejez trae consigo tristeza, enojo o apatía, pero ninguno de estos sentimientos son causados por la edad, en ello pueden intervenir otros factores como la pérdida de seres

queridos, del trabajo, la modificación del papel que desempeñaba en la familia, etc.

En cuanto a procesos psicológicos, como la memoria o el aprendizaje, normalmente se dan modificaciones de manera gradual.

Para retardar las modificaciones, es recomendable mantenerse activo, relacionarse, hablar con otras personas, realizar actividades placenteras, comentar noticias y acontecimientos recientes.

En cuanto al aprendizaje, durante la vejez es posible seguir aprendiendo cosas nuevas, quizá en algunos casos se necesite un mayor tiempo y estrategias didácticas específicas, sin embargo, el aprendizaje es de la misma calidad que cuando se era más joven.

La edad social

La vejez tiene significados diferentes para cada grupo humano, según su historia, su cultura, su organización social.

Es a partir de estos significados que las personas y los grupos actúan con respecto a la vejez y a las personas adultas mayores.

La vejez es considerada una categoría social, es decir, se agrupa a las personas por los valores y características que la sociedad considera que son adecuadas, las cuales en muchas ocasiones pueden ser equivocadas y hasta injustas. Por ejemplo: para muchos grupos sociales las personas adultas mayores no deben enamorarse, o no deben participar en las decisiones familiares o sociales, etc.

Por el contrario, es un grupo social que necesita de los demás, pero que contribuye de manera muy importante tanto en la familia como en la sociedad.

“Las personas adultas mayores forman parte de una sociedad que necesita de ellas, por lo que su participación, opiniones y decisiones son fundamentales para el desarrollo de la misma”.

Es importante mencionar que hay disciplinas dedicadas al estudio de esta etapa de la vida y que tenemos que ir incorporando a nuestro conocimiento.

Gerontología. Es el estudio de los procesos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento, desde una perspectiva interdisciplinaria.

Gerontología social: Estudia las relaciones que se dan entre el individuo que envejece y su interacción con la sociedad.

Gerontología médica o Geriátrica: Rama de la gerontología y la medicina relacionada con todos los aspectos de la salud y el cuidado de las personas adultas mayores durante el proceso de envejecimiento.

Psicología gerontológica o psicogerontología: Se ocupa del estudio de la relación entre envejecimiento, la personalidad y el comportamiento.¹⁷

¹⁷ ¿Quién es el Adulto Mayor? Adultomayor.cdmx.gob.mx. 2016 [cited 26 May 2016]. <http://www.adultomayor.cdmx.gob.mx/index.php/quien-es-el-adulto-mayor>

4.5.1. Características biológicas, psicológicas, y sociales.

Características biológicas

Modificaciones celulares:

Desde el punto de vista macroscópico se observa una disminución del volumen de los tejidos y microscópicamente se observa un retardo en la diferenciación y crecimiento celular lo cual provoca el descenso del número de células.

También hay un descenso del agua intracelular. Y existe un aumento del tejido adiposo (hay un descenso del tejido adiposo superficial y un aumento del tejido adiposo profundo).

Envejecimiento en la piel:

El envejecimiento desde el punto de vista funcional produce: Alteración de la permeabilidad cutánea, disminución de las reacciones inflamatorias de la piel, disminución de la respuesta inmunológica, trastorno de la cicatrización de las heridas por disminución de la vascularización, pérdida de elasticidad de los tejidos, percepción sensorial disminuida y disminución de la producción de la vitamina D, Palidez y velocidad de crecimiento disminuida.

Desde el punto de vista estructural:

En la Epidermis hay variaciones en el tamaño, forma, y propiedades de las células basales, disminución de melanocitos y células de Langerhans y aplanamiento de la unión dermoepidérmica. En la Dermis existe una reducción del grosor, de la vascularización y la degeneración de las fibras de elastina. En la Hipodermis hay un descenso del número y atrofia de las glándulas sudoríparas.

Envejecimiento del cabello:

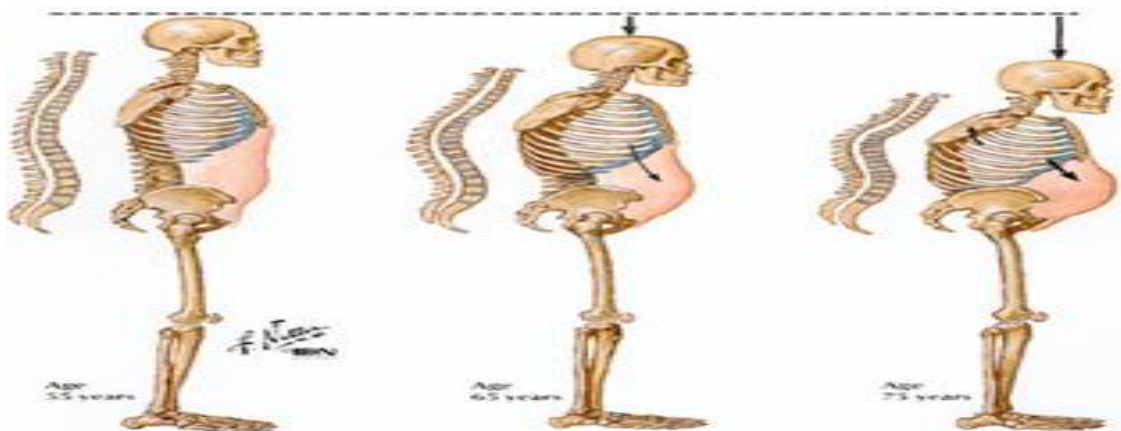
Existe una disminución de la velocidad de crecimiento del pelo, aparecen las canas por la pérdida de melanina en el folículo piloso. Pérdida de pelo frontotemporal (alopecia androgénica) en los varones. También puede aparecer alopecia difusa por deficiencia de hierro, hipotiroidismo. Hay un aumento del vello facial en las mujeres, sobre todo si tienen piel clara, y en los hombres en los pabellones auriculares, cejas y orificios nasales.

Envejecimiento óseo:

Hay una pérdida de masa ósea por la desmineralización de los huesos, la mujer suele perder un 25% y el hombre un 12%, este proceso se denomina osteoporosis senil o primaria, se produce por la falta de movimientos, absorción deficiente o ingesta inadecuada de calcio, y la pérdida por trastornos endocrinos. Esto propicia las fracturas en el anciano.

Existe una disminución de la talla, causado por el estrechamiento de los discos vertebrales. Aparece cifosis dorsal que altera la estática del tórax.

En los miembros inferiores los puntos articulares presentan desgastes y se desplaza el triángulo de sustentación corporal, esto propicia la aparición de callosidades y altera el equilibrio, la alineación corporal y la marcha.



Cuadro 2 De ariño m. Cambios biológicos. Adulto mayor. 2016 [cited 26 May 2016]. <http://adultomayor-andi.weebly.com/cambios-biologicos.html>

La pérdida de fuerza es la causa principal del envejecimiento, hay un descenso de la masa muscular, pero no se aprecia por el aumento de líquido intersticial y de tejido adiposo. Hay una disminución de la actividad, la tensión muscular y el periodo de relajación muscular es mayor que el de contracción.

Envejecimiento articular:

Las superficies articulares con el paso del tiempo se deterioran y las superficies de la articulación entran en contacto, aparece el dolor, la crepitación y la limitación de movimientos. En el espacio articular hay una disminución del agua y tejido cartilaginoso. Otra forma de degeneración articular la constituye el crecimiento regular de los bordes de la articulación, dando lugar a deformidades y compresión nerviosa.

Sistema Cardiovascular:

El corazón puede sufrir atrofia, puede ser moderada o importante, disminuye de peso y volumen. También existe un aumento moderado de las paredes del ventrículo izquierdo y que está dentro de los límites normales en individuos sanos, sólo está exagerado en individuos hipertensos.

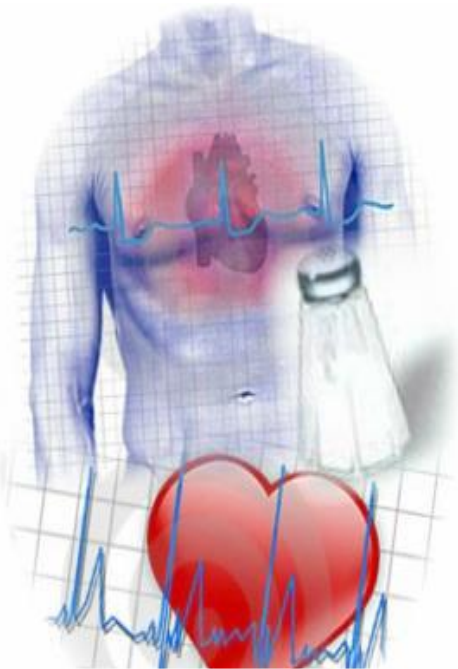
El tamaño de la aurícula izquierda aumenta con la edad. El tejido fibroso aumenta de tamaño, algunos de los miocitos son sustituidos por este tejido. También existe un aumento de tamaño de los miocitos.

Las paredes de los vasos arteriales se vuelven más rígidas y la aorta se dilata y se alarga, ello no es atribuible al proceso ateroscleroso, puede deberse a cambios de cantidad y naturaleza de la elastina y el colágeno, así como el depósito de Calcio.

Aparece rigidez valvular debidos al engrosamiento y pérdida de la elasticidad. También se depositan sustancias en las paredes de los vasos dando lugar a la esclerosis y una disminución de la red vascular.

Función cardiovascular:

Existe enlentecimiento del llenado diastólico inicial y es atribuido por cambios estructurales en el miocardio del ventrículo izquierdo, Puede existir un cuarto ruido cardiaco llamado galope auricular. La hemodinámica está alterada no se debe por la insuficiencia del fuelle aórtico , sino del aumento de las resistencias periféricas provocadas por la esclerosis y la disminución de la red vascular , provocando un aumento de la frecuencia en cuanto a ritmo , fuerza y un aumento de la presión arterial.



Cuadro 3. De ariño m. Cambios biológicos [Internet]. Adulto mayor. 2016 [cited 26 May 2016]. <http://adultomayor-andi.weebly.com/cambios-biologicos.html>

También el desequilibrio hemodinámico se manifiesta por la disminución de la tensión venosa y de la velocidad de circulación. El gasto cardíaco está disminuido y el tiempo de recuperación tras un esfuerzo aumenta. Existen pocos cambios en la composición de la sangre, sólo aparecen pequeñas alteraciones del número de hematíes, también la respuesta leucocitaria frente a la infección e inflamación está disminuida.

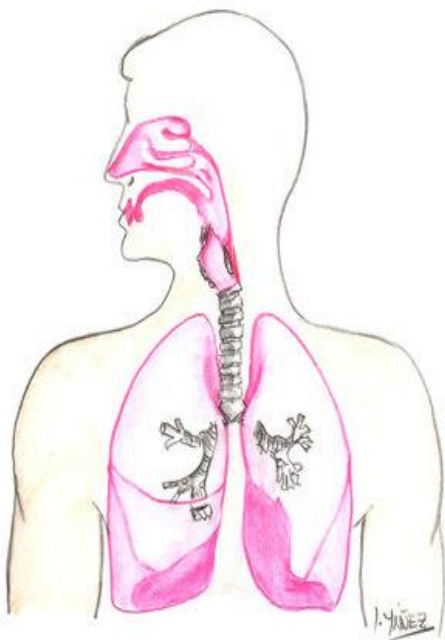
Envejecimiento del Sistema Respiratorio:

El envejecimiento no sólo afecta a las funciones fisiológicas de los pulmones, también a la capacidad de defensa.

Las alteraciones debidas a la edad en la ventilación y la distribución de los gases se deben a alteraciones de la distensibilidad de la pared torácica, como la pulmonar. Con la edad la fuerza de los músculos respiratorios es menor. También existe rigidez, pérdida de peso y volumen, y eso produce un llenado parcial. Existe una disminución del número de alveolos y eso provoca dilatación en los

bronquiolos y conductos alveolares. Hay alteraciones en el parénquima pulmonar debida a la pérdida del número y del calibre de los capilares interalveolares con una disminución del PO₂, afectando a la ventilación pulmonar y difusión alveolocapilar.

La distensibilidad de la pared torácica disminuye de manera gradual al avanzar la edad, probablemente como consecuencia de la osificación de las articulaciones condrocostales, el incremento del diámetro anteroposterior del tórax, la cifosis y el aplastamiento vertebral.



Las respuestas a la hipoxia y a la hipercapnia disminuyen con la edad, por este motivo los ancianos son más vulnerables a la reducción de los niveles de Oxígeno.

Existe una pérdida del reflejo tusígeno eficaz, esto contribuye a la propensión a la neumonía, también existe una disminución a la inmunidad humoral y celular que facilitan la infección.

Cuadro 4. De ariño m. Cambios biológicos Adulto mayor. 2016 [cited 26 May 2016]. <http://adultomayor-andi.weebly.com/cambios-biologicos.html>

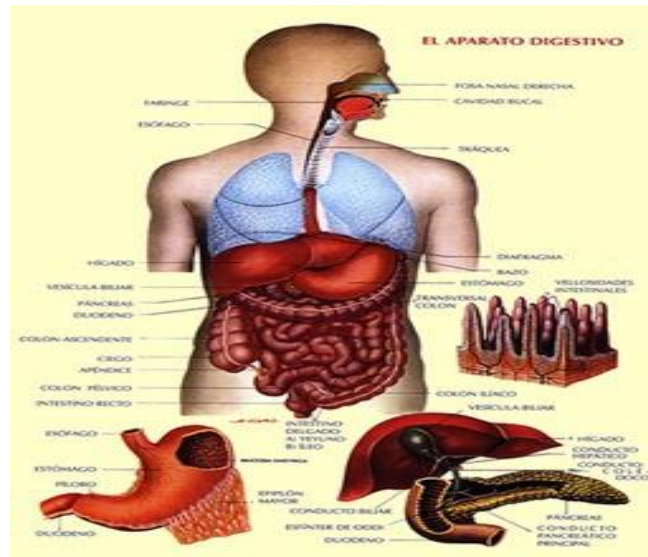
Aparato Digestivo:

No hay grandes cambios a nivel anatómico, tan solamente la reaparición del epitelio columna en la parte inferior del esófago, la aparición de varicosidades y engrosamiento de la túnica del colón.

Existe una disminución de la movilidad y de los movimientos peristálticos, la reducción del tono muscular de la pared abdominal, atrofia de la mucosa gástrica, la disminución de HCl generan en el anciano dificultades. También la disminución del tamaño, funcionalidad del hígado, la lentitud del vaciado vesicular y el espesamiento de la bilis contribuyen a aumentar estas dificultades.

Cuadro 5 De ariño m. Cambios biológicos. Adulto mayor. 2016 [cited 26 May 2016]: <http://adultomayor-andi.weebly.com/cambios-biologicos.html>

Existe pérdida de piezas dentarias que dificultan la masticación y la disminución en la producción de saliva, contribuyen a la sequedad bucal y a la pérdida de la sensación gustativa.



En el colon existe atrofia e insuficiencia funcional por la disminución del peristaltismo.

Envejecimiento del Sistema Genitourinario:

El aumento de la edad produce una pérdida de masa renal, y el peso del riñón disminuye desde el valor normal de 250-270 a 180-200. La pérdida de la masa renal es principalmente cortical, el número de glomérulos disminuye. En el túbulo renal existen una serie de modificaciones microscópicas leves, aparecen divertículos en la nefrona distal, éstos pueden evolucionar en forma de quistes de retención simples.

Existen alteraciones esclerosas de las paredes de los vasos renales grandes, estas son más intensas en la hipertensión. Los vasos pequeños no aparecen afectados.

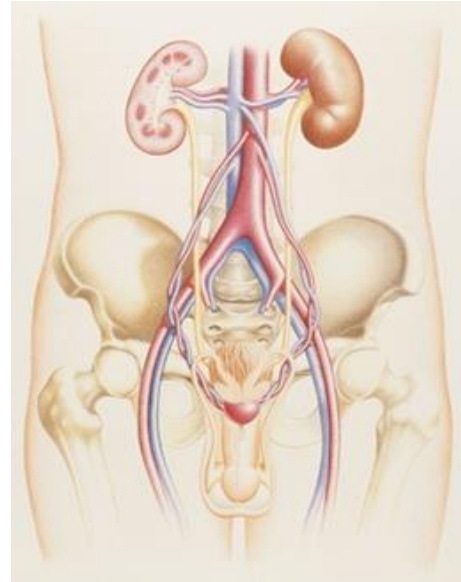
El flujo sanguíneo renal disminuye, pasando de los 1.200ml/minuto a 800ml/minuto, se debe a modificaciones anatómicas fijas más que un vasoespasmo.

También hay una pérdida de volumen y de la capacidad de concentrar la orina el riñón. Se produce un debilitamiento del esfínter de la uretra, la vejiga pierde tono y se pierde la capacidad de la micción completa, quedando orina residual.

Órganos genitales:

Aparecen cambios como la pérdida de vello púbico, atrofia, pérdida de secreción, facilitándose las infecciones.

En la mujer disminuyen de tamaño y los senos se vuelven flácidos a consecuencia de la atrofia de los tejidos y la falta de secreción hormonal. En el hombre hay un descenso de tamaño y peso de los testículos, pérdida de vello púbico y un aumento del tamaño de la próstata.



Envejecimiento del Sistema Endocrino:

La secreción hormonal disminuye con la edad, por dos motivos: el descenso de la producción hormonal y la falta de respuesta de los órganos a las hormonas.

Cuadro 6 De ariño m. Cambios biológicos. Adulto mayor. 2016 [cited 26 May 2016]. <http://adultomayor-andi.weebly.com/cambios-biologicos.html>

Hay una disminución a la tolerancia de glucosa. En la mujer hay una pérdida de estrógenos y progesterona.

Envejecimiento del Sistema Inmunitario:

Las enfermedades infecciosas en individuos de edad avanzada tienen mayor gravedad, debido a que el sistema inmunitario es menos sensible y más susceptible a la infección.

La involución del Timo, el timo contribuye de dos formas distintas a la inmunidad: Proporciona el ambiente adecuado para que evolucionen los precursores de los linfocitos y produce una serie de hormonas que inducen a una mayor proliferación. La cantidad de linfocitos T y B en sangre se modifica. Existe una notable pérdida de la capacidad funcional de la inmunidad celular, que se pone de manifiesto por un descenso de reacciones de hipersensibilidad tardía.

También existe depresión de la inmunidad celular y suelen deberse a defectos de los linfocitos T asociados con la edad. También el reflejo tusígeno está disminuido

por lo que se predispone a la infección respiratoria. Existe una disminución de la producción de los anticuerpos.

Envejecimiento del Sistema nervioso y de los Órganos de los Sentidos:



Las células del sistema nervioso no se pueden reproducir, y con la edad disminuyen su número. El grado de pérdida varía en las distintas partes del cerebro, algunas áreas son resistentes a la pérdida (como el tronco encefálico). Un cambio es el depósito del pigmento del envejecimiento lipofuscina en las células nerviosas, y el depósito amiloide en las células.

Cuadro 7 De ariño m. Cambios biológicos Adulto mayor. 2016 [cited 26 May 2016]. Available from: <http://adultomayor-andi.weebly.com/cambios-biologicos.html>

Existen mecanismos compensadores que se ponen de manifiesto cuando existe una lesión, estos son menores. El cerebro pierde tamaño y peso, se pierde tono al perder neuronas y existe un enlentecimiento de los movimientos. A nivel funcional hay una disminución generalizada de la sensibilidad (gustativa, dolorosa, etc.). Y aparece el temblor senil.

Sobre los órganos de los sentidos el envejecimiento produce una disminución. En la vista la agudeza y la amplitud del campo visual disminuyen con la edad. Existe una disminución de las células de la conjuntiva que producen mucina, lubricante para el movimiento del ojo, esto causa la queratitis seca. La conjuntiva también puede manifestar metaplasia e hiperplasia, que conduce a la acumulación de líquido en el espacio de unión entre la esclera y la córnea.

En la esclerótica se depositan depósitos de sales de calcio y colesterol, esto se denomina arco senil. Con la edad la pupila tiende a hacerse más pequeña, reacciona de forma más perezosa a la luz y se dilata más lentamente en la oscuridad y experimentan de dificultad cuando pasan de un ambiente luminoso a

otro más oscuro. Hay un agrandamiento del cristalino con la consecuente pérdida de acomodación para el enfoque de los objetos cercanos (presbiopía). La secreción lacrimal disminuye la cantidad y la calidad.

En el oído existe una pérdida de la agudeza auditiva como consecuencia de la degeneración del nervio auditivo. Anatómicamente existe un aumento del tamaño del pabellón de la oreja por crecimiento del cartílago. La membrana timpánica está engrosada. Hay una proliferación de pelos en el oído y el acumulo de cerumen en el oído.

El gusto y el olfato suele estar disminuido por la disminución de papilas gustativas, atrofia de la lengua, y el nervio olfatorio se degenera.

La nariz se ve aumentada de tamaño por crecimiento continuo del cartílago y en el varón suelen proliferar pelos.

El tacto suele estar disminuido, sobre todo la sensibilidad térmica y dolorosa profundas¹⁸

¹⁸ De ariño m. Cambios biológicos Adulto mayor. 2016 [cited 26 May 2016]. <http://adulatomayor-andi.weebly.com/cambios-biologicos.html>

Psicológico y social:

A nivel de la jubilación es un trance en la cual ellos han anhelado desde hace mucho tiempo al principio lo disfrutaban pero después la detestan ya que no saben qué hacer con su tiempo libre; entran como en una crisis ya que sienten que los demás familiares no cuentan con él, sienten:

1. Pérdida del significado o sentido de la vida: en algunos adultos mayores son los primeros indicios de la depresión, pero para otros son una base muy fuerte tan capaces de enfrentar la muerte mucho más que otras edades.
2. Pérdida de la facilidad de adaptación:

Cuando un adulto mayor es cambiado de su propio ambiente y colocado en otro ambiente donde se encuentran otras generaciones este le es difícil adaptarse por uno no es su terreno, no son personas de su época, su voz de mando no es valorado en ese terreno. Para esto el adulto mayor debe encontrar un equilibrio en el cual no afecte a su entorno y que este no le afecte a él cómo son las:

Charlas

Salidas en familia.

Buscar personas de su generación.

Los adultos mayores hacen parte de su autocuidado por medio de:

1. La educación nunca se pierde
2. La estabilidad y la persistencia
3. Desarrollo de una Actitud Abierta:

Buena relación con los demás ya que es sociable, es acogedor con los demás sin dejar a un lado su intimidad (tiempo a solas).

No pierde su autonomía.

Siempre con la mentalidad de levantarse y enfrentar la vida y expresa a núcleo más cercano que la muerte no lo detendrá¹⁹

¹⁹ Características del Adulto. Felicitasrramos.blogspot.mx. 2016 [cited 27 Octubre 2016]. <http://felicitasrramos.blogspot.mx/2012/10/caracteristicas-del-adulto.html>

4.5.2. Enfermedades más frecuentes.

Por lo general las personas de la tercera edad a las que erróneamente la sociedad margina tienen en conjunto características que los limitan como seres humanos sin considerar que son un bagaje de experiencias por ello se tiene:

1. Empiezan a padecer enfermedades biológicas como: artrosis, diabetes, cataratas, párkinson osteoporosis, y cardiovasculares, etc.
2. Dentro de las enfermedades neurológicas o mentales están: el alzhéimer, demencia senil.

A esto le añadimos enfermedades sociales como:

1. Aislamiento social.
2. Escasa o nula oportunidad de trabajo.
3. Poco o nulo acceso a parques donde puedan encontrar juegos apropiados a su edad para la realización de actividades físicas.
4. Discriminación familiar, si no aporta económicamente con su pensión de jubilado.
5. Su diferencia cultural hace que su autoestima este muy bajo, si no tiene independencia económica, necesariamente debe retribuir con trabajo físico su estadía en el hogar.

Las personas de la tercera edad por ningún motivo deben ser consideradas o considerarse personas del segundo nivel, por lo tanto es necesario que ellas mismas se levanten el autoestima, y si es ayudado por los hijos o nietos mucho mejor.²⁰

²⁰ E.E Características del desarrollo Wwww7.uc.cl. 2016 [cited 26 May 2016]. http://www7.uc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/mayor/desarrollo.htm

4.5.3. Descripción del padecimiento.

Diabetes

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia, que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

Anatomía

El páncreas es un órgano alargado (12-15 cm de largo) y aplanado, que pesa hasta 100 gramos. Su color es gris-amarillento, o rosado si está en actividad. Está localizado transversalmente en la parte dorsal del abdomen, detrás del estómago. Aunque de forma artificial, el páncreas se divide en tres segmentos: cabeza, cuerpo y cola.

La cabeza es el lado derecho del órgano (la parte más ancha). Presenta una hendidura que delimita un pequeño lóbulo denominado gancho pancreático, y se encuentra en la curvatura del duodeno (la primera porción del intestino delgado), relacionándose por detrás con el eje vascular aorto-cava y vena porta. La arteria y la vena mesentéricas superiores pasan entre el cuerpo y el gancho pancreáticos.

El cuerpo del páncreas es la parte cónica izquierda, y se extiende ligeramente hacia arriba.

La cola es su final, y termina cerca del bazo.

El cuerpo y la cola se relacionan sucesivamente con el riñón izquierdo y el bazo.

Dado que el páncreas es una glándula de secreción endocrina y exocrina, el estudio de su estructura puede dividirse en dos tipos de tejidos:

El tejido exocrino. Encargado de secretar enzimas digestivas. Estas enzimas son secretadas en una red de conductos que se unen al conducto pancreático principal, que atraviesa el páncreas en toda su longitud y desemboca en la carúncula mayor del duodeno junto al conducto colédoco de la vía biliar. Otro de

los principales conductos es el conducto pancreático accesorio (de Santorini), que acaba solitario en la carúncula duodenal menor.

El tejido endocrino. Secreta hormonas en el torrente sanguíneo. Está formado por pequeños islotes dispersos de células llamados islotes pancreáticos o de Langerhans, que solo constituyen el 2-3 % de la masa total del páncreas. Estos islotes están rodeados de células llamadas acinos, que segregan un líquido seroso que contiene enzimas digestivas en conductos que lo llevan al intestino delgado.

Cada uno de los islotes pancreáticos contiene una combinación de cuatro tipos primarios de células endocrinas, todas ellas unidas entre sí por uniones en hendidura. Cada tipo de célula segrega una hormona diferente, pero las uniones permiten alguna coordinación de estas funciones en una sola unidad secretora.

Los diferentes tipos de células son:

Células alfa (también denominadas células A), que segregan la hormona glucagón. El glucagón tiende a incrementar los niveles de glucemia, estimulando la conversión de glucógeno en glucosa en las células hepáticas. También estimula la gluconeogénesis en las células hepáticas.

Células beta (células B), que segregan la hormona insulina. La insulina tiende a favorecer el movimiento de glucosa, aminoácidos y ácidos grasos de la sangre a los tejidos.

Célula delta (células D), que segregan la hormona somatostatina. La somatostina afecta a diferentes tejidos del cuerpo, pero su principal papel parece ser regular las otras células endocrinas de los islotes pancreáticos. Ésta inhibe la secreción de glucagón, insulina y polipéptido pancreático, así como la secreción de la hormona del crecimiento por la hipófisis anterior.

Células polipéptidas pancreáticas (células F o PP), que segregan polipéptido pancreático, el cual influye en algún grado en la digestión y en la distribución de las moléculas alimentarias

Cuadro clínico

- Poliuria: Un volumen excesivo de micción para un adulto es de más de 2,5 litros de orina por día. Sin embargo, esto puede variar dependiendo de cuánta agua tomó y qué cantidad total de agua tiene en el organismo. Este problema es distinto a tener que orinar a menudo. Las personas a menudo notan el problema cuando tienen que levantarse durante la noche para ir al baño (nicturia).
- La polifagia: designa un trastorno que se caracteriza por un [hambre](#) exagerada que no calma a pesar de una ingesta importante de alimentos. Esto provoca que el enfermo [coma](#) mucho y más a menudo de lo normal y que aumente de peso
- La polidipsia: es la denominación médica que se le da al aumento anormal de la [sed](#) y que puede llevar al paciente a ingerir grandes cantidades de líquidos, habitualmente [agua](#). Se da con frecuencia en los [diabéticos](#), siendo en muchos casos uno de los primeros síntomas de la enfermedad. Se puede presentar acompañado de otros síntomas, como la diuresis osmótica.
- Fatiga: La fatiga puede ser una respuesta normal e importante al esfuerzo físico, al estrés emocional, al aburrimiento o a la falta de sueño. La fatiga es un síntoma común y por lo regular no se debe a una enfermedad seria, pero puede ser un signo de un trastorno físico o mental más grave. Cuando la fatiga no se alivia con dormir bien, nutrirse bien o tener un ambiente de bajo estrés debe ser evaluada por un médico.
- Pérdida de peso: la pérdida de peso puede ocurrir como consecuencia de la hiperglucemia, deshidratación, degradación muscular.
- Irritabilidad y cambios del estado de ánimo: Los extremos en los niveles de azúcar en la sangre puede causar cambios significativos en el estado de ánimo, los cambios frecuentes en los niveles de azúcar en la sangre (llamada variabilidad glucémica) también pueden afectar el humor y la calidad de vida de las personas con diabetes.

- Sensación de malestar en el estómago y vómitos. : Cuando hay vómito la presión se baja, se presenta cansancio e incluso dolor de cabeza, pero la mayoría de las veces es evidencia de que los niveles de glucosa no están controlados, lo que hace vulnerable al organismo de contraer cualquier bacteria o virus. Ante la presencia de una infección estomacal, la glucosa tiende a descontrolarse, principalmente porque se libera cortisol y adrenalina, sustancias que originan resistencia a la insulina. Es importante tener en cuenta que es normal que el cuerpo rechace aquello que hace daño, lo que llevará a episodios constantes de vómito, pero ya sea poco o mucho, de la misma manera afectará el control de glucemia.
- Vista nublada: Puede causar daño a los pequeños vasos sanguíneos de la retina, que es la parte posterior del ojo. Esta afección se denomina retinopatía diabética. La diabetes también aumenta el riesgo de padecer glaucoma, cataratas y otros problemas oculares.
- Cortaduras y rasguños que no se curan, o se curan lentamente: La piel de las personas con **diabetes** es más delicada, por eso en cualquier momento puede sufrir una ruptura, esto es una invitación a la infección para establecerse en la **herida**. Una vez que la infección se apodera, esta puede expandirse rápidamente y derivar en una situación muy peligrosa.
- Picazón o entumecimiento en las manos o los pies: Presión en nervios periféricos por vasos sanguíneos agrandados, tejido cicatricial o infección, falta de riego sanguíneo a una zona, por ejemplo, por aterosclerosis, congelación o inflamación de un vaso, niveles anormales de calcio, potasio o sodio en el cuerpo, falta de vitamina B12 u otra vitamina.
- Infecciones recurrentes en la piel, la encía o la vejiga (cistitis): Sobre los dientes se acumula una película pegajosa llena de microbios. Esta película se llama placa. Las altas concentraciones de glucosa en la sangre hacen que estos organismos (bacterias) crezcan. Las encías se pueden poner rojas, doloridas e hinchadas y sangran cuando se cepilla los dientes.

Las personas que tienen diabetes pueden tener problemas de los dientes y encías más frecuentemente si las concentraciones de glucosa en la sangre permanecen altas. Las altas concentraciones de glucosa (azúcar) en la sangre pueden hacer que los problemas de los dientes y encías empeoren. Los dientes incluso se pueden caer.

Complicaciones

Independiente del tipo de diabetes mellitus, un mal nivel de azúcar en la sangre conduce a las siguientes enfermedades. Bases son las modificaciones permanentes de las estructuras constructoras de proteínas y el efecto negativo de los procesos de reparación, .ej.: la formación desordenada de nuevos vasos sanguíneos.

Daño de los pequeños vasos sanguíneos (microangiopatía).

Daño de los nervios periféricos (polineuropatía).

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.

Daño renal desde la nefropatía incipiente hasta la Insuficiencia renal crónica terminal

Hígado graso o Hepatitis de Hígado graso.

Daño de los vasos sanguíneos grandes (macroangiopatía): trastorno de las grandes Arterias.

Esta enfermedad conduce a infartos, 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: Debido a que el elevado nivel de glucosa ataca el corazón ocasionando daños y enfermedades coronarias: 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 conjuntas.

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.

Neuropatía diabética: neuropatía o trastorno neuropático a los cuales se asocian diabetes mellitus. Estos estados se piensan para resultar de lesiones 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; amiotrofia 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 la 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 neuropático se hace referencia a que la causa primaria que hace que se llegue a padecer un Pie Diabético 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 hiperpresión 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 nos protejan de factores agresivos. Los diabéticos pueden sufrir heridas y no darse cuenta. Además, la pérdida de control muscular favorece como decimos 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 resultar fatales.

Complicaciones agudas:

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 la cual pone en peligro la vida del paciente. La cetoacidosis suele evolucionar rápidamente, se presenta en pacientes con Diabetes Mellitus tipo I y presenta; en cambio el coma hiperosmolar evoluciona en cuestión de días, se presenta en ancianos con Diabetes Mellitus tipo II y no presenta. Tienen en común su gravedad, la presencia de deshidratación severa y alteraciones electrolíticas, el riesgo de coma, convulsiones, falla orgánica múltiple y muerte. Los factores que los desencadenan suelen ser: errores, omisiones o ausencia de tratamiento, infecciones agregadas urinarias, respiratorias, gastrointestinales, cambios de actividad física, cirugías,

entre otros. Disminución del nivel de glucosa en sangre por debajo de los 50 mg/dL. Puede ser consecuencia de ejercicio físico no habitual o sobreesfuerzo, sobredosis de insulina, cambio en el lugar habitual de inyección, ingesta insuficiente de hidratos de carbono, diarreas o vómitos, etc.

Diagnostico

Exámenes de sangre:

- Glucemia en ayunas: se diagnostica diabetes si el nivel de glucosa en ayunas es mayor a 126 mg/dL en dos exámenes diferentes. Los niveles entre 100 y 126 mg/dL se denominan alteración de la glucosa en ayunas o prediabetes. Dichos niveles son factores de riesgo para la diabetes tipo II.
- Examen de hemoglobina A1c: (hemoglobina glucosilada)

Mide el nivel promedio de [glucosa o azúcar en la sangre](#) durante los últimos tres meses. Los médicos pueden usar la prueba HbA1c sola o en combinación con otras pruebas de diabetes para hacer un diagnóstico. También utilizan la HbA1c para ver lo bien si se está manejando bien la diabetes.

Normal: menos de 5.7%

Prediabetes: entre 5.7% y 6.4%

Diabetes: 6.5% o superior

- Prueba de tolerancia a la glucosa oral: se diagnostica diabetes si el nivel de glucosa es superior a 200 mg/dL luego de 2 horas de tomar una bebida azucarada

Las pruebas de detección para diabetes tipo II en personas asintomáticas se recomiendan para:

Niños obesos que tengan otros factores de riesgo de padecer diabetes, a partir de la edad de 10 años y se repite cada tres años.

Adultos con sobrepeso (IMC de 25 o superior) que tengan otros factores de riesgo.

Adultos de más de 45 años; se repite cada tres años.

Tratamiento

El tratamiento de la diabetes mellitus se basa en tres pilares: dieta, ejercicio físico y medicación. Tiene como objetivo mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de la normalidad para minimizar el riesgo de complicaciones asociadas a la enfermedad. En muchos pacientes con diabetes tipo II no sería necesaria la medicación si se controlase el exceso de peso y se llevase a cabo un programa de ejercicio físico regularmente. Sin embargo, es necesaria con frecuencia una terapia sustitutiva con insulina o la toma de fármacos hipoglucemiantes por vía oral.

Fármacos hipoglucemiantes orales: Se prescriben a personas con diabetes tipo II que no consiguen descender la glucemia a través de la dieta y la actividad física, pero no son eficaces en personas con diabetes tipo I.

Tratamiento con insulina: En pacientes con diabetes tipo I es necesario la administración exógena de insulina ya que el páncreas es incapaz de producir esta hormona. También es requerida en diabetes tipo II si la dieta, el ejercicio y la medicación oral no consiguen controlar los niveles de glucosa en sangre. La insulina se administra a través de inyecciones en la grasa existente debajo de la piel del brazo, ya que si se tomase por vía oral sería destruida en aparato digestivo antes de pasar al flujo sanguíneo. Las necesidades de insulina varían en función de los alimentos que se ingieren y de la actividad física que se realiza. Las personas que siguen una dieta estable y una actividad física regular varían poco sus dosis de insulina. Sin embargo, cualquier cambio en la dieta habitual o la realización de algún deporte exigen modificaciones de las pautas de insulina. La insulina puede inyectarse a través de distintos dispositivos: jeringuillas tradicionales: Son de un solo uso, graduadas en unidades internacionales (de 0 a 40). Plumas para inyección de insulina: Son aparatos con forma de pluma que tienen en su interior un cartucho que contiene la insulina. El cartucho se cambia cuando la insulina se acaba, pero la pluma se sigue utilizando.

Jeringas precargadas: Son dispositivos similares a las plumas, pero previamente cargados de insulina. Una vez que se acaba la insulina se tira toda la jeringa.

El nivel de glucosa en sangre depende de la zona del cuerpo en que se inyecta la insulina. Es aconsejable que se introduzca en el abdomen, los brazos o muslos. Penetra más rápidamente si se inyecta en el abdomen. Se recomienda inyectar siempre en la misma zona, aunque desplazando unos dos centímetros el punto de inyección de una vez a otra. Hay que evitar las inyecciones en los pliegues de la piel, la línea media del abdomen y el área de la ingle y el ombligo.

Actividades de la OMS para prevenir y controlar la diabetes

El objetivo de la OMS consiste en estimular y apoyar la adopción de medidas eficaces de vigilancia, prevención y control de la diabetes y sus complicaciones, especialmente en países de ingresos bajos y medios.

Con este fin, la Organización:

- Formula directrices científicas sobre la prevención de la diabetes.
- Elabora normas y criterios sobre la atención a la diabetes.
- Fomenta la toma de conciencia sobre la epidemia mundial de diabetes, en particular con la celebración del Día Mundial de la Diabetes (14 de noviembre).
- Realiza tareas de vigilancia de la diabetes y sus factores de riesgo.

La labor de la OMS en materia de diabetes se complementa con la Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud , cuyo centro de atención son las medidas poblacionales para fomentar la dieta saludable y la actividad física regular, reduciendo así el creciente problema del sobrepeso y la obesidad a escala mundial.

Definición de la diabetes utilizada en las estimaciones: paciente con glucemia en ayunas $\geq 7,0$ mmol/l o medicado.²¹

²¹ Diabetes. Organización Mundial de la Salud. 2016 [cited 28 May 2016].
://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/

V. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

5.1. Presentación del caso clínico.

Se trata de un paciente masculino, padre de familia de 61 años consiente, orientado en tiempo lugar y espacio, quien indica Diabetes Mellitus Tipo II 20 años de evolución , refiere disminución de la agudeza visual en ambos ojos, izquierdo operado de glaucoma, mucosas orales deshidratadas, campos pulmonares auscultados sin alteración, lumbago, Miembros inferiores normales, frecuencia respiratoria de 20 por minuto, tensión arterial en ambos brazos de 130/80, frecuencia cardiaca de 110 por minuto, temperatura axilar 36°, con presencia de distensión abdominal, refiere ruidos intestinales y dolor abdominal, perímetro abdominal de 73 cm. Miembros inferiores dermatopatía diabética, uñas cortadas en forma cuadrada, dolor plantar, glucemia capilar en pre pandrial, 114 mg/dl, glucemia capilar post pandrial 158 mg/dl. Con un peso de 61,200 kilogramos y un talla de 164 centímetros. Escolaridad secundaria trunca, nivel socioeconómico medio.

Valoración de las 14 necesidades y priorización.

1. Necesidad Nutrición e hidratación: Disminución del apetito, cavidad oral deshidratada, falta de piezas dentales, glucosa capilar preprandrial 114, post prandrial 158 mg/dl.
2. Necesidad Moverse y mantener buena postura: ni realiza actividad física, Dolor en miembros inferiores y lumbago.
3. Necesidad Higiene y protección de la piel: piel deshidratada, dermatopatía en miembros inferiores.
4. Necesidad Comunicación: limitación visual, pasa tiempo solo.
5. Necesidad Evitar peligros: presencia de peligros ambientales (escaleras, entorno desordenado).
6. Necesidad Eliminación: estreñimiento, heces duras y secas, dolor abdominal, distensión abdominal, ruidos intestinales.
7. Necesidad de Oxigenación, tos frecuente seca, T/A 130/80, F/C 110 por minuto.
8. Necesidad Descanso y sueño
9. Necesidad Usar prendas de vestir adecuadas
10. Necesidad Termorregulación
11. Necesidad Vivir según sus creencias y valores
12. Necesidad Trabajar y realizarse, enfado, irritable.
13. Necesidad Jugar/ participar en actividades recreativas
14. Necesidad de Aprendizaje

5.2. RESULTADOS DE LA VALORACIÓN.

I.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN: DCM

DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS:		
Edad: 61 años	Sexo Masculino	Escolaridad secundaria
Ocupación Comerciante	Estado civil Casado	Religión Católica
Casa	Propia : x	Prestada
	Rentada	
Antecedentes personales :		
Alergias	si:	no: x
Especificar:		

II.- Valoración de necesidades:

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:
ÁREA PULMONAR
Frec. Resp. <u>20</u> x min. Dificultad Resp.: _____ Disnea: _____ En esfuerzo: _____ En reposo: _____ Tos frecuente: _____ <u>x</u> Productiva: _____ Seca: _____ <u>x</u> Secreciones Bronquiales: no: _____ <u>x</u> sí: _____ Características: _____ Color de piel y mucosas: Palidez: _____ Cianosis distal _____ Cianosis peri bucal: _____

Observaciones: _____

ÁREA CARDIOVASCULAR

Frec. Card. 110 lat. x min.: _____
Pulso: Normal: x Débil: _____ Paradojico: _____
Ausente: _____
Llenado capilar: x Distal: unguial Seg.: 3
Edema: no: x si: _____ sitio: _____
_____ + _____ ++ _____ +++ _____ +++++
Observaciones: T/A 130/80

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Peso: 61.200 Talla: 164cm
Dieta habitual (tipo): Normal: x Blanda: _____
Nº. de comidas: 3
Bebidas frecuentes diarias: Agua: x Café: _____ Refresco: _____
Ingesta de líquidos 24 horas: Menos de 1 litro: _____
1-2 litros: x >2 litros: _____
Apetito: Disminuido: _____ X Aumentado: _____ Suplementos alimenticios:
si _____ no x
Cavidad oral: Hidratada _____ Semihidratada X
Sin caries: _____ Caries: x
Falta de piezas dentales: si: x no: _____
Prótesis dental: Fija: _____ Móvil: _____
Problemas: Masticación _____ Deglución _____
Intolerancia _____ Nauseas _____ Vomito _____
Observaciones: Falta de dos piezas dentales molares inferiores, control inadecuado de la glucemia.

NECESIDADES DE ELIMINACIÓN:**URINARIA**Frecuencia: 4 veces al díaCaracterísticas Normales si: x no: Anuria: Oliguria: Poliuria: Disuria: Nicturia: Tenesmo: Incontinencia Urinaria: Orina intermitente: Color: normal: x Hematuria: Coluria: Otro: Dependencia parcial: Acompañamiento Sanitario Facilitador cómodo/
Orinal Pañal: Dependencia total: Sonda vesical: Diálisis peritoneal: Hemodiálisis: Observaciones: Sin observaciones.**INTESTINAL**Frecuencia: Veces al día:Características normales: si no Estreñimiento: x Diarrea: Incontinencia: Características: Melena: Acolia: Mucosa: Pastosa: Con sangre fresca: Fétida: Líquida: Dependencia parcial: Acompañamiento sanitario: FacilitadorCómico: pañal: Dependencia total: colostomía: Observaciones: heces duras y secas.**NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN:**Temperatura: 36. °cNormotermia: x Hipertermia: Hipotermia: Diaforesis: no : x si: Observaciones:

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Realiza actividad física: si: _____ no: x _____

Sistema musculo esquelético:

Fuerza: x movilidad: activa: x pasiva: _____

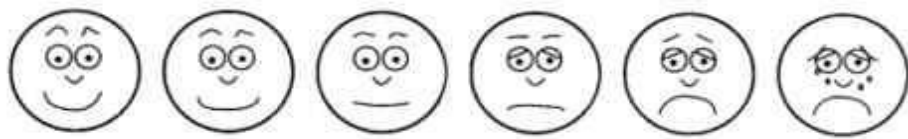
Capacidad muscular: Tono m.: _____ Resistencia: _____ Flexibilidad: _____

Postura: Coordinación: x Seguridad: _____ Activo: _____

Uso de dispositivo ayuda: Andador: _____ Baston _____ Silla de ruedas: _____

Muletas: _____

Escala del dolor



	1	2	3	4=x	5	6
	nada	poco	mucho	bastante	fuerte	muy fuerte

Observaciones: lumbago y dolor en miembros inferiores.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Horas de descanso al día: 2 horas _____

Tipo de sueño: fisiológico: x _____

Inducido: _____ insomnio: _____

Horas de sueño: 6 _____

Facilitadores del sueño: Masaje: _____ Relajación: _____ Música: _____

Lectura: _____ Medicamentos: _____

Observaciones: _____

USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS:

Distingue, relación entre higiene y salud:

si: x no: _____

Capacidad psicomotora para vestir y desvestirse:

si: x no: _____

Vestido:

Completo: x Incompleto: _____ Sucio: _____

Observaciones: _____

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Características de la piel:

Coloración: Palidez: _____ Cianosis: _____ Rubicunda: _____

Ictericia: _____

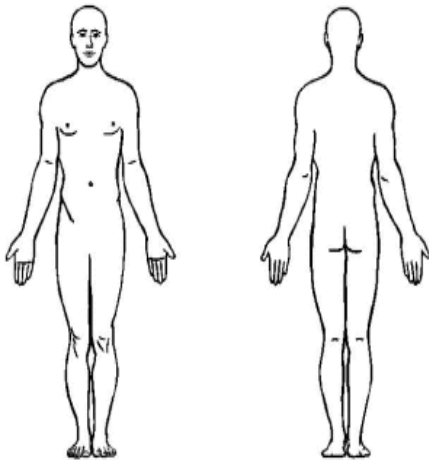
Estado de la piel:

Hidratado: _____ Deshidratados: x _____

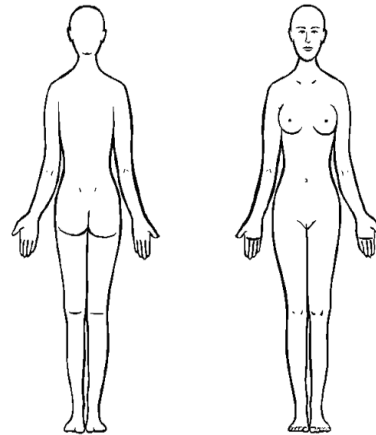
íntegra: _____ lesionada: _____ tipo de lesión: _____

marque la ubicación en el esquema:

Masculino



Femenino



Independencia para el baño = baño de regadera: x _____

Dependencia para el baño = baño de esponja : _____

Baño (frecuencia): 1 vez al día _____

Higiene oral (frecuencia): 2 veces por día _____

Observaciones: dermopatía diabética en miembros inferiores.

NECESIDAD EVITAR PELIGROS:

Alteración y/o deformidades congénitas o auditivas :

Si _____ no x _____

Toxicomanías:

Tabaco: _____ alcohol: _____ otras drogas: _____

Identifica las medidas para prevenir accidentes:

Hogar: si: x no: _____ trabajo: si: x no: _____

Escuela: si: _____ no: _____

Efectúa controles médicos periódicos: si x no _____

Presencia de peligros ambientales en su examen físico: si: x no: _____

Prácticas para mejorar su salud:

Manejo del estrés: _____ Técnicas de relajación: _____

Observaciones: _____ uso de escaleras y barandales _____

NECESIDAD DE COMUNICARSE:

Vive con: familia: x solo: _____

Rol estructura familiar: padre _____

Tipo de familia: nuclear: x mono parental: _____ extensa: _____

Limitaciones físicas que interfieren con la comunicación:

Si: visual: x auditiva: _____ verbal: _____ motora: _____

No: _____

Cuanto tiempo pasa solo: horas: 2 _____

Utiliza mecanismos de defensas:

Agresividad: x hostilidad: _____ desplazamiento: _____

Facilitadores de relación:

Confianza: _____ Receptividad: _____ Simpatía: _____

Responsabilidad: x _____

Observaciones: _____

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES:

Creencias religiosas significativas:

Practica algún rito de acuerdo a su religión:

Si: _____ no: x cual: _____

Su creencia religiosa le genera conflictos personales:

Si: _____ no: x

Presencia de algún objeto indicado determinados valores o creencias:

Si: x no: _____Principales valores personales: amor, confianza, lealtad

Observaciones: _____

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE:

Estado emocional

Calmado: Ansioso: Enfadado: X Retraído:

Temeroso: Irritable: X Inquieto: Eufórico:

Trabaja actualmente: si: X no:

Tipo de trabajo: comerciante jornada laboral: 10 horas

Tipo de riesgo a los que está sometido en su trabajo:

Biológicos: Psicosociales:

Físicos: X Químicos

Está satisfecho con su trabajo: Si: X No:

Su salario le permite cubrir sus necesidades básicas:

Si: X No:

Observaciones: Sierra eléctrica, materiales punzocortantes, como cristales, y aluminio.**NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS**

Integridad del sistema neuromuscular:

Si: _____ no: x _____

Realiza alguna actividad lúdica recreativa:

Si: _____ no: X _____ ¿cuál?: _____

Cuenta con recursos en su comunidad para la recreación:

Si: x _____ no: _____

La distribución del tiempo es utilizado entre el trabajo y la distracción:

si _____ No: x _____

Estado de ánimo:

Apático: x _____ Aburrido: _____ Participativo: _____

Observaciones: _____

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Conocimientos:

Sobre su desarrollo de acuerdo a su ciclo vital:

Si: x _____ no: _____

Necesidades básicas:

Si: x _____ no: _____

Estado de salud actual:

Si: x _____ no: _____

Su tratamiento y el cuidado que necesita:

Si: x _____ no: _____

Situación que altera su capacidad de aprendizaje:

Ansiedad: _____ dolor: _____ pensamiento: x _____ sentimiento: _____

Angustia: _____

Memoria reciente:

Identifica hechos recientes de una semana a la fecha:

Si: x _____ no: _____

Memoria remota:

Recuerda hechos del pasado: si: _____ x _____ no: _____

Observaciones: _____

5.3. Priorización de diagnósticos de enfermería (NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON)

1.- OXIGENACIÓN	Estado de salud mental	Dependencia <input type="checkbox"/>	Parcialmente dependiente <input type="checkbox"/>	Independiente <input checked="" type="checkbox"/>
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza <input type="checkbox"/>	Falta de voluntad <input type="checkbox"/>	Falta de conocimiento <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación Enf. /Pte.	Sustituta <input type="checkbox"/>	Ayuda <input type="checkbox"/>	Orientación/compañía. <input checked="" type="checkbox"/>
Diagnóstico de enfermería				
2.- NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	Estado de salud mental	Dependencia <input type="checkbox"/>	Parcialmente dependiente <input checked="" type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza <input type="checkbox"/>	Falta de voluntad <input type="checkbox"/>	Falta de conocimiento <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación Enf. /Pte.	Sustituta <input type="checkbox"/>	Ayuda <input type="checkbox"/>	Orientación/compañía. <input checked="" type="checkbox"/>
Diagnóstico de enfermería	RIESGO DE GLUCEMIA INESTABLE.			

3.- ELIMINACIÓN	Estado de salud mental	Dependencia <input type="checkbox"/>	Parcialmente dependiente <input checked="" type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza <input type="checkbox"/>	Falta de voluntad <input type="checkbox"/>	Falta de conocimiento <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación enf. /pte.	Sustituta <input type="checkbox"/>	Ayuda <input type="checkbox"/>	Orientación/compañía. <input checked="" type="checkbox"/>
Diagnóstico de enfermería	ESTREÑIMIENTO CRONICO FUNCIONAL			
4.- TERMORREGULACIÓN	Estado de salud mental	Dependencia <input type="checkbox"/>	Parcialmente dependiente <input type="checkbox"/>	Independiente <input checked="" type="checkbox"/>
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza <input type="checkbox"/>	Falta de voluntad <input type="checkbox"/>	Falta de conocimiento <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación enf. /pte.	Sustituta <input type="checkbox"/>	Ayuda <input type="checkbox"/>	Orientación/compañía. <input checked="" type="checkbox"/>
Diagnóstico de enfermería				

5.- MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA	Estado de salud mental	Dependencia <input type="checkbox"/>	Parcialmente dependiente <input type="checkbox"/>	Independiente <input checked="" type="checkbox"/>
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza <input type="checkbox"/>	Falta de voluntad <input type="checkbox"/>	Falta de conocimiento <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación enf. /pte.	Sustituta <input type="checkbox"/>	Ayuda <input type="checkbox"/>	Orientación/compañía. <input checked="" type="checkbox"/>
Diagnóstico de enfermería	DOLOR CRÓNICO.			
6.- DESCANSO Y SUEÑO	Estado de salud mental	Dependencia <input type="checkbox"/>	Parcialmente dependiente <input type="checkbox"/>	Independiente <input checked="" type="checkbox"/>
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza <input type="checkbox"/>	Falta de voluntad <input type="checkbox"/>	Falta de conocimiento <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación enf. /pte.	Sustituta <input type="checkbox"/>	Ayuda <input type="checkbox"/>	Orientación/compañía. <input checked="" type="checkbox"/>
Diagnóstico de enfermería				

7.- USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	Estado de salud mental	Dependencia <input type="checkbox"/>	Parcialmente dependiente <input type="checkbox"/>	Independiente <input checked="" type="checkbox"/>
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza <input type="checkbox"/>	Falta de voluntad <input type="checkbox"/>	Falta de conocimiento <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación enf. /pte.	Sustituta <input type="checkbox"/>	Ayuda <input type="checkbox"/>	Orientación/compañía. <input checked="" type="checkbox"/>
Diagnóstico de enfermería				
8.- HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL	Estado de salud mental	Dependencia <input type="checkbox"/>	Parcialmente dependiente <input checked="" type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza <input type="checkbox"/>	Falta de voluntad <input type="checkbox"/>	Falta de conocimiento <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación enf. /pte.	Sustituta <input type="checkbox"/>	Ayuda <input type="checkbox"/>	Orientación/compañía. <input checked="" type="checkbox"/>
Diagnóstico de enfermería	RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR			

9.- EVITAR PELIGROS	Estado de salud mental	Dependencia <input type="checkbox"/>	Parcialmente dependiente <input checked="" type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza <input checked="" type="checkbox"/>	Falta de voluntad <input type="checkbox"/>	Falta de conocimiento <input type="checkbox"/>
	Relación Enf. /pte.	Sustituta <input type="checkbox"/>	Ayuda <input type="checkbox"/>	Orientación/compañía. <input checked="" type="checkbox"/>
Diagnóstico de enfermería	RIESGO DE CAIDAS.			
10.- COMUNICARSE CON OTROS.	Estado de salud mental	Dependencia <input type="checkbox"/>	Parcialmente dependiente <input checked="" type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza <input type="checkbox"/>	Falta de voluntad <input checked="" type="checkbox"/>	Falta de conocimiento <input type="checkbox"/>
	Relación Enf. /pte.	Sustituta <input type="checkbox"/>	Ayuda <input type="checkbox"/>	Orientación/compañía. <input checked="" type="checkbox"/>
Diagnóstico de enfermería				

11.- VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES	Estado de salud mental	Dependencia <input type="checkbox"/>	Parcialmente dependiente <input type="checkbox"/>	Independiente <input checked="" type="checkbox"/>
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza <input type="checkbox"/>	Falta de voluntad <input type="checkbox"/>	Falta de conocimiento <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación Enf. /Pte.	Sustituta <input type="checkbox"/>	Ayuda <input type="checkbox"/>	Orientación/compañía. <input checked="" type="checkbox"/>
Diagnóstico de enfermería				
12.-TRABAJAR Y REALIZARSE	Estado de salud mental	Dependencia <input type="checkbox"/>	Parcialmente dependiente <input checked="" type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza <input checked="" type="checkbox"/>	Falta de voluntad <input type="checkbox"/>	Falta de conocimiento <input type="checkbox"/>
	Relación Enf. /Pte.	Sustituta <input type="checkbox"/>	Ayuda <input type="checkbox"/>	Orientación/compañía. <input checked="" type="checkbox"/>
Diagnóstico de enfermería				

13.- JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	Estado de salud mental	Dependencia <input type="checkbox"/>	Parcialmente dependiente <input type="checkbox"/>	Independiente <input checked="" type="checkbox"/>
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza <input type="checkbox"/>	Falta de voluntad <input type="checkbox"/>	Falta de conocimiento <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación Enf. /Pte.	Sustituta <input type="checkbox"/>	Ayuda <input type="checkbox"/>	Orientación/compañía. <input checked="" type="checkbox"/>
Diagnóstico de enfermería				
14.- APRENDIZAJE	Estado de salud mental	Dependencia <input type="checkbox"/>	Parcialmente dependiente <input type="checkbox"/>	Independiente <input checked="" type="checkbox"/>
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza <input type="checkbox"/>	Falta de voluntad <input type="checkbox"/>	Falta de conocimiento <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación Enf. /Pte.	Sustituta <input type="checkbox"/>	Ayuda <input type="checkbox"/>	Orientación/compañía. <input checked="" type="checkbox"/>
Diagnóstico de enfermería				

5.4. PLAN DE CUIDADOS

5.4. PLAN DE CUIDADOS		
<p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)1619 Riesgo de nivel de glucemia inestable.</p>	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)	
<p>DOMINIO: 2 Nutrición</p> <p>CLASE: 4 Metabolismo</p> <p>CÓDIGO: 00179</p> <p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA :</p> <p>Riesgo de nivel de glucemia inestable relacionado con el control inadecuado de la glucemia, manejo insuficiente de la diabetes, no adherencia al plan terapéutico de la diabetes.</p>	<p>DOMINIO: Conocimiento y conducta de salud (4) CLASE: Conducta de salud (Q)</p>	
	RESULTADO:	INDICADORES:
	ESCALA DE MEDICIÓN:	
	<p>Autocontrol: Diabetes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acepta diagnostico • Mantiene la cita con el profesional sanitario • Obtiene una exploración ocular con la pupila dilatada según lo recomendado • Obtiene la medicación necesaria • Informa de lesiones de la piel que no se curan al profesional de atención primaria • Trata los síntomas de hiperglucemia • Trata los síntomas de hipoglucemia • Sigue dieta recomendada • Mantiene el peso optimo • Utiliza la medicación según prescripción	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado
PUNTACIÓN DIANA: MANTENER A: 3 AUMENTAR A: 4		

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).

CAMPO: FISIOLÓGICO COMPLEJO.

CLASE: G CONTROL DE ELECTROLITOS Y ACIDOBASICO.

MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA 2120

- Vigilar la glucemia.
- Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargo, visión borrosa, o cefalea.
- Fomentar el autocontrol de la glucemia
- Identificar las causas posibles de hiperglucemia
- Ayudar al paciente a interpretar la glucemia
- Consultar con el médico si persisten o empeoran los signos o síntomas de hiperglucemia.

FUNDAMENTACIÓN

La diabetes, es una enfermedad crónica degenerativa que aparece cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando no utiliza eficazmente la insulina que produce, es importante identificar y controlar los datos de alarma o de inestabilidad de la glucosa en conjunto de parte del paciente y familia, ya que si estos aparecen continuamente se corre el riesgo de descompensar al paciente.

MANEJO DE LA HIPOGLUCEMIA 2130

- Identificar los signos y síntomas de hipoglucemia.
- Monitorizar la presencia de signos y síntomas de hipoglucemia (temblores, diaforesis, nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, impaciencia, taquicardia, palpitaciones, escalofríos, piel sudorosa, aturdimiento, palidez, hambre, náuseas, cefalea, fatiga, sensación de desmayo, visión borrosa, parestesias, cambios de conducta, debilidad, calor).
- Instruir sobre las interacciones de la dieta, insulina, antidiabéticos orales, y ejercicio.
- Revisar los sucesos anteriores a la hipoglucemia para determinar una posible causa.

FUNDAMENTACIÓN

La medicación o hasta la omisión de alimentos, acelera el metabolismo lo que provoca la disminución de la glucosa en el torrente sanguíneo por consiguiente hipoglucemia que se manifiesta por signos y síntomas si este episodio no se controla y es constante puede llegar a ocasionar daños irreversibles en órganos y sistemas es por eso necesario un buen control de la glucemia.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).

CAMPO: 3 CONDUCTUAL

CLASE: S EDUCACION PARA LOS PACIENTES

ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD 5602

- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico
- Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y fisiología.
- Identificar las etiologías posibles
- Identificar cambios en el estado físico del paciente
- Describir las posibles complicaciones crónicas

FUNDAMENTACIÓN

El proceso de la enfermedad tiene que acompañarse de enseñanza al paciente, explicar todos los acontecimientos que conlleva la enfermedad así como para identificar signos y síntomas de alarma, posibles complicaciones, y la relación que tiene que mantener con el personal de salud.

MANEJO DEL PESO 1260

- Comentar con el individuo la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso
- Comentar con el individuo las condiciones médicas que pueden afectar su peso
- Comentar con el individuo los hábitos, costumbres y factores culturales y hereditarios que ejercen su influencia sobre el peso
- Comentar los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso saludable
- Determinar el peso corporal ideal del individuo
- Animar al individuo a consumir las cantidades diarias adecuadas de agua

FUNDAMENTACIÓN

Tener sobrepeso aumenta el riesgo de enfermedades del corazón y derrames cerebrales. También puede causar otros problemas, como presión alta, colesterol y glucosa alta. Perder peso puede ayudar a prevenir y controlar estos problemas, es necesario seguir un régimen de dieta balanceada y ejercicio.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).

CAMPO: 1 FISIOLÓGICO BÁSICO CLASE: FACILITACIÓN DEL AUTOCUIDADO

CUIDADOS DE LOS OJOS 1640

- Indicar al paciente que no se toque los ojos
- Observar el reflejo corneal
- Aplicar protección ocular
- Aplicar una pomada lubricante
- Observar si hay enrojecimiento, exudación o ulceración

FUNDAMENTACIÓN

Los pacientes con diabetes mellitus tipo II, si no llevan un control adecuado suelen tener complicaciones circulatorias que afectan también a los ojos ya que tienen mucha irrigación sanguínea, por lo que es de suma importancia llevar a cabo prácticas preventivas del cuidado de los ojos, acudir al oftalmólogo por lo menos 1 vez al año, y explicar sobre la protección ocular.

PLAN DE CUIDADOS			
<p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) Riesgo de deterioro de la integridad tisular.</p> <p>DOMINIO: 11 Seguridad/ protección.</p> <p>CLASE: 2 Lesión física.</p> <p>CÓDIGO: 00248.</p> <p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA Riesgo de deterioro de la integridad tisular relacionado con alteración del metabolismo, alteración de la sensibilidad, deterioro de la circulación, neuropatía periférica.</p>	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)		
	<p>DOMINIO: Salud Fisiológica (III)</p> <p>CLASE: Cardiopulmonar.</p>		
	RESULTADO:	INDICADORES:	ESCALA DE MEDICIÓN
	Perfusión tisular periférica.	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor localizado en extremidades • Hormigueo • Debilidad muscular • Calambres musculares • Parestesia. 	Desviación del rango normal 1 Desviación sustancial del rango normal 2 Desviación moderada del rango normal 3 Desviación leve del rango normal 4 Sin Desviación del rango normal 5
<p>PUNTUACIÓN DIANA: MANTENER A: 2 AUMENTAR: 4</p>			

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).

CAMPO: 1 FISIOLÓGICO BÁSICO

CLASE: L CONTROL DE LA PIEL/HERIDAS.

CUIDADOS DEL EMBOLISMO: PERIFÉRICO 4104

- Evaluar los cambios del estado respiratorio y cardiaco.
- Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobación de los pulsos periféricos, edema, relleno capilar, color y temperatura de las extremidades).
- Proporcionar analgesia y medidas de comodidad.
- No realizar masajes ni compresiones en los músculos de la extremidad afectada.
- Instruir al paciente para que no cruce las piernas y evite estar sentado durante periodos prolongados con las piernas en posición de declive.

FUNDAMENTACIÓN

Mediante la valoración de signos y síntomas, de embolismo periférico se podrá actuar oportunamente evitar consecuencias el objetivo es recuperar la perfusión tisular.

Al haber embolismo periférico se corre el riesgo de existir coagulación sanguínea es por eso de suma importancia no dar masajes ni compresión es en extremidades afectadas, ya que se puede desprender y causar otra complicación.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).

CAMPO: 1 FISIOLÓGICO BÁSICO

CLASE: L CONTROL DE LA PIEL/HERIDAS.

MANEJO DE LA SENSIBILIDAD PERIFÉRICA. 2660

- Observar si hay parestesia: entumecimiento, hormigueos, hiperestesia o hipoestesia, así como el nivel del dolor.
- Enseñar al paciente o a la familia a examinar la piel a diario para determinar si hay alteraciones en su integridad.
- Vigilar el uso de calor o frío como compresas calientes, bolsas de agua caliente y compresas de hielo.
- Animar al paciente a que utilice zapatos flexibles, bien ajustados y de tacón bajo.
- Comprobar los zapatos, bolsillos y prendas para determinar arrugas u objetos extraños.
- Comprobar la capacidad de orinar y defecar.
- Comentar o identificar las causas de sensaciones anormales o cambios de sensibilidad

FUNDAMENTACIÓN

La neuropatía periférica se presenta cuando los nervios no funcionan adecuadamente debido a los niveles altos de glucemia en sangre. Las medidas van encaminadas a minimizar el daño a través de estimulación nerviosa mediante el calor y frío. El calor y el frío puede aplicarse en las formas húmeda y seca se debe determinar la capacidad del paciente a tolerar el tratamiento, e identificar las condiciones que podrían contraindicar en tratamiento.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).

CAMPO: 1 FISIOLÓGICO BÁSICO

CLASE: L CONTROL DE LA PIEL/HERIDAS.

VIGILANCIA DE LA PIEL 3590

- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema, o drenaje en la piel y las mucosas.
- Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades.
- Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas.
- Observar si hay zonas de presión o fricción.
- Observar si hay infecciones.
- Observar si la ropa queda ajustada

FUNDAMENTACIÓN

La piel es el órgano más extenso del cuerpo, el cual tiene terminaciones nerviosas y gran vascularización y al haber deterioro de la sensibilidad y disminución de la lubricación es susceptible de presentar cambios a la inestabilidad de temperatura, puntos de presión es necesaria su vigilancia y cuidados constantes a fin de evitar complicaciones.

CUIDADOS DE LOS PIES 1650

- Inspeccionar si hay irritación, grietas, lesiones, callosidades, deformidades o edema en los pies
- Inspeccionar los zapatos del paciente para ver si calza correctamente
- Secar cuidadosamente los espacios interdigitales
- Limpiar las uñas
- Aplicar polvos absorbentes si hay humedad
- Comentar con el paciente la rutina habitual de cuidado de los pies

FUNDAMENTACIÓN

El paciente diabético suele tener parestesias y disminuye la sensibilidad, es de suma importancia enseñar al paciente el cuidado minucioso de los pies para evitar complicaciones.

PLAN DE CUIDADOS		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) Dolor crónico.	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)	
DOMINIO: 12 Confort CLASE: Confort físico	DOMINIO: Conocimiento y conducta de salud (IV). CLASE: Conocimiento sobre salud (S).	
CÓDIGO: 00132 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA Dolor crónico relacionado con, enfermedad, daño en el sistema nervioso, edad > 50 años, manifestado por, auto informe de características del dolor, alteraciones en el patrón de dormir.	RESULTADO: Dolor: efectos nocivos	INDICADORES: <ul style="list-style-type: none"> • Estado de ánimo alterado • Trastorno del sueño • Deterioro de la actividad física • Deterioro del placer de vivir • incomodidad ESCALA DE MEDICIÓN: <ul style="list-style-type: none"> • Grave 1 • Sustancial 2 • Moderado 3 • Leve 4 • Ninguno 5
PUNTUACIÓN DIANA: MANTENER A: 2 AUMENTAR: 4		

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).

CAMPO: 2 FISIOLÓGICO: COMPLEJO CLASE: CONTROL DE LA PIEL/HERIDAS

RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA 1460

- Elegir un ambiente tranquilo y cómodo
- Disminuir la iluminación
- Tensar los músculos de los pies no más de 5 segundos para evitar calambres
- Observar si hay inicios de ausencia de relajación, como movimientos, respiración dificultosa, hablar y toser.
- Desarrollar una conversación de relajación personal que ayude al paciente a centrarse y sentirse cómodo.

FUNDAMENTACIÓN

Una de las complicaciones en la diabetes mellitus tipo II es la falta de circulación, que provocan vasoconstricción y como consecuencia un déficit de oxígeno, es conveniente el uso de medidas efectivas para relajar los músculos y así evitar atrofiar, es indispensable elegir un ambiente tranquilo

CONTROL DEL ESTADO DE ANIMO 5330

- Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales).
- Poner en práctica las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente y a los que le rodean del riesgo de años físicos
- Proporcionar oportunidades de actividad física
- Ayudar al paciente identificar los factores desencadenantes del estado de ánimo disfuncional
- Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de sueño/vigilia (tiempos de reposo programados, técnicas de relajación, limitación de cafeína, y medicamentos sedantes)

Los estados de ánimos pueden ser derivación de la variabilidad de la glucemia, es necesario llevar a cabo una evaluación de los estados de ánimo y explicar al paciente cuales son las causas, el paciente necesita llevar un buen control para evitar que esto siga sucediendo.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).

CAMPO: 2 FISIOLÓGICO: COMPLEJO CLASE: CONTROL DE LA PIEL/ HERIDAS.

MANEJO DEL DOLOR. 1400

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, / duración, frecuencia, calidad, intensidad, o gravedad del dolor y factores desencadenantes.
- Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, estado de ánimo, relación trabajo).
- Explorar con el paciente factores que alivian / empeoran el dolor
- Notificar al médico si las medidas no tienen éxito.
- Fomentar periodos de descanso y sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.

FUNDAMENTACIÓN

El paciente diabético tiene mayor disposición a sentir dolor, por lo cual se requiere de una valoración que nos permita dar respuesta e implementar medidas que disminuyan el dolor, ya sea mediante cambio de posturas, medidas farmacológicas.
En la diabetes mellitus no hay aporte suficiente de complejo b por lo que es de suma importancia aumentar la ingesta de nutrientes.

MANEJO AMBIENTAL: CONFORT 6482

- Determinar los objetivos del paciente y de la familia para manipular el entorno y una comodidad óptima.
- Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.
- Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción, o frío.

Un ambiente de confort propicia descanso y determina los objetivos para el alivio del dolor. Se sugiere sea mediante medidas de comodidad optima e interrupciones innecesarias.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).

CAMPO: 1 FISIOLÓGICO BÁSICO CLASE: A CONTROL DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO

ACTIVIDADES

MEJORAR EL SUEÑO 1850

- Determinar el patrón del sueño/ vigilia del paciente
- Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/ molestias frecuencia urinaria) y /o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño
- Disponer se siestas durante el día
- Fomentar con el paciente y la familia técnicas que favorecen el sueño

FUNDAMENTACIÓN

Son diferentes factores los que contribuyen a que no haya calidad en el sueño, como por ejemplo la medicación, la glucosa elevada, la falta de actividad física, para mejorar el sueño se implementara actividades que dispongan de descanso e incluso siestas que fomenten el descanso.

FOMENTO DE EJERCICIO

- Determinar la motivación del individuo para empezar/ continuar con el programa de ejercicios
- Explorar los obstáculos para el ejercicio
- Realizar ejercicios con la persona
- Instruir al individuo en los ejercicios de precalentamiento y relajación adecuados.
- Enseñar al individuo técnicas para evitar lesiones durante el ejercicio
- Enseñar técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno durante el ejercicio físico.

El ejercicio en paciente con Diabetes Mellitus tipo II es indispensable para manejar el peso, pero también aporta técnicas, para evitar el dolor, es necesario llevar a cabo una rutina diaria que mantenga saludable al paciente.

PLAN DE CUIDADOS								
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) Estreñimiento crónico funcional.		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
DOMINIO: 3 Eliminación e intercambio. CLASE: 2 Función gastrointestinal. CÓDIGO: 00235. DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA Estreñimiento crónico funcional relacionado con Diabetes Mellitus, dieta baja en fibra, Manifestado por dolor al defecar, sensación de obstrucción, heces duras, maniobras manuales para facilitar la defecación.		DOMINIO: Salud fisiológica (II). CLASE: Eliminación (f). <table border="1" data-bbox="768 508 1877 1252"> <thead> <tr> <th data-bbox="768 508 978 1252">RESULTADO:</th> <th data-bbox="978 508 1524 1252">INDICADORES:</th> <th data-bbox="1524 508 1877 1252">ESCALA DE MEDICIÓN:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="768 508 978 1252">Eliminación intestinal.</td> <td data-bbox="978 508 1524 1252"> <ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de las heces en relación con la dieta. • Patrón de eliminación • Eliminación fecal sin ayuda • Control de movimientos intestinales • Heces blandas y formada • Ruidos abdominales • Estreñimiento • Diarrea • Dolor con el paso de las heces. </td> <td data-bbox="1524 508 1877 1252"> DIANA. <ul style="list-style-type: none"> • Gravemente comprometido 1 • Sustancialmente comprometido 2 • Moderadamente comprometido 3 • Levemente comprometido 4 • No comprometido 5 </td> </tr> </tbody> </table> PUNTUACIÓN DIANA: MANTENER A: 2 AUMENTAR: 4	RESULTADO:	INDICADORES:	ESCALA DE MEDICIÓN:	Eliminación intestinal.	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de las heces en relación con la dieta. • Patrón de eliminación • Eliminación fecal sin ayuda • Control de movimientos intestinales • Heces blandas y formada • Ruidos abdominales • Estreñimiento • Diarrea • Dolor con el paso de las heces. 	DIANA. <ul style="list-style-type: none"> • Gravemente comprometido 1 • Sustancialmente comprometido 2 • Moderadamente comprometido 3 • Levemente comprometido 4 • No comprometido 5
RESULTADO:	INDICADORES:	ESCALA DE MEDICIÓN:						
Eliminación intestinal.	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de las heces en relación con la dieta. • Patrón de eliminación • Eliminación fecal sin ayuda • Control de movimientos intestinales • Heces blandas y formada • Ruidos abdominales • Estreñimiento • Diarrea • Dolor con el paso de las heces. 	DIANA. <ul style="list-style-type: none"> • Gravemente comprometido 1 • Sustancialmente comprometido 2 • Moderadamente comprometido 3 • Levemente comprometido 4 • No comprometido 5 						

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).

CAMPO: 1 FISIOLÓGICO BÁSICO

CLASE: B CONTROL DE LA ELIMINACIÓN

MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO 0450

- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento
- Explicar al paciente la etiología del problema y las razones de las actuaciones
- Sugerir el uso de laxantes/ ablandadores de heces, según corresponda.
- Fomentar el aumento de líquidos a menos que este contraindicado.
- Evaluar el registro de entradas para el contenido nutricional.
- Comprobar las defecaciones incluyendo, frecuencia, consistencia, forma, volumen y color.
- Identificar factores (medicamentos, reposo en cama o dieta)
- Fomentar la ingesta de líquidos
- Instruir al paciente acerca de la dieta rica en fibra
- Instruir al paciente sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento.

FUNDAMENTACIÓN

La evaluación de los factores causantes es un paso esencial, para enseñar al paciente y planificar una dieta correcta para una mejor eliminación intestinal. El estreñimiento puede ser un efecto secundario de los fármacos o antiácidos, es de suma importancia administrar una dieta rica en fibra y líquidos para mejorar la eliminación intestinal.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).

CAMPO: 2 FISIOLÓGICO BÁSICO

CLASE: B CONTROL DE LA ELIMINACIÓN

CONTROL INTESTINAL 0430

- Anotar la fecha de la última defecación.
- Monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma volumen y color, según corresponda.
- Informar si hay disminución de los sonidos intestinales
- Administrar supositorios de glicerina.
- Instruir al paciente sobre los alimentos con alto contenido en fibra.
- Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales.
- Tomar nota de problemas intestinales
- uso de laxantes previos.

FUNDAMENTACIÓN

La ingesta alimentaria ayudara a identificar si el paciente recibe una dieta bien equilibrada y si consume las cantidades adecuadas de líquido y fibra, la ingesta excesiva de carne o alimentos refinados producirá heces pequeñas y dura. Es de suma relevancia instruir al paciente acerca de monitorizar las defecaciones y sobre las medidas de prevención para llevar a cabo un buen control intestinal.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).

CAMPO: FISIOLÓGICO BÁSICO CLASE: D APOYO NUTRICIONAL

ETAPAS DE LA DIETA 1020

- Determinar la presencia de sonidos intestinales
- Establecer una dieta
- Observar la progresión a la dieta
- Encontrar formas de incluir las preferencias del paciente en la dieta prescrita
- Hacer el ambiente en el que se ofrece la comida sea lo más agradable posible.
- Comprobar si el paciente evacua las flatulencias

FUNDAMENTACIÓN

La evaluación de una dieta para evitar el estreñimiento en pacientes con diabetes tipo II es indispensable ya que evitara complicaciones a largo plazo, a que establecer y determinar las medidas pertinentes que se llevaran a cabo con el paciente.

MANEJO DE LIQUIDOS

- Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado y presión arterial)
- Monitorizar los signos vitales
- Controlar la ingesta de alimentos/ líquidos y calcular la ingesta calórica diarias.
- Ofrecer tentempiés (bebidas, fruta fresca)
- Favorecer la ingesta de líquidos.

El adulto mayor sufre inevitablemente la pérdida de reserva funcional con disminución de los órganos en general. La vigilancia y el control de líquidos de suma importancia ya que para evitar el estreñimiento a que ingerir la suficiente cantidad de líquidos.

PLAN DE CUIDADOS			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) Riesgo de caídas	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)		
DOMINIO: 11 Seguridad/ protección CLASE: 2 Lesión física CÓDIGO: 00155 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA Riesgo de caídas relacionado con deterioro visual, neuropatía, entorno desordenado.	DOMINIO: Conocimiento y conducta de salud (IV). CLASE: Conocimientos sobre la salud		
	RESULTADO: Conducta: prevención de caídas	INDICADORES: <ul style="list-style-type: none"> • Calzado adecuado • Condiciones crónicas que aumentan el riesgo de caídas • Como deambular de manera segura • Uso correcto de mecanismos de seguridad • Uso correcto de iluminación ambiente • Cuando pedir ayuda persona • Ejercicios para reducir el riesgo de caídas 	ESCALA DE MEDICIÓN: <ul style="list-style-type: none"> • Ningún Conocimiento 1 • Conocimiento Escaso 2 • Conocimiento Moderado 3 • Conocimiento Sustancial 4 • Conocimiento Extenso 5
	PUNTUACIÓN DIANA MANTENER A: 2 AUMENTAR: 4		

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).

CAMPO: 4 SEGURIDAD CLASE: V CONTROL DEL RIESGO

PREVENCIÓN DE CAÍDAS 6490

- Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado
- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas
- Identificar conductas y factores que afectan al de riesgo de caídas
- Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo
- Sugerir uso de calzado seguro
- Colocar los objetos del paciente sin que tenga que hacer esfuerzo.
- Controlar la marcha, el equilibrio, y el cansancio al deambular
- Retirar muebles bajos (bancos y mesas) que supongan un riesgo de tropiezo
- Disponer de luz nocturna en la mesilla de noche
- Asegurar que el paciente lleve zapatos que le ajusten correctamente
- Instruir al paciente a que lleve gafas prescritas
- Informar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas, y como disminuir los riesgos
- Instruir a la familia sobre uso de pasamanos en escaleras, baños y pasillos.
- Establecer un programa de ejercicios físicos, rutinarios que incluyan el andar
- Colocar señales que alerten al personal que el paciente que el paciente tiene riesgo de caídas.

FUNDAMENTACIÓN

La ausencia de riesgos ambientales reduce la posibilidad de lesiones y aumenta la motivación para la movilización. El uso de barandales, calzado correcto, y manejar un ambiente optimo, son medidas que se tienen que implementar con el paciente y a si prevenir las caídas

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).

CAMPO: 1

CLASE: Control del riesgo

MANEJO AMBIENTAL 6480

- Crear un ambiente seguro para el paciente
- Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física.
- Eliminar los factores de peligro del ambiente
- Disponer de medidas de seguridad mediante barandillas laterales o el acolchamiento de barandillas
- Disponer de dispositivos adaptativos
- Proporcionar una cama y un entorno limpio y cómodo.
- Proporcionar un colchón firme
- Colocar el interruptor en posición a la cama.
- Disminuir los estímulos ambientales.
- Evitar exposiciones ambientales innecesarias, corrientes, exceso de calor o frío.
- Proporcionar música que elija el paciente.
- Controlar plagas ambientales.

FUNDAMENTACIÓN

Son las acciones que se realizan ante la prevención de caídas, orientadas a mejorar la calidad de vida. Movilización de recursos evitando lesiones físicas, evitando factores de riesgo que pongan en peligro la vida del paciente.

NECESIDAD	DIAGNOSTICO REAL	DIAGNOSTICO POTENCIAL	DIAGNOSTICO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD
Nutrición e hidratación		Riesgo de glucemia inestable en el adulto.	
Moverse y Mantener buena postura	Dolor crónico.		
Higiene y protección de la piel		Riesgo de deterioro de la integridad tisular.	
Comunicarse con otros		Riesgo de caídas	
Eliminación	Estreñimiento crónico funcional		

Evaluación del plan de cuidados

Riesgo de Glucemia Inestable:

Durante los seis meses que duro el Proceso Atención de Enfermería se pudo observar un cambio significativo en la evolución de la Diabetes Mellitus Tipo II, ya que se mantuvo entro de los niveles óptimos para la salud durante este tiempo.

Riesgo de deterioro de la integridad tisular:

En el tiempo que se trabajó este diagnóstico se pudo verificar que disminuyo el riesgo de deterioro de la integridad tisular, ya que se realizaron prácticas preventivas que disminuían el riesgo, manteniendo una escala Diana de cuatro.

Dolor crónico:

Mediante técnicas de relajación y ejercicio se pudo mantener una escala de Liker de 4. Estableciendo intervenciones que ayudaron a manejar el dolor crónico.

Estreñimiento crónico funcional

Estableciendo medidas de seguridad para que el paciente lograra la defecación sin problema, instruyendo al paciente a consumir alimentos con alto contenido de fibra y abundantes líquidos logramos obtener una escala Diana de cuatro.

Riesgo de caídas:

El paciente mostraba interés al aprendizaje para evitar las caídas, estableciendo actividades que ayudaran y manteniendo una escala Diana de 4.

En escala global diana el paciente se encuentra en cuatro.

VI. Conclusiones.

El Proceso Atención de Enfermería que se aplicó a un adulto mayor, logro cumplir con los objetivos planteados, así mismo logro satisfacer las necesidades del paciente, de una forma holística. Los conocimientos adquiridos durante la carrera, el profesionalismo y ética, me ayudo a identificar y a establecer un Proceso Atención de Enfermería para lograr una calidad de vida adecuada para el paciente y la familia.

El Proceso Atención de Enfermería es una herramienta metodológica, donde se integra el proceso enseñanza-aprendizaje.

En el presente trabajo se pudo constatar que a pesar de contar con programas de salud a pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II, existen factores que predisponen a la aparición de complicaciones por lo que se sugiere seguir con el régimen y el plan de cuidados establecidos.

Al aplicar el Proceso atención Enfermería aprendí que es de suma importancia la actuación de Enfermería encaminando sus cuidados a la prevención, ya que si frenamos la evolución de la enfermedad evitaremos complicaciones posteriores.

Si el personal de enfermería trabaja en conjunto con el paciente, familia, se llegaran a término todas las actividades establecidas, no debemos dejar de ver al paciente con habilidad de actuar ante un cambio de hábitos o problemas de salud presentes.

VII. Bibliografía

1. Berreza walmeida g. Google. Google.com.mx. 2016 [cited 26 may 2016].<https://www.google.com.mx/#q=teor%c3%ada+de+enfermer%c3%ada+de+virginia+henderson>
2. OMS | Enfermería. Who.int. 2016 [cited 26 May 2016]. Available from: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
3. Báez-Hernández F, Nava-Navarro V, Ramos-Cedeño L, Medina-López O. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Aquichan [Internet]. 2009 [cited 26 May 2016];9(2). Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1476/1676>
4. Enfermería. Es.wikipedia.org. 2016 [cited 26 May 2016]. Available from: <https://es.wikipedia.org/wiki/Enfermer%C3%ADa>
5. colliere M. Marie Françoise Collière (1930-2005). Revista Cubana de Enfermería. 2005 [cited 26 May 2016];21(1):1-1. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000100013
6. UNS F. El Cuidado: VIRGINIA HENDERSON [Internet]. Teoriasdeenfermeriauns.blogspot.mx. 2012 [cited 26 May 2016]. Available from: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.mx/2012/06/virginia-henderson.html>.
7. 6. Rodríguez Sánchez Diabetes, b. Guadalajara, jal. México; 2016.
8. ¿Quién es el Adulto Mayor?]. Adultomayor.cdmx.gob.mx. 2016 [cited 26 May 2016]. Available from: <http://www.adultomayor.cdmx.gob.mx/index.php/quien-es-el-adulto-mayor>
9. De ariño m. Cambios biológicos . Adulto mayor. 2016 [cited 26 May 2016]. Available from: <http://adultomayor-andi.weebly.com/cambios-biologicos.html>

10. E.E. Características del desarrollo [Internet]. Www7.uc.cl. 2016 [cited 26 May 2016]. http://www7.uc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/mayor/desarrollo.htm
11. Bernejo L. Tiempo - Monografías - Envejecimiento y cambios psicológicos. Psiconet.com. 2016 [cited 26 May 2016]. Available from: <http://www.psiconet.com/tiempo/monografias/cambios.htm>
12. Gaitán s. ASPECTOS PSICOLOGICOS Y SOCIALES. CAMBIOS EN EL ADULTO MAYOR. 2016 [cited 26 May 2016]. <http://cambioseneladultomayorshan.weebly.com/aspectos-psicologicos-y-sociales.html>
13. Diabetes. Organización Mundial de la Salud. 2016 [cited 28 May 2016]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
14. Luis Rodrigo M. Diagnósticos enfermeros. Madrid [etc.]: Elsevier; 2005.
15. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), (6a. ed.). Elsevier Health Sciences Spain - R; 2013.
16. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). London: Elsevier Health Sciences Spain; 2014.

VIII. Anexos.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-015-SSA2-2010, PARA LA PREVENCION, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS

Objetivo y campo de aplicación

Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los procedimientos para la prevención, tratamiento, control de la diabetes y la prevención médica de sus complicaciones.

Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en el territorio nacional para los establecimientos y profesionales de la salud de los sectores pública, social y privada que presten servicios de atención a la diabetes en el Sistema Nacional de Salud.

Definiciones

Para los efectos de esta Norma se entiende por:

Actividad Física, a los actos motores propios del ser humano, realizada como parte de sus actividades cotidianas.

Alteración del metabolismo, a la alteración del metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos que se caracteriza por niveles de glucosa alterada, en ayuno, o a la intolerancia a la glucosa; ambas condiciones son procesos metabólicos intermedios entre la ausencia y la presencia de diabetes.

Angiopatía diabética, a la alteración de los vasos sanguíneos que aparece como complicación crónica de la diabetes. Existen dos clases: la macroangiopatía (aterosclerosis) y la microangiopatía (alteración de los pequeños vasos).

Arteriosclerosis, al endurecimiento de las arterias.

Aterosclerosis, a la variedad de arteriosclerosis, en la que existe infiltración de la íntima con macrófagos cargados de grasa, proliferación de células musculares con

fibrosis y reducción de la luz del vaso sanguíneo. Algunas placas pueden llegar a calcificarse. Existe daño endotelial y predisposición para la formación de trombos. Es una de las complicaciones más frecuentes de la diabetes e hipertensión arterial y causa importante de muerte.

Automonitoreo es el análisis de glucosa (azúcar) que las personas con diabetes realizan en su casa, lugar de trabajo, escuela, o cualquier otro lugar, de acuerdo a las indicaciones de su profesional de la salud. Para hacerlo se debe de utilizar glucómetros ya que la medición de la glucosa en orina no es aceptable.

Ayuno, a la abstinencia de ingesta calórica, por un lapso de tiempo de 8 hrs.

Caso confirmado de diabetes, a la persona cuyo diagnóstico se corrobora por medio del laboratorio: una glucemia plasmática en ayuno 126 mg/dl; una glucemia plasmática casual 200 mg/dl; o bien una glucemia 200 mg/dl a las dos horas después de una carga oral de 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua, criterios diagnósticos de diabetes, en el Sistema Nacional de Salud.

Caso de prediabetes, a la persona con antecedente de padre o madre o ambos con estado metabólico intermedio entre el estado normal y la diabetes. El término prediabetes se aplica a los casos tanto de Glucosa Anormal en Ayunas (GAA), como a los de Intolerancia a la Glucosa (ITG), según los criterios diagnósticos en el Sistema Nacional de Salud.

Caso en control, al paciente bajo tratamiento en el Sistema Nacional de Salud, que presenta de manera regular, niveles de glucemia plasmática en ayuno de entre 70 y 130 mg/dl o de Hemoglobina Glucosilada (HbA1c) por debajo de 7%.

Caso en control metabólico, al paciente bajo tratamiento en el Sistema Nacional de Salud, que presenta de manera regular, glucosa en ayuno normal, IMC menor a 25, lípidos y presión arterial normales.

Caso en descartado, al caso sospechoso o probable en quien por estudios de laboratorio se determinan cifras de glucemia no diagnósticas de diabetes mellitus, presenta signos o síntomas propios de cualquier otro padecimiento o evento diferente a diabetes mellitus, en ellos puede o no haber confirmación etiológica de otro diagnóstico. Aquel que no cumple con los criterios de caso probable (si es sospechoso) o confirmado (si es probable)

Caso sospechoso, a la persona con factores de riesgo comunes para enfermedades no transmisibles: edad (mayor de 20 años), antecedente heredofamiliar (padres y/o hermanos), sobre peso u obesidad, circunferencia abdominal mayor de 80 cm en mujeres o 90 cm en hombres, hijo macrosómico en mujeres, hipertensión arterial.

Caso probable, a la persona que en el examen de detección, presenta una glucemia capilar en ayuno > 100 mg/dl, o una glucemia capilar casual > 140 mg/dl.

Cetosis, a la acumulación de cuerpos cetónicos en los tejidos y líquidos corporales.

Cetoacidosis, a la complicación aguda, por deficiencia absoluta o relativa de la secreción de insulina. Tal situación conduce al catabolismo de las grasas como fuente de energía, produciendo la formación de cuerpos cetónicos lo cual se manifiesta como acidosis metabólica.

Comunicación educativa en salud, al proceso y desarrollo de esquemas novedosos y creativos de comunicación sustentado en técnicas de mercadotecnia social, que permiten la producción y difusión de mensajes de alto impacto, con el fin de reforzar los conocimientos relativos a la salud y promover conductas saludables en la población.

Deporte, a la actividad institucionalizada y reglamentada, desarrollada en competiciones que tiene por objeto lograr el máximo rendimiento.

Detección o tamizaje, a la búsqueda activa de personas con diabetes no diagnosticada o bien con alteración de la glucosa.

Diabetes, a la enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

Diabetes gestacional: es la alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se detecta por primera vez durante el embarazo, ésta traduce una insuficiente adaptación a la insulinoresistencia que se produce en la gestante.

Diabetes tipo 1, al tipo de diabetes en la que existe destrucción de células beta del páncreas, generalmente con deficiencia absoluta de insulina. Los pacientes pueden ser de cualquier edad, casi siempre delgados y suelen presentar comienzo abrupto de signos y síntomas con insulinopenia antes de los 30 años de edad.

Diabetes tipo 2, al tipo de diabetes en la que se presenta resistencia a la insulina y en forma concomitante una deficiencia en su producción, puede ser absoluta o relativa. Los pacientes suelen ser mayores de 30 años cuando se hace el diagnóstico, son obesos y presentan relativamente pocos síntomas clásicos.

Diagnóstico de prediabetes, a la presencia de una o ambas de las alteraciones en la glucosa sanguínea mencionadas con anterioridad: Glucosa Anormal en Ayuno e Intolerancia a la Glucosa. Estas alteraciones pueden presentarse en forma aislada o bien en forma combinada en una misma persona.

Dieta, al conjunto de alimentos que se consumen al día.

Educador en diabetes, al profesional de la salud capacitado en educación terapéutica en diabetes, que trabaja en colaboración con el o la médico tratante.

Educación para la salud, al proceso de enseñanza-aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud individual y colectiva.

Educación Física, al proceso por medio del cual se adquiere, transmite y acrecienta la cultura de actividad física.

Edulcorantes o endulzantes nutritivos o no nutritivos, a los productos que, en el primer caso, aportan energía a la dieta e influyen sobre los niveles de insulina y glucosa; entre éstos se incluyen sacarosa, fructosa, dextrosa, lactosa, maltosa, miel, jarabe de maíz, concentrados de jugos de frutas y otros azúcares derivados de los alcohóles, como los polioles; en el segundo caso, a los edulcorantes no nutritivos que son endulzantes potentes, su aporte energético es mínimo y no afectan los niveles de insulina o glucosa sérica, por ejemplo: sacarina, aspártame, acesulfame de potasio y sucralosa.

Factor de riesgo, al atributo o exposición de una persona, una población o el medio, que están asociados a la probabilidad de la ocurrencia de un evento.

Género, al conjunto de atributos sociales que se le asignan a las personas (formas de comportarse, valores, normas, actividades a realizar, recompensas, su lugar en el mundo), según haya sido identificado como hombre o como mujer. Dichos atributos son socialmente construidos, por lo que cada cultura, según la época y el grupo social, le da un sentido diferente a lo que significa ser hombre y ser mujer.

Glucemia casual, al nivel de glucosa capilar o plasmática, a cualquier hora del día, independientemente del periodo transcurrido después de la última ingestión de alimentos.

Glucemia de riesgo para desarrollar complicaciones crónicas, >111 mg/dl en ayuno y >140 mg/dl en el periodo posprandial inmediato.

Glucosa Anormal en Ayuno, glucosa de ayuno > 100 y < 125 mg/dl.

Glucotoxicidad, a la hiperglucemia sostenida > 250 mg/dl, que inhibe la producción y acción periférica de la insulina que favorece la apoptosis (muerte celular) de las células beta.

Grasas Trans, a las grasas líquidas como los aceites que se hidrogenan químicamente. Aumentan el colesterol LDL y reducen el colesterol HDL.

Hiperglucemia en ayuno, a la elevación de la glucosa por arriba de lo normal (>100 mg/dl), durante el periodo de ayuno. Puede referirse a la glucosa alterada en ayuno o a la hiperglucemia compatible con diabetes, dependiendo de las concentraciones de glucosa según los criterios especificados en esta Norma.

Hiperglucemia posprandial, a la glucemia > 140 mg/dl, dos horas después de la comida.

Hipoglucemia, al estado agudo en el que se presentan manifestaciones secundarias a descargas adrenérgicas (sudoración fría, temblor, hambre, palpitaciones y ansiedad), o neuroglucopénicas (visión borrosa, debilidad, mareos) debido a valores subnormales de glucosa, generalmente <60 - 50 mg/dl. Pueden aparecer síntomas sugestivos de hipoglucemia cuando se reducen estados de hiperglucemia sin llegar a descender hasta los 50 mg/dl.

Hemoglobina glicada (glucosilada), a la prueba que utiliza la fracción de la hemoglobina que interacciona combinándose con la glucosa circulante, para determinar el valor promedio de la glucemia en las últimas 12 semanas.

Índice de Masa Corporal o índice de Quetelet, al peso corporal en kilogramos, dividido entre la estatura en metros elevada al cuadrado (Kg/m^2).

La vigilancia de la aplicación de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencias, en los términos de las disposiciones jurídicas aplicables.

Las instituciones de atención médica pertenecientes al Sistema Nacional de Salud podrán solicitar, en cualquier momento, una evaluación de la conformidad, si así lo estiman pertinente.