



**ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ
INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8712/12**

PROCESO CUIDADO ENFERMERO “ATENCIÓN AL PACIENTE CON DIABETES
MELLITUS TIPO II”

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

CORONADO ZAMUDIO MARTHA JUDITH

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



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.



**CRUZ ROJA
MEXICANA**



**ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ
INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8712/12**

**PROCESO CUIDADO ENFERMERO “ATENCIÓN AL PACIENTE CON DIABETES
MELLITUS TIPO II”**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA y OBSTETRICIA**

PRESENTA

CORONADO ZAMUDIO MARTHA JUDITH

TUTORA:

L.E.O. Claudia Patricia Pérez Hernández

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



CRUZ ROJA
MEXICANA



ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA

DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ

INCORPORADA A LA UNAM

CLAVE 8712/12

**CARTA DE ACEPTACIÓN DEFINITIVA DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO PARA
LA TITULACIÓN DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

Los suscritos miembros del proceso de titulación de

MARTHA JUDITH CORONADO ZAMUDIO

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el trabajo:

“Proceso cuidado enfermero atención al paciente con diabetes mellitus tipo 2”

En vista de lo cual extendemos nuestra autorización para que dicho trabajo sea sustentado en examen de grado de Licenciatura en Enfermería

L.E.O. Claudia Patricia Pérez Hernández

Tutora

L.E.O. Luz Esperanza Hernández Terrazas

Presidenta

M.E.y.A.S. Rita de Guadalupe Martínez Rocha

Secretaria

L.E.O. Agripina García Gutiérrez

Vocal

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021

INDICE

II. INTRODUCCIÓN.....	7
III. JUSTIFICACIÓN.....	9
IV. OBJETIVOS.....	10
V. MARCO TEORICO	11
5.1 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINARIA	11
5.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO	16
5.3 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	18
5.4 ETAPAS QUE CONSTITUYEN EL PAE.....	21
5.4.1 ETAPA DE VALORACION	
5.4.2. EL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	
5.4.3 ETAPA PLANEACION	
5.4.4 ETAPA DE EJECUCIÓN	
5.4.5 ETAPA DE EVALUACIÓN	
5.5 MODELO TEORICO UTILIZADO PARA LA ELABORACIÓN DEL PCE.....	39
5.5.4 LA DIABETES MELLITUS.....	48
VI. RESUMEN CASO CLINICO.....	60
6.1 VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES	61
6.2 PLAN DE CUIDADOS.....	64
VII. PLAN DE ALTA.....	75
VIII. CONCLUSIONES.....	78
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	
X. GLOSARIO	
XI. ANEXOS	

DEDICATORIA

Agradezco a Dios por haberme otorgado una familia maravillosa, quienes han creído en mí siempre, dándome ejemplo de superación, humildad y sacrificio, enseñándome a valorar todo lo que tengo, y dándome los mejores consejos, no me queda más que agradecer también a todas aquellas personas que de una u otra forma me apoyaron. A todos ellos dedico el presente trabajo, porque han fomentado en mí, el deseo de superación y de triunfo en la vida. Lo que ha contribuido a la realización de este logro. Espero contar siempre con su valioso e incondicional apoyo.

Agradezco a mi tutora, que se ha tomado el arduo trabajo de transmitirme sus diversos conocimientos, especialmente de los temas que corresponden a mi profesión.

RESUMEN DEL TRABAJO

Introducción: La DM es una enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales. La hiperglucemia sostenida con el tiempo se asocia a daño, disfunción y falla de varios órganos y sistemas, especialmente riñones, ojos, nervios, corazón y vasos sanguíneos. **Objetivo:** Desarrollar el proceso cuidado enfermero mediante la taxonomía NANDA-NIC-NOC dirigido a la persona con Diabetes Mellitus. **Metodología:** Se aplicó el método de estudio de caso para desarrollar un proceso cuidado enfermero empleando el Modelo de Orem como sustento epistemológico de la atención de enfermería a un paciente con diabetes mellitus tipo 2. **Resultados:** El proceso de atención de enfermería brinda la oportunidad de individualizar el cuidado, por su parte la teoría de Orem aporta el sustento teórico a dicho proceso como una herramienta garante en el cuidado que articula la solidez teórica y científica. **Conclusiones:** La promoción del autocuidado es un elemento indispensable a trabajar junto con el paciente que padece diabetes mellitus.

Palabras clave: Diabetes mellitus, proceso cuidado enfermero, proceso atención de enfermería.

II. INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (En adelante DM) es una enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, 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. La hiperglucemia sostenida con el tiempo se asocia a daño, disfunción y falla de varios órganos y sistemas, especialmente riñones, ojos, nervios, corazón y vasos sanguíneos (SSA, 2018).

La DM es una epidemia reconocida por la Organización Mundial de la Salud en el año 2005 (OMS) como una amenaza mundial. Esta organización estima que en el mundo existen actualmente más de 347 millones de personas con diabetes y es probable que esta cifra aumente a más del doble para 2030. Se calcula que en 2012 fallecieron 1.5 millones de personas como consecuencia de la diabetes. Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios, que en su mayoría se encuentran menos preparados para enfrentar esta epidemia, en nuestro país representa una alta carga para la comunidad.

Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030 y se estima que a nivel global hay 451 millones de adultos que viven con diabetes y que para 2045 serán 693 millones. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006 indicaron una prevalencia de DM del 14.1% en la población entre 20 y 65 años; en la ENSANUT 2012, 9.17% (6.4 millones) de adultos mexicanos, refirieron conocer su condición diabética.

Del total de personas que se identificó con diagnóstico de diabetes, 16% reportan no contar con protección en salud. Así mismo, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT 2016); reportó que el 9.4% de los adultos entrevistados (10.3% de las mujeres y 8.4% de los hombres), contestaron haber recibido el diagnóstico de diabetes por parte de un médico, observándose un ligero aumento en la prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo con respecto a la ENSANUT 2012.

En México, de acuerdo con esta misma encuesta la Diabetes Mellitus ocupa el primer lugar en número de defunciones por año, siendo las enfermedades cardiovasculares las principales causas de esta mortalidad (70 al 80%).

En el caso de San Luis Potosí se calcularon las tasas de incidencia por 100 000 habitantes de diabetes y enfermedades isquémicas durante el período 1996-2011, identificando patrones y tendencias de comportamiento espacial y temporal a nivel estatal y municipal. La Huasteca presentó la mayor morbilidad por diabetes y enfermedades isquémicas, con tendencia a aumentar a causa de ser indígenas y pobres (OMS, 2017).

La Diabetes mellitus tipo 2 se refiere a un grupo heterogéneo de trastornos metabólicos con grados variables de resistencia a la insulina y/o deficiencia en la secreción de insulina, de naturaleza progresiva. Existen algunos factores de riesgo asociados a la DM como son la hipertensión arterial, el sobrepeso, la obesidad, factores genéticos, la inactividad física y alto nivel de sedentarismo.

Entre el equipo multidisciplinario, el personal de enfermería es un elemento clave para la prevención y detección oportuna de la diabetes mellitus, y puede proporcionar los primeros cuidados en el manejo de la diabetes.

La herramienta básica de la enfermera es el proceso cuidado enfermero, a partir del cual le permite brindar atención individualizada, de calidad y con altos estándares éticos y humanísticos, además cuando esta atención integra los modelos conceptuales a la práctica del cuidado favorece el desarrollo de la disciplina y brinda un sustento epistemológico.

La planificación del proceso cuidado enfermero mediante la utilización de planes de cuidados, representa una importante mejora en la atención a los pacientes pues permite sistematizar las intervenciones individualizando el cuidado, favoreciendo las acciones de promoción del autocuidado retardando la presencia de complicaciones y contribuyendo a la disminución de la discapacidad y mortalidad.

El presente trabajo integra el cuidado de enfermería a la persona con Diabetes Mellitus tipo II a partir de un caso clínico.

III. JUSTIFICACIÓN

La DM debe formar parte de la agenda permanente de la promoción de la salud y la detección temprana, con el objetivo de proteger la salud o retardar la aparición de esta enfermedad y las complicaciones de mayor prevalencia entre la población adulta y adulta mayor, así como elevar la calidad de vida de este grupo poblacional.

Al respecto, el programa de acción específico “Prevención y Control de la Diabetes Mellitus 2013-2018, contempla dentro de sus objetivos en el marco del México incluyente la implementación de esquemas proactivos de prevención y detección oportuna de casos para tratar, controlar y prevenir la diabetes y sus complicaciones” (Secretaría de Salud, 2014).

Así, mismo el proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-015-SSA2-2018, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus, sostiene que” La prevención es un pilar que debe evitar la aparición de la enfermedad; y cuando esta ocurre, debe limitar el desarrollo de las complicaciones agudas y crónicas”.

Por tanto, apoyar el desarrollo de programas o acciones de prevención y/o atención oportuna; bien gestionados a nivel nacional y local, e integrarlos a los programas de control de las enfermedades no transmisibles de mayor importancia para la salud pública; podría mejorar considerablemente las perspectivas de reducir el aumento de la tasa de esta enfermedad proyectada para los próximos decenios.

El proceso cuidado enfermero tiene como finalidad mejorar la calidad de la atención, en el caso de la atención a la diabetes, la promoción del autocuidado (incluyendo a los pacientes y a sus familias en el equipo de salud) es una de las metas a alcanzar a fin de impactar en la mejora de la calidad de vida de las personas que la padecen, así como en la reducción de los costos de atención médica al ayudarlos a prevenir las complicaciones.

El presente trabajo aporta como novedad científica los aspectos fundamentales de la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, ya que permite al individuo desarrollar habilidades y el desarrollo de acciones de autocuidado para conservar su salud y la vida, recuperarse de la enfermedad o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.

Este trabajo, es factible de desarrollarse tal y como se plantea, a partir de los recursos, la metodología y los conocimientos y habilidades con los que se cuentan.

IV. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Desarrollar el proceso cuidado enfermero mediante la taxonomía NANDA-NIC-NOC dirigido a la persona con Diabetes Mellitus tipo 2 a partir del método del estudio de caso con la finalidad de promover el desarrollo de habilidades de autocuidado en el paciente.

4.2 ESPECIFICOS:

- Ofrecer un marco de referencia en el cual se integra la evolución histórica y las etapas del PCE mediante una revisión de la literatura disponible.
- Evaluar el estado de salud-enfermedad de la persona mediante la valoración por patrones funcionales de Margory Gordon.
- Desarrollar un plan de cuidado individualizado integrando los metapardigmas del modelo de D.Orem.
- Elaborar un plan de alta acorde a las necesidades de enseñanza detectadas en el paciente.

V. MARCO TEORICO

5.1 ENFERMERIA COMO PROFESION DISCIPLINARIA

5.1.1 Antecedentes históricos

La enfermería ha recorrido numerosas etapas y ha formado parte de los movimientos sociales, como disciplina y como profesión donde tiene como sujeto de atención al hombre, la familia ya la comunidad. Su rol y las tendencias de cuidado de salud son y fueron influenciados por los cambios políticos, sociales, culturales, científicos y por las problemáticas de salud de la comunidad (Ponti, 2016).

A través de los años, enfermería ha evolucionado y cambiado conceptos, definiciones donde se estableció como campo científico y se describió en numerosas oportunidades como una serie de tareas y técnicas subordinadas a la medicina, como un servicio humano amplio, como una vocación aprendida y más recientemente como una disciplina en el área de la salud, que maneja el cuidado de esta durante el transcurso del ciclo vital.

A continuación, se señalan algunos mitos que marcaron el desarrollo de la enfermería como profesión:

-Prehistoria: Etapa en la que el hombre vivía agrupado como únicos mecanismos de defensa ante las adversidades del medio y se dedicaba principalmente a la caza y se reconocían como hechicero o bruja mediante ritos mágicos.

-Edad media baja (siglos XI-XV): caballeros de la orden de san Juan de Jerusalén, caballeros teutónicos, órdenes religiosas franciscana y otras figuras como parteras, y sus métodos para tratar la enfermedad eran remedios creencia les mediante reliquias, exorcismos y remedios empíricos como enemas, ungüentos. Y mediante la medicina técnica se realizaba disección de cadáveres para estudio de anatomía.

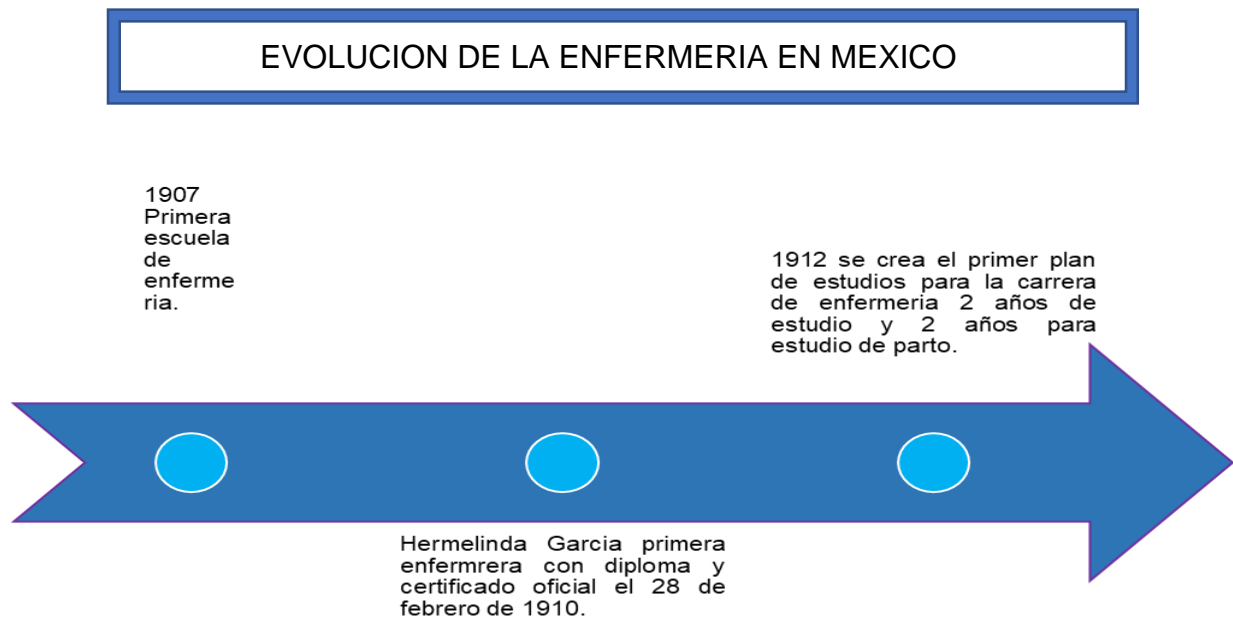
-Edad media alta: Mujeres feudales, monjes-sacerdote, médico, médicos islámicos barberos, sangradores cirujanos, matronas y comadres y sus remedios eran creencia les mediante obras de caridad, remedios empíricos y medicina técnica.

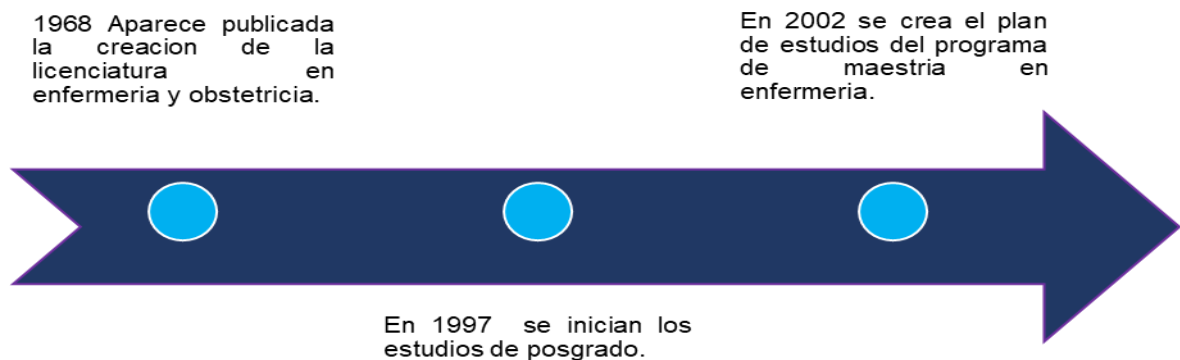
-Mundo contemporáneo (siglo XIX): Figuras domésticas, médico de cabecera, comadrona, y la organización de cruz roja internacional y consejo internacional de enfermería. Y sus remedios eran caseros, brebajes, purgas, medicina artesanal como aplicación de ventosas, ungüentos, y consejos dietéticos e higiénicos. Y como medicina experimental búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad.

-Enfermería siglo XX: Cirujanos-sangradores, ministrantes, practicantes, matronas y parteras, enfermeras auxiliares de clínica, técnicos sanitarios. Y sus métodos son mediante auge de la medicina científica, gran desarrollo de técnicas diagnósticas y terapéuticas protagonismo de la cirugía (Martínez y Chamorro, 2016).

En el caso de México, la figura No.1 resume la evolución de la profesión:

Figura No. 1





Fuente: Torres y Zambrano, 2010.

Como parte histórica del pensamiento se crean modelos teóricos, ente los que destacan.

-Florence Nightingale; 1820-1910 “Teoría del entorno” considerada la primera teórica de enfermería y donde creo cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad aire, agua, desagües eficaces, limpieza y luz (Amaro, 2004).

-Virginia Henderson 1897-1996 consideraba al apaciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independecia. En su teoría de las 14 necesidades, es ayudar a la persona enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación, o a una muerte tranquila (Marriner y Raile, 2006).

-Dorotea Orem; 1914-2007 presenta su teoría de déficit autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí., teoría del autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería (Naranjo, concepción y Rodríguez, 2017).

-Dorothy Jonson; 1919-1988 modelo de sistemas conductuales de atención que se centra en las necesidades humanas, y el uso de la enfermería para promover el equilibrio y disminuir el estrés (Ventura, 2011).

-Sor Calixta Roy; 1939 modelo de adaptación proporciona una manera de pensar acerca de las personas y su entorno que es útil en cualquier entorno, ayuda a una prioridad a la atención y los retos de la enfermería para mover al paciente de sobrevivir a la transformación, entre otras (Montaño, 2018).

A medida que las enfermeras entraron a las escuelas en gran número durante la última mitad del siglo XX empezó a llevarse a cabo el objetivo de desarrollar un conocimiento como base para la práctica enfermera y como se ha mencionado anteriormente, la enfermería ha pasado a través de etapas de desarrollo gradual donde las líderes enfermeras presentaron varias perspectivas diferentes para el desarrollo de la ciencia enfermera (Marriner y Raile, 2006).

La enfermería como una disciplina profesional que tiene por objeto desarrollar conocimientos que sirven para definir y guiar la práctica, con el fin de precisar las características de la disciplina (Barrera, 2004).

Desde finales del siglo XVIII y hasta mediados del siglo pasado, varias teorías han reconocido que el concepto de cuidado persona salud y entorno implícita y explícitamente son los que clasifican y constituyen el núcleo del campo de los cuidados de enfermería. Estos conceptos permiten precisar la importancia de su interrelación, y son las formas de concebir un cuidado que exprese la respuesta a las necesidades convenientes en materia de salud de las personas, familias y comunidades.

Al asegurar una respuesta óptima a las necesidades cambiantes, requiere del dominio de un saber y de competencias específicas desde la formación del recurso humano en enfermería para que al incorporarse al mercado laboral ofrezca un cuidado de calidad presentado en principios universales de los saberes como son el saber ser que incluye valores, actitudes, creencias, convicciones; el saber hacer que está sustentado por habilidades relacionales y técnicas. Estos saberes convergen hacia la competencia necesaria para el cuidado que refuerza y transforma al otro.

El campo de la enfermería es el cuidado que permite a la persona dominar los acontecimientos ligados a su experiencia de salud y mejorar su bienestar. El valor óptimo del cuidado de enfermería se mide por el poder que reciben los estudiantes, a través de una sólida formación con un enfoque crítico, capaz de asumir diversos roles de un sistema de salud cambiante y para un liderazgo que le permita participar en las decisiones en materia de salud.

Desde esta óptica, los estudiantes se inician en la importancia primordial de la interdependencia y de la complementariedad de las diferentes profesiones del área de la salud, de las áreas sociales y de las humanísticas que les permiten contar con herramientas,

para fundamentar su quehacer y anticiparse a los cambios para la toma de decisiones en equipo con un alto sentido de reflexión sobre las bases conceptuales que se desea para la práctica disciplinaria en las áreas asistencial, docente, administrativa y de investigación.

La enseñanza de la enfermera se centra en las 4 funciones básicas de la profesión.

-La función asistencial se refiere a la atención humanizada, sistemática y de alta calidad para promover la salud, proteger de enfermedades y participar en la terapéutica requerida a través de la aplicación de modelos teóricos, técnicas y procedimientos generales o específicos de enfermería.

-La función docente corresponde a la transmisión del conocimiento en la formación profesional de recursos humanos en enfermería, en la educación para la salud en la capacitación y en la educación continua, basada en necesidades factores de riesgo e integración docencia-servicio.

-La función administrativa abarca acciones específicas basadas en teorías y metodología de la administración aplicada al servicio de enfermería, para mejorar la atención al individuo, familia y comunidad.

-La función de investigación coadyuva a la ampliación del conocimiento mediante la aplicación de teorías y metodologías correspondientes, con base en diagnósticos de diversos aspectos en salud que conlleven a la elaboración de proyectos para mejorar la atención dentro de la enfermería (Barrera, 2004).

Tales cuidados deben ser realizados con responsabilidad profesional científica, ética y humanística para con las personas, con la práctica, con la profesión y con otros profesionales; con responsabilidad moral basada en la reflexión sobre valores para crear una conciencia ética; con responsabilidad jurídica para determinar algunas acciones que conllevan aspectos legales en la profesión y con responsabilidad civil dado que como ciudadano tiene derechos y obligaciones. Dicha responsabilidad le permite ubicar al usuario o paciente en un contexto asistencial, técnico, ético, legal y profesional.

Por tanto, el personal de enfermería debe ser preparado en instituciones educativas oficialmente autorizadas para formar profesionales competentes, dotadas de sentido social y conciencia nacional para atender las necesidades y problemas de salud en el país.

5.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

Referente a el cuidado es un acto ontológico que se origina en la naturaleza misma de los seres vivos pero que se legitima en el mundo de los actos; el cuidado tiene un papel relevante en la existencia humana, por tanto, el cuidado como objeto de estudio de la enfermería tiene un fundamento más allá del ejercicio profesional que busca llegar al mejor ser y vivir de cada persona (Vélez, Vanegas y Hoover, 2011).

El cuidado tiene su origen en el sujeto mismo, pero no solo como instinto sino como reconocimiento de la propia existencia; entre más se conoce el sujeto más grande es su actitud de cuidado, el cuidado como objeto de estudio de la enfermería busca profundizar en mejorar la calidad de vida de cada persona, más allá del ejercicio profesional (Vélez y Vanegas, 2011).

La enfermería ha desarrollado su función como lo ha hecho la medicina. La enfermería ha existido desde el inicio de la humanidad, pues dentro de la especie humana siempre han estado presentes personas con dificultades para satisfacer sus necesidades esenciales existiendo la necesidad de cuidar de ellas. Se han tratado cuatro conceptos meta paradigmáticos que están presentes en todas las teorías y modelos conceptuales: persona, entorno, salud y el cuidado (Benavent, 2002).

El cuidado de los pacientes representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos, con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), vive experiencias de salud (Jiménez, 1998).

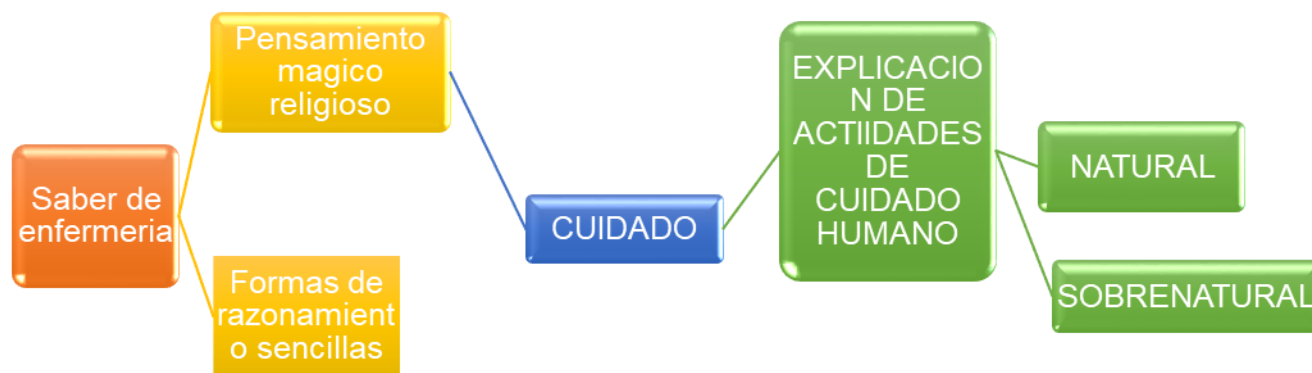
En este énfasis el cuidado no tiene un concepto único, ni homogéneo, se encuentra una tendencia hacia una acción encaminada hacia la recuperación del estado de bienestar mediante la planificación y evaluación de actividades. Aunque se reconoce el cuidado como propio de la profesión, la tendencia encontrada no muestra la fuerza teórica que reporta el estudio realizado por Morse y Col, en el cual identifican el cuidado, como imperativo moral, como rasgo humano, como afecto y como interacción; más bien se resalta la intervención terapéutica, por cuanto hace énfasis en la resolución de situación patológica identificada en la persona enferma (Ben, 1994).

Este requiere ser utilizado como hilo integrador entre la teoría, la práctica y la investigación, con el objeto de fortalecer y engrandecer el conocimiento de la enfermería fundamentado en el cuidado. Es necesario dar un significado de la disciplina profesional de enfermería que requiere de:

- Generación y creación de conocimientos propios para resolver los problemas de la práctica profesional de enfermería.
- Validación y replanteamiento de los conocimientos disciplinares.
- Generación y validación de teorías de tipo descriptivo y prescriptivo.
- Realización de investigación científica.
- Cualificación de la práctica en enfermería

La práctica es la expresión de las teorías y de cómo las enfermeras utilizamos el conocimiento, las figuras 2 y 3 esquematizan los antecedentes del conocimiento en enfermería y el desarrollo actual.

Figura 2. Conocimiento de la enfermería



Fuente: Riveros H. y Rosas ,1982

Figura 3. Desarrollo de la enfermería



5.3 EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso de Enfermería se define como “el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud” (Reyna, 2010).

Es un método flexible adaptable y aplicable en todas las situaciones en el proceso de pérdida de la salud o en el mantenimiento de la misma. Proporciona un enfoque intencional, sistemático y organizado de la práctica, incluye la identificación de signos y síntomas para integrar su valoración, el diagnóstico de problemas y necesidades, la planificación y la administración de los cuidados, así como la evaluación de los resultados (Gayosso, 2019).

El proceso cuidado enfermero es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Se obtienen datos a través de la observación y la valoración de manera sistemática, se organizan de forma lógica y congruente para analizar la información relevante y se contrastan con la ciencia, planteando un problema y/o necesidad de cuidado, realizando un diagnóstico de enfermería basado en una taxonomía básica creada y validada por enfermeras para guiar las intervenciones de cuidado de enfermería.

De esta forma, se fundamentan y definen los cuidados a partir de la taxonomía aceptada por la comunidad científica de enfermería, con el fin de lograr un objetivo con el sujeto de cuidado que posteriormente se evalúa en relación con el cumplimiento de las intervenciones y el alcance de las metas propuesta.

5.3.1 Antecedentes

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Lidia Hall (1955); por su parte Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas que incluían valoración, planeación y ejecución. (Potter, 2013)

En 1967 Yura y Walsh, establecen cuatro etapas al integrar la evaluación; entre 1974 y 1976 Bloch, Roy y Aspinall y algunas otras autoras más, establecieron las cinco etapas al añadir la etapa diagnóstica para 1992.

En 1993 la Asociación Norteamericana de Enfermería (NANDA) desarrolla la clasificación de intervenciones enfermeras (NIC) y los criterios de resultado (NOC) antes denominados objetivos; para el año 2005 presenta la taxonomía diagnóstica NANDA-I y a partir de entonces se actualiza dicha clasificación cada dos años. En la Taxonomía 2018-2020, destaca un modelo de proceso cuidado enfermero modificado propuesto por Herman en 2013 en el cual se integra la teoría en enfermería, además integra en la etapa de planeación el diagnóstico, los resultados y las intervenciones, y propone un re-evaluación continua como se indica la siguiente figura:

Figura No.4 Proceso cuidado enfermero modificado



Fuente: NANDA 2018, adaptado por Hermann 2013

5.3.2 Objetivos del proceso cuidado enfermero

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También:

- 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.

El desarrollo del PAE: Es una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades:

- Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje).
- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico).
- Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).

Las ventajas:

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo. Crecimiento profesional.

Las características:

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

5.4 ETAPAS QUE CONSTITUYEN EL PAE

5.4.1 ETAPA DE VALORACIÓN

La Valoración es la considerada como la piedra angular del PAE. Permite reunir la información necesaria que permitirá formular el problema (Diagnostico), y a partir de éste proponer (Planificar) y llevar a cabo las intervenciones encaminadas a un logro (Objetivo), y luego proceder a la Evaluación. El Proceso de Atención de Enfermería es por tanto la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de Enfermería (Ministerio de salud pública y bienestar social 2013).

5.4.1.1 Objetivo de la valoración de enfermería

La valoración se define como un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información, que permite determinar la situación de salud, y la respuesta que las personas dan a ésta. La valoración enfermera es útil en la planificación de cuidados a la persona, a la familia y/o a la comunidad, y no solamente en situación de enfermedad (Álvarez, Castillo, Fernández y Muñoz,2010).

El propósito de la valoración de la enfermera es “captar lo más acertadamente posible la naturaleza de la respuesta humana a la situación de salud que están viviendo las personas objeto de nuestra intervención”. Rellenar instrumentos u hojas de valoración de enfermería, por muy completos que estos sean, no es realmente valorar si la enfermera que los complementa, además de poseer los conocimientos y las habilidades precisas para ello, está concientizada de la necesidad y validez de la acción que está realizando. La valoración de enfermería es un acto responsable y revestido de una enorme importancia y de la que dependerá el éxito de nuestro trabajo, cuyo propósito es conseguir el bienestar de las personas objetos y sujetos de nuestra intervención (Alfaro R, 1996).

Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guían la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles, reflejando el estado de salud del individuo.

Fases de la valoración de enfermería

La valoración está constituida por una serie de pasos o etapas sucesivas e íntimamente interrelacionadas y que son:

1. Recolectar la información de fuentes variadas (individuo, familia, personal del equipo de salud, registros clínicos, anamnesis, examen físico y laboratorio y otras pruebas diagnósticas). Para recolectar la información se utilizan métodos como la interacción personal, la observación y la medición.
2. Realizar y registrar la valoración de acuerdo con el modelo conceptual adoptado.
3. Realizar la valoración del estado de salud del paciente de forma sistemática, registrando los datos objetivos y subjetivos, y empleando técnicas de valoración directa e indirecta.
4. Analizar los datos obtenidos.

Existen diversos tipos de datos:

Datos subjetivos: no se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica (sentimientos).

Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).

Datos históricos-antecedentes: aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento, ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.

Datos actuales: Son datos sobre el problema de salud actual.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible para la valoración de enfermería (Alfaro R, 1996).

Los métodos para la valoración son la primera herramienta que debe utilizarse para valorar a todo tipo de personas sanas o enfermas, en el ámbito público o privado, en la práctica institucional, privada o independiente, en clínicas, consultorios, y en todos los escenarios del ámbito ambulatorio y hospitalario.

Sin duda, esta primera etapa del proceso de atención de enfermería es necesaria llevarla a cabo para dirigir, definir y estandarizar el cuidado de enfermería a través del desarrollo del plan de cuidados estandarizado (PLACE), y la aplicación de las recomendaciones de las guías de práctica clínica en Enfermería (GPCE), que dicho sea de paso es el resultado del desarrollo de la enfermería basada en la evidencia (EBE), convertida en práctica basada en la evidencia (PBE).

Existen diversos modelos de valoración:

Criterios de valoración siguiendo un orden céfalo-caudal: sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda de forma sistemática.

Criterios de valoración por aparatos y sistemas: se valora el aspecto general y las constantes vitales y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.

Criterios de valoración por patrones funcionales de salud: Este método es un método propio de la profesión, el sistema de valoración diseñado por Marjory Gordon en los años 70 cumple todos los requisitos necesarios para la realización de una valoración enfermera eficaz, por lo que constituye una herramienta útil para la valoración con cualquier modelo disciplinar enfermero (Alfaro R; 1996).

Fig. 5 Métodos de valoración

Patrones funcionales de salud	Aparatos y sistemas	Céfalo caudal
<ol style="list-style-type: none"> 1. Manejo percepción de la salud. 2. Nutricional metabólico 3. Eliminación 4. Actividad—ejercicio 5. Reposo—sueño 6. Cognitivo perceptual 7. Autopercepción—auto concepto 8. Rol—relaciones 9. Sexualidad—reproducción 10. Afrontamiento—tolerancia al estrés 11. Valores—creencias 	<p>Secuencia lógica de preguntas relacionadas con las principales regiones anatómicas del cuerpo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cardiovascular • Respiratorio • Gastrointestinal • Neurológico • Genitourinario • Musculo esquelético • Piel y mucosas • Miembros inferiores y superiores. 	<p>Orden lógico de cabeza a pies:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piel, pelo y uñas • Cabeza • Ojos • Oídos • Boca y garganta • Tórax y pulmones • Corazón y vasos • Tracto gastrointestinal • Aparato genitourinario • Musculo esquelético • Neurológico • Miembros inferiores y superiores.

5.4.1.2 Patrones funcionales de Marjory Gordon

Marjory Gordon define los patrones como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología.

De la valoración de los patrones funcionales se obtiene una importante cantidad de datos relevantes de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del entorno), de una manera ordenada, lo que facilita a su vez el análisis de los mismos. La valoración se realiza mediante la recogida de datos subjetivos, objetivos, la revisión de la historia clínica ó informes de otros profesionales. Se deben evitar las connotaciones morales (bueno- malo), hacer presunciones, interpretar subjetivamente o cometer errores a la hora de emitir un resultado de patrón (Álvarez, Castillo, Fernández y Muñoz,2010).

Los patrones son los siguientes:

- Patrón 1 Percepción de la salud: Pretende conocer la propia percepción de la persona sobre su situación de salud y bienestar.
- Patrón 2 Nutricional – metabólico: Pretende conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas.
- Patrón 3: Eliminación: Pretende conocer los patrones de la función excretora de la persona.
- Patrón 4: Actividad – ejercicio: Describe los patrones de actividad, ejercicio, ocio y entretenimiento.
- Patrón 5: Sueño – descanso: Describe los patrones de sueño, reposo y relajación.
- Patrón 6: Cognitivo – perceptivo: Describe los patrones sensitivos, perceptuales y cognitivos de la persona.
- Patrón 7: Autopercepción – auto concepto: Describe los patrones de auto concepto y percepción del estado de ánimo.
- Patrón 8: Rol – relaciones: Describe los patrones de compromiso con el rol y las relaciones.
- Patrón 9: Sexualidad – reproducción: Describe los patrones sexuales y reproductivos de la persona.
- Patrón 10: Tolerancia al estrés: Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales, y su efectividad, manifestada en términos de tolerancia al estrés.
- Patrón 11: Valores – creencias: Describe el patrón de los valores y las creencias espirituales y / o religiosas que influyen en la adopción de decisiones (Alfaro R; 1996).

5.4.2. EL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

El diagnóstico, siempre es la consecuencia del proceso de valoración y es la suma de datos ya confirmados y del conocimiento e identificación de necesidades o problemas, es un juicio clínico acerca del individuo, familia o comunidad que deriva de un proceso deliberado sistemático de recogida de datos y análisis. Proporciona la base de las prescripciones para la terapia definitiva, (NANDA) Los diagnósticos se organizan en sistemas de clasificación o taxonomías diagnósticas (NANDA. 2018).

Una taxonomía se define como una «Clasificación: clasificación especialmente ordenada de plantas y animales según sus supuestas relaciones naturales»; la palabra deriva de la raíz 'taxón', «el nombre que se aplica a un grupo taxonómico en un sistema formal de nomenclatura» (Merriam-Webster, 2009). Podemos adaptar esta definición para una taxonomía de diagnósticos enfermeros; específicamente nos interesa la clasificación ordenada de los núcleos diagnósticos que sean de interés para la enfermería, según sus supuestas relaciones naturales.

Los diagnósticos de NANDA-I se construyen mediante un sistema multiaxial. El sistema consiste en ejes cuyos componentes se combinan para conseguir que los diagnósticos sean sustancialmente iguales en forma y en coherencia con el modelo ISO.

Un eje, para el propósito de la Taxonomía de NANDA-I, está definido operacionalmente como una dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico. Hay siete ejes. El modelo de diagnóstico enfermero NANDA-I muestra los siete ejes y la relación entre ellos (NANDA,2018).

El orden y algunas de las etiquetas y definiciones se cambiaron después de la versión 2005-2006 para adecuarse al International Standards Reference Model for a Nursing Diagnosis:

Eje 1: Núcleo diagnóstico.

Eje 2: Sujeto del diagnóstico (persona, familia, grupo, comunidad).

Eje 3: Juicio (deteriorado, ineficaz, etc.).

Eje 4: Localización (vejiga, auditivo, cerebral, etc.).

Eje 5: Edad (bebé, niño, adulto, etc.).

Eje 6: Tiempo (crónico, agudo, intermitente, etc.).

Eje 7: Estado del diagnóstico (real, de riesgo, de promoción de salud, etc.).

Entre las ventajas del uso de la Taxonomía, están:

-El uso de un lenguaje común.

-La implantación del PAE (Proceso de Atención de Enfermería) como método de trabajo.

-La participación dinámica dentro de los diferentes equipos de salud

5.4.2.1 Antecedentes históricos de los diagnósticos de enfermería

El término diagnóstico de Enfermería fue introducido en 1953 por Vera Fry, para describir un paso necesario en el desarrollo del plan de cuidados. Esta autora afirmaba que... una vez que las necesidades del paciente son identificadas, pasamos al siguiente apartado: formular un diagnóstico de enfermería.

Años más tarde, Johnson, Abdellah y otras autoras escriben y definen el diagnóstico de enfermería entendido como una función independiente. Durante los años 60, en Estados Unidos, se producen continuos debates sobre el uso del término (DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA), sin embargo, gran número de enfermeras continuaban utilizándolo.

Paralelamente se desarrollaban numerosos trabajos de investigación multidisciplinaria, lo que representó un aumento de conocimientos con respecto al tema, que fundamentaron e impulsaron de forma definitiva su expansión en el uso del diagnóstico de enfermería. En la década de los 70, la American Nursing Association (ANA), reconoce oficialmente los diagnósticos de enfermería, ya que los incluyen los estándares de la práctica de enfermería (Avalos E, S.F).

Este hecho configura el diagnóstico de enfermería como una parte del proceso de atención, dando legalidad a su utilización en las actividades independientes de enfermería. Con este fin, deciden elaborar un sistema de clasificación que permita la identificación, el acuerdo y el uso sistemático de los diagnósticos de enfermería entre las enfermeras del país.

En 1979-1980 se efectuó la Cuarta Conferencia Nacional. En 1982 se desarrolla la Quinta Conferencia Nacional. Se presenta los resultados del trabajo del equipo de las 14 teóricas (Silé V, S.F)

Marjory Gordon en 1982 identifica los Patrones Funcionales de Salud, que son la expresión de la integración bio-psico-social del individuo, la familia y la comunidad. Lo constituyen 11 aspectos:

-Percepción /manejo de salud.

-Metabolismo/nutricional.

-Ejercicio/actividad.

-Eliminación.

-Descanso/sueño.

-Autopercepción.

-Cognoscitivo perceptual.

-Relación/rol.

-Sexual reproductivo.

-Tolerancia al estrés.

-Valor/ creencia.

Diagnostico como proceso

La creación de un diagnóstico de enfermería pasa por una serie de etapas:

-Recolección de datos: recogida de datos estadísticos relevantes para desarrollar un diagnóstico.

-Detección de señales/ patrones: cambios en el estado físico (ej. Gasto urinario disminuido).

-Establecimiento de hipótesis: alternativas posibles que podrían haber causado señales o patrones previos.

-Validación: pasos necesarios para desestimar otras hipótesis y simplificar en un solo problema.

-Diagnóstico: decisión sobre el problema basado en la validación (Doenges M. 2014).

5.4.2.2 Tipos de diagnóstico

El sistema de diagnósticos de enfermería de NANDA-Internacional 2018-2020 nos brinda las siguientes categorías.

-Diagnóstico enfocado en el problema: un juicio clínico con respecto a una respuesta humana indeseable a una condición de salud/proceso de vida que existe en un individuo, familia, grupo o comunidad, se estructura con etiqueta diagnóstica, características definitorias y factores relacionados.

-Diagnóstico de riesgo: un juicio clínico sobre la susceptibilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana no deseada a las condiciones de salud/procesos de vida, se compone de etiqueta diagnóstica y factor de riesgo.

-Diagnóstico de promoción de la salud: un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud, está compuesto por etiqueta diagnóstica y características definitorias (Heather T. 2018).

-Diagnóstico de Síndrome: Es un juicio clínico en relación a un conjunto de diagnósticos enfermeros específicos que aparecen de manera conjunta, la mejor forma para ser tratados es conjuntamente, a través de intervenciones similares. se estructura con etiqueta diagnóstica, características definitorias y factores relacionados. Ejemplo síndrome del dolor crónico.

Enunciado diagnóstico y componentes del diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: Proporciona un nombre para un diagnóstico que refleja, como mínimo el núcleo diagnóstico (El Eje 1 y el juicio de enfermería (Eje 3), es un término o frase concisa que representa un patrón de señales relacionadas.

Características definitorias son señales/inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico (por ejemplo, signos o síntomas). Una evaluación que identifica la presencia de una serie de características definitorias presta apoyo a la precisión

del diagnóstico enfermero. Los factores relacionados son un componente integral de todos los diagnósticos de enfermería enfocados en el problema.

Factores relacionados son etiologías, circunstancias, hechos o influencias que tienen algún tipo de relación con el diagnóstico enfermero (por ejemplo, causa, factor contribuyente). Una revisión del historial del cliente a menudo ayuda a identificar factores relacionados. Siempre que sea posible, las intervenciones de enfermería deben dirigirse a estos factores etiológicos para eliminar la causa subyacente del diagnóstico enfermero.

Factores de riesgo son influencias que aumentan la susceptibilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad ante un evento no saludable (por ejemplo, ambiental, psicológico, genético).

En la versión de la NANDA 2018-2020 se incluyen dos categorías que conforman el diagnóstico enfermero, las cuales aparecían en ediciones pasadas como parte de los factores de riesgo o relacionados; sin embargo, tales factores no son modificables por las intervenciones enfermeras, por lo que sólo se integran como parte de los componentes para orientar a la enfermera a la identificación del diagnóstico. Tales categorías son:

Población en riesgo Son los grupos de individuos que comparten ciertas características, que les hace más susceptibles a dicho diagnóstico.

Condiciones asociadas: Son diagnósticos médicos que no son modificables de manera independiente por la enfermera y que están asociados al diagnóstico.

Gordon estableció el formato P.E.S., acrónimo cuyas siglas corresponden a:

P = Problema: «en relación con...» o «relacionado con...»

E = Etiología: «manifestado por...»

S = Signos y síntomas.

El diagnóstico se identifica claramente con la formulación de hipótesis que precisan ser contrastadas en una etapa posterior. (Rubiano Y, S.F)

La taxonomía tiene tres niveles

-DOMINOS (13), es una esfera de actividad estudio o interés, ejemplo, promoción de la salud, actividad/reposo, sexualidad.

-CLASES (47), subdivisión de un grupo mayor.

-DIAGNOSTICOS (172), el juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad, o problemas de salud, reales o potenciales (Carrillo G, S.F).

Factores que influyen para elaborar un diagnostico

-Habilidad para reunir datos.

-Conocimientos teóricos.

-Experiencia.

-Intuición.

-Capacidad intelectual.

-Filosofía personal y marco conceptual (Doenges M. 2014).

5.4.3 ETAPA PLANEACION

La planeación enmarca como el fortalecimiento de los principios éticos profesionales puede ser parte esencial en la formación y desarrollo de los profesionales de la salud, lo que requerirá de formas propias en su organización, ejecución y control. Debe tomarse en cuenta que existen aspectos normativos o reguladores que contribuyen al control, lo que hace que se cumplan las leyes, que funcione adecuadamente lo administrativo, y que se organice el proceso de acuerdo a lo establecido y desde lo académico (Reina, C 2010).

Pero otros aspectos requieren un tratamiento cualitativo, como el impacto que puede producir la aplicación de estos principios por parte del personal de enfermería en la atención a los pacientes, a sus familiares, a sus compañeros de trabajo, lo que producirá satisfacciones recíprocas (Reina, C 2010).

Una vez que se ha concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero el cual se desarrolla como la tercera etapa que complementa el proceso cuidado enfermero, esta consiste en la determinación

de intervenciones o actividades conjuntamente: enfermera/paciente conducentes a prevenir reducir, controlar corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería.

Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo (UNAM,2020).

La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas:

-Establecer prioridades en los cuidados.

Se trata de todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una persona, familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados (UNAM,2020).

5.4.3.1 Planteamiento de los objetivos

Esto es, determinar los criterios de resultado, describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario, así como los cuidados proporcionados.

Hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades, así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último, es importante que los objetivos se decidan de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

Elaboración de las actuaciones de enfermería

Esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo (UNAM, 2020).

Tipo de planeación dependiendo la etiqueta diagnóstica

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta (UNAM,2020).

Los indicadores son instrumentos de medición de calidad que deben ir relacionados y dirigidos a la consecución de los objetivos y resultados que cada organización haya planificado para sus procesos con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios de enfermería, definiendo criterios que se traduzcan en herramientas, que garanticen las condiciones indispensables para que los cuidados que proporciona el personal de enfermería se brinden con oportunidad, en un ambiente seguro, eficiente y humano en todo el Sistema Nacional de Salud (Hernández. V, 2014).

La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), incorpora una terminología y unos criterios estandarizados para describir y obtener resultados como consecuencia de la realización de intervenciones de enfermería. Caracterizando el estado del paciente, la familia o la comunidad en el nivel concreto. Algunos ejemplos de indicadores son: Utiliza

estrategias para potenciar la salud, Mantiene las rutinas familiares habituales e Ingesta adecuada de líquidos (Connect.E, 2020).

Estos resultados representan los objetivos que se plantearon antes de efectuar estas intervenciones, facilitando la comprensión de resultados y la inclusión de indicadores específicos para evaluar y puntuar los resultados obtenidos con el paciente (Connect.E, 2020).

La actual Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), representa el proceso enfermero el cual se ha ampliado a seis fases: **valoración, diagnóstico, identificación de resultados, planificación, ejecución y evaluación** Sobre estas líneas, compartimos el modelo que se centró en el conocimiento de enfermería y la toma de decisiones clínicas como el marco para que las enfermeras elijan diagnósticos, intervenciones y resultados para un paciente (Moorhead, N,2018).

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 tiene cinco niveles de los cuales se clasifican en la 4ta edición de esta manera:

7-Dominios, 31-Clases ,385- Resultados, indicadores de resultados y escala de medición (Blanco, C., 2014).

Los dominios mencionados son los siguientes: salud funcional, salud fisiológica, salud psicosocial, conocimiento y conducta de salud, salud percibida, salud familiar y salud comunitaria. Los cuales nos permiten identificar el dominio afectado y así ofrecer una intervención de enfermería adecuada para obtener una respuesta concreta de la salud de nuestro paciente (Blanco, C., 2014).

5.4.4 ETAPA DE EJECUCIÓN

En el proceso de enfermería, la implementación, aplicación o ejecución es la fase de acción en la que el profesional de enfermería realiza las intervenciones de enfermería. Usando la terminología NIC (Berman y Snyder, 2013). Es en esta etapa es donde se implementan o se llevan a cabo todas las intervenciones y actividades planteadas por los profesionales de enfermería en la etapa de planificación, que gracias a la NIC podemos clasificarlas y enlazarlas con los resultados del NOC (Universidad de Guanajuato, 2018).

La implementación consiste en la realización y registro de las actividades que constituyen las acciones de enfermería específicas necesarias para llevar a cabo las intervenciones (Berman y Snyder, 2013).

La implementación implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería, existen diferentes formas de hacer anotaciones.
- Dar los informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado (UNAM, 2020).

5.4.4.1 Clasificación de intervenciones de enfermería NIC

La clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) es una clasificación normalizada y completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Es útil para la planificación de los cuidados, la documentación clínica, la comunicación de cuidados, la integración de datos y la investigación eficaz.

La creación de la NIC se produjo en 1987, cuando Joanne McCloskey y Gloria Bulechek formaron un grupo de investigación para definir y desarrollar las intervenciones que habitualmente realizaban las enfermeras. En la actualidad se han publicado un total de siete ediciones a continuación se enlistan según su año de publicación

- Primera edición 1992.

- Segunda edición 1996.
- Tercera edición 2000.
- Cuarta edición 2004.
- Quinta edición 2008.
- Sexta edición 2013.
- Séptima edición 2018 (Bulechek, et al, 2013).

5.4.4.2 Taxonomía de la NIC

La taxonomía de la NIC es una organización sistemática de las intervenciones en función de las similitudes. La estructura de la taxonomía NIC tiene tres niveles, las cuales se integran por campos, clases e intervenciones, La sexta edición de la NIC contiene 7 campos, 30 clases y 554 intervenciones.

Cada intervención que aparece en la clasificación está catalogada con una denominación, una definición, una serie de actividades para llevar a cabo, la intervención y una bibliografía (Bulechek., et al, 2013).

5.4.4.3 Etapas de la implementación

Se lleva a cabo en tres etapas:

- 1.- Preparación.
- 2.- Intervención.
- 3.- Documentación (Universidad de Guanajuato, 2018).

1. Preparación: La primera etapa de la fase de implementación consiste en prepararse para comenzar las intervenciones de enfermería. Esta preparación exige que el profesional de enfermería identifique y realice una serie de actividades tales como:

- La revisión de las intervenciones de enfermería.
- El análisis del conocimiento de enfermería y de las habilidades necesarias.
- El reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a las actividades de enfermería concretas.

-La identificación y recolección de los recursos necesarios.

-La preparación de un entorno seguro y privado que conduzca a los tipos de actividades necesarios (Universidad de Guanajuato,2018).

2. Intervención: En esta etapa del proceso cuidado enfermero es donde se realiza tanto la implementación de la actividad prescrita, como la valoración continua de la respuesta del usuario para determinar la conveniencia de continuar con el plan, tal como se concibió, o modificarlo a la luz de los nuevos datos.

El enfoque en la fase de implementación es el inicio de las intervenciones de enfermería, las cuales son diseñada para cubrir la mayor parte de las necesidades identificadas del paciente, así mismo se debe realizar una priorización de las actividades de enfermería, para con ello realizarlas en orden de mayor importancia (Universidad de Antioquia, 2016).

3.Documentación: Dentro de la implementación de intervenciones de enfermería se debe realizar una documentación completa y exacta de los acontecimientos que tienen lugar en esta etapa del proceso de enfermería (Universidad de Guanajuato, 2018).

5.4.5 ETAPA DE EVALUACIÓN

Evaluar es juzgar o valorar. La evaluación es la quinta y última fase del proceso de enfermería. En este contexto, la evaluación es una actividad planificada, continua y con un fin en el que los pacientes y los profesionales de la salud determinan:

- 1.- El progreso del paciente hacia la consecución de objetivos y/o resultados.
- 2.- La eficacia del plan asistencial de enfermería.

Berman y Snyder (2013) Mencionan que “la evaluación es un aspecto importante porque las conclusiones extraídas de la evaluación determinan si las intervenciones de enfermería deben terminarse, continuarse o cambiarse”.

La evaluación se debe realizar de forma una continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva (UNAM, 2020). La evaluación continua hasta que el paciente consigue

los objetivos de salud o es dado de alta, en caso de ser dado de alta debe incluir la capacidad de autocuidado del paciente (Berman y Snyder, 2013).

5.4.5.1 Componentes de la evaluación

Dentro de los componentes de la evaluación encontramos los siguientes:

1° Recogida de datos relacionados con los resultados deseados (indicadores NOC): el profesional de enfermería realizara la recolección de datos para poder concluir que objetivos se cumplieron y a qué grado.

2° Comparación de los datos de enfermería con los resultados: cuando se determina si se ha conseguido un objetivo se puede extraer 3 posibles conclusiones:

-El objetivo se cumplió.

-El objetivo se cumplió parcialmente.

-El objetivo no se cumplió

3° Relación de las actividades de enfermería con los resultados: se determina si las actividades de enfermería fueron la causa que contribuyó al resultado obtenido.

4° Extracción de conclusiones sobre el estado del problema: se usar el juicio clínico para determinar si el plan asistencial fue eficaz para resolver, reducir o evitar los problemas del paciente.

5° Continuación, modificación o terminación del plan asistencial de enfermería: independientemente de que se cumpla, el grado de cumplimiento, así como si no se cumplieron los objetivos se debe tomar decisiones sobre continuar, modificar o terminar el plan de cuidados de enfermería (Berman y Snyder, 2013).

5.5 MODELO TEORICO UTILIZADO PARA LA ELABORACIÓN DEL PCE

5.5.1 La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem

Datos biográficos:

Dorothea Orem nació en los Estados Unidos el 15 de julio de 1914, específicamente en Baltimore, Maryland. De su padre se conoce que fue constructor y que disfrutaba de la pesca. De su madre se sabe que era una mujer dedicada al hogar y que aprovechaba su tiempo libre para dedicarlo a la lectura. Dorothea fue la menor de dos hermanas.

El 22 de junio de 2007 falleció en Savannah, Georgia, Estados Unidos, a la edad de 92 años. Dejó como legado una productiva carrera en el área de la salud, no solo desde el punto de vista de la práctica, sino en materia intelectual (Arrechadora, 2021).

Estudios

Orem realizó su escolaridad con las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl. Después continuó su formación con las Hermanas de la Caridad en el Providence Hospital de Washington D.C. Ahí se le otorgó un diploma en enfermería a la temprana edad de 16 años. Más tarde, en la Universidad Católica de América recibió el título de Ciencias en Educación de Enfermería, y en el año 1946 realizó un máster en la misma área.

Dorothea Orem se desarrolló profesionalmente en distintas áreas del oficio de enfermería. Sus primeras experiencias se efectuaron en una diversidad de ámbitos tanto en el Providence Hospital Washington DC como en el Hospital de San Juan, Lowell, Massachusetts.

Entre los roles desempeñados en estos centros de asistencia destacan: enfermería en el área quirúrgica, experiencia como enfermera privada tanto en hospitales como a domicilio, integrante del equipo de cuidados hospitalarios en servicios médicos pediátricos y de adultos, y supervisora nocturna en la sección de urgencias (Arrechadora, 2021).

Todas estas prácticas fueron llevadas a cabo por esta profesional bajo la divisa de la entrega y la excelencia.

Luego de haber consolidado su formación a nivel de educación superior, Orem obtuvo una abundante experiencia. Fue entonces cuando enfocó sus propósitos en función de las áreas de la enseñanza, la investigación y la administración.

Dictó las cátedras de Ciencias Biológicas y Enfermería desde 1939 hasta 1941. Estuvo a cargo de la dirección de la Escuela de Enfermería del Providence Hospital en Detroit, Michigan, durante 10 años. Así mismo, se desempeñó como profesora asistente y adjunta en la Universidad Católica de América.

Incluso llegó a ejercer funciones en el Decanato de la Escuela de Enfermería de la universidad arriba mencionada entre los años 1965 y 1966.

Luego se desempeñó como asesora y consultora de instituciones tales como el Consejo de Salud del estado de Indiana, la Oficina de Educación de Estados Unidos, y el Departamento de Salud, Educación y Bienestar Social (Arrechedora, 2021).

También trabajó en el Centro de Experimentación y Desarrollo de la enfermería del Hospital Johns Hopkins y en la Dirección de Enfermería de Wilmer Clinic.

Muerte

Dorothea Orem murió el 22 de junio de 2007 a los 92 años de edad en Savannah, Georgia, donde pasó los últimos 25 años de su vida como consultora y autora.

Teoría

En la construcción teórica de Dorothea Orem el concepto de persona es fundamental. Lo desarrolla como organismo biológico, racional y pensante que se puede ver afectado por el entorno. A partir de ahí, la teoría señala que la persona es capaz de efectuar acciones predeterminadas que la afectan tanto a ella, como a otros y a su entorno. Todo lo anterior le da condiciones para cumplir con su propio cuidado (Arrechedora, 2021).

Dorothea Elizabeth Orem define su modelo como una teoría general de enfermería compuesta por tres teorías relacionadas entre sí:

-Teoría de autocuidado.

-Teoría del déficit autocuidado.

-La teoría de los sistemas de enfermería (Hernández, 2017).

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea Elizabeth Orem en 1969, como una actividad aprendida para ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismos acciones de autocuidado, orientados hacia un objetivo.

Dandicourt (S.F), considera que es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. Consiste en actuar de modo complementario con las personas, familias y comunidades.

Afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: ej. actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para desarrollo.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionen su situación, al coincidir con la finalidad de la promoción de la salud.

La autora considera que un desafío importante en la sociedad actual es conseguir que las personas vivan más años y los vivan lo mejor posible.

Dorothea Elizabeth Orem, dio a conocer su modelo de autocuidado de Enfermería y menciona el trabajo de otras autoras que han contribuido a las bases teóricas de la Enfermería, entre ellas: Faye Glenn Abdella, Virginia Henderson, Dorothy E. Johnson Imogene King Levine, Florence Nigthingale, Ida Jean Orlando, Hildegart E. Peplau, Martha E. Rogers, Sor Callista Roy y Virginia Wiedenbach (Pacheco, 2017).

La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea Elizabeth Orem propone a este respecto tres tipos de requisitos:

- Requisito de autocuidado universal.
- Requisito de autocuidado del desarrollo.
- Requisito de autocuidado de desviación de la salud.

Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud, son la razón u objetivo de las acciones de autocuidado que realiza el paciente con incapacidad o enfermedad crónica.

Rodríguez (S.F) los factores condicionantes básicos son los factores internos o externos a los individuos que afectan sus capacidades para ocuparse de su autocuidado. Dorothea Elizabeth Orem, en 1993 identifica 10 variables agrupadas dentro de los condicionantes básicos:

1. edad
2. sexo
3. estado de desarrollo
4. estado de salud
5. orientación sociocultural
6. factores del sistema de cuidados de salud
7. factores del sistema familiar
8. patrón de vida
9. factores ambientales
10. disponibilidad y adecuación de los recursos.

Salcedo-Álvarez y colaboradores plantean que el eje fundamental de la enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta es eliminar este, de tal forma que se cubran los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y se limiten las desviaciones en la salud.

Benavent, Ferrer plantean que la teoría de Dorothea Elizabeth Orem "Déficit de autocuidado" es una de la más estudiada y validada en la práctica de enfermería por la amplia visión de la asistencia de salud en los diferentes contextos que se desempeña este profesional, ya que logra estructurar los sistemas de enfermería en relación con las necesidades de autocuidado.

Según lo antes expuesto se puede asumir el autocuidado como la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud.

Los referentes teóricos sistematizados llevaron a plantear la definición de autocuidado que debe estar coordinado por enfermero(a) a través del plan de cuidados individualmente orientado (personalizado), basado en el conocimiento y juicio clínico.

Donde el personal de Enfermería organiza, coordina e implementa cuidados, en donde se deben incluir, acciones independientes, dependientes o colaborativas para obtener mejoría y la búsqueda de la adaptación intencional a la situación de cronicidad del padecimiento, con el conocimiento de las condiciones ambientales y de acciones deliberadas, pueden ser el reconocimiento de las barreras que interfieren en las acciones de autocuidado.

5.5.2 Meta paradigma de enfermería según Dorothea Elizabeth Orem.

Es un conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos.

El meta paradigma de enfermería es el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros. Representa la estructura más abstracta y global de la ciencia enfermera(o). Integra las definiciones conceptuales de persona, entorno, salud y enfermería. El meta paradigma sirve para dotar a la profesión de un significado concreto y exclusivo (Naranjo H, 2017).

Dorothea E Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

Salud: es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Aunque no lo define entorno como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

Miriam Paula, Marcos Espino en su artículo expone la importancia de conocer por los enfermeros(as) estos conceptos pues, permiten definir los cuidados de enfermería con el fin de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

Gonzales GE plantea que así mismo, coincidimos con las definiciones elaboradas por Dorothea Elizabeth Orem pues la persona debe ser vista holísticamente desde el punto de vista biológico, psicológico y social.

5.5.3 Teoría del déficit de autocuidado.

La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto.

Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero pueden darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería (Naranjo H, 2017).

Dorothea Elizabeth Orem usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los

individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado. La agencia de autocuidado es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado.

-El cuidar de uno mismo: es el proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud. Esta toma de conciencia requiere en si misma el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en el cual debe de existir el deseo y el compromiso de continuar con el plan.

-Limitaciones del cuidado: son las barreras o limitaciones para el autocuidado que son posible, cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizás no tenga deseos de adquirirlos. Puede presentar dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar ayuda y consejo de otros.

-El aprendizaje del autocuidado: el aprendizaje del autocuidado y de su mantenimiento continuo son funciones humanas. Los requisitos centrales para el autocuidado con el aprendizaje y el uso del conocimiento para la realización de secuencias de acciones de autocuidado orientadas internas y externamente. Si una acción de autocuidado es interna o externa en su orientación puede determinarse mediante la observación, obteniendo datos subjetivos del agente de autocuidado o de ambas maneras.

Las acciones de autocuidado interna y externamente orientadas proporcionan un índice general sobre la validez de los métodos de ayuda. Las 4 acciones de autocuidado orientadas externamente son:

- Secuencia de acción de búsqueda de conocimientos.
- Secuencia de acción de búsqueda de ayuda y de recursos.
- Acciones expresivas interpersonales.
- Secuencia de acción para controlar factores externos.

Los dos tipos de acciones de autocuidado orientadas internamente son:

- Secuencia de acción de recursos para controlar los factores internos.

-Secuencia de acción para controlarse uno mismo (pensamientos, sentimientos, orientación) y por tanto regular los factores internos o las orientaciones externas de uno mismo.

Por ello, la comprensión del autocuidado como una acción intencionada con orientaciones internas y externas ayuda a las enfermeras a adquirir, desarrollar y perfeccionar las habilidades necesarias para:

- 1.- Asegurar información válida y fidedigna para describir los sistemas de aprendizaje de autocuidado de los individuos.
- 2.- Analizar la información descriptiva de los sistemas de aprendizaje de autocuidado y de cuidado dependiente.
- 3.- Emitir juicios de cómo pueden ser ayudados los individuos en la realización de las operaciones del aprendizaje de autocuidado terapéutico, se identifican las secuencias de acción de una demanda de aprendizaje de autocuidado terapéutico, puede identificarse y agruparse de acuerdo con sus orientaciones internas y externas.

Las formas de determinar y satisfacer las propias necesidades de aprendizaje de autocuidado, son aprendidas de acuerdo con las creencias, hábitos y prácticas que caracterizan culturalmente la vida del grupo al que pertenece el individuo (Dandicourt Thomas C, S.F).

Al estudiar la teoría de déficit de autocuidado coinciden los autores con Dorothea Elizabeth Orem que es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existentes.

Esta abarca a aquellos pacientes que requieren una total ayuda de la enfermera por su incapacidad total para realizar actividades de autocuidado, ejemplo: Cuadripléjico. Pero también valora aquellas que pueden ser realizadas en conjunto enfermera-paciente, ejemplo: El baño y aquellas actividades en que el paciente puede realizarlas y debe aprender a realizarlas siempre con alguna ayuda, ej. La atención a un paciente pos operado de una cardiopatía congénita.

Pérez González A, considera que Dorothea Elizabeth Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería. Los elementos básicos que lo constituyen son:

1. La enfermera.
2. El paciente o grupo de personas.
3. Los acontecimientos ocurridos incluidos, entre ellos, las interacciones con familiares y amigos.

Los sistemas de enfermería tienen varias cosas en común, en particular estas.

1. Las relaciones para tener una relación de enfermería deben estar de forma clara bien establecidas.
2. Los papeles generales y específicos de la enfermera, el paciente y las personas significativas deben ser determinados. Es preciso determinar el alcance de la responsabilidad de enfermería.
3. Debe formularse la acción específica que se va a adoptar a fin de satisfacer necesidades específicas de cuidados de la salud.
4. Debe determinar la acción requerida para regular la capacidad de autocuidado para la satisfacción de las demandas de autocuidado en el futuro.

Dorothea Elizabeth Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería: compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo.

1. Sistema compensador: es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Se trata de que la enfermera se haga cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.
2. Sistema parcialmente compensador: este sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud o intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción.
3. Sistema de apoyo educativo: este sistema de enfermería es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a

adaptarse a las nuevas situaciones, pero en la actualidad necesita ayuda de enfermería, a veces esto puede significar simplemente alertarlo. El papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades.

Los sistemas de enfermería parcialmente compensatorios y un sistema de apoyo educativo, son apropiados cuando el paciente debe adquirir conocimientos y habilidades. El principal rol de la enfermera es regular la comunicación y el desarrollo de capacidades de autocuidado (Larreynaga, S.F).

5.5.4 DIABETES MELLITUS

La DM comprende un grupo de trastornos metabólicos que comparten el fenotipo común de la hiperglucemia. La DM tipo 1 se caracteriza por la deficiencia de insulina y una tendencia a sufrir cetosis, en tanto que la DM tipo 2 es un grupo heterogéneo de trastornos que se caracteriza por grados variables de resistencia a la insulina, alteraciones en la secreción de insulina, y una producción excesiva de glucosa hepática.

Otros tipos específicos comprenden la DM causada por defectos genéticos (diabetes del adulto de inicio juvenil “MODY”), enfermedades del páncreas exocrino (pancreatitis crónica, fibrosis quística y hemocromatosis), endocrinopatías (acromegalia, síndrome de Cushing, glucagonoma, feocromocitoma e hipertiroidismo), fármacos (ácido nicótico, glucocorticoides, tiazidas e inhibidores de la proteasa) y embarazo (DM gestacional) (Harrison 2016).

Clasificación

DM tipo 1 por lo general es el resultado de la destrucción auto inmunitaria de las células B pancreáticas, también se le conoce como la diabetes de inicio juvenil debido a que su pico de incidencia es en los niños y adolescentes.

DM tipo 2 su gravedad depende del grado de disfunción de la célula B y de la resistencia a la insulina preponderante (Harrison, 2016).

Epidemiología

Entre 1985 y 2013, la prevalencia a nivel mundial de DM ha aumentado casi 10 veces, de 30 millones a 382 millones de casos. En Estados Unidos la prevalencia de DM es mayor a 8% en la población e incrementa con la edad. Una parte importante de DM se encuentra sin diagnóstico.

La DM es reconocida por la morbilidad grave y mortalidad es la quinta causa de mortalidad a nivel mundial (Harrison, 2016).

Fisiopatología

La diabetes mellitus Tipo 2 está relacionada casi que necesariamente a la condición de obesidad y, por lo tanto, con la resistencia a la insulina (RI), pero se requiere adicionalmente de un deterioro de la función de la célula β pancreática.

Para vencer la RI, la célula β inicia un proceso que termina en el aumento de la masa celular, produciendo mayor cantidad de insulina (hiperinsulinismo), que inicialmente logra compensar la RI, y mantener los niveles de glucemia normales; sin embargo, con el tiempo, la célula β pierde su capacidad para mantener la hiperinsulinemia compensatoria, produciéndose un déficit relativo de insulina con respecto a la RI. Aparece finalmente la hiperglucemia, inicialmente en los estados postprandial y luego en ayunas, a partir de lo cual se establece el diagnóstico de DM2.

Resistencia a la insulina: Es un fenómeno fisiopatológico en el cual, para una concentración dada de insulina, no se logra una reducción adecuada de los niveles de glicemia (Castillo, S.F).

El índice HOMA-IR (Homeostatic model assesment, por sus iniciales en inglés) nos permite calcular de una manera simplificada la RI.

$$\text{HOMA-IR} = [\text{Insulina } \mu\text{UI/mL} * \text{Glucemia mg/dL}] / 405$$

Aun cuando no existe un valor normal para el HOMA-IR, en un estudio chileno se estableció como punto de corte 3,5, por encima del cual identificaban los pacientes con factores de riesgo asociados a RI, básicamente aquellos con síndrome metabólico.

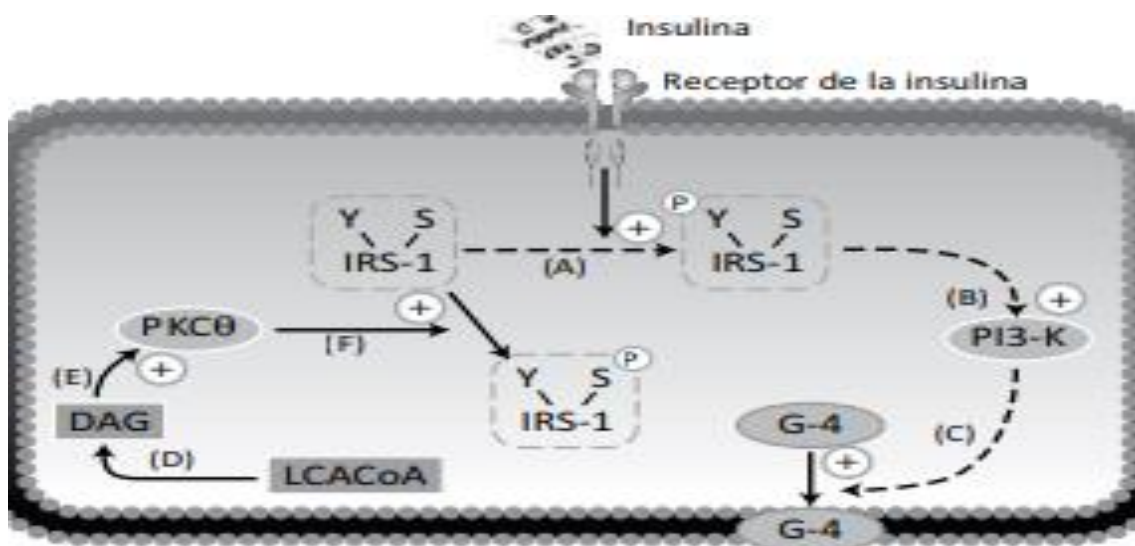
El adipocito parece orquestar todo el proceso; ésta es una célula que básicamente acumula ácidos grasos (AG) en forma de triglicéridos (TG) pero que, además, a través de múltiples señales, conocidas como adipocinas, puede influenciar otros órganos. Su capacidad de almacenamiento se ve limitada por su tamaño; al alcanzar ocho veces el mismo, no puede seguir almacenando AG, generando migración de éstos a órganos que en condiciones normales no lo hacen, como son el músculo esquelético (ME) y el hígado (Castillo, S.F).

El ME, es el principal órgano blanco de la insulina, ya que allí se deposita por efecto de la insulina el 80% de la glucosa circulante; la llegada de los AG bloquea las señales de la insulina, lo que lleva a RI en el tejido muscular esquelético.

La unión de la insulina a su receptor fosforila el sustrato del receptor de insulina 1 (IRS 1) en los aminoácidos tirosina, activando la vía de la fosfoinositol 3 clinasa (PI3-K), la cual a su vez activa la translocación de los transportadores de la glucosa, Glut-4, desde el citoplasma hasta la membrana celular, generando poros que permiten la entrada de la glucosa a la célula (Castillo, S.F).

Con la llegada de los AG libres (AGL) se activa el diacilglicerol (DAG) y posteriormente la proteína cinasa C; ésta a su vez fosforila el IRS, pero ya no en los aminoácidos tirosina sino en los aminoácidos serina como consecuencia de esto el IRS ya no queda disponible para la insulina, ocasionando la RI.

Figura N° 6 Mecanismo de Resistencia a la Insulina

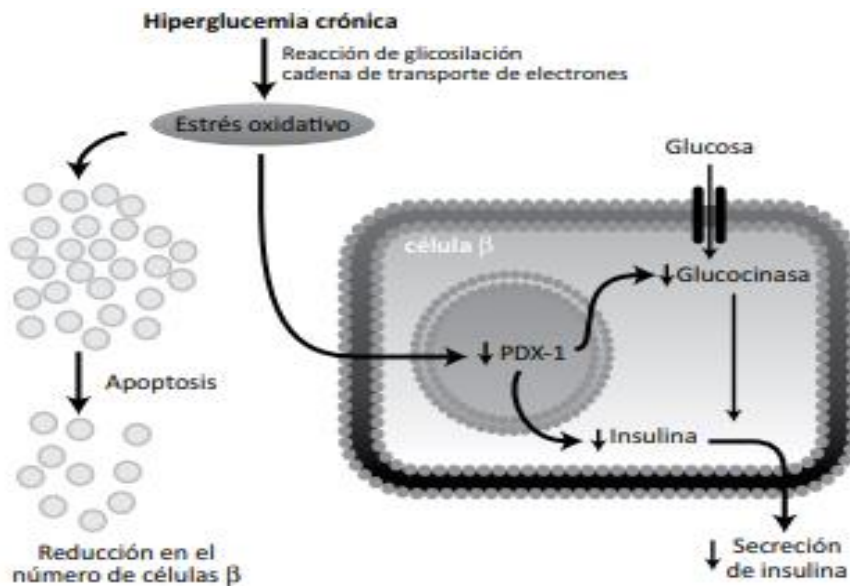


Fuente: Rizza,2010, citado por Castillo s.f.

Daño de la célula beta

Este proceso se asocia con una predisposición genética, de tal manera que no todos los individuos desarrollarán DM2, a pesar de presentar RI, el proceso del daño de la célula β tiene relación con la producción de estrés oxidativo, derivado de la oxidación de la glucosa (glicogenólisis) y de la oxidación de los AGL (beta oxidación). El estrés oxidativo disminuye factores de transcripción (expresados en páncreas y duodeno, de donde deriva su nombre, PDX-1) que ayudan a la reparación y regeneración de la célula β .

Figura N° 7 Mecanismo de la célula beta.



Es muy probable que el daño inicial sea más un efecto de lipotoxicidad, propia de la liberación de los AGL desde adipocitos resistentes a la insulina, pero que en la medida que avanza la enfermedad se perpetúa por la glucotoxicidad (Castillo, S.F).

Todo medicamento que disminuya la concentración de AGL o de glucosa, ayudará a preservar la función de la célula β .

Una de las “incretinas” de importancia en el origen de la DM2, es que incrementa la producción pancreática de insulina luego de la ingestión de comidas, por un mecanismo que involucra receptores en la célula β a través de la vía del AMP cíclico, y que es glucosa dependiente; es decir, sólo actúa en condiciones de hiperglucemia.

El riñón también juega un papel fundamental, no sólo porque es un órgano gluconeogénico, sino porque regula la pérdida de glucosa en estado de hiperglucemia.

A través de un transportador llamado SGLPT2, absorbe casi la totalidad de la glucosa filtrada; la inhibición de esta proteína augura un nuevo mecanismo para la regulación de la hiperglucemia, con la ventaja de que no aumenta de peso (Castillo, S.F).

Manifestaciones clínicas

Los síntomas principales de la DM son: poliuria, polidipsia, pérdida de peso, fatiga, debilidad, visión borrosa, infecciones superficiales frecuentes y mala cicatrización de las heridas. En la DM tipo 2: fatiga, mala cicatrización de heridas y parestesias.

Se deben obtener los antecedentes personales patológicos completos en con énfasis especial en el peso, el ejercicio, el tabaquismo, el consumo de alcohol, los antecedentes familiares de DM y los factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares.

En la exploración física se prestará atención al examen de la retina, la presión arterial ortostática, el examen de los pies, pulsos periféricos y sitios de inyección de la insulina (Harrison, 2016).

Diagnostico

La Asociación Americana de Diabetes (ADA, 2011) plantea los siguientes criterios para el diagnóstico de la DM.

-Glicemia en ayuno (GA) >126 mg/dl (7.0 mmol/L). El ayuno se define como ninguna ingesta calórica por lo menos 8 horas.

-Glicemia >200 mg/dl (11.1 mmol/L) a las 2 horas durante una prueba de tolerancia a la glucosa oral (PTGO). La prueba se debe realizar según lo descrito por la (OMS), usando una carga de glucosa que contiene el equivalente de 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua.

-En un paciente con síntomas clásicos de hiperglicemia o de crisis hiperglicémica, una glicemia al azar >200 mg/dl (11.1 mmol/L).

-En ausencia de una hiperglicemia inequívoca, el resultado debe ser confirmado mediante la repetición de la prueba.

Los síntomas de sed, poliuria, polifagia y pérdida de peso, junto con un nivel elevado de glicemia, son de diagnóstico.

En ausencia de síntomas, dos resultados anormales (es decir, dos niveles elevados en ayuno) o un resultado anormal PTGO, es diagnóstico. Sin embargo, PTGO se ve influenciada por muchos factores diferentes a la diabetes, como lo son la edad, la dieta, el estado de salud, trastornos gastrointestinales, algunos medicamentos y el estrés emocional.

El ADA (1997) propuso la medida de la glucosa en ayuno como los medios principales de diagnosticar el tipo de diabetes. La OMS (1998) hizo énfasis en la prueba de tolerancia a la glucosa oral como el “estándar de oro”, con los valores en ayuno y a los 120 minutos a ser tomados en consideración. Solamente cuando una PTGO no puede ser realizada el diagnóstico debe depender de los niveles en ayuno.

NOM-015-SSA2-2018 establece como diagnóstico de DM si se cumple cualquiera de los siguientes criterios: presencia de síntomas característicos o una glucemia plasmática casual > 200 mg/dl; glucemia plasmática en ayuno > 126 mg/dl; o bien glucemia plasmática >200 mg/dl a las dos horas después de una carga oral de 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua y prueba de HbA1c mayor o igual 6.5%.

Estos criterios se deben confirmar repitiendo la prueba en un día diferente. La HbA1c tiene limitaciones para el diagnóstico de la DMT-1; en caso de sospechar este diagnóstico es indispensable contar con una glicemia de ayuno o post-carga. Los prestadores que oferten la medición de la HbA1c deben usar un método reconocido por el "Programa Nacional de Estandarización de la Glicohemoglobina" (NGSP).

Las pruebas de tolerancia a la glucosa se deben realizar bajo condiciones controladas después de un ayuno durante la noche.

Para evitar los falsos positivos, los pacientes deben recibir una dieta sin restricción que contenga adecuado carbohidrato (>150 g diario) por tres días antes de la prueba.

La glucosa anhidra se disuelve en 300 ml de agua; saborizada con limón sin azúcar y enfriada para aumentar la palatabilidad y poder reducir las náuseas. El paciente debe estar sentado tranquilamente durante la prueba.

Se toma la muestra de glicemia antes (tiempo cero) y 120 minutos después de la ingestión de la bebida, la cual se debe ser terminada en 5 minutos.

El uro análisis también se puede realizar cada 30 minutos, aunque realmente es de interés solamente si se sospecha de una alteración significativa en el umbral renal de la glucosa.

Tabla No.8 Interpretación de la prueba de tolerancia a la glucosa

Resultado	En ayuno	120 min. Después de la ingesta
Normal	< 5.6	< 7.8
Glicemia alterada en ayunas	5.6 – 6.9	< 7.8
Tolerancia a glucosa alterada	6.1 – 6.9	7.8– 11.0
Diabetes mellitus	>7.0	>11.1

Fuente: Ghosh y Collier, 2014.

Preparación para el examen de sangre en ayuno

- El paciente debe abstenerse de consumir cualquier alimento o bebida desde la media noche anterior a la mañana de la prueba.
- Solamente se permite agua para la sed.
- La medicación regular, en general, se puede diferir asta tomar la muestra.
- La muestra se toma entre las 08:00 y 09:00 a.m.

Características clínicas y metabólicas de la DM tipo 2

- Presentación generalmente en la edad media o posteriormente.
- Es común la obesidad (presente en >75%).
- Síntomas a menudo leves, ausentes o no reconocidos.
- Deficiencia relativa más que absoluta de insulina.
- Resistencia a la insulina.
- Tratamiento con insulina requerido a menudo para mantener el control glicémico a largo plazo.
- Hipertensión y dislipidemia.
- Alto riesgo de complicaciones macro vascular- causa principal de la muerte prematura.

Factores de riesgo

- Factores genéticos en familiares de primer grado con diabetes.
- Inactividad física.
- Raza/etnia (estadounidenses de raza negra, de origen hispano y asiático, indios estadounidenses y originarios de las islas del pacifico).
- Hipertensión (presión arterial >140/90 mmhg).
- Síndrome de ovario poli quístico o acantosis nigricans.
- Antecedentes de vasculopatía

El síndrome metabólico (también conocido como síndrome de resistencia a la insulina o síndrome X) es un término que se utiliza para describir una variedad frecuente de trastornos metabólicos que comprenden la resistencia a la insulina (con o sin diabetes), hipertensión, dislipidemia, obesidad central o visceral y disfunción endotelial, y se asocia a enfermedades cardiovasculares aceleradas.

Tratamiento

El tratamiento de la diabetes incluye una dieta especial, ejercicio, educación y para la mayoría de los pacientes fármacos. Las complicaciones son menos probables cuando una persona con DM mantiene sus niveles de azúcar estrictamente controlados (Manual Merck, 2010, p. 1155).

El manejo de la dieta es muy importante en las personas que presentan ambos tipos de DM, se recomienda una dieta sana y equilibrada, esforzándose en mantener un peso saludable.

Las personas con DM2 que logran un peso saludable y lo mantienen pueden evitar el empleo de fármacos e insulinas. Por lo general se debe evitar consumir grasas saturadas, azúcares o periodos largos sin ingerir alimentos. De la misma manera, unos ejercicios apropiados pueden ser de gran ayuda para controlar el peso y mantener los niveles de azúcar sanguíneo dentro de rangos normales (Manual Merck, 2010, p. 1156).

La dificultad principal al tratar de controlar correctamente la concentración de azúcar en la sangre es la posibilidad de que los niveles disminuyan (hipoglucemia), para evitar una lesión grave y disminuir los síntomas, debe suministrarse con rapidez alguna forma de azúcar o glucosa (vaso de leche, agua azucarada, fruta, trozo de pastel). En situaciones más graves, puede ser necesaria la administración de glucosa por vía intravenosa.

Otro tratamiento para la hipoglucemia, incluye el uso de glucagón, puede inyectarse de forma intramuscular y estimula el hígado para que libere grandes cantidades de glucosa en pocos minutos.

La cetoacidosis diabética, se considera también una emergencia ya que puede causar coma y la muerte. Se suministran grandes cantidades de líquidos intravenosos (sodio, potasio, cloro, fosfato,) para sustituir los que se han perdido con la micción excesiva. (Manual Merck, 2010, p. 1156).

El tratamiento del coma hipoglucémico hiperosmolar no cetónico es similar al de la cetoacidosis diabética, se deben reponer los líquidos y electrolitos.

Antihiperglucemiantes orales

Los antihiperglucemiantes pueden, a menudo, disminuir los niveles de azúcar en la sangre en las personas con diabetes tipo 2. Sin embargo, no suelen ser efectivos en las que tienen diabetes tipo 1. Existen varias clases. Las sulfonilureas (por ejemplo, el gliburide) y las meglitinidas (por ejemplo, la repaglinida) estimulan el páncreas para que produzca más insulina (secreta gogos de la insulina).

Las biguanidas (por ejemplo, la metformina) y las tiazolidinedionas (por ejemplo, la rosiglitazona) no afectan a la liberación de insulina, pero aumentan la respuesta del organismo a ella (agentes sensibilizantes a la insulina). El médico puede prescribir uno de estos fármacos solos o en combinación con una sulfonilurea.

Algunos otros tipos de fármacos son los inhibidores de la glucosidasa, como la acarbosa, cuya acción es la de retrasar la absorción de la glucosa en el intestino (Manual Merck, 2010, p. 1158).

Fármacos

-Biguanidas: metformina dosis 2-3 diaria, acción prolongada de metformina dosis 1-2 diaria. Reacciones adversas: diarrea, aumento de la acidez de los fluidos corporales (poco común), insuficiencia hepática (común).

-Sulfonilureas: acetohexamida dosis 1-2 diaria, clorpropamida 1 diaria, glimepirida 1 diaria, glibizida 1-2 diaria, gliburida 1-2 diaria, gliburida necronizada 1-2 diaria, tolazamida 1-2 diaria, tolbutamida 1-2 diaria. Reacciones adversas: aumento de peso, bajada de sodio en la sangre (hiponatremia) con la clorpropamida.

-Meglitinidas: nateglinida dosis 3 diarias, repaglinida 3 diarias. Reacciones adversas: aumento de peso.

-Tiazolidinedionas: pioglitazona dosis 1 diaria, rosiglitazona 1-2 diaria. Reacciones adversas: aumento de peso, edema.

-Inhibidores de la glucosa: acarbosa dosis 1 diaria, miglitol 3 diarias. Reacciones adversas: diarrea, dolor abdominal, edema.

Terapia de sustitución con insulina

-Insulina de acción rápida (insulina cristalina): se utiliza con frecuencia cuando se requieren varias inyecciones diarias y se inyecta entre 15 y 20 minutos antes de las comidas o inmediatamente después de comer. Alcanza su máxima actividad en un periodo de entre 2 y 4 horas y su efecto dura de 6 a 8 horas.

-Insulina de acción intermedia (insulina zinc en suspensión, lenta o isofano): se utiliza por la mañana, para cubrir la primera parte del día o al atardecer para que aporte la cantidad necesaria durante la noche, tarda en actuar entre 1 y 3 horas, alcanza su máxima actividad entre 6 y 10 horas después y su efecto dura de 18 a 26 horas.

-Insulina de acción prolongada (insulina zinc en suspensión de acción prolongada, ultra lenta o glargina) tiene un efecto muy reducido durante mas o menos 6 horas, pero proporciona cobertura durante un período de entre 28 y 36 horas (Manual Merck, 2010, p. 1157).

La insulina no debe exponerse a temperaturas extremas.

La elección de insulina es compleja. Se deben considerar los siguientes factores:

-Lo dispuesta y capacitada que este la persona para supervisar los niveles de azúcar en la sangre y ajustar la dosis de insulina.

-La manera en que varíen las actividades diarias de cada persona.

-La fiabilidad de los conocimientos que tenga la persona sobre su enfermedad.

-La estabilidad de los niveles de azúcar en la sangre durante el día y de un día para otro.

Se debe cambiar los lugares en donde se aplica la insulina como por ejemplo (muslo un día, estomago otro, y un brazo otro) para evitar reacciones alérgicas o depósitos de grasa haciendo que la piel se vuelva grumosa (Manual Merck, 2010, p. 1159).

Complicaciones crónicas de la DM:

Complicaciones a largo plazo

-Vasos sanguíneos: La placa aterosclerótica se desarrolla y obstruye las arterias grandes o medianas localizadas en el corazón, el cerebro, las piernas y el pene. Las paredes de los vasos sanguíneos pequeños se lesionan de tal forma que no transfieren el oxígeno de forma normal y puede producirse una pequeña fuga. Complicaciones: la mala circulación produce una cicatrización deficiente de las heridas y puede dar lugar a enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, gangrena en los pies y manos, disfunción eréctil e infecciones.

-Oftalmológicas: Los pequeños vasos sanguíneos de la retina se lesionan. Complicaciones: disminución de la visión, retinopatía diabética no proliferativa o proliferativa, edema macular, glaucoma y cataratas, finalmente ceguera.

-Renales: Los vasos sanguíneos en el riñón se vuelven más gruesos, la proteína se escapa en la orina y la sangre no se filtra normalmente. Complicaciones: el funcionamiento renal deficiente, insuficiencia renal (Manual Merck, 2010, p. 1152).

-Nervios: Los nervios también se lesionan porque la glucosa no se metaboliza normalmente y porque el aporte de sangre es inadecuado. Complicaciones: debilidad repentina o gradual en una pierna, reducción en las sensaciones, hormigueo, dolor en las manos y los pies, daño crónico en los nervios.

-Sistema nervioso central: Los nervios que controlan la presión arterial y los procesos digestivos se lesionan. Complicaciones, oscilaciones de la presión arterial, dificultades en

la deglución y alteración de la función digestiva, con episodios de diarrea y estreñimiento (Manual Merck, 2010, p. 1152).

-Piel: El insuficiente aporte de sangre a la piel y la pérdida de sensibilidad dan lugar a traumatismos repetidos. Complicaciones, llagas, infecciones profundas (úlceras diabéticas), mala cicatrización.

-Sangre: La función de los glóbulos blancos en la sangre se altera. Complicaciones, aumento de la susceptibilidad a las infecciones, especialmente en las vías urinarias y en la piel.

-Tejido conectivo: La glucosa no se metaboliza normalmente, por lo que los tejidos aumentan o disminuyen de grosor. Complicaciones: síndrome del túnel carpiano, contractura de Dupuytren.

-Dental: enfermedad periodontal (Manual Merck, 2010, p. 1152).

Complicaciones a corto plazo:

-Hiperglucemia (coma cetoacidótico, coma hiperosmolar).

-Hipoglucemia.

Integración de la teoría de Orem a la persona con diabetes mellitus

Orem propone que la enfermera debe visualizar a la persona como un ser pensante capaz de realizar esfuerzos en beneficio de su propia persona, por tanto, el rol de la enfermera es ayudar a la persona a potenciar su autocuidado, en este caso, se dirige a mantenerse estable, modificar estilos de vida no saludables e identificar datos de alarma, como ella los llama requisitos de autocuidado del desarrollo o de desviación de la salud.

Previo a su implementación la enfermera debe hacer una valoración integral a fin de detectar los requisitos de autocuidado universal, y una vez detectadas ayudar a la persona a conocer sus demandas de autocuidado terapéutico y promover que sean ellos quienes cubran dichas demandas, lo anterior se vuelve imprescindible cuando se trata de un paciente ambulatorio, en quien debemos enseñar una serie de aspectos básicos para el control de su enfermedad con el tiempo limitado para la atención, sin embargo también permite a la enfermera evaluar en la siguiente visita de control el impacto de las intervenciones.

VI. RESUMEN CASO CLINICO

CASO CLINICO

Nombre: JCG

Edad: 60 años

Sexo: Hombre

Nacionalidad: Mexicana

Religión: Católica

Estado civil: Casado

Nivel de escolaridad: Técnico superior en administración

Alergias: Negadas

Antecedentes Heredo- Familiares: Diabetes Mellitus tipo 2 en el padre, abuela paterna y hermano, hermana con epilepsia, consumo de alcohol en la familia.

Antecedentes Personales No Patológicos: Se dedica a labores del hogar, ya que hace poco se pensiono, vive con su esposa y sus tres hijos de 36, 31, y 25 años y sus dos nietos de 14 y 7 años, su vivienda cuenta con todos los servicios básicos, espacio suficiente (niega hacinamiento), condiciones de iluminación y ventilación adecuadas.

Antecedentes Personales Patológicos: Padece DM II desde los 45 años tratada con metformina sitagliptina 850 Mg 1 por la mañana y 1 por la noche, insulina mix por la mañana 50 UI y por la noche 25 UI, no tiene un buen control de su padecimiento, operación colecistectomía a los 40 años, inicio de alcoholismo a los 20 años llegando a la embriaguez, desde hace 5 años disminuye alcoholismo actualmente su patrón de consumo es de aproximadamente cada dos meses al decir del paciente moderadamente, tabaquismo suspendido a los 40 años, actualmente no padece de alguna otra enfermedad.

6.1 VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

Se realiza valoración en el domicilio del paciente

Patrón percepción/Manejo de salud:

El paciente percibe que su salud no es muy buena, porque se encuentra cansado la mayor parte del tiempo, refiere que las medidas que toma para el control de sus padecimientos (enfermedades crónico degenerativas) es tomar sus medicamentos a tiempo y acudir a sus citas de control. Su salud mental es óptima ya que expresa sentirse bien sentimentalmente. En el aspecto económico se mantiene estable ya que cuenta con el apoyo por parte de su pensión, el cual le permite solventar sus gastos junto con su familia. Refiere cuidar su higiene personal (realiza baño diario), se observa en adecuadas condiciones de higiene y aliño, no realiza actividades físicas, esquema de vacunación completo. Cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, tiene dos mascotas que permanecen en un área especial, adecuadas condiciones de higiene de la vivienda, no hacinamiento.

Patrón nutricional-metabólico:

Patrón de alimentación 3 comidas al día, sin colaciones, sus alimentos integran el consumo de huevo, leche, carne roja 2 veces por semana, pollo o pescado una vez por semana; pan, galletas, como endulzante usa splenda, consume refrescos en la comida principal y chocolates.

Al interrogatorio niega náuseas o vómito, A la exploración física, peso: 105 Kg talla: 1.82 cm presenta obesidad (IMC 31.69), mucosas y piel bien hidratadas; sin presencia de edema, con presencia de angiomas y verrugas localizadas, cabello limpio, ausencia de pediculosis o pitiriasis; mucosas bien hidratadas. Los brazos se encuentran con máculas por envejecimiento. Así como presencia de várices en extremidades inferiores. Temperatura axilar 36.5c°, glicemia en ayuno es de 140 mmgd/l, paciente presenta dificultades para seguir el régimen dietético, antecedentes de gastritis sin tratamiento.

Patrón Eliminación:

Niega problemas para miccionar, sin antecedentes de cálculos renales, edema, lesiones en los nervios sensitivos o motores, signo de giordano negativo.

Niega síntomas estomacales, patrón de eliminación diario, evacuaciones de características normales, ocasionalmente presenta flatulencias. A la exploración física con presencia de cicatriz quirúrgica en área abdominal del lado derecho por retiro colecistectomía, se auscultan sonidos intestinales presentes y normales, el abdomen se encuentra globoso; a la palpación abdomen no doloroso sin masas presentes; a la percusión sonido timpánico en fosas iliacas e hipogastrio.

Patrón actividad ejercicio:

TA: 120/80 mmHg; FC: 69x min, a la auscultación de campos pulmonares sin fenómenos agregados; FR: 20x min´, respiración simétrica con relación al abdomen, poco profunda, sin presencia de disnea, ni tampoco presencia de aleteo nasal, Spo2: 97%.

El tórax anterior y posterior se encuentran simétricos, complexión endomórfica, areolas y pezones a la misma altura, sin datos de lesiones o hematomas, a la auscultación cardíaca sin alteraciones, exploración de miembros inferiores pulsos periféricos presentes y normales; con presencia de várices, refiere irritación, pesadez, ardor y comezón en ambas piernas, fuerza y tono normales. Pies íntegros, sin alteraciones en la sensibilidad, uñas cortas íntegras sin micosis, región plantar íntegra.

Se refiere cansado sin interés para la actividad física.

Patrón sueño y descanso:

No utiliza farmacología para poder apoyarse para su sueño, descansa 6 horas diarias, toma siestas por la tarde aproximadamente de 1 a 2hrs, refiere dificultad para conciliar el sueño por problemas familiares y situaciones diversas que no detalla, además de pesadillas.

Patrón cognitivo perceptual:

Consciente, orientado, sin problemas en la memoria reciente y tardía, su atención central. Se observa un poco cansado, y somnoliento refiere que porque tuvo una noche algo pesada ya que no pudo dormir a causa de pesadillas y porque su hija no se encontraba en su casa, normalmente no se le dificulta tomar decisiones, no se perciben problemas de lenguaje ni concentración, niega depresión, refiere sentirse bien, no refiere tener miedo a morir, tiene astigmatismo usa lentes para corregirlo. Sin otras anormalidades sensoriales, cognitivas y perceptuales, presenta dolor de 6 en escala de EVA en rodilla derecha por accidente automovilístico sufrido hace 24 años el cual le causo lesión de derrame de líquido sinovial

que se exagera con los cambios de clima no toma medicamento para el control del dolor y probable artrosis, refiere irritación, pesadez, ardor y comezón en ambas extremidades inferiores.

Patrón autopercepción:

Se reconoce como una persona fuerte, que sabe afrontar los problemas, refiere que se siente tranquilo, cómodo, respecto a su imagen corporal, acepta que está un poco pasado de peso, pero no se siente mal con eso.

Patrón rol relaciones:

El pasado 26 de enero del 2021 perdió a su suegra que la apreciaba como si fuera su madre a causa de COVID, pero ya está aceptando la perdida con buena actitud, ya que se apoyan entre toda su familia para poder superarlo, todos colaboran en las labores de la casa; los hijos mayores aportan económicamente; ante problemas que se presentan tratan de resolverlos con el diálogo; niega problemas de violencia o de otra índole y no se perciben.

Patrón sexual/reproducción:

Refiere que cuenta con una vida sexual activa, y satisfacción en sus relaciones sexuales, las precauciones que toma para prevenir enfermedades de transmisión sexual es tener relaciones solamente con su pareja, el comienzo de su vida sexual activa fue a los 18 años.

Patrón adaptación tolerancia al estrés:

Refiere no tener ningún problema con su familia, se considera una persona tranquila.

Patrón valores y creencias:

Es católico, todas las noches le piden a dios por su salud y la de su familia.

6.2 PLAN DE LOS CUIDADOS

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón: Cognitivo-perceptual</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>-Se observa con presencia de edema en rodilla derecha.</p> <p>Datos Subjetivos:</p> <p>-Paciente refiere dolor en rodilla derecha por accidente automovilístico sufrido hace 24 años. 6 es escala de EVA.</p>	<p>Dominio: 12. Confort</p> <p>Clase: 1. Confort físico sensación de bienestar, alivio y/o ausencia de dolor.</p> <p>Definición diagnóstica: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos, de inicio súbito o lento, de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente, sin un final previsible y una duración mayor de 6 meses.</p> <p>Etiqueta diagnóstica: [00133] Dolor crónico</p> <p>Factor relacionado:</p> <p>-Afección relacionada con pos traumatismo</p> <p>Características definitorias:</p> <p>-Auto informe de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas de valoración del dolor.</p> <p>-Expresión facial de dolor.</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio: (IV) Conocimiento y conducta de salud.	Clase: (Q) Conducta de salud.		
		Criterio de resultado: [1605] Control del dolor [02102] Nivel del dolor			
		Indicador:	Puntuación inicial:	Puntuación Diana:	
-160502 Reconoce el comienzo del dolor.	3	5			
-160501 Reconoce los factores causales.	3	5			
-160504 Utiliza medidas de alivio no analgésicas.	3	5			
-210201 Dolor referido	3	4			

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 1. Fisiológico: básico (cuidados que apoyan el funcionamiento físico).</p> <p>Clase: E. Fomento de la comodidad física.</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>[1400] Manejo del dolor: alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>-Explorar con el paciente los factores que alivian/ empeoran el dolor.</p> <p>-Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (p.ej; relajación muscular, aplicación de calor/frío y masajes) antes y después de que se produzca el dolor.</p>	<p>-Para la selección de los métodos no farmacológicos debemos basarnos en las preferencias del paciente, así como en los objetivos del tratamiento (Gómez A, 2013).</p> <p>-Se deben establecer estrategias específicas con una eficacia reconocida para cierto tipo de dolor como son la aplicación superficial de calor o frío, masajes, relajación, visualización, y presión o vibración, salvo contraindicaciones (aplicación de frío contribuye a disminuir la inflamación y el dolor, p ej; esguinces, bursitis, rotura muscular, aplicación de calor contribuye aliviar el dolor y los espasmos musculares p ej; contracturas)(Ruiz M, 2013)</p>	<p>Criterio de resultado: [1605] Control del dolor [02102] Nivel del dolor</p>	
			<p>Indicador (es)</p>
		<p>-160502 Reconoce el comienzo del dolor.</p>	<p>5</p>
		<p>-160501 Reconoce los factores causales.</p>	<p>5</p>
<p>-160504 Utiliza medidas de alivio no analgésicas.</p>	<p>5</p>		
<p>-210201 Dolor referido</p>	<p>3</p>		

*Se puntuará cada indicador en escala de 1 | 5 recomendaciones de las Guía de práctica clínica

** GPC: Se pueden integrar

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
Patrón: Nutricional-metabólico Datos objetivos: -Glicemia 140 mmgdl. -Dieta inadecuada en calidad y cantidad. -Obesidad. Datos Subjetivos: Manifiesta dificultad para el apego al régimen dietético	Dominio: 2 Nutrición Clase: 4 Metabolismo Definición diagnóstica: Susceptible de variación de los niveles séricos de glucosa fuera de los niveles normales, que puede comprometer la salud. Etiqueta diagnóstica: [00179] Riesgo de nivel de Glucemia inestable Factor relacionado: -No adherencia al plan de gestión de la diabetes.	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
		Dominio: (IV) Conocimiento y conducta de salud.	Clase: (S) Conocimientos sobre la salud.	
		Criterio de resultado: [1820] Conocimiento: control de la diabetes.		
		Indicador:	Puntuación inicial:	Puntuación Diana:
-182002 papel de la dieta en el control de la glucemia	1	3		
-182005 papel del ejercicio en el control de la glucemia	1	3		
-182006 Hiperglucemia y síntomas relacionados	1	3		

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 3. Conductual (cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida).</p> <p>Clase: S. Educación de los pacientes</p> <p>INTERVENCION: [5602] Enseñanza proceso de enfermedad</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> -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 la fisiología. -Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de la enfermedad. 	<p>La educación terapéutica según la (OMS), comprende “el conjunto de actividades educativas esenciales para la gestión de las enfermedades crónicas, llevadas a cabo por los profesionales de la salud formados en el campo de la educación, creadas para ayudar al paciente o grupos de pacientes y familiares a realizar su tratamiento y prevenir las complicaciones evitables, mientras se mantiene o mejora la calidad de vida” (OMS 1998).</p> <p>La Diabetes se debe tratar como un proceso con el que se facilita al paciente y a su familia el aprendizaje de las habilidades y conocimientos necesarios para asumir una actitud adecuada frente a su enfermedad, potenciando los autocuidados, así como el apoyo necesario para que puedan formar parte activa del tratamiento (González V, 2012).</p>	<p>Criterio de resultado: [1820] Conocimiento: control de la diabetes.</p>	
<p>Indicador (es)</p>	<p>Puntuación final</p>		
<p>-182002 papel de la dieta en el control de la glucemia</p>	<p>3</p>		
<p>-182005 papel del ejercicio en el control de la glucemia</p>	<p>3</p>		
<p>-182006 Hiperglucemia y síntomas relacionados</p>	<p>3</p>		

Se puntuará cada indicador en escala de 1 | 5 ** GPC: Se pueden integrar recomendaciones de las Guía de práctica clínica

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es):</p> <p>Promoción de la salud Nutricional-metabólico</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>-IMC de 31</p> <p>-Dieta inadecuada en calidad y cantidad</p> <p>Datos Subjetivos:</p> <p>-Paciente no manifiesta tener interés en actividades físicas</p> <p>-Paciente manifiesta dificultades para seguir el régimen dietético.</p>	<p>Dominio: 2 Nutrición</p> <p>Clase: 1 Toma de conciencia de la salud. 2 Ingestión</p> <p>Definición: Problema en el cual un individuo acumula un nivel excesivo de grasa para su edad y sexo, que excede los niveles de sobrepeso</p> <p>Etiqueta diagnóstica: (00232) Obesidad</p> <p>Factor relacionado: Ingesta excesiva en relación a las necesidades metabólicas</p> <p>Características definitorias:</p> <p>Índice de masa corporal >30 kg/m2.</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		[1627] Conducta de pérdida de peso			
		Dominio: (IV) Conocimiento y conducta de la salud	Clase: (Q) Conducta de salud		
		Indicador (es)	Puntuación inicial	Puntuación Diana*	
-162705 Controla la ración de alimentos.	1	3			
-162712 Utiliza estrategias de modificación de la conducta.	1	3			
-162714 Evita la ingesta de alimentos y líquidos muy calóricos	1	3			

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 1 Fisiológico: básico (cuidados que apoyan el funcionamiento físico)</p> <p>Clase: (D) Apoyo nutricional.</p> <p>INTERVENCIÓN: [5246] Asesoramiento nutricional: Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>-Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud (p. ej., pérdida de peso, ganancia de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos), si es necesario, etc.</p> <p>-Ayudar al paciente a considerar los factores de edad, estado de crecimiento y desarrollo, experiencias alimentarias pasadas, lesiones, enfermedades, cultura y economía en la planificación de las formas de cumplir con las necesidades nutricionales.</p> <p>-Revisar con el paciente la medición de ingesta y eliminación de líquidos, valores de hemoglobina, lecturas de presión arterial</p>	<p>El manejo inicial de los pacientes que se pueden beneficiar de una pérdida de peso es una intervención en el estilo de vida: una combinación de dieta, ejercicio y de modificaciones conductuales. El componente conductual facilita el apego a la dieta y al ejercicio. Incluye el auto control de la ingesta de alimentos, la actividad física y el peso corporal (SSA,2018)</p>	<p>Criterio de resultado: [1627] Conducta de pérdida de peso</p>	
	<p>Indicador (es)</p>	<p>Puntuación final</p>	
	<p>-162705 Controla la ración de alimentos.</p>	<p>1</p>	
	<p>-162712 Utiliza estrategias de modificación de la conducta.</p>	<p>1</p>	
<p>Una revisión sistemática identificar barreras para lograr cambios conductuales y para identificar predictores de adherencia a programas de intervención en el estilo de vida en pacientes con sobrepeso y obesidad encontró que las barreras más comunes para lograr cambios conductuales son: • pobre motivación, • presión social, del entorno y de la sociedad, • falta de tiempo, • limitaciones de salud y físicas, • pensamientos negativos, • restricciones socioeconómicas, • pobre conocimiento de la enfermedad • no disfrutar del ejercicio (SSA,</p>	<p>-162714 Evita la ingesta de alimentos y líquidos muy calóricos.</p>	<p>1</p> <p>En la próxima valoración se evaluará el nivel de cumplimiento de los indicadores ya que su medición no es inmediata</p>	

<p>o ganancias y pérdidas de peso, según corresponda.</p> <p>(1280) Ayuda para disminuir el peso: Facilitar la pérdida de peso corporal y/o grasa corporal.</p> <p>-Animar al paciente a comer frutas, verduras, cereales integrales, leche y productos lácteos desnatados o semidesnatados, carnes magras, pescado, legumbres, huevos y carne.</p> <p>-Aconsejar la actividad en casa mientras se realizan las tareas domésticas y encontrar formas de moverse durante las actividades diarias.</p> <p>-Establecer un plan realista con el paciente que incluya la disminución de la ingesta de alimentos y el aumento del gasto de energía.</p>	<p>Se recomienda promover programas de cambios en el estilo de vida que incluyan actividad física, educación nutricional y tratamiento cognitivo conductual.</p> <p>El porcentaje de la pérdida de peso está directamente relacionado con la diferencia entre el consumo de energía del individuo y los requerimientos de energía. El reducir la ingesta de calorías por debajo del gasto resulta en un porcentaje inicial predecible de pérdida de peso que está directamente relacionado con el déficit energético (SSA,2018).</p>		
---	--	--	--

*Se puntuará cada indicador en escala de 1 al 5
recomendaciones de las Guía de práctica clínica

** GPC: Se pueden integrar

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es): Actividad/ reposo</p> <p>Datos objetivos: -Se observa al paciente con cansancio.</p> <p>Datos Subjetivos: -Paciente refiere no poder conciliar el sueño por preocupaciones y pesadillas. -Toma siestas</p>	<p>Dominio: 4 Actividad/ reposo</p> <p>Clase: 1 Patrón de sueño</p> <p>Etiqueta diagnóstica: (00095) Deterioro del patrón de sueño</p> <p>Definición: Estado en el que la persona presenta una desorganización de la cantidad y calidad de las horas de sueño que origina malestar o interfiere en el estilo de vida deseado.</p> <p>Factor Relacionado: Ansiedad</p> <p>Características definitorias: Deterioro auto inducido del patrón normal (toma siestas), tarda más de 30 minutos en conciliar el sueño,</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio: (I) Salud funcional	Clase: (A) Mantenimiento de la energía		
		Criterio de resultado: [0004] Sueño			
		Indicador (es)	Puntuación inicial	Puntuación Diana*	
		-000421 Dificultad para conciliar el sueño	3	5	
-000406 Sueño interrumpido	3	5			
-000422 Pesadillas	3	5			

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 1 Fisiológico: básico (cuidados que apoyan el funcionamiento físico)</p> <p>Clase: (F) Facilidad del autocuidado</p> <p>INTERVENCION: [1850] Mejorar el sueño: Facilitar ciclos regulares de sueño/ vigilia.</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>-Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.</p> <p>-Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular auto génica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.</p> <p>-Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día- noche normales.</p>	<p>-Se recomienda, antes de irse a la cama una actividad relajante, como beber un vaso de leche caliente y explicar que se deberá intentar dormir siempre en el mismo horario (Baidés Raquel, 2019)</p> <p>-Practicar técnicas de relajación como: meditación, respiración profunda, yoga, leer el libro que más le guste, escuchar música tranquila o escribir en un diario (Association American Diabetes S.F).</p> <p>-Se recomienda mantener habitación tranquila, sin ruidos y poca luz (Baidés Raquel, 2019).</p>	<p>Criterio de resultado: [0004] Sueño</p>	
		<p>Indicador (es)</p>	<p>Puntuación Final</p>
		<p>-000421 Dificultad para conciliar el sueño</p> <p>-000406 Sueño interrumpido</p> <p>-000422 Pesadillas</p>	<p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>-Pendiente el cumplimiento hasta la siguiente valoración (2 meses)</p>

*Se puntuará cada indicador en escala de 1 al 5 recomendaciones de las Guía de práctica clínica

** GPC: Se pueden integrar

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón: Actividad/ Reposo</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>-Se observa al paciente con deficiencia del torrente sanguíneo en ambas extremidades (várices).</p> <p>-Diabetes mellitus</p> <p>Datos Subjetivos:</p> <p>-El paciente refiere irritación, pesadez, ardor y comezón en ambas piernas.</p> <p>-Sedentarismo</p>	<p>Dominio: 4. Actividad/ Reposo</p> <p>Clase: 4. Respuestas cardiovasculares/ pulmonares.</p> <p>Definición: Es el estado en que un individuo presenta una reducción de la concentración de oxígeno y por consiguiente del metabolismo celular, debido a un déficit en el aporte sanguíneo capilar.</p> <p>Etiqueta diagnóstica: [00204] Perfusión tisular periférica ineficaz</p> <p>Factor relacionado:</p> <p>-Conocimiento insuficiente sobre factores agravantes (p. ej; tabaquismo, estilo de vida sedentario, traumatismos, obesidad, ingesta de sal).</p> <p>-DM</p> <p>Características definitorias:</p> <p>-Dolor en las extremidades.</p> <p>-Parestesias miembros inferiores.</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
		Dominio: (II) Salud fisiológica	Clase: (E) Cardiopulmonar	
		Criterio de resultado: [0407] Perfusión tisular: periférica		
		Indicador	Puntuación inicial	Puntuación Diana
-040713 Dolor localizado en extremidades.	3	5		
-040748 Parestesia	3	5		

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 2. Fisiológico: complejo (cuidados que apoyan la regulación homeostática)</p> <p>Clase: N. Control de la perfusión tisular.</p> <p>INTERVENCION: - [4070] Precauciones circulatorias: Protección de una zona localizada con limitación de la perfusión.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>-Realizar una exhaustiva valoración de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de la extremidad).</p> <p>-Mantener una hidratación adecuada para disminuir la viscosidad de la sangre.</p> <p>-Instruir al paciente acerca del cuidado de uñas y pies.</p> <p>-Observar las extremidades para ver si hay calor, enrojecimiento, dolor o edema.</p>	<p>- La enfermedad arterial oclusiva de extremidades inferiores incluye la claudicación intermitente, la ausencia de pulsos, la frialdad de extremidades, luego los cambios tróficos de la piel hasta llegar al dolor de reposo y la aparición de necrosis, implica derivación inmediata u hospitalización por la amenaza inminente de pérdida de la extremidad (Julio R. 2009).</p> <p>-El agua forma parte del proceso para la digestión, de la excreción, protege estructuras y articulaciones, transporta nutrientes y elimina sustancias de desechos tóxicos, además regula la temperatura corporal mediante el sudor. La hiperglucemia aumenta la eliminación de glucosa por la orina, incrementando el riesgo de deshidratación (Murillo S, S.F).</p>	<p>Criterio de resultado: [0407] Perfusión tisular: periférica</p>	<p>Indicador (es)</p>
		<p>Puntuación final</p>	
		<p>-040713 Dolor localizado en extremidades.</p>	<p>3</p>
		<p>-040748 Parestesia</p>	<p>3</p>
			<p>- Reevaluación en 2 meses</p>

*Se puntuará cada indicador en escala de 1 al 5
recomendaciones de las Guía de práctica clínica

** GPC: Se pueden integrar

VII. PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA

NOMBRE DEL (A) PACIENTE: JCG

EDAD: 60 SEXO: Masculino

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Diabetes Mellitus Tipo 2

FECHA DE ELABORACIÓN: 16 de agosto 2021

ASPECTO A DESARROLLAR	RECOMENDACIONES
COMUNICACIÓN (Nombre de la Institución o persona a quien acudir o llamar en caso de urgencia)	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado S.L.P En caso de emergencia comunicarse con su esposa Rosa Martha Reyna (4444151270)
URGENTE (Identificación de signos de alarma o recaída)	En caso de presentar estos signos de alarma relacionados con complicaciones a corto plazo de la diabetes (hipo/hiperglucemia): -Polidipsia. -Xerostomía. -Temblor. -Diaforesis. -Temperatura. -Polifagia. -Aliento afrutado. -Taquicardia. -Pérdida de peso. -Poliuria. -Visión borrosa. -Nausea o vomito. -Taquipnea. -Confusión o pérdida del conocimiento. Acudir con urgencia a su unidad médica.
INFORMACIÓN (Conocimiento de su enfermedad y medidas de control)	La diabetes es una enfermedad crónica que puede provocar complicaciones serias, incluidas enfermedades del corazón, fallo renal, ceguera y daño a los nervios por ello se realizan programas de crónico degenerativo para la atención del paciente con hipertensión y DM, en donde se incluye la terapia nutricional. Las complicaciones a corto plazo incluyen la Hipoglucemia e Hiperglucemia, su control está relacionada al apego al tratamiento farmacológico, control dietético, ejercicio y medición de la glucosa frecuente.
DIETA (Información relativa a la nutrición)	DESAYUNO: café o té sin azúcar o usar esplenda -un vaso de jugo de naranja, huevo a la mexicana, 2 tortillas de maíz, medio plato de frijoles.

	<p>-dos mandarinas, un vaso de jugo de zanahoria, enfrijoladas con queso panela.</p> <p>-dos quesadillas, un vaso de jugo de naranja, medio plato de frijoles.</p> <p>-1 sándwich jamón bajo en sales con pan integral, un vaso de leche descremada.</p> <p>COLACIÓN:</p> <p>-una manzana mediana.</p> <p>-un plato de papaya 4 galletas de salvado.</p> <p>-una pera mediana.</p> <p>-3 guayabas, 3 galletas marías.</p> <p>COMIDA:</p> <p>-un plato de sopa de lentejas, un plato de ensalada de atún en agua, galletas saladas.</p> <p>-un plato de arroz guisado, un filete de pescado empapelado, ensalada de lechuga y pepino, usar un jitomate entero una manzana.</p> <p>-un plato de sopa de pasta, una pechuga de pollo en salsa de espinaca, un plato de chayote al vapor, una tortilla de maíz.</p> <p>-un plato de arroz blanco, un plato de tinga de pollo, una tortilla de maíz, un plato de frijoles de la olla.</p> <p>-un plato de pasta con vegetales, un filete de res asado, un plato de lentejas.</p> <p>COLACIÓN:</p> <p>-tres tazas de palomitas.</p> <p>-5 galletas cracker con 40 grs de queso.</p> <p>CENA:</p> <p>-plato de papaya picada, un vaso de leche, un plato de cereal alto en fibra.</p> <p>-un yogurt light, una taza de fresas o un plátano, un plato de cereal alto en fibra.</p> <p>-un vaso de leche, una quesadilla de queso panela, un plato de melón picado.</p> <p>- un plato de fruta, una rebanada de pan integral con mantequilla.</p>
<p>AMBIENTE (Recomendaciones de mejora del entorno familiar, laboral y social)</p>	<p>-Realizar actividades físicas para disminuir el estrés, y tener una mejor convivencia tanto en lo familiar, laboral y social, ya que al realizar ejercicio reduce los índices de glicemia.</p> <p>-Evitar consumir bebidas embriagantes para mejorar el entorno familiar.</p>
<p>RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE (Prácticas recreativas saludables)</p>	<p>-Caminar por lo menos 30 min diarios</p> <p>-Natación 1 hora dos veces por semana</p>

MEDICAMENTO TRATAMIENTO FACRMACOLÓGICO	Y NO	Tratamiento Farmacológico: -Metformina /sitagliptina 850 Mg /50 mg tomar 1 por la mañana y 1 por la noche. -Insulina mix por la mañana 50 UI y por la noche 25 UI Rotar las partes en donde se puede aplicar (Deltoides, vasto externo de la pierna, región peri umbilical); no realizar alguna actividad física sin antes haber ingerido algún alimento después de aplicarse la insulina. Tratamiento no Farmacológico: Compresas de agua fría o caliente para la disminución de dolor y edema en rodilla derecha.
ESPIRITUALIDAD (Orientarlo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ser de ayuda en este aspecto)		Acudir al templo cada que tenga necesidad de sentirse tranquilo espiritualmente.

VIII. CONCLUSIONES

-Mediante la aplicación del proceso cuidado enfermero fue posible valorar de forma integral al paciente y a su vez llevar a cabo intervenciones dirigidas principalmente a la promoción de la salud obteniendo resultados favorables cuyo impacto podrá medirse en el mediano plazo, por lo que se trabajó con el paciente el compromiso de desarrollar habilidades de protección y autocuidado.

-La diabetes mellitus es una condición que genera altos niveles de discapacidad en quien la padece, en la medida en que las personas afectadas reciban educación oportuna y completa para prevenir o retardar complicaciones a corto y largo plazo será posible mejorar su calidad de vida, en ese sentido, destaca la figura de enfermería como promotora del autocuidado.

-Para la disciplina de enfermería es imprescindible avanzar en la implementación de las teorías o modelos en enfermería en la práctica del cuidado de las personas usuarias de nuestros servicios, ello constituye un desafío para el desarrollo de la profesión.

-El trabajo aquí presentado ha sido un reto personal y profesional que me ha dejado una gran satisfacción y un enorme compromiso con la mejora continua en el cuidado de mis pacientes.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Avalos Torres E, Silé Rojas V, Roche Molina H, y Gómez Rodriguez J, (2007). Diagnóstico de Enfermería. Evolución histórica y diagnósticos más frecuentes en afecciones cardiovasculares. julio, 2021, de Portales médicos.com disponible en: <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/838/1/Diagnostico-de-Enfermeria-Evolucion-historica-y-diagnosticos-mas-frecuentes-en-afecciones-cardiovasculares.html>.
- Alfaro Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Guía práctica. 3ª ed. Barcelona: Doyma; 1996.
- Álvarez Suarez J., Del Castillo Arévalo F., Fernández Fidalgo D. y Muñoz Meléndez M. (2010). Manual de Valoración de Patrones Funcionales. Servicios de Salud Principado de Asturias. Consultado el 31 de Julio de 2021; Disponible en: <https://www.uv.mx/personal/gralopez/files/2016/02/MANUAL-VALORACION-NOV-2010.pdf>.
- Amaro Cano, M. (2004). Historia Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. Ciudad de la habana. Revista cubana enfermería v.20 n.3.
- Amparo Gonzalez, RN, James Rosenzweig, M.D., Guillermo Umpierrez, M.D. (2012). Auto control de la glucosa en sangre. Consultado el 03 de septiembre de 2021; de Hormone Health Network Disponible en: <https://www.hormone.org/pacientes-y-cuidadores/autocontrol-de-la-glucosa-en-la-sangre>.
- Baidés Raquel, Noriega Sara, Inclán Alicia. (2019). Enfermería y Tratamiento no Farmacológico para el Manejo del Insomnio. Enfermería Global. Consultado el 19 de agosto de 2021; Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n54/1695-6141-eg-18-54-512.pdf>.
- Ben S. (1994) Análisis comparativo de la conceptualización y teorías de cuidado. En Morse J. Comportamiento contemporáneo de liderazgo. IV edición J.B. Lippincott.
- Benavent MA, Rodríguez J, (2006). Enfermería ciencia arte y cuidado., de HospitaClínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras Consultado el 17 de Julio 2021. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007.
- Berman, A. y Snyder, S. (2013). Fundamentos de Enfermería. Madrid España: PEARSON.
- Blanco,C,Saribia.R,Larazo.M(2014).Metodología de Enfermería.(Julio,27,2021). Disponible en: <https://es.slideshare.net/jjmijana/5-2taxonomianicnoc>.
- Bulechek, G. Butcher, H. Dochterman, J. y Wagner, C. (2013). Clasificación de intervenciones de enfermería NIC. Barcelona España: ELSEVIER.
- Carrillo Gonzales G, y Rubiano Mesa Y. (julio, septiembre, 2007). La investigación en validación de diagnósticos de enfermería. julio, 2021, de Scielo disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000300009.

-Connect.E (2020). Clasificaciones de enfermería: razonamiento clínico y desarrollo de conocimiento (Julio, 27,2021). De ConnectE Disponible en: https://www.educa.com/pdf/000_CONCEPTOS%20NOC.pdf.

-Castillo, A. (S. F). Fisiopatología de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). (agosto, 02, 2021). De Asociación Colombiana de Endocrinología. Bogotá. Disponible en: [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/36308667/Fisiopatologia de la Diabetes Mellitus Tipo 2 J Castillo.pdf](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/36308667/Fisiopatologia%20de%20la%20Diabetes%20Mellitus%20Tipo%202%20J%20Castillo.pdf).

-Doenges M, Frances Moorhouse M. (2014). Proceso y diagnósticos de enfermería. julio, 2021, de Manual moderno disponible en: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=nBkOCQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=diagn n%C3%B3sticos+de+enfermer%C3%ADa&ots=8ES5ZFKSpOq=y42tRIC-pJhxl7mw4nXE6q5NMM#v=onepage&q=diagn%C3%B3sticos%20de%20enfermer%C3%ADa&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=nBkOCQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=diagn%C3%B3sticos+de+enfermer%C3%ADa&ots=8ES5ZFKSpOq=y42tRIC-pJhxl7mw4nXE6q5NMM#v=onepage&q=diagn%C3%B3sticos%20de%20enfermer%C3%ADa&f=false).

-García Flores-M, Ariza-C, Durán DM., Sánchez HB, Colliere-MF, Marriner-Tomey A, García-Martín Caro C. (9-10 de marzo de 2006). La Importancia del Cuidado enfermería. o 14/04/2009, de Reunión Nacional de Enfermería. 1º semana internacional de calidad en la salud Consultado el 16 de julio 2021. Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/beneficios.

- González V, Salas P, Mena D, Gimeno A. Autocuidados y educación terapéutica en diabetes. Revisión bibliográfica. Revista Científica de Enfermería. 2012, 1-18. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/44886/1/RECIEN_05_11.pdf

-Hernández.V. (2014).Indicadores de calidad (Julio, 27,2021).De Hernandez.V Disponible en: <https://es.slideshare.net/veronikamayo/indicadores-de-calidad-40095982>.

-Harrison. (2016). Manual de medicina. Madrid, Bogota, Caracas, México: 19 Edición. (pp. 904-912).

- Iraima Arrechadora. (13 de mayo de 2021). Dorothea Orem. Lifeder. Consultado el 11 de agosto de 2021; Disponible en: <https://www.lifeder.com/dorothea-orem/>.

-Julio R, Galleguillosos Ivan. (2009). DIABETES Y ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA. 18 agosto 2021, de Med Clinc. Disponible: http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_20_5/15_Dr_Julio.pdf.

-León Román, C. (2006). Editorial ciencia enfermería, Vol 2, Enfermería ciencia y arte del cuidado. RevistaCubana Enfermería, 1, 5.

-Marly,F. (2013). Proceso de atención de enfermería. Consultado el 12 Julio, 2021, de ssaver disponible en: <https://www.ssaver.gob.mx/enfermeria/files/2016/10/TEMA-I-PROCESO-DE-ATENCION-DE-ENFERMERIA.pdf>.

-Marriner A, Raile MA. (2007). Fundamentar la ciencia en cuidado. En construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería (74-80). ESPAÑA: Elsevier Mosby. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/714/71421163009.pdf>.

-Martínez Martín, M. y Chamorro Rebollo, E. (2016). Historia de la Enfermería, Evolución Histórica Del Cuidado Enfermero. 3. Edición. Ed. Elsevier. Disponible en: <https://www.iberlibro.com/9788491130475/Historia-enfermer%C3%ADa-edici%C3%B3n-Evoluci%C3%B3n-hist%C3%B3rica-8491130470/plp>.

-Meleis, A, Kise Larson, Gordon S, Farrel M, Duran de Villalobos, Benner P, Boykin, A. (2000). EL cuidado como objeto de la enfermería. 0, de Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Consultado el 14 Julio 2021. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100003

-Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2013). Proceso de Atención de Enfermería (PAE) Nursing care process. Rev. Salud Pública Parag. 2013; Vol. 3 N° 1. Consultado el 31 de Julio 2021. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964686/41-48.pdf>.

-Montaño, J. (2018). Callista Roy: biografía, teoría y obras. Liferder. Disponible en: <https://www.liferder.com/callista-roy/>.

-Moorhead N.Marion.J.,Meridean L.,Maas., Swanson.E.(2018). Clasificación De Resultados De Enfermería (Julio, 27,2021). De Moorhead,N. Disponible en:<https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/edu-relacion-entre-las-clasificaciones-de-enfermeria-NOC>.

-Murillo Serafín. (S.F). Hidratación y Diabetes. (agosto, 19, 2021). De Fundación para la Diabetes Disponible en: https://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones_ficheros/15/Infografia_hidratacion_ydiabetes.pdf.

-NANDA. Herdman T, Kamitsuru S. (2018-2020). Diagnósticos Enfermeros. julio 15, 2021, de Edición Hispanoamericana.

-Naranjo Hernández, Y., Concepción Pacheco, J. y Rodríguez Larreynaga, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Universidad de ciencias médicas Cuba. Revista vol.19 n.3. Disponible en: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1129>.

-Naranjo Hernández Y, Dandicourt Thomas C, Rodríguez Díaz J, Concepción Pacheco A, Salcedo Álvarez J, Benavent Ferrer M, Espino Marcus J, Gonzales G, Pérez González A & Rodriguez Larreynaga M (2019). Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem consultado el 05 agosto 2021, de Rev. Arch Med Camagüey Vol23 disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2019/amc196m.pdf>.

-Raile Alligood, M y Marriner Tomey, A (2006) Modelos y teoría de enfermería sexta edición Elsevier. Disponible en:

<http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/1358.%20Modelos%20y%20teor%C3%ADas%20en%20enfermeria.pdf>

-Reina.C (2010) El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. (3-4),2021,Julio,14 De Umbral Científico disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>

-Rosales Barrera, S. (2004). Fundamentos de enfermería. Ed. El Manual Moderno.

-Secretaria de salud (2014) Programa de acción específico Prevención y Control de la Diabetes Mellitus 2013-2018. Programa sectorial de salud. Consultado el 22 de Julio 2021. Disponible en: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_PrevencionControlDiabetesMellitus2013_2018.pdf

-Ruiz M, Gómez A, Herreros L, Segovia L & López J. (2013). Valoración y manejo del dolor. Consultado el 19 de agosto 2021. de Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Disponible en: https://www.chospab.es/enfermeria/RNAO/guias/protocolo_valoracion_y_manejo_del_dolor_en_pacientes_hospitalizados.pdf

-Ponti, L. (2016). La enfermería y su rol en la educación para la salud, Ed.UAI. Disponible en: https://www.academia.edu/25884140/La_enfermer%C3%ADa_y_su_rol_en_la_educaci%C3%B3n_para_la_salud

-Potter, A. (2013). Proceso de atención de enfermería. Consultado el 12 Julio, 2021, de salud pública de Paraguay disponible en: <file:///C:/Users/NominaTemporal/Downloads/proceso.pdf>

-SSA (2018) GPC, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena. Consultado el 16 de agosto, 2021. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-046-18/ER.pdf>

-Suaréz Larisa. (2018). Guía diabetes tipo 1. Consultado septiembre 03, 2021, de Hospital Sant Joan de Déu Disponible en: <https://diabetes.sjdhospitalbarcelona.org/es/diabetes-tipo-1/consejos/no-debe-hacer-ejercicio-cetonas-positivas>

-Torres Barrera, S y Zambrano Lizárraga, E. (2010). Breve historia de la educación de la enfermería en México. Revista Enferm Inst Mex Seguro Soc. 18 (2): 105-110. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2010/eim102h.pdf>

-UNAM. (2020). El Proceso de Atención de Enfermería. Consultado julio 14, 2021, de UNAM Disponible en: <https://www.hospitalneuquen.org.ar/wp-content/uploads/2020/02/Proceso-de-Atencion-de-Enfermeria-2.pdf>

-Universidad de Antioquia. (2016). Ejecución de las intervenciones en el proceso de atención de enfermería. Consultado julio 14, 2021, de Universidad de Antioquia Disponible en: <https://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61962>

-Universidad de Guanajuato. (2018). Unidad didáctica 4: Proceso enfermero. Consultado julio14, 2021, de universidad de Guanajuato Disponible en: <https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-4-proceso-enfermero/>

-Vélez A., Consuelo Vanegas G., José Hoover. (2011). Epistemología del cuidado en enfermería. Consultado el 20 Julio 2021. Disponible en <https://hdl.handle.net/10901/14589>

-Ventura, H y Johnson, D.(2011). Modelo de sistema conductual. Instituto superior de Enfermería. Chiapas. Disponible en:

-Villalobos A, Rojas R, Aguilar C, Romero M, Mendoza L, Flores M, Escamilla A & Ávila L. (2019). Atención médica y acciones de autocuidado en personas que viven con diabetes, según nivel socioeconómico. Consultado el 19 Julio 2021, de Salud Pública de México. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/spm/2019.v61n6/876-887/#>

X. GLOSARIO

-Acromegalia: Enfermedad crónica, causada por una lesión de la glándula pituitaria, produce demasiada hormona del crecimiento, que se caracteriza por un aumento de tamaño de las manos, de los pies, de las mandíbulas y de la nariz.

-Ácido nicótico: Nutriente del complejo de la vitamina B que el cuerpo necesita en pequeñas cantidades para funcionar y mantenerse sano.

-Adipocinas: son una serie de moléculas de señalización celular secretadas por el tejido adiposo.

-Aterosclerótica: Acumulación de grasas, colesterol y otras sustancias en las paredes de las arterias. Acumulación de la placa de ateroma en las paredes de las arterias que ocasiona la obstrucción de la irrigación sanguínea.

-Célula de los islotes: del páncreas que produce hormonas (por ejemplo, insulina y glucagón) que se secretan en el torrente sanguíneo. Estas hormonas ayudan a controlar la concentración de glucosa (azúcar) en la sangre. También se llama célula del islote de Langerhans y célula endocrina del páncreas.

-Cetoacidosis: Complicación grave de la diabetes en la que el cuerpo produce un exceso de ácidos en la sangre (cetonas). Esta enfermedad aparece cuando no hay suficiente insulina en el cuerpo. Puede ser ocasionada por una infección o por otras enfermedades. Los síntomas incluyen sed, micción frecuente, náuseas, dolor abdominal, debilidad, aliento afrutado y confusión. Puede ser necesario el tratamiento hospitalario para reemplazar los líquidos y los electrolitos, y brindar insulino terapia.

-Cetonemia: Nivel elevado de cuerpos cetónicos en la sangre.

-Cetonuria: alta concentración en la orina de cuerpos cetónicos, como la acetona

-Clorpropamida: es un medicamento de la clase de sulfonilureas de primera generación utilizada como antidiabético en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en particular en las personas cuya diabetes no puede ser controlada solo por el régimen dietético.

-Contractura de Dupuytren: Engrosamiento y endurecimiento gradual del tejido que se ubica debajo de la piel en la mano. Suele afectar con mayor frecuencia el cuarto dedo (anular) y el quinto dedo (meñique). Con el tiempo, la contractura de Dupuytren puede provocar que uno o más dedos se curven hacia la palma de la mano. Puede complicar las actividades diarias. El tratamiento, de ser necesario, consiste en el uso de una aguja para romper el tejido que hace que el dedo se doble, inyecciones de enzimas para ablandar el tejido y cirugía.

-Diacilglicerol: molécula del espacio intracelular que actúa como mediador de comunicación celular.

-Dislipidemia: aumenta las probabilidades de arterias obstruidas (aterosclerosis), infartos, derrames cerebrales y otras complicaciones del sistema circulatorio, especialmente en los fumadores. En los adultos, suele estar relacionada con la obesidad, una dieta poco saludable y la falta de ejercicio.

-Disfunción endotelial: es un evento que precede los cambios morfológicos característicos de la aterogénesis y contribuye al desarrollo de complicaciones de la placa aterosclerótica.

-ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

-Feocromocitoma: Tumor que secreta hormonas y que se puede producir en las glándulas suprarrenales. Los feocromocitomas generalmente se desarrollan en las pequeñas glándulas ubicadas sobre los riñones (glándulas suprarrenales). Generalmente afectan a personas de entre veinte y cincuenta años, aunque pueden aparecer a cualquier edad. Debido a las hormonas secretadas, algunos de los síntomas son hipertensión, sudoración, ritmo cardíaco acelerado y dolor de cabeza. Generalmente se requiere cirugía para eliminar el tumor.

-Fibrosis quística: Trastorno heredado potencialmente mortal que daña los pulmones y el sistema digestivo. La fibrosis quística afecta a las células que producen la mucosa, el sudor y los jugos gástricos. Provoca que estos fluidos se tornen espesos y pegajosos. Luego, atascan los tubos, los tractos y los canales. Los síntomas pueden variar. Incluyen tos, infecciones pulmonares repetitivas, imposibilidad de subir de peso y heces grasas.

-Glucagonoma: Tumor pancreático poco común, que produce una hormona que se llama glucagón. Los glucagonomas pueden producir síntomas similares a la diabetes.

-Glucocorticoides: son hormonas de la familia de los corticosteroides que participan en la regulación del metabolismo de carbohidratos favoreciendo la gluconeogénesis.

-Glucogenolisis: es un proceso catabólico y hace referencia a la degradación de glucógeno a glucosa o glucosa 6-fosfato. Se da cuando el organismo requiere un aumento de glucosa y, a través de este proceso, puede liberarse a la sangre y mantener su nivel.

-Glucotoxicidad: efectos adversos que produce la hiperglicemia crónica sobre las estructuras celulares y sus funciones. Los niveles moderados y altos de glucosa mantenidos en el tiempo inducen resistencia a la insulina y disminución progresiva de la secreción de la hormona.

-Gluconeogénesis: El proceso de elaboración de glucosa (azúcar) a partir de sus propios productos de descomposición o de los productos de descomposición de los lípidos.

-Heterogéneo: un sistema heterogéneo es un sistema termodinámico formado por dos o más fases

-Hemocromatosis: El exceso de hierro en el cuerpo suele estar ocasionado por una afección hereditaria llamada hemocromatosis. El exceso de hierro puede envenenar los órganos, lo que puede desencadenar enfermedades como cáncer, frecuencia cardíaca irregular y cirrosis del hígado. Los síntomas están relacionados con afecciones que se producen a causa de un exceso de hierro, como la diabetes, el oscurecimiento de la piel, un ritmo cardíaco anormal o la artritis. Para bajar el hierro a niveles seguros, es necesario extraer sangre del cuerpo con frecuencia.

-Hiperglucemia: azúcar o glucosa alta en la sangre, esta glucosa proviene de los alimentos que uno ingiere. La insulina es una hormona que lleva la glucosa hasta las células para darles energía.

-Hipoglucemia: Disminución de la cantidad normal de glucosa en la sangre; produce mareos, temblores y cefalea, entre otros síntomas.

-Histocompatibilidad: Semejanza o identidad inmunológica entre los tejidos de un donante y el receptor del injerto o el trasplante.

-Hipertiroidismo: Enfermedad que se caracteriza por el aumento de la actividad funcional de la glándula tiroides y el exceso de secreción de hormonas tiroideas; provoca bocio, hiperactividad, taquicardia y ojos saltones, entre otros síntomas.

-Hiperinsulinismo: significa que la cantidad de insulina en la sangre es mayor que la que se considera normal. En sí misma, no es diabetes. Sin embargo, la hiperinsulinemia a menudo se asocia con la diabetes de tipo 2.

-Incretinas: son una serie de hormonas que se producen en el intestino en respuesta a la ingesta de alimentos. Uno de sus efectos más importantes es la secreción de insulina por el páncreas y la disminución en los niveles de glucosa en sangre.

-Lipotoxicidad: es un fenómeno caracterizado por aumento de los AG, este aumento genera la activación de diversas vías metabólicas que, como consecuencia, provocan el desacoplamiento del metabolismo celular, con la generación de cascadas de señalización relacionadas con el inicio de los procesos de muerte celular.

-Síndrome de Cushing: Afección que se produce debido a la exposición a altos niveles de cortisol durante un tiempo prolongado. La causa más común es el uso de esteroides, pero también puede ocurrir debido a la producción excesiva de cortisol por parte de las glándulas suprarrenales. Los indicios son la acumulación de grasa entre los hombros, cara de luna llena y estrías rosadas o violáceas. Las opciones de tratamiento incluyen reducir el consumo de esteroides y usar cirugía, radioterapia y medicamentos.

-Síndrome túnel carpiano: Entumecimiento y hormigueo en la mano y el brazo ocasionados por el pinzamiento de un nervio en la muñeca. La anatomía de la muñeca, las condiciones de salud subyacentes y los patrones de uso de la mano pueden ser causas del síndrome del túnel carpiano. Los síntomas principales son el dolor en las manos y los brazos, con hormigueo o entumecimiento. El tratamiento puede incluir reposo, hielo, una férula en la muñeca, inyecciones de cortisona y cirugía.

-Parestesia: es un trastorno de la sensibilidad de tipo irritativo que se manifiesta con sensaciones anormales sin estímulo previo, como el hormigueo. Esta sensación suele darse en los brazos, manos, dedos, piernas y pies, aunque puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo.

-Pancreatitis crónica: es la inflamación del páncreas. La pancreatitis crónica se presenta cuando el problema no sana ni mejora, empeora con el tiempo y lleva a que se presente daño permanente.

-Polidipsia: La sed excesiva puede tener causas que no se deben a una enfermedad subyacente.

-Polifagia: Comer en exceso puede tener causas que no se deben a una enfermedad subyacente.

-Poliuria: excreción abundante de orina.

-PTGO: Prueba de tolerancia a la glucosa.

-Retinopatía: Enfermedad no inflamatoria de la retina.

XI. ANEXOS:

DIAS	GLICEMIA
LUNES	140 mmgdl.
MARTES	139 mmgdl.
MIERCOLES	142 mmgdl.
JUEVES	139 mmgdl.
VIERNES	141 mmgdl.
SABADO	140 mmgdl.
DOMINGO	139 mmgdl.