



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

AREA ACADEMICA DE ENFERMERIA

LICENCIATURA DE ENFERMERIA

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS**

PARA OBTENER EL TITULO DE ENFERMERA GENERAL

PRESENTA:

P.E. PERLA CHAVEZ HERNANDEZ

ASESOR:

MCE. EVILA GAYOSSO ISLAS

AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA:

Doy infinitas gracias...

A Dios, por el camino que me ha permitido recorrer....

A mi hija, Aimeé por ser el amor de mi vida, mi fuerza y templanza...

A mi padre, que está en el cielo y en mi corazón en todo momento...

A mi madre por el apoyo incondicional que me ha brindado desde el inicio de mi carrera.....

A Rosita... amiga fiel y sincera...

Ah mi hermana Lucia, por el apoyo moral.....

A la vida.... Por lo aprendido y sobre todo por mandarme a un ángel a mi vida y por permitirme conocer el sentimiento de ser madre.

A mi asesor. Evíla Gayosso por su dedicación comprensión y tiempo invertido en mi.

INDICE

1.- Introducción -----	4
2.-Justificación -----	5
3.-Objetivos -----	6
4.- Marco teórico -----	7
4.1.-Proceso Atención Enfermería-----	8
4.2.- Anatomía y fisiología del Páncreas -----	27
4.3.- Fisiopatología -----	30
4.4.-Diabetes Mellitus -----	37
5.- Proceso Atención Enfermería a Paciente con Diabetes Mellitus - -----	42
5.1.- Valoración -----	44
5.2.- Diagnostico -----	52
5.3.-Planeación -----	55
5.4.- Ejecución -----	80
5.5.- Evaluación -----	82
6.- Glosario de Términos -----	84
7.- Bibliografía -----	87

1.- Introducción

El Proceso Atención Enfermería es un sistema de planificación en la ejecución de los problemas de enfermería, compuesto de cinco pasos: Valoración, Diagnostico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

La Diabetes Mellitus afecta a diferentes órganos y tejidos, dura toda la vida y se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre. Para conseguir un buen control de la Diabetes Mellitus, en todos los tipos de ésta es imprescindible la Educación Terapéutica en Diabetes que, impartida por profesionales sanitarios específicamente formados en Educación Terapéutica en Diabetes (médicos o enfermeras/os), persigue el adiestramiento de la persona con Diabetes y de las personas cercanas a ella, para conseguir un buen control de su enfermedad, modificando los hábitos que fuesen necesarios, para un buen seguimiento del tratamiento.

En este Proceso Atención de Enfermería podremos encontrar los antecedentes, clasificación, tratamiento y acciones de enfermería con las que pretendo brindar y mejorar los cuidados de atención de enfermería a pacientes con Diabetes Mellitus mediante conocimientos teóricos prácticos, tomando en cuenta las causas que lo originaron, para proporcionar un mejor control de la enfermedad.

En este caso nos enfocaremos al estudio de la Diabetes Mellitus, a un paciente adulto.

2.- Justificación

La realización de este trabajo surge del interés por conocer los cuidados e intervenciones de enfermería que se identifican a un paciente con Diabetes Mellitus, así también para tener un mejor conocimiento de la Patología.

Así mismo estudiar sobre los cuidados de enfermería y poder brindar una mejor atención al paciente con Diabetes Mellitus.

Mediante el Proceso Atención de Enfermería se realiza dicho trabajo para identificar y planificar intervenciones, acciones y resultados de un paciente.

La enfermera tiene como base científica actuar de forma inmediata ante la problemática de salud, como un proceso lógico y racional, así como dar continuidad a los cuidados establecidos y obtener una mejor respuesta del estado de salud del paciente.

Determinar los diagnósticos de enfermería teniendo como base los conocimientos brindados durante la formación académica, mediante el Proceso Atención de Enfermería ya que con el manejo de las taxonomías NANDA. NIC. Y NOC, proporcionaremos una mejor calidad en la atención al paciente.

3.- Objetivos

3.1.-Objetivo General

- Conocer los problemas que enfrenta el paciente con trastornos diabéticos y buscar solución de los mismos mediante el desarrollo del Proceso Atención de Enfermería con las taxonomías NANDA, NIC, NOC.

3.2.-Objetivos Específicos

- Conocer que es la Diabetes Mellitus, su Anatomía, Fisiología, Fisiopatología y Tratamiento.
- Conocer y manejar el Proceso Atención de Enfermería.
- Saber y poder identificar los diagnósticos de enfermería.
- Conocer y manejar las Taxonomías NANDA, NIC y NOC.
- Llevar a cabo los cuidados de enfermería, que conduzca al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

4.- Marco Teórico



4.1.- Proceso Atención de Enfermería

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el Método conocido como Proceso Atención de Enfermería.

Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el P.A.E. configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que puestas en práctica las etapas se superponen:

- Valoración: Esta primera fase del proceso de enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno son la base de las decisiones y actuaciones posteriores.
- Diagnóstico: Es el juicio o conclusión de enfermería que se produce como resultado de la valoración de enfermería.
- Planificación: Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas; así como promocionar la salud.
- Ejecución: Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Evaluación: Comparar las respuestas de la persona, determinar si se han corregido los objetivos establecidos.

Los objetivos del P.A.E.

El objetivo principal del Proceso Atención de Enfermería es construir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

1.- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.

2.- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.

3.-Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

En el desarrollo del P.A.E. hace falta 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 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 enfermo es producto del aumento de la satisfacción, como la profesionalidad.

Para el paciente son:

- La participación de su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experto.
- 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 u demás profesionales de la salud.
- Es flexible: se puede adaptar al ejercicio de 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 parte de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

Valoración

Es la primera fase del Proceso Atención de Enfermería pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente .Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia. Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de salud.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, enfermedad, etc.
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, familia y comunidad.
- Habilidades: en la valoración se adquiere con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones, un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de estos signos, las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de enfermería inadecuados.

La sistemática a seguir puede basarse de distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de “cabeza a pies”: 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 “sistemas y aparatos”: se valora el aspecto general de las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más avanzadas.
- Criterios de valoración por “patrones funcionales de salud”: la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia, determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de salud.

En esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis de comprensión del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecidos.
- Obtención de nuevos datos que informen del estado de salud del paciente.

Estos tipos de datos son:

- ✓ 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: No se pueden medir con cualquier escala o instrumento.
- ✓ DATOS HISTORICOS – ANTECEDENTES: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento. Nos ayuda a referenciar los hechos en el tiempo.
- ✓ DATOS ACTUALES: Son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

a) Entrevista clínica:

En la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista que es la FORMAL o INFORMAL.

- ❖ La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia clínica del paciente.
- ❖ La entrevista informal es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades que son:

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

Para finalizar la entrevista concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador que son:

- Empatía: que es la capacidad de comprender correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, la empatía consta de dos momentos, uno en la que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, y otro en el que le da a entender que lo comprende.
- Calidez: es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador, se expresa solo a nivel verbal.
- Respeto: es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos; esto implica el aprecio de la dignidad, el valor del paciente y el reconocimiento como persona.
- Concreción: es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista.

b) La observación:

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente,

como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina, los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

c) La exploración física:

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico, debe explicarle al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para ejecutarlo.

La exploración física se centre en: determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones. Confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas:

- ❖ Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales.
- ❖ Palpación: consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel.
- ❖ Percusión: implica en dar golpes con uno a varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonido que podemos diferenciar son: sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos, mates: aparecen sobre el hígado y bazo.
- ❖ Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo.
- ❖ Desde la cabeza a los pies: este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- ❖ Por sistemas corporales o aparato: nos ayuda a identificar que sistemas precisan más atención.
- ❖ Por patrones funcionales de salud: permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

Diagnóstico

Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

El diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. El problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Si las funciones de enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependientes e independientes, según en nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán en un campo u otro de actuación:

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras.
- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problema o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud.
- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales.

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación del problema:

Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis.

2.- Formulación de problemas:

Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

d) Tipos de diagnóstico:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay y estos son: reales, de alto riesgo (potenciales), de bienestar o posibles.

- Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales, identificables. Tiene cuatro componentes:

enunciado, definición, características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del diagnóstico y las características que lo definen, el término “real” no forma parte del enunciado en el diagnóstico de enfermería real; consta de tres partes, formato pes: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (e) + signos/síntomas (s) estos últimos son los que validan el diagnóstico.

- Alto riesgo: es el juicio clínico de un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo.1. La descripción concisa del estado de salud alterado de la persona va precedido por el término “alto riesgo” consta de dos componentes, formato pe: problema (p) + etiología/factores contribuyentes (e).
- De salud: Es un diagnóstico que cuando la persona y comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar pero puede que quiera alcanzar un nivel mayor.

METODOS DE PESS

Diagnostico de enfermería

Mediante esta formula el profesional de enfermería selecciona primero el diagnostico de enfermería apropiado por la NANDA y lo selecciona con la causa o etimología, los signos y síntoma describen el problema, no la etiología. Cuando se muestra la presencia de las características definitorias criticas y principales, aumenta en gran medida la exactitud del diagnostico de enfermería.

Planeación

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzca al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, (Carpe nito (1987) e Ayer (1989).

Etapas en el plan de cuidados:

Establecer prioridades en los cuidados, seleccionar todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad, raras veces pueden ser abordadas 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 lo tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

Es el planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados, 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.

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 que llevar e la práctica, todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente.

Planteamiento de los objetivos:

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados.
- Identificar los cuidados esperados.
- Medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones de enfermería es establecer qué se quiere conseguir cómo, cuándo y cuánto.

Existen dos tipos de objetivos:

- Objetivos de enfermería o criterios de proceso.
- Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado.

Normas generales para la descripción de objetivos

- Escribe los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

Objetivos de Enfermería:

Estos objetivos dirigen las acciones de enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- ✓ A encontrar sus puntos fuertes, esto es, su recurso de adaptación adecuados para potenciarlos.
- ✓ A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- ✓ A conocer su estilo de vida y ayudarlo a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería no se suelen escribir en el plan de cuidados, a excepción de que sea para los alumnos, en cualquier caso deben responder a preguntas sobre: capacidades, limitaciones y recursos del individuo que se puede formatear, disminuir/aumentar o dirigir.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- Objetivos a corto plazo: Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencias cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.
- Objetivos a medio plazo: Para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- Objetivos a largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos: Uno, abarca un periodo prolongado y requiere de acciones

continuas de enfermería, que median directamente el objetivo y su logro. Otro, se obtiene mejor a través de la secuencia de objetivos a corto plazo, este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

Objetivos del cliente/paciente

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera. Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es, como conductas esperadas.

Las esperadas características de los objetivos del cliente son tres:

- Deben ser alcanzables.
- Deben ser medibles.
- Deben ser específicas en cuanto contenido y sus modificadores

Actuaciones de enfermería:

Las actuaciones de enfermería son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia la causa de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema.

El paciente y sus familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones de enfermería encaminadas al logro de los objetivos.

Del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería, podríamos decir que desprenden la responsabilidad del tratamiento tanto, de los diagnósticos de enfermería como de las complicaciones fisiológicas, para ello establece dos tipos de prescripciones: enfermera y médica.

- Prescripciones enfermeras: son aquellas en que la enfermera puede prescribir independientes para que el personal de enfermería ejecute la prescripción. Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.
- Prescripciones médicas: son actuaciones prescritas por el médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja, la enfermera toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la calidad y cualificación de los distintos estamentos que van a intervenir con nosotros; también influyen los recursos financieros.

Vamos a ver ahora el tipo de actividades de enfermería:

- Dependientes: son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas, señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica-
- Interdependientes: son aquellas actividades de la enfermera lleva a cabo junto con otros miembros del equipo de salud, estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos de nutrición, Fisioterapeutas médicos, etc.
- Independientes: son aquellas actividades de la enfermera dirigidas hacia las respuestas humanas que están legalmente autorizada a atender, gracias a la formación y experiencia práctica son actividades que no requieren la orden previa del médico.

Desde el punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- ✓ Promoción de la salud
- ✓ Prevenir las enfermedades
- ✓ Restablecer la salud
- ✓ Rehabilitación
- ✓ Acompañamiento en los estados agónicos

A este tipo de actividades hay que añadir las actividades del estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad delegadas por la medicina, por ejemplo realización de pruebas diagnósticas, aplicación de fármacos, etc.

A las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, en torno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

El diagnóstico enfermero real:

- Reducir o eliminar factores contribuyentes.
- Promover mayor nivel de bienestar.
- Controlar el estado de salud.

Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:

- Reducir o eliminar los factores de riesgo.
- Prevenir que se produzca el problema.
- Controlar el inicio de problemas.

Para el diagnóstico enfermero posible:

- Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.

Para el diagnóstico enfermero de bienestar:

- Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.

Para problemas interdependientes:

- Controlar los cambios de estado del paciente.
- Manejar los cambios de estado de salud.
- Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera y el médico.

La determinación de las actuaciones de enfermería que son necesarias para resolver o disminuir el problema, requiere de un método. Los pasos a seguir son los siguientes:

- ❖ Definir el problema (diagnóstico).
- ❖ Identificar las acciones alternativas posibles.
- ❖ Seleccionar las alternativas factibles.

El segundo paso de este método consiste en desarrollar todas las soluciones o alternativas posibles, el éxito de las actuaciones de enfermería dependerá de la capacidad del profesional para elegir actividades y posteriormente desarrollar las más adecuadas para obtener los resultados esperados, solución del problema/diagnóstico posible.

Veremos de manera resumida las acciones de enfermería que encontraremos en plan de cuidados:

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problema/diagnósticos de enfermería.
- Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.
- Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.
- Consulta a otros profesionales.
- Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería.
- Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por sí mismos.

La determinación de actividades de enfermería para los problemas interdependiente es:

- Realizar valoraciones frecuentes para controlar al paciente y detectar complicaciones.
- Remitir la situación al profesional adecuado cuando existan signos y síntomas de complicaciones potenciales, y ejecutar las actividades interdependiente de enfermería prescritas por el médico.
- Documentación en el plan de cuidados de enfermería:

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería, ello se obtiene mediante una documentación.

El plan de cuidados de enfermería, “es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello”. Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a formatear unos cuidados de calidad, mediante:

- ✓ Los cuidados individualizados.
- ✓ La continuidad de los cuidados.
- ✓ La comunicación.
- ✓ La evaluación.

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

Partes que componen en plan de cuidados:

- Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultados).
- Ordenes de enfermería (actividades).
- Evaluación (informe de evolución).

Tipos de planes de cuidados:

- ✓ Individualizado: Permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.
- ✓ Estandarizado: Es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.

- ✓ Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permite la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería-
- ✓ Computarizado: Requiere la información previa de los diferentes tipos de plan de cuidados estandarizados, son útiles si permite la individualización a un paciente correcto.

Ejecución

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, explica las siguientes actividades de enfermería: continuar con la recogida y valoración de datos y realización de actividades de enfermería.

Anotar los cuidados de enfermería, existen formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas, dar los informes verbales de enfermería, y mantener el plan de cuidados actualizado.

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

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

Evaluación

La evaluación se define como al como la comprobación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objetivo, acción, trabajo, situación o personan, comparándolo como uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, es este sentido son la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

El proceso de la evaluación consta de dos partes:

- ❖ Recogida de datos sobre el estado de salud/ problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- ❖ Comparación, de los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente. Hacia a la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente, las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultados), son las siguientes áreas:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica.

2.- Señales y síntomas específicos:

- Observación directa.
- Entrevista con el paciente.
- Examen de3 la historia.

3.-Conocimientos:

- Entrevista con el paciente.
- Cuestionario(test)

4.- Capacidad psicomotora (habilidades)

- Observación directa durante la realización de la actividad.

5.- Estado emocional:

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal.

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

- Entrevista con el paciente.
- Información dada por el resto del personal.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas del estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados,) a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida la evaluación se compone de:

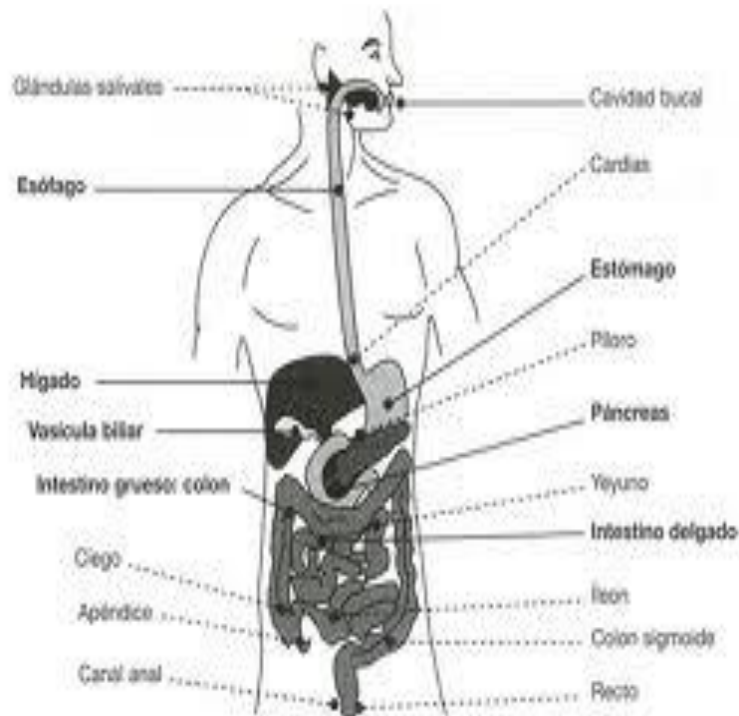
- Medir los cambios del paciente
- En relación de los objetivos marcados
- Como resultado de la intervención de enfermería
- Con el fin de establecer correcciones

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos “igual”, “poco apetito”,

Es de mayor utilidad, Indicar lo que dijo, hizo y sintió al paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica, una característica de tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL PANCREAS



4.2.- Anatomía y Fisiología del Páncreas

El páncreas es un órgano aplanado, localizado hacia atrás ligeramente abajo del estomago.

El páncreas se puede localizar como glándula endocrina y glándula exocrina. El páncreas del adulto consiste en una cabeza, un cuello y una cola, la porción endocrina del páncreas, consiste en un millón de acúmulos de células que se denominan islotes pancreáticos o islotes de Langerhans. Hay tres tipos de células que se encuentran en estos agrupamientos.

- Célula alfa: las cuales secretan la hormona Glucagón, que aumenta la concentración de azúcar en la sangre.
- Células beta: las cuales secretan la hormona insulina que disminuye la concentración de azúcar en la sangre.
- Células delta: las cuales secretan la hormona inhibidora del crecimiento somatostatina, esta hormona inhibe la secreción de la insulina y el glucagón.

Los islotes están infiltrados por capilares sanguíneos y rodeados de agrupamientos de células que reciben el nombre de acinos, que forman la parte exocrina de la glándula.

El glucagón y la insulina son las secreciones endocrinas del páncreas y se relacionan con la regulación de la concentración de azúcar en la sangre.

Glucagón. El producto de las células alfa es el glucagón, una hormona cuya principal actividad fisiológica es aumentar la concentración de azúcar en la sangre. El glucagón logra esto por medio de la aceleración de la conversión de glucógeno en el hígado de otros nutrientes, tales como aminoácidos, glicerol y ácido láctico.

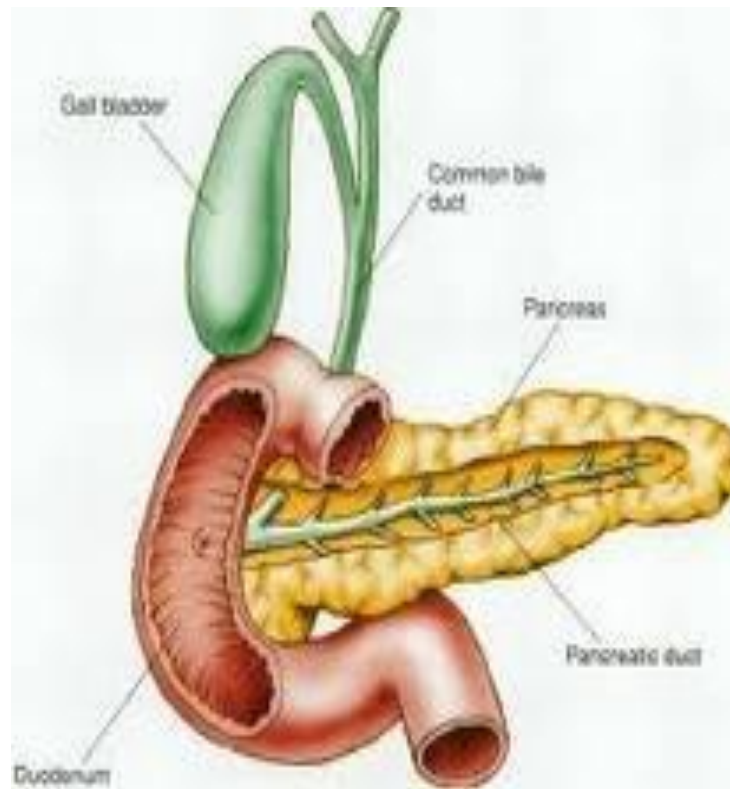
El hígado entonces libera la glucosa hacia la sangre y aumenta las concentraciones de azúcar sanguínea. La secreción del glucagón, está directamente controlada por las concentraciones de azúcar en la sangre por medio de un sistema de retroalimentación negativa. Cuando las concentraciones de azúcar en la sangre disminuyen por debajo de los valores normales de los elementos sensibles químicamente en las células alfa de los islotes estimulan a la célula para secretar glucagón, cuando el azúcar de la sangre aumenta, las células ya no se estimulan y se suspende la producción. Si por alguna razón el instrumento de retroalimentación falla y las células alfa secretan glucagón continuamente, puede aparecer hiperglucemia, el ejercicio y las comidas (con alto contenido proteico absoluto) aumentan las concentraciones de aminoácidos en la sangre pueden hacer que se provoque un aumento de la secreción de glucagón.

Insulina.

Las células beta de los islotes producen la hormona insulina, la cual actúa para disminuir las concentraciones de glucosa en la sangre. Su principal acción Fisiopatológica, es opuesta a la del glucagón, esta se presenta de varias maneras: acelera el transporte de glucosa desde la sangre hacia las células, en especial las fibras del músculo esquelético. La glucosa que entra hacia las células depende de la presencia de receptores en la superficie de las células blanco, también acelera la conversión de glucosa a glucógeno, también disminuye la glucogenolisis y la gluconeogenesis, estimula la conversión de glucosa o de otros nutrientes o de ácidos (lipogénesis) y ayuda a estimular la síntesis de proteínas.

La regulación de la secreción de insulina al igual que la secreción de glucagón está directamente determinada por la concentración de azúcar en la sangre.

FISIOPATOLOGIA



4.3.- Fisiopatología

En 1979 la American Diabetes Association publico una clasificación de la diabetes. Dado que la etiología de esta enfermedad es poco conocida, se le clasifico según su tratamiento, los dos tipos principales son el tipo I o diabetes mellitus insulino-dependientes y el tipo II o no insulino – dependiente.

Diabetes “sobre flujo” mellitus. “meli-miel”. Es un trastorno del páncreas caracterizado por la presencia de glucosa en la orina.

En la diabetes tipo II, hay dos aspectos principales relacionados con la insulina : resistencia insulinica y alteración de la secreción de insulina. La resistencia insulinica es la disminución de la sensibilidad de los tejidos a la insulina. Normalmente, la insulina se fija a los receptores especiales de las superficies celulares por lo que aparece una serie de reacciones en el metabolismo de la glucosa dentro de la célula. La resistencia se acompaña de disminución de estas reacciones intracelulares, por lo quela insulina se vuelve menos eficaz para estimular la captación de glucosa por los tejidos.

Para superar la resistencia insulinica y evitar la formación gradual de glucosa en sangre, debe aumentarse la cantidad de insulina secretada. En las personas con intolerancia a la glucosa, esto se debe a una secreción excesiva de insulina; el nivel de glucosa es normal o ligeramente elevado.

Sin embargo, si las células beta son incapaces de continuar con la creciente demanda de insulina, la leucemia se eleva y se desarrolla diabetes tipo II.

La diabetes tipo II es más común en obesos mayores de 30 años de edad, debido a la intolerancia progresiva lenta (por años) a la glucosa, es inicio de la diabetes tipo II, quizá pase inadvertido por muchos años.

Si se experimentan síntomas por lo regular son ligeros e incluyen fatiga, irritabilidad, poliuria, polidipsia, y heridas en la piel que cicatrizan mal, infecciones vaginales o visión borrosa.

Debido a que la resistencia insulinica se relaciona con obesidad, el tratamiento básico de la diabetes tipo II consiste en que el paciente baje de peso.

Definición y etiología

La diabetes es un conjunto heterogéneo de alteraciones, caracterizadas por la elevación de la concentración de glucosa en la sangre o hiperglucemia. Normalmente, en la sangre circula cierta cantidad de glucosa, lo cual se forma en el hígado a partir de los alimentos ingeridos. La insulina, hormona producida por el páncreas, controla la concentración de glucosa en la sangre al regular su producción y almacenamiento.

En la diabetes se reduce la capacidad del cuerpo para responder a la insulina, o el páncreas deja de producirla. Lo anterior conduce a la hiperglucemia, que puede resultar en complicaciones metabólicas graves, como la cetoacidosis diabética y el síndrome hiperosmolar o cetónico. La hiperglucemia de larga duración es una de las causas de complicaciones Macro vasculares crónicas (padecimientos renales y de los ojos) hay complicaciones de neuropatías (enfermedades de los nervios). La diabetes también está relacionada con una mayor presencia de enfermedades macro vasculares, entre otras, infarto al miocardio, apoplejía y vasculopatía periférica, las características se resumen de la siguiente forma:

Tipo I, diabetes mellitus insulino-dependiente.	Diabetes juvenil, diabetes de inicio juvenil	Los pacientes no producen, o producen poca insulina endógena, necesitan inyecciones de insulina para prevenir la cetoacidosis y mantener la vida.
Tipo II, diabetes mellitus no insulino-dependiente	Diabetes cetogena	Suele producirse el inicio de forma súbita en niños menores de 15 años, aunque puede aparecer en cualquier edad. Lo inicio suele producirse después de una infección vacía.
	Diabetes lábil	Parece probable una disposición cromosoma, aunque la incidencia familiar no es tan frecuente como en el tipo II.
	Diabetes del adulto	Los pacientes no pueden utilizar la insulina producida, en cantidades normales, por su propio

		organismo.
	Diabetes de la edad adulta	Este grupo forma la gran mayoría de pacientes diabéticos. Suelen iniciarse a partir de los 40 años, presentando un importante historial familiar de diabetes. Suele ser obesos. El riesgo de presentar diabetes tipo II aumenta con la edad, las mujeres tienen riesgo mayor independientemente de la edad.
	Diabetes ceto-resistente	Las personas con diabetes tipo II raramente presentan cetosis, excepto en casos de estrés o infección
	Diabetes estable	Estos pacientes pueden presentar diabetes tipo II durante años y pasar progresivamente a ser insulino-dependientes.

Etiología:

Los mecanismos exactos que conducen a la resistencia insulínica y a la alteración de la secreción de insulina en la diabetes tipo II se desconocen hasta este momento. Se considera que los factores genéticos participan en el desarrollo de la resistencia a la insulina, además, se sabe que hay ciertos factores de riesgo aunados al desarrollo de diabetes tipo II que son:

- Edad (la resistencia a la insulina aparece después de los 65 años de edad).
- Obesidad
- Grupo étnico

Manifestaciones clínicas.

- Pérdida de peso (en ocasiones voluntaria).
- Debilidad y fatiga
- Visión borrosa
- La vulvovaginitis y el prurito
- Glucosuria
- Cetonuria (presencia de cuerpos cetónicos en la orina)
- Elevación de la glucemia en más de una ocasión por encima de 120 mg/dl, ya sea sangre venosa o capilar
- Hemoglobina glucosilada
- Poliuria
- Polidipsia
- Polifagia
- Hipertensión e insuficiencia renal
- Evidencias de patología periférica de las extremidades inferiores
- Predisposición a las infecciones
- Impotencia en el varón
- Neuropatía principalmente en manos, pies, piernas, y cabeza
- Falta de sensibilidad al frío y al calor
- Sensación de hormigueo y adormecimiento de los miembros
- Embarazos complicados
- Trastornos cardiovasculares (la posibilidad de sufrir cardiopatía isquémica y accidentes vasculocerebrales)

Complicaciones:

Se ha demostrado un descenso constante de muertes en pacientes diabéticos, pero en cambio, á habido incremento alarmante de defunciones por complicaciones cardiovasculares y renales. Las complicaciones a largo plazo se han vuelto más comunes a medida que aumenta el promedio de vida de los diabéticos; las complicaciones pueden afectar casi a cualquier sistema orgánico, las características generales de las complicaciones de la diabetes crónica son:

- Enfermedad Macro vascular
- Enfermedad Micro vascular
- Neuropatía

Nos enfocaremos a las complicaciones Macro vasculares:

Los cambios ateroscleróticos de los grandes vasos sanguíneos por lo regular se presentan en la diabetes, estos cambios son semejantes a los que se observan también en los pacientes no diabéticos, solo que aparecen en etapas más tempranas de la vida. Según las localizaciones de las lesiones ateroscleróticas pueden haber diferentes tipos de alteraciones macro vasculares.

Arteropatía coronaria:

Los cambios ateroscleróticos de las arterias coronarias elevan la frecuencia del infarto al miocardio (dos veces más en varones y tres veces más en mujeres).

Vasculopatía cerebral:

Los cambios ateroscleróticos de los vasos sanguíneos cerebrales o la formación de un émbolo en cualquier parte de la vasculatura pueden provocar ataques isquémicos transitorios y apoplejía.

Vasculopatía periferia:

Los cambios ateroscleróticos de los grandes vasos sanguíneos de las extremidades inferiores aumentan la frecuencia de Arteropatía periférica oclusiva. Los signos y síntomas de la vasculopatía periférica incluyen definición del pulso periférico y claudicación intermitente. En la forma grave Arteropatía o cursiva de las extremidades inferiores que, con mucho, eleva la frecuencia de gangrena amputación en diabéticos. La neuropatía y la deficiencia de la cicatrización, también tiene un papel importante en los pies de diabéticos.

Tratamiento:

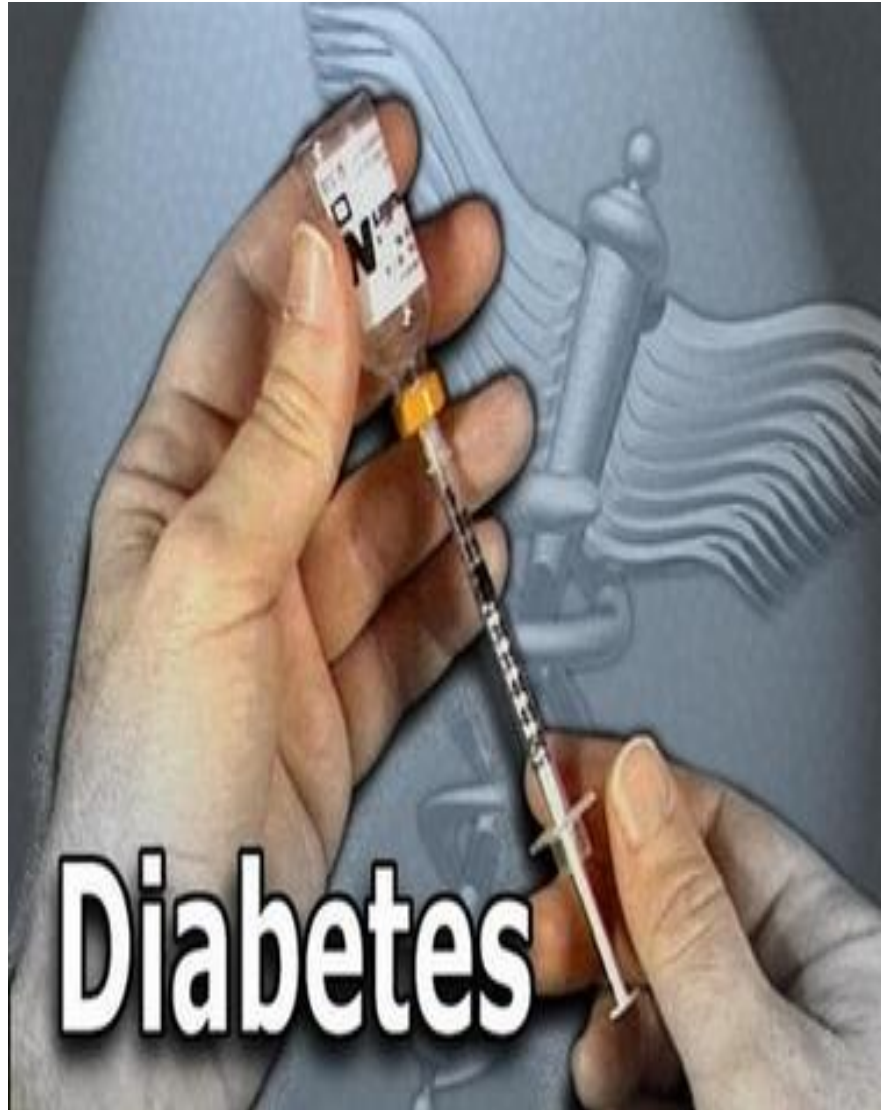
El objetivo principal del tratamiento de la diabetes es: normalizar las actividades de la insulina y la glucemia para reducir el desarrollo de las complicaciones. En cada tipo de diabetes, el objetivo terapéutico es lograr concentraciones normales de glucosa en sangre (euglucemia), sin hipoglucemia y sin alterar de manera importante las actividades normales del paciente.

Hay cinco componentes para el tratamiento de la diabetes:

- Dieta
- Ejercicio
- Vigilancia
- Medicamentos (cuando sean necesarios)
- Enseñanza

El tratamiento varía a lo largo del curso de la enfermedad, debido a los cambios del estilo de vida.

DIABETES MELLITUS



4.4.- Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus o diabetes sacarina: es un grupo de trastornos metabólicos, que afecta a diferentes órganos y tejidos, dura toda la vida y se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre; hiperglucemia es causada por varios trastornos, incluyendo la baja producción de la hormona insulina, secretada por las células beta de páncreas, o por su inadecuado uso por parte del cuerpo, que repercutirá en el metabolismo de los carbohidratos, lípidos y proteínas.

SIGNOS Y SINTOMAS

Los síntomas principales de la diabetes mellitus son emisión excesiva de orina (poliuria), aumento anormal de la necesidad de comer (polifagia), incremento de la sed (polidipsia), y pérdida de peso sin razón aparente; la Organización Mundial de la Salud reconoce tres formas de la diabetes mellitus: tipo I, Tipo II, y gestacional (ocurre durante el embarazo) cada una con diferentes causas y con distinta incidencia. Varios procesos patológicos están involucrados en el desarrollo de la diabetes, le confieren un carácter autoinmune, característico de la diabetes mellitus tipo I, hereditario y resistencia del cuerpo a la acción de la insulina, como ocurren en la diabetes mellitus tipo II.

Diabetes mellitus tipo II

Se caracteriza por un complejo de mecanismo fisiopatológico, cuyo rasgo principal es el déficit relativo de producción de insulina y una deficiente utilización periférica por los tejidos de glucosa (resistencia a la insulina), esto quiere decir que los receptores de las células que se encargan de facilitar la entrada de la glucosa a la propia célula están dañados. Se desarrolla e menudo con etapas adultas de la vida, y es muy frecuente la asociación de la obesidad. Varios fármacos y otras causas pueden, sin embargo, causar este tipo de diabetes. Es muy frecuente la diabetes tipo dos asociada a la toma prolongada de corticoides, frecuentemente asociada a la hemocromatosis no tratada. La diabetes tipo II representan un 80%-90% de todos los pacientes diabéticos.

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

Signos y síntomas de la diabetes mellitus no tratada

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

Signos y síntomas más frecuentes:

- Poliuria, polidipsia y polifagia.
- Pérdida de peso a pesar de la polifagia.
- Fatiga o cansancio.
- Cambios en la agudeza visual.

Signos y síntomas menos frecuentes:

- Vaginitis en mujeres, balanitis en hombres.
- Aparición de glucosa en orina u orina con sabor dulce.
- Ausencia de la menstruación en mujeres.
- Aparición de impotencia en los hombres.
- Dolor abdominal.
- Hormigueo o adormecimiento de manos y pies, piel seca, úlceras o heridas que cicatrizan lentamente.
- Debilidad.
- Irritabilidad.
- Cambios de ánimo.
- Náuseas y vómitos.
- Aliento con olor a manzana podrida.

DIAGNÓSTICO

Se basa en la medición única o continúa (hasta 2 meses) de la concentración de glucosa en plasma. La organización mundial de la salud estableció los siguientes criterios en 1999 para establecer con precisión el diagnóstico.

- Síntomas clásicos de la enfermedad (poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso inexplicable) más una toma sanguínea casual o al azar con cifras mayores o iguales de 200 mg/dl.
- Medición de glucosa en plasma en ayunas mayor o igual a 126 mg/dl.
- La prueba de tolerancia a la glucosa oral (curva de tolerancia a la glucosa), la medición en plasma se hace dos horas posteriores a la ingesta de 75g de glucosa en 375 ml. de agua; la prueba es positiva con cifras mayores o iguales a bomba de

infusión de insulina. Estos dispositivos sustituyen en algunos casos a las clásicas jeringas, consiguiendo liberaciones de insulina más fisiológicas adecuadas a la ingesta.

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

Para determinar si el tratamiento está dando resultados adecuados se realiza una prueba llamada hemoglobina glucosilada.

Un tratamiento completo de la diabetes debe de incluir una dieta sana, y ejercicio físico moderado y habitual. Asimismo conviene eliminar otros factores de riesgo cuando aparecen al mismo tiempo como la hipercolesterolemia.

Dieta y ejercicio físico

Mantener una dieta sana en una de las mejores maneras que se puede tratar la diabetes. Ya que no hay ningún tratamiento que deshaga de la diabetes, la persona debe no solo cuidarse con la cantidad de gramos de azúcar que come durante el día, si no también tiene que comer menos carbohidratos. Lo que esto significa es que la persona no puede comer muchas comidas con alto contenido de harina blanca, elegir panes y pasta de harina integral es no solo mucho más saludable si no que también va a ayudar a la persona a controlar mejor la insulina que el cuerpo produce.

El ejercicio es otra cosa muy importante en el tratamiento de la diabetes. Primero de todo es importante porque en la mayoría de casos de diabetes, la persona debe bajar un poco de kilos y el ejercicio es muy importante en este padecimiento.

COMPLICACIONES DE LA DIABETES

Independientemente del tipo de diabetes mellitus, un mal nivel de azúcar en la sangre conduce a los siguientes daños:

- Daño de los pequeños vasos sanguíneos (microangiopatía)
- Daño de los nervios periféricos (polineuropatía)
- Pie diabético: heridas difícilmente curables y la mala irrigación sanguínea de los pies, puede conducir a laceraciones y eventualmente la amputación de las extremidades inferiores.
- Daño de la retina (retinopatía diabética)

- Daño renal desde la nefropatía incipiente hasta la insuficiencia renal crónica terminal.
- Hígado graso o hepatitis de hígado graso(esteatosis hepática)
- Daño de los vasos sanguíneos grandes (macroangiopatía): trastorno de las grandes arterias, esta enfermedad conduce a infartos, apoplejías y trastornos de la circulación sanguínea en las piernas, en presencia simultánea de polineuropatía y a pesar de la circulación sanguínea crítica puede no sentirse dolores.
- Cardiopatía: debido a que el elevado nivel de glucosa ataca el corazón ocasionando daños y enfermedades coronarias.
- Coma diabético: sus primeras causas son la diabetes avanzada, hiperglucemia y el sobrepeso.
- Dermopatía diabética: o daños en la piel.
- Hipertensión arterial: debido a la cardiopatía y problemas coronarios, consta que la hipertensión arterial y la diabetes son enfermedades “hermanadas”.

Complicaciones agudas

Estados hiperosmolares: llamados de manera coloquial “coma diabético”. Comprende dos entidades clínicas definidas: la cetoacidosis diabética y el coma hiperosmolar no cetósico. Ambos tienen en común, como su nombre lo dice; la elevación patológica de la osmolaridad sérica, esto es resultado de niveles de glucosa sanguínea por encima de 1000 mg/dl. La elevada osmolaridad sanguínea provoca diuresis osmótica y deshidratación, lo cual pone en peligro la vida del paciente.

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

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

LABORATORIOS

Existen exámenes de laboratorio para monitorizar los órganos afectados en la diabetes mellitus (mediante control de nivel de glucosa, función renal, dislipidemia, etc. Además

de un examen médico adecuado, el laboratorio brinda actualmente exámenes como los siguientes:

Exámenes de laboratorio de rutina de seguimiento y para monitorizar complicaciones en órganos blancos.

- Determinación de micro albuminuria en orina de 24 hrs.
- Hemoglobina glucosilada.
- Perfil de lípidos.
- Creatininemia, uremia, electrolitos plasmáticos.

Revisiones por especialistas que también ayudan a evitar complicaciones.

- Revisión anual por oftalmología, preferentemente revisión de fondo de ojo con pupila dilatada.
- Revisión por cardiología, con monitorización de la presión arterial, perfil de lípidos y de ser necesario prueba de esfuerzo.
- Revisión de plan de alimentación por experto de nutrición
- Revisión por podología por onicomicosis, tiña, uñas encarnadas (onicocriptosis).

Correlación entre el resultado de hemoglobina glucosilada y la glicemia de 3 a 4 meses

Hemoglobina glucosilada

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

La misma fisiopatología de la diabetes nos indica que la glucosa se encontrara en niveles muy elevados en sangre, por la deficiencia de insulina o por la incapacidad de esta para poderla llevar a las células (resistencia a la insulina). Esa glucosa en exceso entra a los glóbulos rojos y se une con moléculas de hemoglobina, glucosilándola. En sentido de proporción, a mayor glucosa, mayor hemoglobina glucosilada.

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA A UN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO II EN SUS DIFERENTES ETAPAS



1era. ETAPA VALORACIÓN



nu202003 www.fotosearch.com

5.1.- Valoración de Enfermería al ingreso

Fecha: 15/Feb/2010 Hora de llegada: 12: 00 hrs.

Procedente de: Urgencias

Acompañado de: Su hija

Transporte en silla de ruedas: X Camilla: _____ Deambula: _____

Brazalete de identificación: X Información obtenida: Por el paciente.

I.- Signos Vitales

Prótesis, aparatos u otros dispositivos

Temp: 37.6 Dentadura postiza X Andador/Bastón/ Muletas _____

Pulso: 94X' Completa: Sup. ___ Inf. ___ Extremidades artificiales _____

Resp: 32X' Parcial: Sup. X Inf. X Abrazaderas _____

Oral X Rectal _____ Axilar _____ Gafas _____ Ojo artificial _____

T/A: 130/95mg/dl Posición Acostado

Peso: 52 kg Talla: 1.50cm. Lentes de contacto _____ Peluca _____

Peso en la cama ___ en la silla ___ de pie X Audífono _____

Diferido _____ Otros Uso de lentes

Orientado _____ en _____ la habitación X

Comentarios Paciente que utiliza dentadura postiza y uso de lentes, con signos vitales estables con poca deambulaci3n.

¿Ha acudido por si solo a la unidad? Si _____ No X

Exepciones _____

II.- Alergias a: Medicamentos _____

Contrastes _____

Alimentos _____ Otros _____

Ninguna conocida _____

Agente específico

Describir la reacción si sabe _____

Ninguno		

III.- Percepción/Mantenimiento de la salud

A) Enfermedad actual

1.- Diagnostico al ingreso: **Diabetes mellitus tipo II descompensada.** 2.-

Razones de ingreso en palabras del paciente: **Creo que tengo mi azúcar alta y me siento muy débil.**

3.- Duración de la enfermedad: **Llevo ya dos días**

4.- Tratamiento anterior/actual de la enfermedad y respuesta: **Metformina 1-1-1 me mantengo estable de mi azúcar, Loperamida 1 c/8 Hrs solo me la tomo cuando me da diarrea Insulina NPH 25U Mañana y Noche, Insulina acción rápida 20U en la mañana.**

5-El paciente conoce el diagnostico: Si No No sabe

B) Enfermedades anteriores (incluyendo hospitalizaciones): **La primera hospitalización fue hace 5 años por amputación de miembro inferior derecho. La segunda fue por diabetes mellitus descompensada hace 5 meses**

C) ¿Está tomando algún medicamento (prescrito o de venta libre)? Si No

Medicación	Dosis	Cuando la toma	Porque la toma	Ultima dosis	La ha traído	Disposición
Metformina	1-1-1	En el desayuno, comida y cena	Para establecer mis niveles de azúcar	Hace 3 horas	No	
Loperamida	1-1-1 o PRN	Antes de cada comida	Por la diarrea	Hoy no la tomé	No	

D) ¿Toma o ah tomado?

	SI	NO	Ultima hora	Frecuencia/Cantidad
Alcohol	X			Muy ocasionalmente
Drogas		X		

B) Fuma: Si **X** Paq. al día **X** Desde **Los 14 años**
No ___ Ha fumado Si ___ Paq. Al día ___ Cuanto tiempo ___ Cuanto hace que lo
dejo **Aun sigo fumando.**

IV.- Cognición/percepción

Cefaleas **X** Convulsiones ___ Ausencias **X** Mareos **X** Otros ___

A.- Nivel De conciencia:

Alerta ___ Somnoliento **X** Responde al dolor **X** Responde
a estímulos verbales **X** No responde ___

B.- Orientado en él: Tiempo **X** Espacio **X** Personas **X**

Comentarios: **Paciente que al momento presenta mareo, cefalea, y se encuentra alerta y orientado en sus tres esferas**

C.- Humor:

Relajado ___ Ansioso **X** Triste ___ Enfadado ___ Retraído ___ Otros ___

D.- Cambios frecuentes de memoria: Si **X** No ___

Especificar **Hay ocasiones que se le olvidan las cosas y hasta su domicilio**

E.-Responde a las órdenes: Si **X** No ___

Especificar **Responde y obedece lo que se le pide y pregunta**

F.-Habla:

Claro ___ Confuso **X** Inteligible ___ No puede hablar ___ Afasia ___

G.- Idioma que habla: Castellano **X**

Otro _____

H.- Audición:

Normal ____ Deteriorada X Corregida ____ Lenguaje de los sordos ____
Lee los labios ____

I.- Visión:

Normal ____ Deteriorada X Corregida ____ Ceguera ____

J.- Dolor:

Si X No ____ Descríbelo Refiere dolor en pierna izquierda.
¿Qué tratamiento sigue? Ninguno

K.- Capacidad del aprendizaje:

Sin limitaciones X Deseos de aprender ____ Se resiste a aprender ____
Disponibilidad emocional para aprender: Si X No ____ Necesita
refuerzo concreto del lenguaje ____ Mala memoria X La
enseñanza se dirigirá principalmente: Al paciente, miembro de la familia/ persona
significativa.

Comentarios: Paciente que sabe de qué trata su enfermedad

V.- Rol- Relaciones (Psicosocial) Planificación del plan de alta:

A.- Ocupación Jubilado

B.- Vive: Solo ____ Con su familia ____ En una residencia ____ Otros X

Comentarios: Paciente que solo vive con una hija la cual trabaja todo el día y por
lo consiguiente no le pone atención, prácticamente está solo.

C.- Entorno Físico: _____

D.- Se anticipa su alta a un centro asistido No Necesita cuidados domiciliarios Si

Otro ____ Domicilio: Av. De los Cisnes nº 318 col Nueva Tizayuca, Tizayuca Hgo.

¿Quién podría ayudarle en sus cuidados de salud tras su alta: Su hija

E.-¿Desea que lo visite un sacerdote durante en ingreso: Si ____ No X Fijación
religiosa Catolico

Comentarios: _____

VI.- Valoración de la historia de salud:

A.- Cardiovascular: Angina ___ Arritmia ___ Soplos ___ Edemas X
Palpitaciones ___ Dolor torácico No IAM ___ AVC ___ Aneurisma ___
Hipertensión ___ Marcapaso ___ Tipo ___
No aplicable ___ Pulso: Fuerte X Débil ___ Regular ___
Irregular ___ Pulso en la arteria pedía derecha: Fuerte X Débil ___
Ausente ___ Pulso en la arteria pedía izquierda: Fuerte X Débil ___
Ausente ___

B.- Respiratorios: Tos Productiva ___ Describir Tos con flemas frecuentemente.
Resfriados frecuentes ___ Ronquera ___ Asma ___ TBC ___ Falta
de aliento con el ejercicio ___ En reposo ___ Otros Ninguno Comentarios:
Es hipertenso desde hace 10 años

C.- Renal: Litiasis Renal ___ Infecciones X Retención ___ Quemazón ___
Poliuria ___ Disuria X Sin quejas ___ Dispositivo Urinario ___ Tipo ___
Incontinencia ___ Diurna ___ Nocturna X De esfuerzo ___ ¿Se
levanta por las noches para orinar? Si X No ___
Comentarios: Nicturia de 4 a 6 veces por noche.

D.- Gastrointestinales: (Nutrición - Metabolismo)

1.- Historia de diabetes: Si X No ___ Se hace exámenes de glucosa: Si X No ___
En orina X En sangre X Controlada con dieta No Insulinodependiente
X Hipóglucemiantes orales X Años que hace que es diabético 20 Años
Enseñanza anterior sobre la dieta: Si X No ___

2.- Número de comidas/día: 2 Tentempiés 1 Dieta especial Ninguna

3.- Capacidad del paciente para comer solo X Con ayuda ___ Especificar ___
Dificultad para deglutir: Poca porque no cuenta con dentadura completa y no
puede masticar bien los alimentos.

4.- Cambios ponderales en los últimos seis meses: Ninguno X Perdida de ___ kg.
Aumento de ___ kg.

5.- Tiene nauseas/vómito Si X No ___ Relacionado con: No llevar su dieta y no
tomarse sus medicamentos

6.- Tiene dolor abdominal: Pirosis En ocasiones Dolor rectal
Meteorismo Última deposición Hoy por la mañana

7.- Deposición: Hora habitual Frecuencia diaria A días alternos Otra
 Incontinencia Uso de dispositivos Color:
Marrón Blanquinoso Negro Sanguinolento
Estreñimiento: Nunca Ocasionalmente Frecuentemente
Diarrea: Nunca Ocasionalmente Frecuentemente Estoma
Frecuencia de uso de laxantes/ enemas: Especificar: Ninguno

8.- Abdomen: Blando No doloroso No distendido Duro Doloroso
 Distendido Ruidos
intestinales: Presentes Ausentes

Comentarios: Sufre de diarreas frecuentes

E.- Estado de la piel:

Color: Normal Palidez Cianosis Ictericia Otros
Temperatura: Caliente Fría Turgencia: Normal Mala
Edema: Si No Descripción/localización Miembro inferior izquierdo
Lesiones: Si No Descripción/localización En miembro inferior izquierdo, así también en miembros superiores.

Decúbitos: No Si Descripción/localización _____
Hematomas: No Si Descripción/localización _____
Erupciones: No Si Descripción/localización _____
Enrojecimiento: No Si Descripción/localización Manchas rojas en brazos y pierna izquierda.

Comentarios: Piel demasiado seca, maltratada y con pequeñas heridas

F.- Musculo esquelético: Calambres Artritis Rigidez Inflamación
Otros Función Motora: Brazo
derecho normal Amputación Espacitad _____ Flacidez
Debilidad _____ Parálisis Otros _____

Brazo izquierdo: Normal Amputación _____ Espacitad _____ Flacidez _____
Debilidad _____ Parálisis _____ Otros _____
Pierna derecha: Normal Amputación Espacitad _____ Flacidez _____
Debilidad _____ Parálisis _____ Otros _____

Pierna izquierda: Normal ____ Amputación ____ Espacitad ____ Flacidez ____
Debilidad X Parálisis ____ Otros ____
Comentarios: En ocasiones le duele su pierna izquierda, se siente cansado y débil.

VII.- Actividad reposo/sueño:

- A. Patrón habitual de sueño: Se acuesta a las 23 hrs. Horas de sueño De 5 a 6 hrs. siesta: Si ____ No X
- B. Dificultad para conciliar el sueño Si No ____ Especificar Muy ocasionalmente padece insomnio
- C. Ayudas para dormir Si ____ No X Especificar _____
- D. Tiene problemas/Dificultades para :

Bañarse Si No ____ Especificar Tiene que bañarse sentado porque ya ha sufrido de caídas y no se siente seguro.

Vestirse Si No ____ Especificar Se le dificulta moverse por el deterioro muscular-esquelético.

Deambula Si ____ No Equilibrio/marcha seguro ____ Inseguro X Se cansa fácilmente X Siente Debilidad X Comentarios: Por su edad y la falta de su pierna derecha se siente muy débil e inseguro para hacer normalmente sus actividades.

VIII.- Vida sexual.

- A.-Última menstruación ____ Última prueba de Papanicolaou _____
- B.-Auto exploración de las mamas/testículos Si ____ No X Frecuencia Nunca
- C.-Si la respuesta fue negativa ¿Sabe hacerlo? Si ____ No X ¿Le interesara aprender Si ____ No X ¿Se le ha dado un folleto? Si ____ No X

Comentarios _____

IX.- Resumen de la valoración: En general Paciente que se encuentra con una mala alimentación ya que no lleva una dieta, y no toma sus medicamentos como lo indica su médico por lo cual hay descompensación es sus niveles de glucosa y esto mismo lo ha llevado a tener deterioro visual, diarreas frecuentes, presenta descuido en su persona lo cual se refleja en su aspecto como piel seca y maltratada así como en su vestido.

X.- Diagnósticos de enfermeros: _____

¿Se ha iniciado la planificación para el alta? Si _____ No **X**
¿Se ha instalado el protocolo de prevención de lesiones? Si **X** No _____
¿Se ha iniciado un plan para la educación sanitaria? Si **X** No _____

Fecha **19 FEB 2010** Realizado por **E.P. Perla Chávez Hernández**
enfermera primaria _____ Hora **19:00 hrs.**

2DA ETAPA

DIAGNOSTICO



DIAGNOSTICOS REALES

Diarrea: Relacionado con efectos adversos de los medicamentos **manifestado por** eliminación por lo menos tres deposiciones líquidas al día.

Déficit de autocuidado: alimentación: Relacionado con debilidad **manifestado por** incapacidad para ingerir alimentos suficientes.

Fatiga: Relacionado con depresión y estados de enfermedad **manifestado por** falta de energía y cansancio.

Insomnio: Relacionado con patrón de la actividad **manifestado por** dificultad para conciliar el sueño.

Déficit de autocuidado baño/ higiene: Relacionado con deterioro muscular esquelético, debilidad y cansancio **manifestado por** incapacidad para entrar y salir del baño.

Déficit de autocuidado vestido/acicalamiento: Relacionado con cansancio **manifestado por** incapacidad para mantener el aspecto a un nivel satisfactorio.

Deterioro de la deambulación: Relacionado con miedo a las caídas, depresión **manifestado por** deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas.

Deterioro de la dentición: Relacionado con hábitos dietéticos **manifestado por** falta parcial de los dientes.

Temor: relacionado con separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (hospitalización, procedimientos hospitalarios) **manifestado por** aumento de la transpiración.

Sedentarismo: Relacionado con carencia de motivación **manifestado por** verbaliza la preferencia de actividad de bajo contenido en actividad física.

Ansiedad: Relacionado con el estado de salud **manifestado por** insomnio.

Deterioro de la movilidad física Relacionado con estado de humor depresivo **manifestado por** temblor inducido por el movimiento.

Desequilibrio nutricional por defecto: Relacionado con incapacidad para ingerir los alimentos **manifestado por** diarrea.

DIAGNOSTICOS DE RIESGO

Riesgo de caídas: Relacionado con edad igualo superior de 65 años, uso de dispositivos de ayuda (muletas).

Riesgo de glucemia inestable: Relacionado con aporte dietético.

Riesgo de infección: Relacionado con alteración de las defensas primarias (traumatismos de los tejidos).

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea: Relacionado con alteración de la circulación.

Riesgo de soledad: Relacionado con falta de contacto con personas o cosas percibidas como importantes o significativas.

3ra. ETAPA

PLANEACION DE CUIDADOS



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
 LICENCIATURA DE ENFERMERIA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

DOMINIO: 3 CLASE: 2

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA

ETIQUETA (PROBLEMA)(P)

Diarrea

FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)

Efectos adversos de los a los medicamentos.

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS)

Eliminación por lo menos tres deposiciones liquidas al día

RESULTADO NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
Eliminación intestinal	-Heces blandas y formadas -Control de la eliminación de heces -Diarrea	1 Gravemente comprometido	MANTENDERA
		2 Sustancialmente comprometido	9
		3 Moderadamente comprometido	AUMENTARA
		4 Levemente comprometido	15
		5 No comprometido	

INTERVENCION: 1.-Manejo de la diarrea 2.- Manejo intestinal	INTERVENCION
ACTIVIDADES	RAZÓN CIENTIFICA
<p>1.1.- Peso diario del paciente.</p> <p>1.2.- Reanudar la ingesta de alimentos</p> <p>2.1.- Instruir al paciente/familia a registrar el color, volumen, frecuencia y consistencia de las heces.</p>	<p>Pesando diariamente y con precisión se puede establecer un tratamiento para detener las perdidas.</p> <p>La introducción precoz de los nutrientes normales establece una serie de ventajas nutricionales y puede reducir el número de deposiciones, la pérdida de peso y la duración de la enfermedad y fomenta la curación de la mucosa intestinal.</p> <p>La documentación de las cantidades y eliminación proporciona datos fiables para ayudar a dirigir la terapia de restitución de líquidos</p>

UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
 LICENCIATURA DE ENFERMERIA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

DOMINIO: 2 CLASE: 1

	RESULTADO NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA				
ETIQUETA (PROBLEMA)(P)	Estado nutricional	- Ingestión de nutrientes.	1 Desviación grave del rango normal	MANTENDERA
Déficit de autocuidado: alimentación		- Ingestión de líquidos	2 Desviación sustancial del rango normal	AUMENTARA
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)		- Energía	3 Desviación moderado del rango normal	14
Debilidad			4 Desviación leve del rango normal	
CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS)			5 Sin desviación del rango normal	
Incapacidad para ingerir alimentos suficientes.				

INTERVENCION: 1.-Manejo de la nutrición	INTERVENCION
ACTIVIDADES	RAZÓN CIENTIFICA
<p>1.1.-Animar al paciente que utilice dentaduras de ajuste correcto y/o que obtenga cuidados dentales.</p> <p>1.2.-Determinar la capacidad del paciente para satisfacer necesidades nutricionales.</p> <p>1.3.- Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente.</p>	<p>La utilización de dentaduras es un apoyo para la masticación de los alimentos.</p> <p>Los nutrientes específicos que debe mantener el paciente, debe ser balanceada según sus necesidades nutricionales.</p> <p>Los alimentos y los líquidos son necesarios para el funcionamiento, crecimiento y el mantenimiento de sus funcionamientos vitales.</p>

UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
 LICENCIATURA DE ENFERMERIA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

DOMINIO: 4 CLASE: 3

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA

ETIQUETA (PROBLEMA)(P)

Fatiga

FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS)

Depresión y estados de enfermedad

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS)

Falta de energía y cansancio

RESULTADO NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
Calidad de vida	- Satisfacción con el estado de ánimo general.	1 Desviación grave del rango normal	MANTENDERA 5
Descanso	- Calidad de descanso	2 Desviación sustancial del rango normal	AUMENTARA
Nivel de glucemia	-Concentración sanguínea de la glucosa	3 Desviación moderada del rango normal 4 Desviación leve del rango normal 5 Sin desviación del rango normal	14

INTERVENCION: 1.-Fomento del ejercicio 2.- Mejorar el sueño	INTERVENCION
ACTIVIDADES	RAZÓN CIENTIFICA
1.1. Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio	La actividad física planificada y estructurada tiene como finalidad el movimiento o la mejora de la forma física.
1.2.-Controlar la respuesta de individuo al programa del ejercicio	Toda actividad física durante el ejercicio se producen modificaciones adecuadas y coordinadas en todo en organismo los cuales son metabólicos, circulatorios, cardiacos y respiratorios.
2.1.- Determinar efectos que tiene la medicación del paciente con el esquema de sueño.	Crear un ambiente tranquilo, eso conlleva a mejorar las condiciones optimas del individuo y con ello un alto contenido emocional.
2.4.- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a dormir.	El estrés produce interrupción de sueño por lo que es necesario ayudarlo en sus necesidades, sentimientos y sensaciones.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
 LICENCIATURA DE ENFERMERIA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

DOMINIO: 4 CLASE: 5

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA

	RESULTADO NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA)(P)	Movimiento coordinado	- Rapidez del movimiento	- Gravemente comprometido	MANTENDERA 10
Déficit de autocuidado baño/higiene		- Movimiento equilibrado	- Sustancialmente comprometido	AUMENTARA
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)	Resistencia	- Glicemia	- Moderadamente comprometido	16
Deterioro musculoesquelético			- Levemente comprometido	
CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS)			- No comprometido	
Incapacidad para entrar y salir del baño.				

INTERVENCION: 1.- Prevención de caídas	INTERVENCION
ACTIVIDADES	RAZÓN CIENTIFICA
<p>1.1.- Identificar conductas y factores de caídas</p> <p>1.2.-Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulación.</p> <p>1.3.- Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado (muletas)</p>	<p>La deambulación permite establecer metas de control y marcha de sí mismo en forma segura.</p>

UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
 LICENCIATURA DE ENFERMERIA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

DOMINIO: 4 CLASE: 5

	RESULTADO NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA	Motivación	- Mantiene una conducta positiva	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado	MANTENDERA 6
ETIQUETA (PROBLEMA)(P)	Nivel de autocuidado	- Mantiene una higiene personal	3 a veces demostrado	AUMENTARA
Déficit de autocuidado vestido/acicalamiento	Conservación de la energía	- Mantiene una nutrición adecuada	4 frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	14
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)				
Cansancio				
CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS)				
Incapacidad para mantener el aspecto a un nivel satisfactorio				

INTERVENCION: 1.- Fomento de ejercicios: extensión	INTERVENCION
ACTIVIDADES	RAZÓN CIENTIFICA
<p>1.1.- Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.</p> <p>1.2.-Controlr las respuestas del individuo, al programa de ejercicios.</p> <p>1.3.-Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo.</p>	<p>El ejercicio es básico para mantener buena condición</p> <p>El programa de actividades durante el ejercicio físico facilita un mejor control de tratamiento y fortalecimiento.</p> <p>La explicación al paciente sobre las ventajas y desventajas del ejercicio y los esfuerzos que conllevan.</p>

UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
 LICENCIATURA DE ENFERMERIA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

DOMINIO: 4 CLASE: 2

	RESULTADO NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA	Equilibrio	- Equilibrio al caminar - Tambaleo - Trepiezo	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido	MANTENDERA
ETIQUETA (PROBLEMA)(P) Deterioro de la deambulaci3n				10
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E) Miedo a las caídas Depresi3n				AUMENTARA
CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS) Deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas				15

INTERVENCION: 1.- Fomento del ejercicio 2- Terapia de ejercicios	INTERVENCION
ACTIVIDADES	RAZÓN CIENTIFICA
<p>1.1.- Ayudar a expresar sus propias expresiones, valores y objetivos respecto al buen estado muscular y la salud.</p> <p>1.2.- Enseñar a descansar brevemente después de cada serie según sea necesario.</p> <p>2.2.- Proporcionar dispositivos de ayuda (muletas) como apoyo para realizar sus actividades.</p>	<p>La condición física favorece el aspecto humano además que proporciona salud.</p> <p>El descanso proporciona energía para volver a empezar.</p> <p>Los aparatos médicos proporcionan confianza y favorecen equilibrio.</p>

UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
 LICENCIATURA DE ENFERMERIA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

DOMINIO: 2 CLASE: 1

	RESULTADO NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA	- Estado nutricional (ingestión de nutrientes).	- Ingestión de nutrientes. - Ingestión alimentaria	1 Desviación grave del rango normal 2 Desviación sustancial del rango normal 3 Desviación moderada del rango normal 4 Desviación leve del rango normal. 5 Sin desviación del rango normal	MANTENDERA
ETIQUETA (PROBLEMA) (P)				6
Deterioro de la dentición				AUMENTARA
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)				10
Hábitos dietéticos				
CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS)				
Falta parcial de los dientes				

INTERVENCION: 1.-Manejo de la nutrición	INTERVENCION
ACTIVIDADES	RAZÓN CIENTIFICA
<p>1.1.- Dar comidas ligeras, en puré y blandas.</p> <p>1.2.- Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente.</p>	<p>Llevar una dieta balanceada a base de verduras y frutas bajo en grasas y azúcares ayuda a un mejor estado de salud.</p>

UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
 LICENCIATURA DE ENFERMERIA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

DOMINIO: 9 CLASE: 2

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA

ETIQUETA (PROBLEMA)(P)

Temor

FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)

Separación del sistema de soporte en una situación estresante (hospitalización, procedimientos hospitalarios)

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS)

Aumento de la traspiración

RESULTADO NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
- Nivel del miedo	- Inquietud - Sudoración	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido	MANTENDERA 8 AUMENTARA 10

INTERVENCION: 1.- Apoyo emocional 2.- Disminución de la ansiedad	INTERVENCION
ACTIVIDADES	RAZÓN CIENTIFICA
<p>1.1.- Comentar la experiencia emocional con el paciente. 1.2.-Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.</p> <p>2.1.- Crear un ambiente que facilite confianza.</p>	<p>El apoyo y la confianza aseguran en el paciente tranquilidad, y un nivel de optimismo alto.</p> <p>La seguridad de conversación con el paciente facilita la confianza y confort.</p>

UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
 LICENCIATURA DE ENFERMERIA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

DOMINIO: 2 CLASE: 1

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA

ETIQUETA (PROBLEMA) (P)

Desequilibrio nutricional por defecto

FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)

Incapacidad para ingerir alimentos.

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS)

Diarrea

RESULTADO NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
- Hidratación - Estado nutricional (ingestión alimentaria y de líquidos)	- Diarrea	1 Gravemente comprometido	MANTENDERA
	- Calambres musculares	2 Sustancialmente comprometido	5
		3 Moderadamente comprometido	AUMENTARA
		4 Levemente comprometido	10
		5 No comprometido	

INTERVENCION: 1.- Alimentación	INTERVENCION
ACTIVIDADES	RAZÓN CIENTIFICA
1.1.- Establecer los alimentos según lo prefiera el paciente.	Ofrecer alimentos que más le agraden pero sobre todo que sean saludables.
1.2.- Vigilar estado nutricional	Los nutrientes son una fuente de energía que constituyen los tejidos y regulan los procesos metabólicos por lo que es necesario establecer una nutrición adecuada a la edad del paciente.
1.3.- Registrar la ingesta.	Llevar las anotaciones exactas de la que consume para verificar, la alimentación y llevar un mejor control.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
 LICENCIATURA DE ENFERMERIA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

DOMINIO: 4 CLASE: 1

	RESULTADO NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA ETIQUETA (PROBLEMA)(P) Ansiedad FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E) El estado de salud CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS) Insomnio	- Nivel de estrés	- Inquietud - Depresión	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido	MANTENDERA 11 AUMENTARA 15

INTERVENCION: 1.- Disminución de la ansiedad	INTERVENCION
ACTIVIDADES	RAZÓN CIENTIFICA
<p>1.1.- Brindar un enfoque sereno que de seguridad.</p> <p>1.2.- Crear un ambiente que facilite confianza.</p> <p>1.3.- Observar si hay signos verbales o no verbales de la ansiedad</p>	<p>La tranquilidad y la seguridad son el principal apoyo para el paciente que refiere ansiedad.</p> <p>La confianza es el primer signo que debe de percibir el paciente, ante la enfermedad.</p> <p>El miedo produce ansiedad, por lo que hay que crear un ambiente seguro y tranquilo.</p>

UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
 LICENCIATURA DE ENFERMERIA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

DOMINIO: CLASE:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA

ETIQUETA (PROBLEMA)(P)

Deterioro de la movilidad física

FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)

El estado de humor depresivo

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS)

Temblor inducido por el movimiento

RESULTADO NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
<ul style="list-style-type: none"> - Movilidad - Nivel de dolor - Resistencia 	<ul style="list-style-type: none"> - Estado nutricional - Movimiento articular - Tono muscular - Tensión muscular - Actividad 	1 Gravemente comprometido	MANTENDERA
		2 Sustancialmente comprometido	20
		3 Moderadamente comprometido	AUMENTARA
		4 Levemente comprometido	30
		5 No comprometido	

INTERVENCION: 1.- Cambio de posición 2.- Masaje simple	INTERVENCION
ACTIVIDADES	RAZÓN CIENTIFICA
<p>1.1.-Explicar al paciente que se le va a cambiar deposición.</p> <p>2.1.- Seleccionar la zona o zonas del cuerpo que han de masajearse.</p> <p>2.2.- Masajear con movimientos continuos, uniformes y rítmicos.</p>	<p>Los cambios de posición frecuente evitan que las escaras.</p> <p>El cambio de posiciones debe ser frecuentes, especialmente en zonas enrojecidas.</p> <p>Los masajes son importantes ya que mejoran la textura de la piel, los cuales deben de ser firmes y constantes.</p>

4ta. ETAPA EJECUCIÓN



Ejecución

En el ingreso del paciente se observan los siguientes signos y síntomas, palidez de tegumentos, debilidad, cefalea, mucosas orales secas, mareo, con una glicemia capilar de 375mg/dl, somnoliento, piel seca y maltratada.

El cual se inicia de inmediato a proporcionarle los cuidados de enfermería con las siguientes intervenciones.

Se canaliza vena periférica con solución fisiológica para hidratarlo para que su piel mejore y disminuya la resequedad, administración y ministración de hipoglucemiantes para disminuir la hiperglucemia, así también como analgésicos para eliminar la cefalea, .

Las intervenciones realizadas se cumplieron satisfactoriamente y el paciente respondió a estas de manera inmediata.

5ta. ETAPA EVALUACIÓN



Evaluación

El egreso del paciente fue satisfactorio, ya que la glicemia se ha mantenido entre 120 y 180 mg/dl, ligera palidez de tegumentos, hidratado, con más fuerza muscular, la cefalea desapareció, la piel menos reseca e hidratada.

A su egreso se le explica a él y a su familia, la dieta que debe llevar y la importancia de esta, la toma de sus medicamentos como lo indique el médico para evitar la descompensación y el cuidado personal.

GLOSARIO DE TERMINOS



6.- GLOSARIO DE TERMINOS

CETOACIDOSIS: Acidosis producida por la acumulación de cuerpos cetónicos en el tejido y líquidos del cuerpo, como sucede en la diabetes mellitus descompensada.

CETONURIA: Presencia de cuerpos cetónicos en la orina (en forma de acetoacetato o betahidroxibutírico), que es indicativo de diabetes descompensada con acidosis metabólica y glucosuria. Puede agregar la pérdida de sodio y agua por la orina, provocando hiponatremia, es posible estudiarla mediante tiras reactivas.

CETOSIS: Condición que se caracteriza por el aumento de los niveles de cuerpos cetónicos en la sangre y en la orina.

DIABETOLOGÍA: Rama de la especialidad de endocrinología que se encarga del estudio de la enfermedad denominada Diabetes Mellitas.

FISTULOSO: Que tiene la forma de fistula o su semejanza.

GLUCÓSIDO: Cualquiera de las sustancias orgánicas, existentes en muchos vegetales, que mediante hidrólisis provocada por la acción de ácidos diluidos, dan como productos de descomposición, glucosa y otros cuerpos. Muchos de ellos son venenos enérgicos, y en dosis pequeñísimas se usan como medicamentos.

GLUCOSIS: Reacción no oxidante por la que una molécula de glucosa se divide en dos ácido láctico; es propia en el trabajo muscular.

LÁCTICO: Relativo a la leche; ácido láctico.

POLIURIA: Aumento anormal de la necesidad de comer.

POLIFAGIA: Incremento de la sed.

POLIDIPSIA: Pérdida de peso sin razón aparente.

MICROANGIOPATÍA: Daño en los pequeños vasos sanguíneos.

POLINEUROPATÍA: Daño en los nervios periféricos.

PIE DIABÉTICO: Herida difícilmente curable por la mala irrigación sanguínea.

RETINOPATÍA DIABÉTICA: Daño en la retina.

ESTEATOSIS HEPÁTICA: Hígado graso.

MACROANGIOPATÍA: Daño en los vasos sanguíneos.

DERMATIPATÍA DIABÉTICA: Daños en la piel.

DIAGNOSTICO: Es la segunda etapa del proceso atención de enfermería donde se analizan los datos reunidos durante la valoración e identificar áreas problemáticas.

EJECUCIÓN: Es la cuarta etapa del proceso atención de enfermería, es la validación y la estructura del plan, suministro y documentación de atención y continuación de la colecta de datos.

EVALUACIÓN: Es la quinta etapa del proceso atención de enfermería donde el cual se evalúa el logro de los objetivos.

NANDA:

PLANEACIÓN: Es la etapa donde se desarrolla el plan para ayudar al paciente a lograr un nivel de funcionamiento óptimo.

TAXONOMÍA: Sistema de clasificación de órganos basados en las relaciones naturales de acuerdo a los factores embriológicos, estructurales o fisiológicos – químicos.

VALORACIÓN: Es la primera etapa del proceso atención de enfermería en la cual se recopila los datos sobre el estado de salud del paciente.

HIPOGLUCEMIA: Disminución de nivel de glucosa en sangre por debajo de 50 mg/dl.

BIBLIOGRAFIA

7.- Bibliografía

Gloria M Beleecheck CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC) cuarta edición, editorial Elsevier, espanal SL-Travessera se Garcia 1721 Barcelona 2009, Total de pag. 937

Sue Moorhead PHD, RNCLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC) tercera edición, editorial Elsevier, espanal SL- Travessera de Garcia 1721 Barcelona 2009.

Total de pag. 879

Teresa Ruiz Rodrigo NANDA 1 DIAGNOSTICOS ENFERMEROS: DEFINICIONES Y CVLASIFICACION editorial Elsevier, España S.A. 2008

Total de pag. 357

Rosalina Alfaro Masson APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO cuarta edición

Total de pag.421

Israel Lerman ATENCION INTEGRAL A PACIENTE DIABETICO editorial Mc Graw Hill, Cuarta edición

Total de pag. 327

Frank M. Mata. GUIA DE TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITAS TIPO II Elsevier, Julio 2004

Total de pag. 425

Susan K. Grove INVESTIGACION EN ENFERMERIA tercera edición, Elsevier, Nancy Burns

Total de pag 214

Anthony ANATOMIA Y FISIOLOGIA Editorial Mc. Graw Edicion 2007

Hernandez Ramirez Luz Maria ANTOLOGIA TOMO 1 FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA 1ra. Edicion 1997 Mexico D.F.

Gloria M Beleecheck P.H. D.R.N. INTRODUCCION AL PROCESO ATENCION ENFERMERIA Mexico D.F. 1998

Total de pag 135

Jimenez Rodriguez Sofia ANTOLOGIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA 1ra. Edicion 1997 Mexico D.F.