



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN DIABETES MELLITUS TIPO II IMPLICADA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE GERIÁTRICO, PERTENECIENTE AL CENTRO DE SALUD DE MIÑARICA 2; AMBATO-TUNGURAHUA.”

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Enfermería.

Autora: Godoy Hernández, Jasmina Natalia

Tutor: Licda. Calero Lozada, Gloria Teresa

Ambato – Ecuador

Noviembre 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación Sobre el Tema: **“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN DIABETES MELLITUS TIPO II IMPLICADA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE GERIÁTRICO, PERTENECIENTE AL CENTRO DE SALUD DE MIÑARICA 2; AMBATO-TUNGURAHUA”**, de Jasmina Natalia Godoy Hernández, estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del Jurado Examinador, designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Septiembre de 2015

LA TUTORA

.....
Licda. Calero Lozada, Gloria Teresa

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación: **“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN DIABETES MELLITUS TIPO II IMPLICADA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE GERIÁTRICO, PERTENECIENTE AL CENTRO DE SALUD DE MIÑARICA 2; AMBATO- TUNGURAHUA.”** es original, auténtica y personal. En tal virtud, declaro que el contenido es de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Septiembre del 2015.

LA AUTORA

Godoy Hernández, Jasmina Natalia

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte de él, un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de Investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi análisis de caso clínico con fines de difusión pública; además apruebo su reproducción dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Septiembre del 2015.

LA AUTORA

Godoy Hernández, Jasmina Natalia

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema “**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN DIABETES MELLITUS TIPO II IMPLICADA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE GERIÁTRICO, PERTENECIENTE AL CENTRO DE SALUD DE MIÑARICA 2; AMBATO- TUNGURAHUA**” de Jasmina Natalia Godoy Hernández, estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Noviembre 2015

Para constancia firman:

.....

PRESIDENTE/A

.....

1er VOCAL

.....

2do VOCAL

DEDICATORIA

Principalmente quiero dedicar este trabajo a mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento. A mi madre Lucrecia Hernández quien gracias a su apoyo, amor, comprensión supo sacarme adelante siendo padre y madre al mismo tiempo, gracias a ti madre mía soy lo que soy, una persona con valores, principios, carácter, empeño, perseverancia, coraje para continuar cumpliendo mis objetivos.

A mis hermanos Diego, Paulina y Diana por estar siempre presentes y apoyándome cada día. Y por último pero no menos importante al amor de mi vida Adrián Villafuerte que de una u otra manera ha sido y es mi motivación, inspiración y felicidad quien con sus palabras de aliento me ayudaba a seguir adelante en los momentos más difíciles para así poder cumplir con esta meta.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO por darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional.

A mi tutora de tesis Licda. Gloria Calero por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

También me gustaría agradecer a mis profesores durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que, me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO

Pág.

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	- 1 -
II. OBJETIVOS	- 3 -
OBJETIVO GENERAL	- 3 -
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	- 3 -
III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES Y NO DISPONIBLES	- 4 -
3.1 INFORMACIÓN DISPONIBLE.....	- 4 -
3.2. INFORMACIÓN NO DISPONIBLE	- 5 -
VALORACIÓN DE ACUERDO A LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.....	- 5 -
III. DESARROLLO	- 9 -
4.1. DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO	- 9 -
4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO	- 11 -

4.3. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD - 12 -

PRIORIZACIÓN DE LAS NECESIDADES SEGÚN LA PIRÁMIDE DE MASLOW	- 13 -
2.5. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	17
2.6. PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO.....	30
III. CONCLUSIONES	66
IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
V. ANEXO	70

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN DIABETES MELLITUS TIPO II IMPLICADA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE GERIÁTRICO.”

Autora: Godoy Hernández, Jasmina Natalia

Tutora: Licda. Calero Lozada, Gloria Teresa

Fecha: Septiembre 2015

RESUMEN

En este trabajo se presenta el caso clínico de una paciente geriátrica, femenina de 78 años de edad, con sobrepeso, la misma que sufre de Diabetes Mellitus tipo II desde hace más o menos 15 años. Esta enfermedad empezó con episodios de cefalea, mareos y malestar general, la cual fue avanzando paulatinamente hasta que la paciente empezó a presentar sensación de emisión excesiva de orina (poliuria) aumento anormal de la necesidad de comer (polifagia), incremento de la sed (polidipsia), y pérdida de peso. Hasta que en una ocasión sufrió un desmayo en su casa por lo que su hija decidió acudir por atención hospitalaria en la cual constataron la elevación de Glucosa a 200ml/dl motivo por el cual transfieren al hospital regional docente Ambato donde queda internado para recibir un tratamiento adecuado.

El presente análisis se realiza con el propósito de conocer el gran impacto económico y social, estas influyen en las actividades que realizan tanto la enfermera como su familia promocionando un cuidado en todas sus dimensiones: física, mental y social, y así satisfacer las necesidades que requiere el adecuado cuidado del paciente; los cuidados van enfocados al mantenimiento óptimo de la calidad de vida, a través de la promoción con medidas generales que hagan su vida más placentera.

Se utilizó una metodología descriptiva puesto que se efectuó una serie de análisis sistemáticas para la recopilación de información por medio de la historia clínica del paciente y un contacto directo con la realidad para observarla y describirla, pronosticarla y controlarla. El afán de realizar este trabajo es para identificar las características de calidad de vida del paciente, con respecto a sus hábitos; información que es de fácil accesibilidad y que demanda un estudio de campo debido a que la recolección de datos son directamente de la realidad donde ocurren los hechos y el método de observación lo cual se realizará debido a visitas domiciliarias.

PALABRAS CLAVES: DIABETES_MELLITUS, GLUCEMIA, POLIURIA, POLIFAGIA, POLIDIPSIA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

Nursing Career

**"NURSING INTERVENTIONS IN DIABETES MELLITUS TYPE II
INVOLVED IN THE QUALITY OF LIFE OF GERIATRIC PATIENT."**

Author: Godoy Hernández, Jasmina Natalia

Tutor: Licda. Calero Lozada, Gloria Teresa

Date: September 2015

SUMMARY

In this paper the case of a geriatric patient, female 78 years old, overweight, suffering from the same type II Diabetes Mellitus from about 15 years is presented. The disease started with episodes of headache, dizziness and malaise, which was gradually moving until the patient began to present feeling of excessive urination (polyuria) abnormal increase in the need to eat (polyphagia), increased thirst (polydipsia), and weight loss. Until once fainted at home so her daughter decided to go for hospital care which noted the rise in glucose 200ml / dl why teachers transferred to the regional hospital where remains boarding Ambato for treatment suitable.

This analysis is performed in order to meet the great economic and social impact, these influence their activities both nurse and promoting a caring family in all its dimensions: physical, mental and social, and thus meet the needs It requires proper care of the patient; care are focused on maintaining optimal quality of life through the promotion to general measures that make life more rewarding.

A descriptive methodology as a series of systematic analysis for the collection of information through patient history and direct contact with reality to observe and describe, and forecast it was held control was used. The desire to do this work is to identify the characteristics of the patient's quality of life, about their habits; information that is easily accessible and that requires a field study because the data collection are directly of reality where facts and observation method which is performed because home visits occur.

KEYWORDS: DIABETES_MELLITUS, GLUCOSE, POLYURIA,
POLYPHAGIA, POLYDIPSIA.

I. INTRODUCCIÓN

Según (Alberto, 2010)

La Diabetes Mellitus tipo 2 es una enfermedad metabólica crónica, caracterizada por altos niveles de azúcar en la sangre que afecta de forma característica al páncreas que es la encargada de la producción de insulina, ocasionando daño a largo plazo, disfunción y falla de diferentes órganos, especialmente ojos, riñones, nervios, corazón, tejido blando y vasos sanguíneos. Es por este motivo que se realiza la investigación ya que estas complicaciones son causa importante de morbilidad, incapacidad y muerte.

El presente trabajo tiene la finalidad de analizar las acciones de enfermería adecuadas para el mejoramiento de la calidad de vida de paciente con Diabetes mellitus tipo II porque se considera que el Proceso de Atención de Enfermería es un método sistemático que utiliza el personal de enfermería para brindar cuidados humanistas y eficientes, centrándose en el logro de resultados y apoyándose en un modelo científico, el cual permite que el personal examine sus acciones y planee de mejor manera las mismas.

Según (OMS, 2010)

La diabetes mellitus se ha convertido en una de las primeras causa de morbimortalidad, en el cual conjugan tantos factores genéticos, económicos, ambientales, y sociales afectando la salud de la paciente geriátrica produciendo discapacidad y carga al núcleo familiar ya que dicha enfermedad no mide edad, sexo, raza, religión, condición socioeconómica, región o país.

Al momento de la detección de la enfermedad es importante seguir el tratamiento adecuado para disminuir la progresión de los síntomas, se debe realizar un cambio en estilo de vida que involucren el fomento de dietas saludables, ejercicio físico,

evitar hábitos inadecuados como alcohol, tabaco y drogas y el énfasis en la identificación de los factores de riesgo que son indispensables para controlar la severidad de su aparición mediante la aplicación de un modelo en intervenciones de enfermería que junto con los planes de cuidado nos permita priorizar necesidades, valorando los factores que contribuyen a evitar muchas complicaciones que a su vez producen una grave carga para el núcleo familiar y la sociedad ya que esta patología genera discapacidad para seguir cumpliendo con sus tareas diarias.

Se presenta el caso de una paciente geriátrica, femenina, de 78 años de edad, la cual se considera entre la población vulnerable no solo por la enfermedad crónica y degenerativa que padece sino también por su edad.

Según (Jimenez, 2012)

En el servicio de Endocrinología y enfermedades Metabólicas del Hospital Central PNP menciona que la diabetes mellitus tipo II se desarrolla más en la población mayor de 40 años de edad con estilos de vida sedentaria y régimen nutricional inadecuado que asociados al antecedente familiar de DMT2 promueve el deterioro del perfil metabólico el costo de cada tratamiento para dicha enfermedad oscila entre los \$ 50000 cubriendo grandes costos monetarios para el estado.

El propósito de este análisis, se enfoca en determinar factores de riesgo que inciden en el incremento de las complicaciones de la Diabetes Mellitus tipo II y a su vez con este trabajo se pretende establecer estrategias para minimizar las complicaciones en su estado de salud, mejorando su calidad de vida.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar la evolución de la Diabetes Mellitus tipo II en relación a los factores sociodemográficos que impidieron mejorar la salud del paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar intervenciones de enfermería que fueron implicadas en la calidad de vida del paciente geriátrico.
- Determinar factores de riesgo que pudieron modificarse durante la evolución de la enfermedad.
- Diseñar un plan de cuidados de enfermería dirigido a la solución de problemas de la patología basados en la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES Y NO DISPONIBLES

3.1 INFORMACIÓN DISPONIBLE

Dentro de la información que se pudo obtener es la historia clínica que se adquirió en el Centro de Salud de Miñarica 2 en donde se observaba exámenes de laboratorio (Anexo 1) e informes de enfermería que se redacta a continuación que no tienen mayor importancia para la enfermedad; se trató de conseguir la Historia clínica del Hospital Provincial Docente Ambato pero no hubo la apertura para estudiarla.

REPORTES DE ENFERMERÍA DEL SUBCENTRO DE SALUD DE MIÑARICA 2

12/04/2001

Se le educa al paciente sobre medidas generales en la correcta administración de la medicación prescrita, alimentación e higiene. P/A 100/60; respiración de 20x´; frecuencia Cardíaca de 70x´.

02/09/2009

Paciente acude a esta casa de salud por control se realiza curación de herida en pie derecho, se indica medidas generales sobre la alimentación, curación e higiene. Glucosa 200ml/dl; P/A 110/70; respiración de 20x´; frecuencia Cardíaca de 70x´.

15/03/2015

Paciente acude a su chequeo médico con Glucosa de 140ml/dl; P/A 100/60; respiración de 20x´; saturación de Oxígeno de 90%; frecuencia Cardíaca de 70x´.

3.2. INFORMACIÓN NO DISPONIBLE

Mientras se realizó el presente trabajo se tuvo diversas dificultades debido a que en el historial clínico del paciente no se contaban información adecuada referente a su enfermedad, ni datos y exámenes necesarios para elaborar el trabajo. Debido a esto se realizó una entrevista estructurada tanto al paciente como a la familia que se encuentra en contacto directo con el paciente. Para una mejor valoración, se realizó un cuestionario el cual está basado en las Necesidades de Virginia Henderson además se priorizaron los problemas actuales que presenta el paciente por medio de la pirámide de Maslow para obtener una información adecuada sobre el estado actual del paciente.

VALORACIÓN DE ACUERDO A LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

1. NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE

Paciente refiere que al caminar y estar acostado de espalda sin almohada por mucho tiempo le falta el aire. Además indica que cocina con leña y que debido a eso presenta dolor de garganta. Presenta vías aéreas permeables, tórax simétrico, dolor a la palpación a nivel de la espalda y cintura, sin presencia de lesiones, frecuencia respiratoria 18X', Saturación de Oxígeno de 92%, P/T 110/60, presenta una puntuación de 2 (Ligeramente comprometido) en la escala de medición de Disnea (**Anexo 2**). Y una puntuación de 0 (alerto y tranquilo) en la Escala de Richmond (Rass) (**Anexo 3**).

2. NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

Paciente refiere que come 3 veces al día, no tiene horas fijas para alimentarse debido a que su hija trabaja y por lo tanto no tiene un horario específico de llegar a la casa a cocinar ni mucho menos una alimentación adecuada, refiere que se ha disminuido el consumo de azúcar en la mayoría de las comidas. En el último año ha perdido peso aproximadamente 10 kilogramos. Indica aumento del apetito y sed y que a la vez como utiliza dentadura postiza le es difícil triturar los alimentos. Paciente presenta abdomen globoso doloroso a la palpación, ausencia de ruidos

aéreos, distensión abdominal. Glicemia 100mg/dl, peso de 65 Kg, talla 1.55 cm con un IMC de 27.6 (Sobrepeso) lo que indica un Riesgo nutricional alto con una puntuación de 8 en el test de “Conozca su salud nutricional” (**Anexo 4**).

3. NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES

Paciente refiere estreñimiento, heces duras, cafés, después de comer presenta sensación de llenura. Presentando una puntuación de 10 (continente e independiente) según el Cuestionario índice de Barthel (**Anexo 5**). Orina entre 4 a 5 veces al día, no puede retener por mucho tiempo la orina y se le escapa antes de llegar al baño, su orina es de color amarilla y de mal olor. El paciente refiere que a nivel de la herida del pie sale pues en poca cantidad y que pasando un día acude al centro de salud para que curen su pie. Presenta Abdomen globoso doloroso a la palpación, ausencia de ruidos aéreos, incontinencia urinaria de esfuerzo del 77,2% según el Cuestionario de valoración de incontinencia urinaria (**Anexo 6**), deficiencia del esfínter uretral y debilidad de los músculos pélvicos, poliuria, polidipsia, polifagia, herida de miembro interior derecho infectada con secreción purulenta en moderada cantidad (Dolor, Rubor, Edema) y disminución de sensibilidad en herida

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS

Paciente refiere que no realiza actividad física, realiza pequeñas caminatas de 15 minutos en la casa, se le hace difícil mantenerse de pie por lo que permanece sentado la mayor parte del día por la molestia en el pie, le es difícil agarrar ya que le duele la cintura y espalda, además ha presentado cansancio durante el día. Paciente con de ambulante con puntuación de 15 (Independiente) en el Cuestionario Índice Barthel (**Anexo 5**). Presenta enlentecimiento del movimiento, miembros superiores e inferiores normales, edema en miembros inferiores derecho de (++)/+++), herida nivel del pie en MII de aproximadamente 6 cm de largo y 4 de ancho con signos de infección presentando calor local, eritematoso, dolor, edema y secreción purulenta, en su bordes presenta tejido necrótico Grisáceo, piel frío, llenado capilar lento, pulso periférico débil.

5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

Paciente refiere que duerme entre 5 a 6 horas, al levantarse a pesar de dormir se siente cansada, no descansa durante el día, refiere que al tener preocupaciones le es difícil conciliar el sueño. Presenta puntuación 15 (: Insomnio moderado) en el test de Índice de gravedad del insomnio (**Anexo 7**). Paciente no cuenta con todos los servicios básicos de acuerdo al eco mapa (**Anexo13**) presenta una comunicación deficiente con su familia de acuerdo al familiograma (**Anexo 14**).

6. NECESIDAD DE ESCOGER LA ROPA ADECUADA: VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Paciente refiere vestirse y desvestirse sola pero necesita de ayuda para ponerse los zapatos ya que no puede agacharse, utiliza solo sandalias ya que estas le parece cómodo al paciente por el pie. Tiene una puntuación de 5 (NECESITA AYUDA, pero hace buena parte de las tareas habitualmente) en el Cuestionario índice Barthel (**Anexo 5**).

7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LIMETES NORMALES ADECUADO LA ROPA Y MODIFICANDO EL AMBIENTE

Paciente refiere no haber sufrido últimamente fiebre ni escalofríos además que le es fácil adaptarse a todos los cambios de temperatura ya sea en el frío o en el calor debido a que tiene vestimenta adecuada para cualquier clima.

8. NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL

Paciente refiere que se baña 3 veces en la semana, se lava 1 vez al día la dentadura, utilizar cremas hidratantes en la piel y cortarse las uñas cada vez que se acuerda. Su hija es quien le corta las uñas pero no sabe todas las medidas adecuadas para cuidar el pie afectado además refiere que ha disminuido la sensibilidad en su pie afectado. Presenta piel seca y áspera + hiperqueratosis en palma del pie, halitosis, uñas

largas, engrosada, Onicocriptisis + Onicodistrofia., Presenta bajo riesgo de úlceras por presión (Puntuación 15) en las Escala de Braden (**Anexo 8**).

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS AMBIENTALES Y EVITAR LESIONAR A OTRAS PERSONAS

Paciente refiere que se siente triste, intranquilo, desesperado, preocupado, si hija refiere que se enoja con facilidad. También refiere no poder arreglar sus problemas y que incluso se siente inútil ya que desde que se enfermó no puede hacer las cosas que solía hacer cuando estaba sana y su hija menor es la que viene a hacer todos los quehaceres domésticos, solo cuenta con el apoyo de su esposo e hija. Presenta Ansiedad (Puntuación 10) y Depresión (Puntuación 9) en la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (**Anexo 9**).

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMÁS, EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES

Paciente refiere tener buena comunicación con sus hijos. Cuando acude a la casa de salud no le brindan información sobre su enfermedad y en el test del Apgar familiar obtuvo una puntuación de 7 Normofuncional (**Anexo 10**).

11. NECESIDAD DE VIVIR DE ACUERDO CON LOS PROPIOS VALORES Y CREENCIAS

Paciente refiere que es religioso antes de enfermarse acudía todos los domingos a la iglesia, los valores son muy importantes para vivir, no le tiene miedo a la muerte, se encomienda a dios para mejorar su salud.

12. NECESIDAD DE OCUPARSE DE ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE REALIZACIÓN PERSONAL

Paciente refiere que no trabaja y pasa solo en casa, se siente inútil porque los familiares le impiden hacer ciertas actividades. Presenta riesgo alto de caídas (Puntuación 19) en la Escala de TINETTI (**Anexo 11**).

13. NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Paciente refiere que se queda en casa con su hija y esposo y que a veces de vez solían salir a pasear pero ahora con su enfermedad ya solo pasan en casa, por tal razón siente que se estresa con facilidad.

14. NECESIDAD DE APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A USAR LOS RECURSOS DISPONIBLES

Paciente refiere haber estudiado hasta 5 grado, sabe leer y escribir, no conoce acerca de su enfermedad, no sigue su tratamiento adecuadamente. Paciente no presenta deterioro cognitivo con una puntuación de 11 en el Test de Pfeiffer (**Anexo 12**).

III. DESARROLLO

4.1. DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO

Paciente de 78 años de edad, de estado civil casada con 4 hijos de los cuales 3 de ellos viven fuera de la ciudad, con sobrepeso, escolaridad realizada hasta quinto grado, reside Santa Rosa.

- **Antecedentes Patológicos Personales:** Refiere enfermedades comunes tales como gripe, estreñimiento, Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2 desde hace 15 años.
- **Antecedentes Patológicos Familiares:** Padre murió por presentar cáncer de próstata y su madre murió por presentar hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y cáncer cervicouterino.
- **Antecedentes Quirúrgicos:** Apendicetomía hacer 8 años.

El comienzo de la enfermedad del paciente es desde hace más o menos 15 años, la paciente empezó presentando episodios de cefalea, mareos y malestar general, la cual fue avanzando paulatinamente hasta que la paciente empezó a presentar sensación de emisión excesiva de orina (poliuria) aumento anormal de la necesidad de comer (polifagia), incremento de la sed

(polidipsia), y pérdida de peso. Hasta que en una ocasión sufrió un desmayo en su casa por lo que su hija decidió acudir por atención en el Centro de salud de Santa Rosa en el medico que lo atiende le manda a realizar exámenes de laboratorio por lo que se Diagnóstica por primera vez Diabetes Mellitus tipo II debido de a la elevación de Glucosa a 250mg/dl motivo por el cual transfieren a la paciente al Hospital Regional Docente Ambato donde la reciben por emergencia dándole los primeros cuidados, el Medico que lo atiende le manda a realizar exámenes de laboratorio queda internada en Medicina Interna para recibir un tratamiento adecuado.

A la exploración física se encuentra a la paciente normocéfalo, cabello bien implantado escasos y delgado, ojos centrales con pupilas isocóricas, vías aéreas permeables, mucosa oral hidratada, encías sanas con presencia de prótesis dental, higiene oral ineficaz, lengua y labios sin lesiones, faringe sin patología aparentemente, cuello con pulsos carotideo palpable sin adenomegalia, tórax normo líneo con campos pulmonares limpios sin problemas (expandible) con buen entrada y salida de oxígeno, Refiere dólar a nivel de espalda y cintura pero no se observa lesión aparente, abdomen distendido doloroso a la palpación, ausencia de ruidos aéreos, extremidad superiores e inferiores completo, con movimientos normales pulsos presente con entumecimiento de los dedos del pie derecho para el movimiento, con presencia de vértigos, malestar y debilidad.

Por los resultados obtenidos el medico receta: Metformina 1 Tabletas C/ 24 horas, Hidroclorotiazida 1 tableta C/ 12 horas, Ácido acetil salicílico 1 tableta C/ 24 horas. El Paciente empezó con el tratamiento pero no cumplió con las indicaciones médicas y no tomaba la medicación como lo prescribió el médico, ya que refiere que empezó a tener problemas de ardor del estómago por lo que deja de tomar la medicación.

4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Los factores riesgo que contribuyeron a que desencadene la enfermedad fueron los estilos de vida del paciente, comenzando por su alimentación ya que en el hogar son acostumbrados a ingerir alimentos a bases de arroz, sopa de pasta, pan, sodas, café, alimentación en diferentes horarios sin restricción de azúcar y sal. También influye el sedentarismo producto del cual la paciente presenta un IMC de 27.6 (Sobrepeso) lo que ocasiona agitación y debilidad en extremidades para realizar actividades y por la lesión que presenta a nivel del miembro inferior derecho le es difícil caminar ya que siente dolor por lo que prefiere quedarse en cama o la mayor parte del tiempo sentada.

Otro factor de riesgo es la deficiente condiciones de higiene ya que la paciente realiza su baño 3 veces a la semana, acude al centro de salud cuando ya siente molestias en la herida del pie, no tiene una buena higiene en pies, el corte de uñas no es adecuado. Cuenta con riesgos ambientales, su casa es de 2 cuartos, de lámina y de concreto, no cuenta con todos los servicios básicos, existe acumulación de basura, agua estancada y heces ya que convive con animales domésticos (Gatos, perro y gallinas). Además de la falta de interés por tratar de mejorar con su calidad de vida ya que la paciente no cumple con todo el tratamiento que el medico indica, por esta razón se utilizó una teorizante de enfermería que puede contribuir a describir los aspectos descritos anteriormente.

TEORIZANTE DE ENFERMERÍA SEGÚN LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

- 1. SALUD.-** La paciente se encuentra en un estado de salud de físico, mental y social deteriorado, ya que la enfermedad que padece fue producto de su inadecuada alimentación a más de llevar una vida sedentaria lo que exige que el paciente tenga limitaciones físicas por el problema tanto de su lesión en el pie a más de sí estado físico y fisiológico ya que a más de presentar la enfermedad la paciente ya cuenta con alteraciones propias de la edad como cansancio, malestar general y debilidad en miembros inferiores, además de que ya requiere dependencia de otra persona para

ciertas actividades, lo que obligas a la paciente a sentirse inútil y con falta de interés.

2. **ENTORNO.-** El entorno en el que vive la paciente no es adecuado ya que es un terreno irregular de polvo y piedras teniendo un riesgo elevado de sufrir caídas o accidentes, además de que la vivienda se encuentra en un lugar apartado de la calle principal, su casa es de 2 cuartos, de lámina y de concreto, sin una adecuada iluminación no cuenta con todos los servicios básicos, existe acumulación de basura, agua estancada y heces ya que convive con animales domésticos (Gatos, perro y gallinas). No existe el acceso inmediato a farmacia, retén policial ni casa de Salud ya que se encuentra a 7 cuadras de donde es su vivienda.
3. **PERSONA.-** El paciente por la enfermedad que padece impide que mantenga un equilibrio fisiológico y emocional; además de no puede tender una independencia total necesita de ayuda para realizar ciertas actividades que le es imposible a ella. El paciente y su familia no tienen una adecuada comunicación familiar por esta razón el paciente se encuentra anímicamente deteriorado.
4. **ENFERMERÍA.-** Los cuidados de enfermería juega un papel muy importante tanto en el apoyo emocional y psicológico lo que permitirá mantener la estabilidad psíquica del paciente y su participación activa en los planes de cuidado. La enfermera tiene como única función ayudar a los enfermos y a la familia a evaluar las necesidades básicas de la persona para mantener el equilibrio fisiológico y emocional y conseguir su independencia.

4.3. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

En este punto podemos hacer hincapié en el estado del paciente sus condiciones de vida y papel que debe desempeñar el organismo de salud, hablamos de una paciente de 78 años, la cual necesita de otra persona para poder realizar ciertas necesidades básicas. El paciente

vive en una casa de 1 piso con su esposo e hija, entorno en que el paciente vive no es adecuado ya que no existen los servicios básicos necesarios ni economía estable, además que no obtiene el apoyo de sus familiares ante la enfermedad; la distancia que existe entre el centro de salud y su casa es de gran magnitud y no cuenta con un servicio de transporte por tal motivo el paciente no acude con frecuencia a realizarse chequeos médicos. Las enfermedades por su trascendencia van más allá, pues causan también cambios importantes en el ámbito económico, laboral y social ya causan secuelas graves, incapacitantes para realizar las tareas más sencillas y vitales es por esta razón que el paciente ya no puede ser el sustento de su hogar.

Es aquí en donde debe actuar el MSP, es para lo que se ha instaurado planes por parte del MSP. El nivel de atención primaria debe tener localizado a este tipo de pacientes, y realizar visitas domiciliarias de forma frecuente, para posteriormente ser referido ya sea a un centro de atención primaria o encaminada a un médico especializado y de ser necesario realizar interconsultas con terapia física para que realice ejercicios activos y pasivos que puedan ayudar la movilidad de las extremidades.

PRIORIZACIÓN DE LAS NECESIDADES SEGÚN LA PIRÁMIDE DE MASLOW	
Necesidades fisiológicas	<p>Alimentación</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Riesgo nutricional alto (anexo 3) ✓ IMC: 27.6 (Sobrepeso) ✓ Peso : 65kg ✓ Talla: 1.55cm ✓ Mucosas orales secas, presenta prótesis dental ✓ Aumento del apetito y sed (Polidipsia, polifagia) <p>Eliminación</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Abdomen globoso doloroso a la palpación

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausencia de ruidos aéreos ✓ Distensión abdominal. ✓ Estreñimiento ✓ Heces son de características solidas ✓ Incontinencia urinaria de esfuerzo del 77,2% (Anexo 5) ✓ Deficiencia del esfínter uretral ✓ Debilidad de los músculos pélvicos. ✓ Poliuria ✓ Herida nivel del pie en MII de aproximadamente 6 cm de largo y 4 de ancho con signos de infección presentando calor local, eritematoso, dolor, edema y secreción purulenta ✓ En su bordes presenta tejido necrótico Grisáceo ✓ Disminución de sensibilidad en herida ✓ Déficit del proceso de cicatrización <p>Descanso</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Insomnio moderado (anexo 6) ✓ Dificultad para conciliar el sueño. ✓ Malestar general ✓ Preocupaciones <p>Vestir y desvestir</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuestionario Índice Barthel (Anexo 4) NECESITA AYUDA, pero hace buena parte de las tareas habitualmente.)
--	---

	<p>Higiene</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta de higiene ✓ Piezas dentales en mal estado ✓ Halitosis ✓ Estado de piel en pie: seco + hiperqueratosis en palma del pie ✓ Aspecto de estado de uña: engrosada, Onicocriptisis + Onicodistrofia
<p>Necesidades de seguridad</p>	<p>Seguridad física</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Temblor en miembros superiores e inferiores ✓ Movimientos descoordinados. ✓ Enlentecimiento del movimiento. ✓ Dificultad para caminar ✓ Postura encorvada ✓ Riesgo alto de caídas (Anexo 10) ✓ Malestar del pie afectado ✓ Dificulta para agacharse ✓ Dolor de la cintura y espalda ✓ Sedentarismo ✓ Edema en miembros inferiores de (+/+++) ✓ Herida nivel del pie en MII de aproximadamente 6 cm de largo y 4 de ancho con signos de infección presentando calor local, eritematoso, dolor, edema y secreción purulenta moderada ✓ En su bordes presenta tejido necrótico Grisáceo

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disminución de sensibilidad a nivel de la herida ✓ Piel frío, llenado capilar lento ✓ Déficit del proceso de cicatrización ✓ Bajo riesgo de úlceras por presión (Anexo 7) ✓ Deambulaci3n independiente (Anexo 4) <p style="text-align: center;">Seguridad de Empleo</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Bajos recursos econ3micos ✓ No trabaja ✓ Dependencia Moderada (Anexo 4)
Necesidades de afiliaci3n o sociales	<p>Amistad y afecto</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Depresi3n y ansiedad (anexo 8) ✓ Deterioro cognitivo ✓ Incapaz para arreglar su problemas ✓ Buena comunicaci3n familiar ✓ Apgar Familiar (Anexo 9)
Necesidades de reconocimiento	<p>Auto reconocimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Religiosa
Necesidad de autorrealizaci3n	<p>Aceptaci3n de los hechos, resoluci3n de problemas</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta de inter3s por la salud ✓ Falta de educaci3n

Tabla 1:

Autor: Investigadora

Fuente: Entrevista

2.5. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

DIAGNOSTICOS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA
<p>Riesgo de nivel de glucemia inestable relacionado con falta de adhesión al plan terapéutico de diabetes, el estado de salud física y mental y sobrepeso.</p>	<p>Nutrición</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vigilar los niveles de glucosa en sangre, si está indicado. ✓ Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa o jaquecas. ✓ Fomentar el autocontrol de los niveles de glucosa en sangre. ✓ Identificar las causas posibles de la hiperglucemia. ✓ Ayudar al paciente a interpretar los niveles de glucosa en sangre. ✓ Instruir al paciente y cuidador acerca de la actuación con la diabetes durante la enfermedad, incluyendo el uso de insulina y / o antidiabéticos orales; control de la ingesta de líquidos; reemplazo de los hidratos de carbono, y cuándo debe solicitarse asistencia sanitaria profesional, si procede. ✓ Proporcionar ayuda en el ajuste de un régimen para evitar y tratar la hiperglucemia (aumento de insulina o antidiabético oral), si está indicado. ✓ Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y ejercicios.

<p>Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades relacionado con la incapacidad de absorción de nutrientes manifestado por sobrepeso, dieta inadecuada, deterioro del estado metabólico y falta de actividad física.</p>	<p>Nutrición</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Solicitar al usuario que lleve un diario de las comidas de 1 a 3 días, apuntando todo lo que ha comido y bebido. ✓ Ayudar al paciente a aprender el tamaño normal de las porciones a servir. ✓ Ayudar al paciente a determinar su índice de masa corporal (IMC). ✓ Recomendar al paciente que ingiera un desayuno sano cada mañana. ✓ Recomendar al paciente comer en restaurantes de comida rápida. ✓ Demostrar tanto al paciente como a la familia cómo elegir alimento más sano según las etiquetas de los productos alimentarios. ✓ Animar al paciente a disminuir la ingesta de azúcar a 12 cucharaditas al día incluyendo, refrescos, dulces y caramelos. ✓ Recomendar al paciente la ingesta de 5 a 9 frutas y verduras al día, con un mínimo de dos raciones de frutas y tres raciones de verduras. ✓ Evaluar la ingesta habitual de fibra ✓ Recomendar al paciente que limite el consumo de grasas saturadas y ácidos grasos a un 30%; aumentar el consumo de aceites de oliva y de canola.
--	------------------	---

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recomendar al paciente que disminuya la ingesta de carnes rojas y carnes procesadas; en cambio, comer más pollo, pescado y productos lácteos bajos en grasa pero ricos en proteínas. ✓ Valorar la ingesta de líquidos ✓ Observar los factores socioeconómicos que influyen en la elección de la comida ✓ Discutir con el paciente los aspectos de la dieta que no van a cambiar.
<p>Perfusión tisular periférica ineficaz relacionada con conocimientos deficientes sobre el proceso de la enfermedad Diabetes Mellitus y Sedentarismo manifestada por alteración tanto de la función motora como de las características de la piel, pulsos periféricos débil, retraso en la curación de la herida periférica, dolor en</p>	<p>Actividad/Reposo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Controlar pulsos periféricos: como inicio de pérdida de pulso con zonas azuladas, moradas o negras y dolor intenso (Notificar inmediatamente al médico). ✓ Comprobar el llenado capilar ✓ Observar el color y la temperatura de la piel ✓ Observar la textura de la piel y la presencia de pelo, úlceras o zonas gangrenosas en los pies. ✓ Observar la presencia de edema en las extremidades y puntuarlo en una escala de cuatro puntos, además medir la circunferencia del tobillo y la pantorrilla a la misma hora cada día. ✓ Valorar el dolor en extremidades, observando la intensidad, la calidad, el momento y factores que exacerben o mitiguen. Distinguir entre la enfermedad venosa de la central.

la extremidad y edema.		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elevar las piernas edematosas y asegurarse de que no existe presión debajo de la rodilla. No elevar las piernas por encima del nivel del corazón. ✓ Fomentar el ejercicio (caminar) durante 30 minutos, según prescriba el médico. ✓ Mantener los pies del paciente calientes indicarle que utilice calcetines y zapatos cómodos; no aplicar calor. ✓ Presentar mucha atención al cuidado de los pies, verificar si ni presenta anomalía en los pies y uñas.
Deterioro de la eliminación urinaria relacionada con el desgaste sensitivo-motor manifestada por Incontinencia urinaria de esfuerzo.	Eliminación / Intercambio	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comentar los procedimientos y los resultados que se desean esperar con el paciente. ✓ Enseñar al paciente/ familia a registrar la producción y el esquema urinario. ✓ Identificar las causas de los múltiples factores que producen incontinencia (producción urinaria, esquema de eliminación, función cognoscitiva, problemas urinarios anteriores, residuo después de la eliminación y medicamentos) ✓ .Implementar un programa de entrenamiento vesical y ejercicio con musculatura pélvica y autocontrol. ✓ Valorar el estado de la piel en la zona perineal ✓ Pedir al paciente que tosa mientras observamos el meato urinario

		<p>para verificar pérdida de orina.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ayudar a seleccionar la prenda! compresa de incontinencia adecuada para el manejo a corto plazo mientras se determina un tratamiento más definitivo. ✓ Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares. ✓ Educar al paciente en la ingesta de líquidos evitando deshidratación. ✓ Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al aseo. ✓ Limitar los líquidos durante 2 o 3 horas antes de irse a la cama. ✓ Enseñar maneras de evitar el estreñimiento o la impactación de heces. ✓ Limitar la ingestión de productos irritantes para la vejiga. ✓ Incentivar al paciente para que pierda peso. ✓ Mostrar una respuesta positiva a cualquier disminución de los episodios de incontinencia.
Estreñimiento relacionado con la actividad física insuficiente y malos hábitos alimenticios manifestado por cambios	Eliminación e Intercambio	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar la dieta que es ingerida por el paciente. ✓ Revisar la medicación que el paciente está tomando. ✓ Palpar el abdomen en busca de distensión, percutirlo para detectar matidez y auscultar los ruidos intestinales. ✓ Colocar al usuario en la taza del retrete y situar un pequeño

<p>del patrón intestinal, eliminación de heces duras, sonidos abdominales hipoactivos y distensión abdominal.</p>		<p>taburete bajo los pies.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pedir al paciente y a la familia que lleve un diario de los hábitos intestinales, incluyendo la hora del día, consistencia, cantidad, frecuencia de la deposición. ✓ Explicar la importancia de la ingesta adecuada de fibra, la ingesta de líquidos, actividad y el establecimiento de rutinas de eliminación fecal para lograr heces blandas y formadas. ✓ Aconsejar la ingesta de fibra de 25 a 30 g al día. ✓ Hacer hincapié para que el paciente ingiera frutas fresca, legumbres, verduras y cereales integrales.
<p>Deterioro de la integridad cutánea relacionado con la destrucción y alteración de la superficie de la piel manifestada por inmovilización física, desequilibrio nutricional, cambios en la pigmentación, deterioro de la circulación y sensibilidad.</p>	<p>Seguridad y Protección</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y la apariencia de la piel circundante. ✓ Mantener la úlcera humedecida para favorecer la curación. ✓ Aplicar calor húmedo a la úlcera para mejorar la perfusión sanguínea y el aporte de oxígeno a la zona. ✓ Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua. ✓ Desbridar la úlcera, si es necesario. ✓ Limpiar la úlcera con la solución no tóxica adecuada, con movimientos circulares, desde el centro. ✓ Utilizar una aguja del calibre 19 y una jeringa de 35 cc para limpiar las úlceras profundas.

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Anotar las características del drenaje. ✓ Aplicar un apósito adhesivo permeable a la úlcera, según corresponda. ✓ Remojar con solución salina, según corresponda. ✓ Aplicar ungüentos, si procede. ✓ Aplicar vendajes, si está indicado. ✓ Administrar medicaciones orales, si procede. ✓ Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida. ✓ Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada. ✓ Utilizar camas y colchones especiales, si procede. ✓ Utilizar mecanismos en la cama (badana) para proteger al individuo. ✓ Asegurar una ingesta dietética adecuada. ✓ Controlar el estado nutricional ✓ Verificar la ingesta adecuada de calorías y proteínas de alta calidad. ✓ Enseñar a los miembros de la familia / cuidador a vigilar si hay signos de rotura de la piel, si procede. ✓ Enseñar al individuo O a los miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida.
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Facilitar servicios de consulta de los cuidados de la terapia de la enterostomía, según sea necesario.
<p>Deterioro de la ambulación relacionado con el estado físico, cognitivo y dolor de extremidades manifestado por la falta de la habilidad para caminar sobre superficies irregulares.</p>	<p>Actividad/Reposo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluar las habilidades de movilidad en el siguiente orden: (Movilidad de la cama, sedestación con y sin apoyo, movimiento de transición como de sentado a pie y actividades de pie sentado) ✓ Observar en el paciente la presencia de causas del deterioro de la movilidad física. Determinar si la causa es física o psicológica. ✓ Enseñar al individuo a trasladarse para conseguir el mayor nivel de independencia posible. ✓ Obtener cualquier instrumento de asistencia que sea necesario para la actividad como bastón antes de que la actividad comience, documentar el progreso. ✓ Monitorizar y apuntar la capacidad del usuario para tolerar la actividad y el uso de las cuatro extremidades, controlar la frecuencia cardíaca, presión arterial, la presencia de disnea y el color de la piel antes y después de la actividad. ✓ Consultar con un fisioterapeuta la necesidad de mayor evaluación, entrenamiento de fuerza, entrenamiento de marcha y el desarrollo de un plan de movilidad. ✓ Realizar ejercicios activos como son flexión, extensión, de las extremidades; ejercicios de fortalecimiento, como sentarse

		<p>trabajando los glúteos y los bíceps.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ayudar al usuario a recuperar la fuerza y el tono muscular. ✓ Aumentar la independencia en las actividades de la vida diaria, estimulando la confianza en las propias habilidades y eliminando la impotencia a medida que el usuario va recuperando fuerza. ✓ Si el usuario es incapaz de alimentarse o arreglarse el cuidador deberá sentarse junto a él para ayudarlo al paciente
<p>Riesgo de caídas relacionado con la edad, disminución de fuerza en las extremidades, dificultad en la marcha y deterioro de la movilidad física.</p>	<p>Seguridad/ Protección</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar el nivel de conocimientos del cuidador. ✓ Determinar la aceptación del cuidador de su papel. ✓ Admitir las dificultades del rol del cuidador. ✓ Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles. ✓ Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad. ✓ Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador. ✓ Animar la aceptación de independencia entre los miembros de la familia. ✓ Usar un sistema de evaluación para determinar la carga del cuidador y la tensión de su papel. ✓ Observar si hay indicios de estrés. ✓ Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés. ✓ Explorar con el cuidador principal cómo lo está afrontando. ✓ Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo.

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental. ✓ Controlar la calidad del cuidado realizado por el cuidador, su idoneidad y la necesidad ✓ Enseñar al cuidador estrategias para acceder y sacar el máximo provecho de los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios. ✓ Comentar con el paciente los límites del cuidador. ✓ Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente. ✓ Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo.
Trastorno del sueño relacionado con insomnio moderado manifestado por cansancio, queja verbales, debilidad e insatisfacción con el sueño.	Actividad/Reposo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar las frases del paciente sobre su propia valía. ✓ Determinar la posición de control del paciente. ✓ Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios. ✓ Escuchar activamente, demostrar respeto y aceptación del usuario. ✓ Animar al paciente a identificar sus virtudes. ✓ Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas. ✓ Reafirmar las virtudes personales que identifique el paciente. ✓ Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente. ✓ Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse. ✓ Abstenerse de burlarse. ✓ Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación. ✓ Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. ✓ Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros. ✓ Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo. ✓ Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo. ✓ Ayudar al paciente a identificar el impacto que tiene el grupo de similares sobre los sentimientos de su propia valía. ✓ Explorar las razones de la autocrítica o culpa. ✓ Animar al paciente a evaluar su propia conducta. ✓ Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos. ✓ Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos. ✓ Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima. ✓ Ayudar al paciente a identificar efectos importantes de su cultura, religión, raza, género y edad en la autoestima. ✓ Instruir a la esposa sobre la importancia de su interés y apoyo en
--	--	---

		el desarrollo de un concepto positivo.
Ansiedad relacionada con cambios en el estado de salud manifestado por ansiedad e irritabilidad.	Afrontamiento/ Tolerancia al estrés	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar las frases del paciente sobre su propia valía. ✓ Determinar la posición de control del paciente. ✓ Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios. ✓ Escuchar activamente, demostrar respeto y aceptación del usuario. ✓ Animar al paciente a identificar sus virtudes. ✓ Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas. ✓ Reafirmar las virtudes personales que identifique el paciente. ✓ Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente. ✓ Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás. ✓ Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse. ✓ Abstenerse de burlarse. ✓ Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación. ✓ Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. ✓ Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros. ✓ Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que

		<p>tiene de sí mismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo. ✓ Ayudar al paciente a identificar el impacto que tiene el grupo de similares sobre los sentimientos de su propia valía. ✓ Explorar las razones de la autocrítica o culpa. ✓ Animar al paciente a evaluar su propia conducta. ✓ Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos. ✓ Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos. ✓ Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima. ✓ Ayudar al paciente a identificar efectos importantes de su cultura, religión, raza, género y edad en la autoestima.
--	--	---

Tabla 2:
Autor: Investigadora
Fuente: Base de Datos

2.6. PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
DOMINIO: 2 Nutrición CLASE: 4 Metabolismo CÓDIGO DE DX: 00179 Riesgo de nivel de glucemia inestable.			RESULTADO (S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
						MANTENER	AUMENTAR
Definición: Riesgo de variación de los límites normales de los niveles de glucosa/azúcar en sangre. Diagnóstico: Riesgo de nivel de glucemia inestable relacionado con falta de adhesión al plan terapéutico de diabetes, el estado de salud física y mental y sobrepeso.			Conocimiento: dieta (1802)	182002 Descripción del papel de la nutrición en el control de la glucemia.	1. Ninguno 2. Escaso 3. Moderado	2	4
			Conocimiento y conducto de salud (IV)	182005 Descripción del papel del ejercicio en el control de la glucemia	4. Sustancial 5. Extenso	2	3
			Conocimientos sobre salud (S)	182007 Prevención de hiperglucemia 182010 Prevención de hipoglucemia		2	4
						2	4

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)

CAMPO:	2. Fisiológico Complejo: Cuidados que apoyan la regulación homeostática	CLASE:	G:Control de electrolítico y ácido- base: Intervenciones para regular el equilibrio de electrolítico y ácido- base y prevenir complicaciones
---------------	--	---------------	--

INTERVENCIONES INDEPENDIENTE: Manejo de la Hiperglucemia2120

ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia. ✓ Vigilar los niveles de glucosa en sangre. ✓ Fomentar el autocontrol de los niveles de glucosa en sangre. ✓ Identificar las causas posibles de la hiperglucemia. ✓ Instruir al paciente y cuidador acerca de la actuación con la diabetes durante la enfermedad, incluyendo el uso antidiabéticos orales; control de la ingesta de líquidos; reemplazo de los hidratos de carbono, y cuándo debe solicitarse asistencia sanitaria profesional. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La hiperglucemia produce poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa o jaquecas. La mejor manera de controlar es la realización de un examen de sangre que ayude a detectar la elevación de la glucosa en la sangre. (Musso, 2000). ✓ La educación del paciente sobre su propia enfermedad sigue siendo la herramienta fundamental para el control de la diabetes. La gente que sufre de diabetes. Cualquier diferencia en la dieta, el ejercicio, el nivel de estrés, u otros factores puede afectar el nivel de azúcar en la sangre. Por lo tanto, cuanto mejor conozcan los pacientes los efectos de estos factores, mejor será el control que puedan ganar sobre su condición. (Runions, 1999).

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y ejercicios. ✓ Conocer los sentimientos/ actitud del paciente/ ser querido acerca de la dieta prescrita y del grado de cumplimiento dietético esperado ✓ Explicar el propósito de la dieta y proporcionar un plan escrito de comidas ✓ Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas ✓ Enseñar al paciente a leer las etiquetas y seleccionar los alimentos adecuados. ✓ Reforzar la información proporcionada 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La actividad física es tan importante como comer bien, pues igual ayuda a controlar los niveles de glucosa, promueve la pérdida de peso y es útil para prevenir diversas complicaciones, especialmente las cardiopatías. (Kay, 2005). ✓ La clave de una buena alimentación no sólo radica en los alimentos, también es importante cuánto y cuándo se consumen. Lo ideal sería tomar tres comidas: así, el cuerpo recibiría energía de forma constante y se evitaría ingerir muchos alimentos en un solo momento, previniendo que la glucosa suba o baje demasiado. (Kay, 2005).
---	--

Tabla 3:
Autor: Investigadora
Fuente: Instrumento Estructurado

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA			
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
DOMINIO: 2 Nutrición CLASE: 1 Ingestión CÓDIGO DE DX: 00001 Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades.		RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
					MANTENER	AUMENTAR
Definición: Aporte de nutriente s que excede las necesidades metabólicas. Diagnóstico: Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades relacionado con la incapacidad de absorción de nutrientes manifestado por sobrepeso, dieta inadecuada, deterioro del estado metabólico y falta de actividad física.		Estado nutricional: ingestión de nutrientes (1009) Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Nutrición (K)	100902 Ingestión proteica 100903 Ingestión de grasas 100904 Ingestión de hidratos de carbono 100910 Ingestión de fibra	1. Nada Inadecuado 2. Ligeramente adecuado 3. Moderadamente adecuado 4. Sustancialmente adecuado 5. Completamente adecuado	2	5
					Control de peso (1612) Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: Conducta de salud (Q)	161201 Supervisa el peso corporal 161202 Mantiene una ingestión calórica diaria óptima 161203 Equilibrio entre ejercicio e ingesta calórica 161204 Selecciona comidas y apetitivos nutritivos

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)

CAMPO:	1. Fisiológico Básico: Cuidados que apoyan el funcionamiento físico	CLASE:	D: Apoyo nutricional: Intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES: 1100 Manejo de la nutrición			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Solicitar al usuario que lleve un diario de las comidas de 1 a 3 días, apuntando todo lo que ha comido y bebido. ➤ Ayudar al paciente a aprender el tamaño normal de las porciones a servir. ➤ Ayudar al paciente a determinar su índice de masa corporal (IMC). ➤ Recomendar al paciente que ingiera un desayuno sano cada mañana. ➤ Recomendar al paciente comer en restaurantes de comida 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Un diario de comida ayuda al paciente y enfermera a analizar el patrón alimenticio con el fin de promover la auto eficiencia y autocontrol en su alimentación. (Mossavar- Rahmani et al, 2004). ➤ Medir la comida alerta al paciente de los tamaños normales de las porciones que usualmente debe de ingerir. (Kral t al, 2004). ➤ Un IMC normal es de 20 a 25, de 26 a 29 es Sobrepeso y mayor a 30 es Obesidad (Nix et al, 2005). ➤ Un estudio demostró que las personas que no desayunan tienen más probabilidades de cenar en exceso (Castro, 2004). Otro estudio demostró que las personas que no desayunan tiene 450 más veces de probabilidad de ser obesas (Ma et al, 2003). ➤ Un estudio demostró que la personas que ingieren comida rápida en 		

<p>rápida.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Demostrar tanto al paciente como a la familia cómo elegir alimento más sano según las etiquetas de los productos alimentarios. ➤ Animar al paciente a disminuir la ingesta de azúcar a 12 cucharaditas al día incluyendo, refrescos, dulces y caramelos. ➤ Recomendar al paciente la ingesta de 5 a 9 frutas y verduras al día, con un mínimo de dos raciones de frutas y tres raciones de verduras. ➤ Evaluar la ingesta habitual de fibra 	<p>exceso aumentan la probabilidad de 4,5 kilos más que las que comen con menor frecuencia, y tienen el doble de probabilidad de desarrollar resistencia a la insulina que puede conducir a la diabetes (Periera, 2005)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La etiqueta estándar de los alimentos simplifica la búsqueda de información. Grasas y azúcares contribuyen en último lugar a una dieta sana y en el primero a una ingesta excesiva de calorías. Los usuarios deben ingerir alimentos que no contengan más del 30% de grasas (Kris- Etherton et al, 2004). ➤ Consumir cantidades excesivas de fructosa, utilizada para endulzar los refrescos, y la ingesta de insuficientes alimentos ricos en fibras se asocia a la aparición de diabetes tipo II (Wu et al, 2004). ➤ Tanto las frutas como verduras son fuentes de son fuentes excelentes de vitaminas y minerales, también ayudan a prevenir enfermedades cardíacas, ictus, hipertensión, colesterol alto, diabetes y algunos tipos de cáncer (Jiang, 2004). ➤ El aumento de la cantidad de fibra en la dieta se asocia a menor peso corporal (Slavin, 2005).
---	--

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recomendar al paciente que limite el consumo de grasas saturadas y ácidos grasos a un 30%; aumentar el consumo de aceites de oliva y de canola. ➤ Recomendar al paciente que disminuya la ingesta d carnes rojas y carnes procesadas; en cambio, comer más pollo, pescado y productos lácteos bajos en grasa pero ticos en proteínas. ➤ Valorar la ingesta de líquidos ➤ Observar los factores socioeconómicos que influyen en la elección de la comida ➤ Discutir con el paciente los aspectos de la dieta que no van a 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La ingesta de grasas saturadas y ácidos grasos aumentan el nivel de lipoproteínas de baja densidad (LDL), que predisponen a la arterioesclerosis. Los ácidos grasos también bajan las lipoproteínas de alta densidad (HDL), que se cree que protegen de las enfermedades cardiacas y diabetes (Whitney, 2003). ➤ La ingesta de ácidos grasos omega 3 puede ayudar a disminuir el riesgo de sufrir trastornos autoinmunes, algunos tipos de cáncer, diabetes y artritis (Connor et al, 2002). ➤ Los ancianos están predispuestos a un volumen deficitario de líquidos debido a menos cantidad de líquido corporal, menos sensación de sed y menos capacidad de concentrar la orina (Walton et al, 2002). ➤ La economía y la accesibilidad limita son uno de los factores potenciales para no tener una buena alimentación sin embargo no es un obstáculo parase obtener una dieta equilibrada (Bennet, 2000). ➤ Los aspectos de la vida que para el paciente son importantes y valiosos
--	--

cambiar.	deben entenderse y respetarse sin hacer cambios ayudando a crear un vínculo entre paciente – enfermera (McFarland, 2002).
----------	--

Tabla 4:

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento Estructurado

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
DOMINIO: 4 Actividad/Reposo CLASE: 4 Respuesta cardiovascular/ pulmonar CÓDIGO DE DX: 00204 Perfusión tisular periférica ineficaz.			RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
						MANTENER	AUMENTAR
Definición: Disminución de la circulación sanguínea periférica que puede comprometer la salud. Diagnóstico: Perfusión tisular periférica ineficaz relacionada con conocimientos deficientes sobre el proceso de la enfermedad Diabetes Mellitus y Sedentarismo manifestada por alteración tanto de la función motora como de las características de la piel, pulsos periféricos débil, retraso en la curación de la herida periférica, dolor en la extremidad y edema.			Perfusión tisular: periférica (0407) Dominio: Salud Fisiológico (II) Clase: Cardiopulmonar (E)	040716 Llenado capilar de los dedos de los pies 040706 Sensibilidad 040707 Coloración de piel 040708 Función muscular 040710 Temperatura de extremidades 040726 Frecuencia de pulso pedio	1: Gravemente comprometido. 2: Sustancialmente comprometido. 3: Moderadamente comprometido. 4: Levemente comprometido. 5: No comprometido.	4	4
						3	4
						3	4
						4	4
						4	5
						3	4

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)

CAMPO:	2. Fisiológico Complejo: Cuidados que apoyan la regulación homeostática	CLASE:	N: Control de la perfusión tisular: Intervenciones para optimizar la circulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos.
---------------	--	---------------	--

INTERVENCIONES INDEPENDIENTES: Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa 4066

ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Controlar pulsos periféricos: como inicio de pérdida de pulso con zonas azuladas, moradas o negras y dolor intenso (Notificar inmediatamente al médico). ➤ Comprobar el llenado capilar ➤ Observar el color y la temperatura de la piel ➤ Observar la textura de la piel y la presencia de pelo, úlceras o 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hay síntomas de obstrucción arterial que pueden provocar la pérdida de una extremidad si no se invierte inmediatamente (Zafar, 2000). ➤ Los lechos ungueales generalmente se vuelven rosáceos 2- 3 segundos después de la compresión. ➤ La palidez o la piel moteada, la temperatura fría de la piel o un pulso ausente puede indicar obstrucción arterial, lo cual es una urgencia que requiere intervención inmediata (Dillon, 2003). El rubor indica vasos dilatados o dañados, una decoloración parduzca de la piel indica insuficiencia venosa crónica (Simón, 2004). ➤ El paciente con insuficiencia arterial generalmente se observa piel seca,

<p>zonas gangrenosas en los pies.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Observar la presencia de edema en las extremidades y puntuarlo en una escala de cuatro puntos, además medir la circunferencia del tobillo y la pantorrilla a la misma hora cada día. ➤ Valorar el dolor en extremidades, observando la intensidad, la calidad, el momento y factores que exacerben o mitiguen. Distinguir entre la enfermedad venosa de la central. ➤ Elevar las piernas edematosas y asegurarse de que no existe presión debajo de la rodilla. No elevar las piernas por encima del nivel del corazón. ➤ Fomentar el ejercicio (caminar) durante 30 minutos, según prescriba el médico. ➤ Mantener los pies del paciente calientes indicarle que utilice calcetines y zapatos cómodos; no aplicar calor. 	<p>brillante y delgada con pérdida de pelo; uñas frágiles y gangrena o ulceraciones de los pies (Bickley et al, 2003).</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los pacientes con insuficiencia venosa el dolor disminuye con la elevación de los pies y ejercicio. En insuficiencia arterial el dolor aumenta con la elevación de los pies y el ejercicio (Kasper et al, 2005). ➤ La elevación de las piernas ayuda a reducir el edema y puede ayudar a curar úlceras. La presión debajo de las rodillas reduce la circulación venosa (Simón, 2004). ➤ El ejercicio ayuda a aumentar el retorno venoso, fomenta la circulación colateral y refuerza los músculos de la pantorrilla (Dix et al, 2004). ➤ Los pacientes con insuficiencia arterial se quejan siempre de tener los
---	--

<p>➤ Presentar mucha atención al cuidado de los pies, verificar si ni presenta anomalía en los pies y uñas.</p>	<p>pies fríos, por lo tanto, mantener las extremidades calientes ayuda a una vascularización y suministro sanguíneo óptimo (La aplicación de calor puede dañar fácilmente los tejidos isquémicos) (Fowler et al, 2004).</p> <p>➤ Los Pies isquémicos son muy vulnerables a las lesiones; el cuidado meticuloso de los pies puede evitar lesiones posteriores (Ernst, 2004).</p>
---	---

Tabla 5:

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento Estructurado

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
DOMINIO: 3 Eliminación / Intercambio CLASE: 1 Función urinaria CÓDIGO DE DX: 00016 Deterioro de la eliminación urinaria			RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
						MANTENER	AUMENTAR
Definición: Disfunción en la eliminación urinaria. Diagnóstico: Deterioro de la eliminación urinaria relacionada con el degaste sensitivo-motor manifestada por Incontinencia urinaria de esfuerzo.			Continencia urinaria (0502) Dominio: Salud fisiológico (II) Clase: Eliminación (F)	050201 Reconoce la urgencia miccional	1. Nunca demostrado	3	4
				050205 Tiempo adecuado hasta alcanzar el inodoro	2. Raramente demostrado	2	3
				050208 Capaz de interrumpir el chorro de la orina	3. A veces demostrado	2	3
				050207 Pérdida de orina entre micción	4. Frecuentemente demostrado	2	3
				050211 Pérdidas de orina al aumentar la presión abdominal	5. Siempre demostrado	2	3

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)

CAMPO:	1 Fisiológico Básico: Cuidados que apoyan el funcionamiento Físico	CLASE:	B: Control de la eliminación: Intervenciones para establecer y mantener las pautas regulares de eliminación intestinal y urinaria y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas
---------------	--	---------------	--

INTERVENCIONES INDEPENDIENTES: Cuidados de la incontinencia urinaria 0610

ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comentar los procedimientos y los resultados que se desean esperar con el paciente. ➤ Enseñar al paciente/ familia a registrar la producción y el esquema urinario. ➤ Identificar las causas de los múltiples factores que producen incontinencia (producción urinaria, esquema de eliminación, función cognoscitiva, problemas urinarios anteriores, residuo después de la eliminación y medicamentos) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comentar las preocupaciones emocionales ayuda al usuario a desarrollar cierta sensación de control sobre la incontinencia (Teel et al, 2002). ➤ Una descripción cuidadosa de los síntomas ayuda a identificar la causa de la perdida de orina y las opciones de tratamiento optimas (Addison, 1999). ➤ En un estudio realizado con mujeres de 55 o más años con perdida

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementar un programa de entrenamiento vesical y ejercicio con musculatura pélvica y autocontrol. ➤ Valorar el estado de la piel en la zona perineal ➤ Pedir al paciente que tosa mientras observamos el meato urinario para verificar pérdida de orina. ➤ Ayudar a seleccionar la prenda! compresa de incontinencia adecuada para el manejo a corto plazo mientras se determina un tratamiento más definitivo. ➤ Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares. ➤ Educar al paciente en la ingesta de líquidos evitando 	<p>involuntaria de orina asociada con el esfuerzo. Se pudo demostrar que el autocontrol y el entrenamiento vesical ayudo a reducir un 61% respondieron a las intervenciones antes mencionadas con un 61% de la gravedad de la incontinencia urinaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La incontinencia urinaria incrementa el riesgo de dermatitis irritativa e infección monilia o bacteriana secundaria (Donovan et al, 2002). ➤ La maniobra de Valsalva es una técnica útil para detectar el grado de incontinencia urinaria se realiza con la vejiga moderadamente llena y produciendo esfuerzo como es toser la misma es adecuada para brindar un tratamiento adecuado que ayude a mejorar el defecto de la función de esfínter urinario (Walter et al, 2004). ➤ Para mayor seguridad se requiere un producto adecuado que contenga la orina y evita ensuciar la ropa y no se note cuando se lleve bajo ella, además de proteger la piel subyacente (Mazhari, 2002). ➤ La deshidratación incrementa los síntomas miccionales irritativos y pueden aumentar los riesgos de infección urinaria. El estreñimiento
--	---

<p>deshidratación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al aseo. ➤ Limitar los líquidos durante 2 o 3 horas antes de irse a la cama. ➤ Enseñar maneras de evitar el estreñimiento o la impactación de heces. ➤ Limitar la ingestión de productos irritantes para la vejiga. ➤ Incentivar al paciente para que pierda peso. 	<p>predispone a la retención urinaria e incrementa el riesgo de infección urinaria. (Tampakoudis et al, 1995).</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Utilizar un vestuario cómodo con ropas flojas y fáciles de abrir y manejar es muy recomendable ya que ayuda a evita la proliferación de bacterias es l área genital ayudando a evitar una posible infección urinaria (Albo, 2002). ➤ Asegúrese de vaciar la vejiga antes de acostarse para ayudar a prevenir el escape de orina durante la noche (Mazhari, 2002). ➤ El estreñimiento produce presión a nivel de la vejiga produciendo el escape de la misma. Incluya más fibra en su alimentación o tome suplementos de fibra para prevenir el estreñimiento (Brown et al, 2000). ➤ Las colas, café, té, bebidas carbonadas y alcohólicas; jugos cítricos, alimentos picantes, chocolate y alimentos muy condimentados ya que es una de las causas para producir irritación de la vejiga (Bade, 1999). ➤ El sobrepeso debilitará los músculos que lo ayudan a parar de orinar (Borrie et al, 2002).
--	--

<p>➤ Mostrar una respuesta positiva a cualquier disminución de los episodios de incontinencia.</p>	<p>➤ El positivismo ayuda a mostrar mejor interés al afrontar sus problemas y a crear compromiso para la realización de las actividades (Kimmel, 2002).</p>
--	--

Tabla 6:

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento Estructurado

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
DOMINIO: 3 Eliminación e intercambio CLASE: 2 Función Gastrointestinal CÓDIGO DE DX: 00011 Estreñimiento.			RESULTADO (S)	INDICADOR (ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
						MANTENER	AUMENTAR
Definición: Reducción de la frecuencia norma 1 de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa y/o incompleta de heces excesivamente duras y secas. Diagnóstico: Estreñimiento relacionado con la actividad física insuficiente y malos hábitos alimenticios manifestado por cambios del patrón intestinal, eliminación de heces duras, sonidos abdominales hipoactivos y distensión abdominal.			Eliminación intestinal (0501)	050101 Patrón de eliminación.	1: Gravemente comprometido.	3	4
			Dominio: Salud Fisiológica (II)	(050102) Control de movimientos Intestinales.	2: Sustancialmente comprometido. 3: Moderadamente comprometido.	3	4
			Clase: Eliminación (F)	050112 Facilidad de eliminación de las heces.	4: Levemente comprometido. 5: No comprometido	2	4

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)

CAMPO:	1 Fisiológico Básico: Cuidados que apoyan el funcionamiento físico	CLASE:	D: Apoyo Nutricional
INTERVENCIONES INDEPENDIENTE: Asesoramiento nutricional 5246			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar la dieta que es ingerida por el paciente. ✓ Revisar la medicación que el paciente está tomando. ✓ Palpar el abdomen en busca de distención, percutirlo para detectar matidez y auscultar los ruidos intestinales. ✓ Colocar al usuario en la taza del retrete y situar un pequeño taburete bajo los pies. ✓ Pedir al paciente y a la familia que lleve un diario de los hábitos 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ayudará para identificar si la causa del estreñimiento es por la dieta o que factores contribuye para que se produzca el estreñimiento. (independiente). ✓ Muchas de las medicaciones están asociadas al estreñimiento crónico, incluyendo opiáceos, antidiuréticos, antidepresivos, antiespasmódicos, anticonvulsivantes. (Talley et al, 2003). ✓ En el usuario con estreñimiento suele estar distendido, con rigidez, y los ruidos estarán presente (Hinrichs et al, 2001). ✓ La colocación de un pequeño taburete bajo los pies incrementa la presión intra-abdominal y facilita la defecación del usuario con músculos abdominales débiles (independiente). ✓ El diario de los hábitos intestinales es valioso en el tratamiento del 		

<p>intestinales, incluyendo la hora del día, consistencia, cantidad, frecuencia de la deposición.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicar la importancia de la ingesta adecuada de fibra, la ingesta de líquidos, actividad y el establecimiento de rutinas de eliminación fecal para lograr heces blandas y formadas. ✓ aconsejar la ingesta de fibra de 25 a 30 g al día. ✓ Hacer hincapié para que el paciente ingiera frutas frescas, legumbres, verduras y cereales integrales. 	<p>estreñimiento, el empleo de un diario ha demostrado ser más exacto que el recuerdo del usuario para determinar la presencia de este problema. (Hinrichs et al, 2001).</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Una ingesta diaria de fibra de 25 a 30 g de fibra puede incrementar la frecuencia de deposiciones en pacientes con estreñimiento. (Quellet et al, 1996). ✓ La fibra ayuda a prevenir el estreñimiento proporcionando volumen a las heces. (Jewell et al, 2001). Añada fibra a la dieta gradualmente porque un incremento brusco puede dar origen a hinchazón, gas y diarrea. (Doughty et al, 1996)
---	--

Tabla 7:

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento Estructurado

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
DOMINIO: 11 Seguridad y Protección CLASE: 2 Lesión física CÓDIGO DE DX: 00046 Deterioro de la integridad cutánea			RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
						MANTENER	AUMENTAR
Definición: Alteración de la epidermis o la dermis. Diagnóstico: Deterioro de la integridad cutánea relacionado con la destrucción y alteración de la superficie de la piel manifestada por inmovilización física, desequilibrio nutricional, cambios en la pigmentación, deterioro de la circulación y sensibilidad.			Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101) Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Integridad tisular(L)	110101 Temperatura de la piel	1. Gravemente comprometido	2	4
				110102 Sensibilidad	2. Sustancialmente comprometido	3	4
				110103 Elasticidad	3. Moderadamente comprometido	3	4
				110104 Hidratación	4. Levemente comprometido	3	4
				110105 Pigmentación anormal	5. No comprometido	3	4
				110113 Integridad de la piel		2	3

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)

CAMPO:	2. Fisiológico Complejo: Cuidados que apoyan la regulación homeostática	CLASE:	L: Control de la piel/heridas: Intervenciones para mantener o restablecer la integridad de los tejidos
---------------	--	---------------	---

INTERVENCIONES INDEPENDIENTES: Cuidados de las úlceras por presión 3520

ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y la apariencia de la piel circundante. ✓ Mantener la úlcera humedecida. ✓ Aplicar calor húmedo a la úlcera ✓ Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua. ✓ Limpiar la úlcera con la solución no tóxica adecuada, con movimientos circulares, desde el centro. ✓ Remojar con solución salina. ✓ Desbridar la úlcera, si es necesario. ✓ Anotar las características del drenaje. ✓ Aplicar un apósito adhesivo permeable a la úlcera ✓ Aplicar vendajes, si está indicado. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Al mantener tanto la piel como la úlcera humedecida o hidratada ayuda a la reactivación de la circulación de manera eficaz para la cicatrización. (David, 2010). ✓ Mejora la perfusión sanguínea y el aporte de oxígeno a la zona (August et al, 1999). ✓ Lávese los pies todos los días con agua tibia y jabón suave ayuda a mejorar la cicatrización. Los jabones fuertes pueden dañar e irritar la piel (Richart et al, 2000). ✓ Este tejido actúa como una barrera mecánica que impide la aproximación de los bordes de la herida y favorece el ambiente propicio para el desarrollo de microorganismos e infección por lo que amerita su remoción en la gran mayoría de los casos y promover el adecuado proceso de reparación cutánea. (Armstrong, 2011).

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida. ✓ Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada. ✓ Utilizar mecanismos en la cama (badana) para proteger al individuo. ✓ Asegurar una ingesta dietética adecuada. ✓ Controlar el estado nutricional ✓ Verificar la ingesta adecuada de calorías y proteínas de alta calidad. ✓ Enseñar a los miembros de la familia / cuidador a vigilar si hay signos de rotura de la piel. ✓ Enseñar al individuo o a los miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La infección es el resultado de las interacciones dinámicas que ocurren entre un huésped, un patógeno potencial y el entorno. Se produce cuando los microorganismos consiguen superar con éxito las estrategias de defensa del huésped y sus resultados son un conjunto de cambios nocivos para el huésped. Su desarrollo va siempre precedido de interacciones complejas todavía mal conocidas (Hiromi, 2000). ✓ Un plan alimenticio saludable puede ayudar a que su herida sane más rápido. Los nutrientes que facilitan el proceso de sanación son la proteína, el zinc, y la vitamina C. Los líquidos también son importantes para facilitar la sanación de heridas. (Marik, 2013). ✓ La educación a toda la familia ayuda a involucrarse con la enfermedad a más de ayudar a conocer ciertas reglas que van a mejorar la calidad de vida del paciente (Ronh et al, 1999).
---	--

Tabla 7

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento Estructurado

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
DOMINIO: 4 Actividad/Reposo CLASE: 2 Actividad/Ejercicio CÓDIGO DE DX: 00085 Deterioro de la ambulación			RESULTADO(S)	INDICADOR (ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
						MANTENER	AUMENTAR
Definición: Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno. Diagnóstico: Deterioro de la ambulación relacionado con el estado físico, cognitivo y dolor de extremidades manifestado por la falta de la habilidad para caminar sobre superficies irregulares.			Movimiento coordinado (0212) Dominio: Salud funcional Clase: Movilidad	020002 Carnina con marcha eficaz	1: Gravemente comprometido.	3	4
				020004 Camina a paso moderado	2: Sustancialmente comprometido. 3: Moderadamente comprometido.	4	5
				020011 Camina distancias moderadas	4: Levemente comprometido. 5: No comprometido.	3	4

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)

CAMPO:	1 Fisiológico Básico: Cuidados que apoyan el funcionamiento Físico	CLASE:	C: Control de la inmovilidad: Intervenciones para controlar el movimiento corporal restringido y las secuelas.
---------------	---	---------------	---

INTERVENCIONES INDEPENDIENTES:

ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluar las habilidades de movilidad en el siguiente orden: (Movilidad de la cama, sedestación con y sin apoyo, movimiento de transición como de sentado a pie y actividades de pie sentado) ✓ Observar en el paciente la presencia de causas del deterioro de la movilidad física. Determinar si la causa es física o psicológica. ✓ Enseñar al individuo a trasladarse para conseguir el mayor nivel de independencia posible. ✓ Obtener cualquier instrumento de asistencia que sea necesario 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Las habilidades de usuario deben ser evaluadas para determinar la mejor manera de facilitar los movimientos y proteger a la familia de hacerse daño. (Nelson et al, 2003). ✓ Algunos usuarios deciden no moverse por motivos psicológicos, como por ejemplo la incapacidad para manejar la situación o depresión. (Temrkin et al, 1997). ✓ Esta acción evitara que el usuario dependa de su esposa se sienta inútil en su familia. (Temrkin et al, 1997). ✓ Los instrumentos de asistencia puede ayudar a aumentar la movilidad.

<p>para la actividad como bastón ante de que la actividad comience, documentar el progreso.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitorizar y apuntar la capacidad del usuario para tolerar la actividad y el uso de las cuatro extremidades, controlar la frecuencia cardiaca, presión arterial, la presencia de disnea y el color de la piel antes y después de la actividad. ✓ Consultar con un fisioterapeuta la necesidad de mayor evaluación, entrenamiento de fuerza, entrenamiento de marcha y el desarrollo de un plan de movilidad. ✓ Realizar ejercicios activos como son flexión, extensión, de las extremidades; ejercicios de fortalecimiento, como sentarse trabajando los glúteos y los bíceps. ✓ Ayudar al usuario a recuperar la fuerza y el tono muscular. 	<p>(Nelson et al, 2004).</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitorizar los movimientos pueden evitar algún evento adverso que puedan ocasionar algún otro problema o la muerte del usuario. (Temrkin et al, 1997). ✓ Técnicas como el entrenamiento de la marcha, entrenamiento de la fuerza y la realización de ejercicios para mejorar el equilibrio y la coordinación pueden ser de ayuda en la rehabilitación de los usuarios. (Temrkin et al, 1997). ✓ Estos ejercicios ayudan a revertir el debilitamiento y atrofia de los músculos. (Kasper et al, 2005). ✓ Un estudio ha demostrado que el reposo en la cama como tratamiento primario de problemas médicos está relacionado con peores resultados en la movilidad temprana. (Ebell, 2005).
--	--

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumentar la independencia en las actividades de la vida diaria, estimulando la confianza en las propias habilidades y eliminando la impotencia a medida que el usuario va recuperando fuerza. ✓ Si el usuario es incapaz de alimentarse o arreglarse el cuidador deberá sentarse junto a él para ayudarlo al paciente 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ofrecer asistencia innecesaria en las actividades como trasfencia y baños puede promover la dependencia y perder la movilidad. (Nelson, 2003). ✓ Esta técnica de ayuda aumenta la movilidad del usuario su amplitud de movilidad e independencia. (Nelson, 2003).
--	--

Tabla 8:
Autor: Investigadora
Fuente: Instrumento Estructurado

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
DOMINIO: 11 Seguridad/ Protección CLASE: 2 Lesión física CÓDIGO DE DX: 00155 Riesgo de caídas			RESULTADO(S)	INDICADOR (ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
						MANTENER	AUMENTAR
Definición: Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico. Diagnóstico: Riesgo de caídas relacionado con la edad, disminución de fuerza en las extremidades, dificultad en la marcha y deterioro de la movilidad física.			Conducta de prevención de caídas (1909)	220315 Trastorno de la rutina	1. Gravemente comprometido	4	5
			Dominio: Conocimiento y conducto de salud (IV)	220302 Realización del rol	2. Sustancialmente comprometido	4	5
			Clase: Control del riesgo y seguridad (T)	221131O Responsabilidades del rol	3. Moderadamente comprometido	3	5
					4. Levemente comprometido		
					5. No comprometido		

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)

CAMPO:	5 Familia: Cuidados que apoyan a la unidad familiar	CLASE:	X: Cuidados de la vida: Intervenciones para facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y fomentar la salud y el bienestar de los miembros de la familia a lo largo de toda su vida
---------------	--	---------------	--

INTERVENCIONES INDEPENDIENTES

ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar el nivel de conocimientos del cuidador. ✓ Determinar la aceptación del cuidador de su papel. ✓ Admitir las dificultades del rol del cuidador. ✓ Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles. ✓ Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad. ✓ Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador. ✓ Animar la aceptación de independencia entre los miembros de la familia. ✓ Usar un sistema de evaluación para determinar la carga del cuidador y la tensión de su papel. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identifica la capacidad que tiene el cuidador para hacerse cargo del paciente. (Kalkins 2002). ✓ Identifica la autoestima del cuidador y el afrontamiento ante la enfermedad. (Kalkins 2002). ✓ Los sistemas de evaluación del cuidador deben ser multidimensionales y valorar el impacto del cuidado proporcionado en múltiples aspectos

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar si hay indicios de estrés. ✓ Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés. ✓ Explorar con el cuidador principal cómo lo está afrontando. ✓ Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo. ✓ Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental. ✓ Controlar la calidad del cuidado realizado por el cuidador, su idoneidad y la necesidad ✓ Enseñar al cuidador estrategias para acceder y sacar el máximo provecho de los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios. ✓ Comentar con el paciente los límites del cuidador. ✓ Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente. ✓ Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo. 	<p>de su vida como la carga, la depresión y la angustia. (Kalkins 2002).</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ El dar cuidados puede mermar el sistema inmune y predisponer a enfermedades al cuidador. (Kalkins 2002). ✓ Permitirá identificar la capacidad que tiene el cuidador para realizar sus labores. Los cuidadores que trabajan registran días perdidos, interrupciones de trabajos, permiso para ausentarse y menor productividad debido a las necesidades de estar involucrados con el cuidado del usuario, impidiendo que el cuidador cumpla con su labores cotidianas. (Schumancher, 2000).
--	---

Tabla 9:

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento Estructurado

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
DOMINIO: 4 Actividad/Reposo CLASE: 1 Sueño/Reposo CÓDIGO DE DX: 00198 Trastorno de patrón de sueño			RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
						MANTENER	AUMENTAR
Definición: Interrupciones duran te un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos. Diagnóstico: Trastorno del sueño relacionado con insomnio moderado manifestado por cansancio, queja verbales, debilidad e insatisfacción con el sueño.			Sueño (0004) Dominio: Salud funcional Clase: Mantenimiento de la energía (A)	000401 Horas de sueño	1. Gravemente comprometido	3	4
				000403 Patrón del sueño	2. Sustancialmente comprometido	3	4
				000404 Calidad del sueño	3. Moderadamente comprometido	3	4
				000407 Hábito de sueño	4. Levemente comprometido	3	4
				000421 Dificultad para conciliar el sueño	5. No comprometido	3	4

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)

CAMPO:	3 Conductual: Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida	CLASE:	R: Ayuda hacer frente a situaciones difíciles: Intervenciones para ayudar a otro a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función conseguir un nivel más alto de funcionamiento.
---------------	--	---------------	--

INTERVENCIONES INDEPENDIENTES

ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar las frases del paciente sobre su propia valía. ✓ Determinar la posición de control del paciente. ✓ Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios. ✓ Escuchar activamente, demostrar respeto y aceptación del usuario. ✓ Animar al paciente a identificar sus virtudes. ✓ Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas. ✓ Reafirmar las virtudes personales que identifique el paciente. ✓ Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente. ✓ Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás. ✓ Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse. ✓ Abstenerse de burlarse. ✓ Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La enfermería desempeña un rol vital en la valoración de aspectos de seguridad, manejo de los usuarios y supervisión de otro personal. (Barloon, 2003). ✓ La clarificación de los pensamientos y de los sentimientos ayudan a auto aceptación. (LcMone, 1991). ✓ El reconocimiento de las habilidades refuerzan el autoestima. (Anderson, 1995).

<p>una situación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. ✓ Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros. ✓ Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo. ✓ Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo. ✓ Ayudar al paciente a identificar el impacto que tiene el grupo de similares sobre los sentimientos de su propia valía. ✓ Explorar las razones de la autocrítica o culpa. ✓ Animar al paciente a evaluar su propia conducta. ✓ Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos. ✓ Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos. ✓ Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima. ✓ Ayudar al paciente a identificar efectos importantes de su cultura, religión, raza, género y edad en la autoestima. ✓ Instruir a la esposa sobre la importancia de su interés y apoyo en el desarrollo de un concepto positivo. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fomentar a realizar su autorrealización aumenta la autoestima del usuario. (Harter, 2000). ✓ El identificar las razones del autocrítica de un paciente ayuda a que facilite un ambiente y actividades que aumenten el autoestima del usuario. (Bastom, 2002).
---	--

Tabla 10:

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento Estructurado

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA			
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
DOMINIO: 9 Afrontamiento/ tolerancia al estrés CLASE: 2 Respuesta de afrontamiento CÓDIGO DE DX: 00146 ansiedad		RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
					MANTENER	AUMENTAR
Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza. Diagnóstico: Ansiedad relacionada con cambios en el estado de salud manifestado por ansiedad e irritabilidad.		Afrontamiento de problemas (1302) Dominio: Salud psicosocial (III) Clase: Adaptación psicosocial (N)	130204 Refiere disminución de estrés	1. Nunca demostrado	3	4
			130205 Verbaliza aceptación de la situación	2. Raramente demostrado	3	5
			130207 Modifica el estilo de vida cuando se requiere	3. A veces demostrado	3	5
			130210 Adopta conductas para reducir el estrés	4. Frecuentemente demostrado	3	5
				5. Siempre demostrado		

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)

CAMPO:	3 Conductual: Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida	CLASE:	R: Ayuda hacer frente a situaciones difíciles
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES:			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar las frases del paciente sobre su propia valía. ✓ Determinar la posición de control del paciente. ✓ Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios. ✓ Escuchar activamente, demostrar respeto y aceptación del usuario. ✓ Animar al paciente a identificar sus virtudes. ✓ Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas. ✓ Reafirmar las virtudes personales que identifique el paciente. ✓ Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente. ✓ Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás. ✓ Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse. ✓ Abstenerse de burlarse. ✓ Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación. 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ La enfermería desempeña un rol vital en la valoración de aspectos de seguridad, manejo de los usuarios y supervisión de otro personal. (Barloon, 2003). ✓ La clarificación de los pensamientos y de los sentimientos ayudan a a auto aceptación. (LcMone, 1991). ✓ El reconocimiento de las habilidades refuerzan el autoestima. (Anderson, 1995). 	

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. ✓ Ayudar a l paciente a aceptar la dependencia de otros. ✓ Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo. ✓ Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo. ✓ Ayudar al paciente a identificar el impacto que tiene el grupo de similares sobre los sentimientos de su propia valía. ✓ Explorar las razones de la autocrítica o culpa. ✓ Animar al paciente a evaluar su propia conducta. ✓ Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos. ✓ Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos. ✓ Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima. ✓ Ayudar al paciente a identificar efectos importantes de su cultura, religión, raza, género y edad en la autoestima. ✓ Instruir a la esposa sobre la importancia de su interés y apoyo en el desarrollo de un concepto positivo. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fomentar a realizar su autorrealización aumenta la autoestima del usuario. (Harter, 2000). ✓ El identificar las razones del autocrítica de un paciente ayuda a que facilite un ambiente y actividades que aumenten el autoestima del usuario. (Bastom, 2002).
--	--

Tabla 12:

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento Estructurado

III. CONCLUSIONES

- Se pudo identificar las intervenciones de enfermería que se realizaron en relación a la Diabetes mellitus tipo 2 y se trató de mejorar la calidad de vida promoviendo actividades que ayuden a contribuir con el mejoramiento en algunos de los problemas que presenta el paciente en su vida diaria mediante el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) basados en la taxonomía NANDA, NIC y NOC.
- Durante la elaboración del estudio de caso clínico se pudo determinar que tanto los estilos de vida que lleva la paciente como los factores genéticos se conjugaron para establecer una de las principales causas que desencadenó la enfermedad del paciente.
- El proceso de atención de enfermería es un instrumento valioso para jerarquizar necesidades y brindar una atención oportuna, ayudando de esta manera a una pronta recuperación mediante los cuidados y actividades adecuadas para pacientes con Diabetes mellitus tipo 2, por esta razón al paciente se realizaron cuidados específicos que ayuden en su enfermedad. Por este motivo, se actualiza los cuidados a modo orientativo y facilitar una guía que pueda ser útil en la práctica clínica que permita identificar posibles problemas de enfermería.

IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ackley, B. y Ladwig, B. (2007). Manual de Diagnósticos de Enfermería. Madrid; España: Elsevier.
- Brunner, G. y Suddarth, J. (2013). Enfermería Médico quirúrgica (12ª ed.). Barcelona: Wolters Kluwer.
- Hurst, M. (2011). Enfermería Médico quirúrgica (1ª ed.). México: El Manual Moderno, S.A de C.V.
- Jaén, I. (2010). Proceso de enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. España: Sefarad
- Lakes, F. (2008). Manual de Diagnósticos de Enfermería - Enfermería Basados en evidencia. México: Monte Pelvoux.
- Lewis, D. y Heitkemper, L. (2009). Enfermería Médico quirúrgica (6ª ed.) Barcelona: Elsevier.
- Marik, K. (2013). Plan de alimentación para la Diabetes y una alimentación sana. Colombia: Revista médica. Vol. 123-214.
- Potter, A. y Perry, G. (1994). En Fundamentos de enfermería. Madrid: Hancourt-Brace.
- Runions, C. (1999). Estrategias educativas para familiares de pacientes diabéticos. Argentina: Panamericana.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASE DE DATOS UTA

- **E. EBRARY:** Morales, D. (2010). Comparación de factores vinculados a la adherencia al tratamiento en Diabetes Mellitus tipo II entre una muestra urbana y otra rural de Costa Rica (2a. ed. Editorial Alfil, S. A. de C. V. Recuperado el 16 de junio del 2015, disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10357213&p00=diabetes+mellitus+tipo+II>
- **E. EBRARY:** Cipriani, E. (2011). Diabetes mellitus tipo 2 y resistencia a la insulina. (2a. ed. Editorial Alfil, S. A. de C. V. Recuperado el 18 de junio del 2015, disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10467204&p00=diabetes+mellitus+tipo+II>

- **E. EBRARY:** Herrera, M. (2011). Diabetes mellitus Editorial Alfil, S. A. de C. V. Recuperado el 7 de agosto del 2015, disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10637035&p00=diabetes+mellitus>
- **E. EBRARY:** Chave, F. (2012). Diabetes mellitus tipo 2 El Cid Editor | apuntes. Recuperado el 10 de agosto del 2015, disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10624366&p00=diabetes+mellitus>
- **E. EBRARY:** Huber, N. (2010). Diabetes Mellitus Research Advances. Nova Science Publishers, Inc. Recuperado el 20 de agosto del 2015, disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10693671&p00=diabetes%20mellitus>
- **SPRINGER:** Castro, M. (2010). Complicaciones crónicas en la diabetes mellitus Recuperado el 28 julio del 2015, disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10625360&p00=diabetes+mellitus>.

LINKOGRAFÍA

- Cipriani, E. y Quintanilla, A. (2010). Diabetes mellitus tipo 2 y resistencia a la insulina. Recuperado el 21 de Junio del 2015. De SCIELO. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2010000300008
- Fundación para el Desarrollo de la Enfermería. (2011). Valoración de enfermería estandarizada. 2011, Ome. Funden. Recuperado el 20 de julio del 2015. Disponible en: http://ome.fuden.es/media/docs/CCVE_cd.pdf
- González, S. (2005). Diabetes mellitus. Recuperado el 20 Junio del 2015. de SCIELO. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232005000500008
- González, E. y Pascual, I. (2012). Síndrome metabólico y diabetes mellitus. Recuperado el 6 de Agosto del 2015. de Revista española de Cardiología.

Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/sindrome-metabolico-diabetes-mellitus/articulo/13083446/>.

V. ANEXO

Anexo 1 EXAMENES DE LABORATORIO

EXAMÉNES	RESULTADOS	REFERENCIA
Eritroblastos	6,10 10 ⁶ /mm ³	5.50 – 6.50
Hemoglobina	18.3 g/dL	13.0 – 17.0
Hematocrito	55.9%	40.0 – 54.0
Volumen corpuscular medio	92 um ³	80 – 100
Hemoglobina Corpuscular media	30.0 pg	27.0 – 32.0
Concentración Hemoglobina corpuscular media	32.7 g/dL	32.0 – 36.0
Plaquetas	140 10 ³ /mm ³	150 – 500
Volumen plaquetario medio	10.0 um ³	6.0 – 11.0
Leucocitos	8.6 10 ³ /mm ³	4.0 – 10.0
Neutrofilos	45.0%	50.0 – 80.0
Monocitos	6.1%	2.0 – 11.7
Basofilos	1.3%	0.0 – 2.0
Urea	26 mg/dL	10 – 50
Creatinina	1.06 mg/dL	0.7 – 1.2
Ácido Úrico	4.40 mg/dL	3.4 – 7.0
Colesterol	196 mg/dL	50 – 200
HDL – C	48 mg/dL	35 – 55
Glucosa	250 mg/dL	70 - 110
Triglicéridos	261 mg/dL	0 - 150

Tabla 13:

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento Estructurado

Anexo 2 ESCALA DE RICHMOND (RASS)

PUNTOS	CATEGORIAS	DESCRIPCIÓN
+4	Combativo	Violento o combativo, con riesgo para el personal
+3	Muy Agitado	Intenta arrancarse los tubos o cateteres o es agresivo con el personal
+2	Agitado	Movimientos descoordinadoso desadaptacion del respirador
+1	Inquieto	Ansioso, pero sin movimientos agresivos o vigorosos
0	Alerta y tranquilo	
-1	Somnoliento	Tendencia al sueño, pero es capaz de estar mas de 10 seg despierto (apertura de ojos) a la llamada
-2	Sedacion ligera	Menos de 10 seg despierto (apertura de ojos) a la llamada
-3	Sedacion moderada	Movimientos (sin apertura a de los ojos) a la llamada
-4	Sedacion profunda	No responde a la voz, pero se mueve o abre los ojos, estimulo fisico
-5	No estimulable	Sin respuesta a la voz o al estimulo físico

Tabla 14:

Fuente: (Truman B, Shintani A, et al. Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients)

Anexo 3 CUESTIONARIO "CONOZCA SU SALUD NUTRICIONAL"

AFIRMACIÓN	PUNTUACIÓN	
	SI	NO
He tenido una enfermedad o afección que me ha hecho cambiar el tipo y/o cantidad de alimento que consumo	2	0
Tomo menos de dos comidas al día	3	0
Como poca fruta, vegetales o productos lácteos	2	0
Tomo más de tres vasos de cerveza, licor o vino, casi a	2	0

diario		
Tengo problemas dentales que hacen difícil comer	2	0
No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito	4	0
Como solo la mayoría de las veces	1	0
Tomo a diario tres o más fármacos recetados o por mi cuenta	1	0
Sin quererlo, he perdido o ganado 5 Kg de peso en los últimos seis mese	2	0
No siempre puede comprar, cocinar y/o comer por mí mismo por problemas físicos	2	0
PUNTIACIÓN	10PUNTOS	

INTERPRETACIÓN

- ✓ De 0 a 2 puntos: reevaluar la puntuación nutricional en seis meses
- ✓ De 3 a 5 puntos: riesgo nutricional moderado.
- ✓ De 6 en adelante: riesgo nutricional alto

Tabla 15:

Fuente: (Dwyer JT Screening older american´s nutritional health)

Anexo 4 CUESTIONARIO ÍNDICE DE KATZ O BARTHEL

PREGUNTAS		PUNTIACION
ALIMENTACIÓN	Es capaz de utilizar cualquier instrumento, pelar, cortar, desmenuzar (la comida se le puede poner a su alcance).	10
	Necesita ayuda.	5
	Necesita ser alimentado	0
BAÑO	Es capaz de lavarse entero solo, incluyendo entrar y salir de la bañera.	5
	Necesita cualquier ayuda.	0

VESTIDO	Es INDEPENDIENTE: capaz de quitar y ponerse ropa, se abrocha botones, cremalleras, se ata zapatos.	10
	NECESITA AYUDA, pero hace buena parte de las tareas habitualmente.	5
	DEPENDIENTE: necesita mucha ayuda.	0
ASEO	INDEPENDIENTE: se lava la cara y las manos, se peina, se afeita, se lava los dientes, se maquilla.	5
	NECESITA ALGUNA AYUDA.	0
USO DE RETRETE	INDEPENDIENTE: entra y sale del retrete, puede utilizarlo solo, se sienta, se limpia, se pone la ropa. Puede usar ayudas técnicas.	10
	NECESITA AYUDA para ir al WC, pero se limpia solo.	5
	DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia.	0
DEFECACIÓN	Es CONTINENTE e INDEPENDIENTE: usa solo el supositorio o el enema.	10
	Tiene ALGUNA DEFECACIÓN NO CONTROLADA: ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas.	5
	INCONTINENTE o necesita que le suministren el enema.	0
MICCIÓN	Es CONTINENTE o es capaz de cuidarse la sonda.	10
	Tiene ESCAPE OCASIONAL: máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para cuidarse la sonda.	5
	INCONTINENTE.	0
DEAMBULACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> es INDEPENDIENTE: camina solo más de 50 metros. En caso de precisar ayudas técnicas las maneja de forma independiente. 	15
	<ul style="list-style-type: none"> NECESITA AYUDA o supervisión física o verbal, para caminar 50 metros. 	10
	INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS, sin ayuda 50	5

	metros. Capaz de girar esquinas.	
	DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia.	0
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	Es INDEPENDIENTE. Sube y baja solo. Puede barandilla o bastones.	10
	NECESITA AYUDA física o verbal.	5
	INCAPAZ de manejarse sin asistencia.	0
TRASLADO ENTRE SILLA y CAMA	Es INDEPENDIENTE.	15
	NECESITA MÍNIMA o POCA AYUDA (un poco de ayuda física o presencia y supervisión verbal).	10
	NECESITA MUCHA AYUDA (una persona entrenada o dos personas), pero es capaz de permanecer sentado sin ayuda.	5
	Es INCAPAZ, no se mantiene sentado	0
TOTAL		90

INTERPRETACIÓN

- ✓ < 20: dependencia total
- ✓ 20 – 40: dependencia grave
- ✓ 45 – 55: dependencia moderada
- ✓ 60 0 más dependencia leve

Tabla 16:

Fuente: (Mahoney FI, Wood OH, Barthel DW. Rehabilitation of chronically ill patients)

Anexo 5 CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA – MUJERES

INCONTINENCIA URNARIA DE ESFUERZO		
¿Tiene sensación de peso en la zona genital?	SI	NO
¿Al subir o bajar escaleras se le escapa la orina?	SI	NO
¿Cuándo ríe se le escapa la orina?	SI	NO

¿Si estornuda se le escapa la orina?	SI	NO
¿Al toser se le escapa la orina?	SI	NO
PUNTUACION TOTAL	4	

INTERPRETACIÓN

- ✓ Si es 4: Tiene un valor predictivo en la mujer para incontinencia urinaria de esfuerzo del 77.2%.

Tabla 17:

Fuente: Vila MA Fernández MJ Florensa E Orejas V Dalfó A Romea S

Anexo 6 ÍNDICE DE GRAVEDAD DEL INSOMNIO

1. Indica la gravedad de tu problema actual de sueño:	NADA	LEVE	MODERADO	GRAVE	MUY GRAVE
	0	1	2	3	4
Dificultad para quedarse dormido/a	0	1	2	3	4
Dificultad para permanecer dormido/a	0	1	2	3	4
Despertarse muy temprano	0	1	2	3	4
2. ¿Cómo estas de satisfecho/a en la actualidad con tu sueño?			MUY	MODERADO	POCO
			0	2	4
3. En qué medida considera que tu problema de sueño interfiere con tu funcionamiento diario.	NADA	POCO	ALGO	MUCHO	MUCHI CIMO
	0	1	2	3	4
4. ¿En qué medida crees que los demás se dan cuenta de tu problema de sueño por lo que afecta a tu calidad de vida?	0	1	2	3	4
5. ¿Cómo estas de preocupado/a	0	1	2	3	4

por tu actual problema de sueño?					
PUNTUACIÓN TOTAL	13				

INTERPRETACIÓN
✓ 0- 7: Ausencia de insomnio Clínico
✓ 8- 14: Insomnio Subclínico
✓ 15- 21: Insomnio Clínico (moderado)
✓ 22- 28: Insomnio Clínico (grave)

Tabla 18:

Fuente: Fernández Domínguez JM. Propiedades psicométricas del Índice de gravedad del insomnio

Anexo 7 ESCALA DE BRADEN DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Fricción y roce
1	Completamente limitado	Constantemente húmedo	Encamado	Completamente inmóvil	Completamente inadecuada	Presente
2	Muy limitado	Con frecuencia húmedo	En Silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Potencialmente presente
3	Levemente limitada	Ocasionalmente húmedo	Deambula ocasionalmente	Levemente limitada	Adecuada	Ausente
4	Sin limitaciones	Raramente húmedo	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

INTERPRETACIÓN
✓ ALTO RIESGO: Puntuación total < 12
✓ RIESGO MODERADO: Puntuación total 13 – 14 puntos.
✓ RIESGO BAJO: Puntuación total 15 – 18 si mayor o igual a 75 años.

Tabla 19:

Fuente: Guía enfermera para la atención a personas con HTA Y DM

Anexo 8 ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG

Escala de Ansiedad	SI/ NO
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	SI
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?	SI
3. ¿Se ha sentido muy irritable?	SI
4. ¿Ha tenido dificultades para relajarse?	SI
SUBTOTAL	4
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	SI
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	SI
7. ¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	SI
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?	SI
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?	SI
TOTAL	9

INTERPRETACIÓN

✓ +4: Ansiedad Probable

Tabla 20:

Fuente: Goldberg, D. P.; Hillier, V. F.: A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological Medicine

Escala de Depresión	SI/ NO
1. ¿Se ha sentido con poca energía?	SI
2. ¿Ha perdido el interés por las cosas?	NO
3. ¿Ha perdido la confianza en usted mismo?	SI
4. ¿Se ha sentido desesperado sin esperanzas?	SI
SUBTOTAL	3
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	SI
6. ¿Ha perdido de peso? (A causa de su falta de apetito)	SI
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	SI
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?	SI

9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	SI
TOTAL	8

INTERPRETACIÓN

✓ +2: Depresión Probable

Tabla 21:

Fuente: Goldberg, D. P.; Hillier, V. F.: A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological Medicine

Anexo 9 CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
PUNTUACIÓN TOTAL		7	

INTERPRETACIÓN

- ✓ 7- 8: Normofuncional
- ✓ 0- 2: Disfuncional Leve
- ✓ 3- 6: Disfuncional Grave

Tabla 22:

Fuente: Miguel A. Suarez Cuba

Anexo 10 ESCALA DE TINETTI

EVALUACIÓN DE LA MARCHA			Ptos
El paciente permanecerá de pie con examinador, camina por el pasillo habitación a paso normal.			
Iniciación de la marcha		Algunas vacilaciones o múltiples intentos para empezar	0
		No vacila	1
Longitud y altura de paso	Movimiento pie derecho	No sobrepasa al pie izquierdo con el paso	0
		Sobrepasa al pie izquierdo	1
		El pie derecho, no se separa completamente del suelo con el paso	0
		El pie derecho, se separa completamente del suelo	1
	Movimiento pie izquierdo	No sobrepasa al pie derecho con el paso	0
		Sobrepasa al pie derecho	1
		El pie izquierdo, no se separa completamente del suelo con el paso	0
		El pie izquierdo, se separa completamente del suelo	1
Simetría del paso		Longitud de los pasos con los pies izquierdo y derecho, no es igual	0
		La longitud parece igual	1
Fluidez del paso		Paradas entre los pasos	0
		Los pasos parecen continuos	1
Trayectoria	(Observar el trazado que realiza uno de los pies durante tres metros)	Desviación grave de la trayectoria	0
		Leve/ moderada desviación o usa ayuda para mantener la trayectoria	1
		Sin desviación o uso de ayudas	2

Tronco	Balanceo marcado o uso de ayudas	0
	No se balancea al caminar pero flexiona las rodillas o la espalda, o separa los brazos al caminar.	1
	No se balancea ni flexiona ni usa otras ayudas al caminar	2
Postura al caminar	Talones separados	0
	Talones casi juntos al caminar	1
TOTAL MARCHA		8

EVALUACIÓN DEL EQUILIBRIO		Ptos
El paciente permanecerá sentado en una silla rígida sin apoyo en brazos. Se realiza las siguientes maniobras.		
Equilibrio Sentado	Se inclina o desliza en la silla	0
	Se mantiene seguro	1
Levantarse	Incapaz sin ayuda	0
	Capaz pero usa los brazos para ayudarse	1
	Capaz sin usar los brazos	2
Intentos para levantarse	Incapaz sin ayuda	0
	Capaz pero necesita más de un intento	1
	Capaz de levantarse en un intento	2
Equilibrio en bipedestación	Inestable	0
	Estable con apoyo amplio (talones separados más de 10 cm) y usa bastón u otros apoyos.	1
	Estable sin andador u otros apoyos	2
Empujar Suavemente el esternón del paciente con la palma de la mano 3 veces	Empieza a caerse	0
	Se tambalea, se agarra, pero se mantiene	1
	Estable	2

Ojos cerrados	Inestable	0
	estable	1
Vuelta de 360°	Pasos discontinuos	0
	Continuos	1
	Inestable (Se tambalea o agarra)	0
	Estable	1
Sentarse	Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla	
	Usa los brazos o el movimiento es brusco	
	Seguro movimiento suave	
TOTAL EQUILIBRIO		8
TOTAL MARCHA + TOTAL EQUILIBRIO		16

INTERPRETACIÓN

- ✓ A mayor puntuacion : Menor Riesgo
- ✓ Menor de 19: Riesgo alto de caidas
- ✓ 19 – 24: Riesgo de caidas

Tabla 23:
Fuente: Franch O.

Anexo 11 TEST DE PFEIFFER (DETERIORO COGNITIVO)

ITEMS	ERRORES
¿Qué día es hoy? Día- Mes-Año	CORRECTO
¿Qué día de la semana es hoy?	CORRECTO
¿Dónde estamos ahora?	CORRECTO
¿Cuál es su número de teléfono?	-----
¿Cuántos años tiene?	CORRECTO
¿Cuál es su fecha de nacimiento? Día- Mes- Año	ERROR

¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	CORRECTO
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	ERROR
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	CORRECTO
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0	ERROR
PUNTUACION TOTAL	3 ERRORES

INTERPRETACIÓN	
✓	Persona que saben leer y escribir de 3 o más (Deterioro cognitivo)
✓	Persona que no saben leer y escribir de 4 o más (Deterioro cognitivo)

Tabla 24:

Fuentes: Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients.

Anexo 12 FAMILIOGRAMA

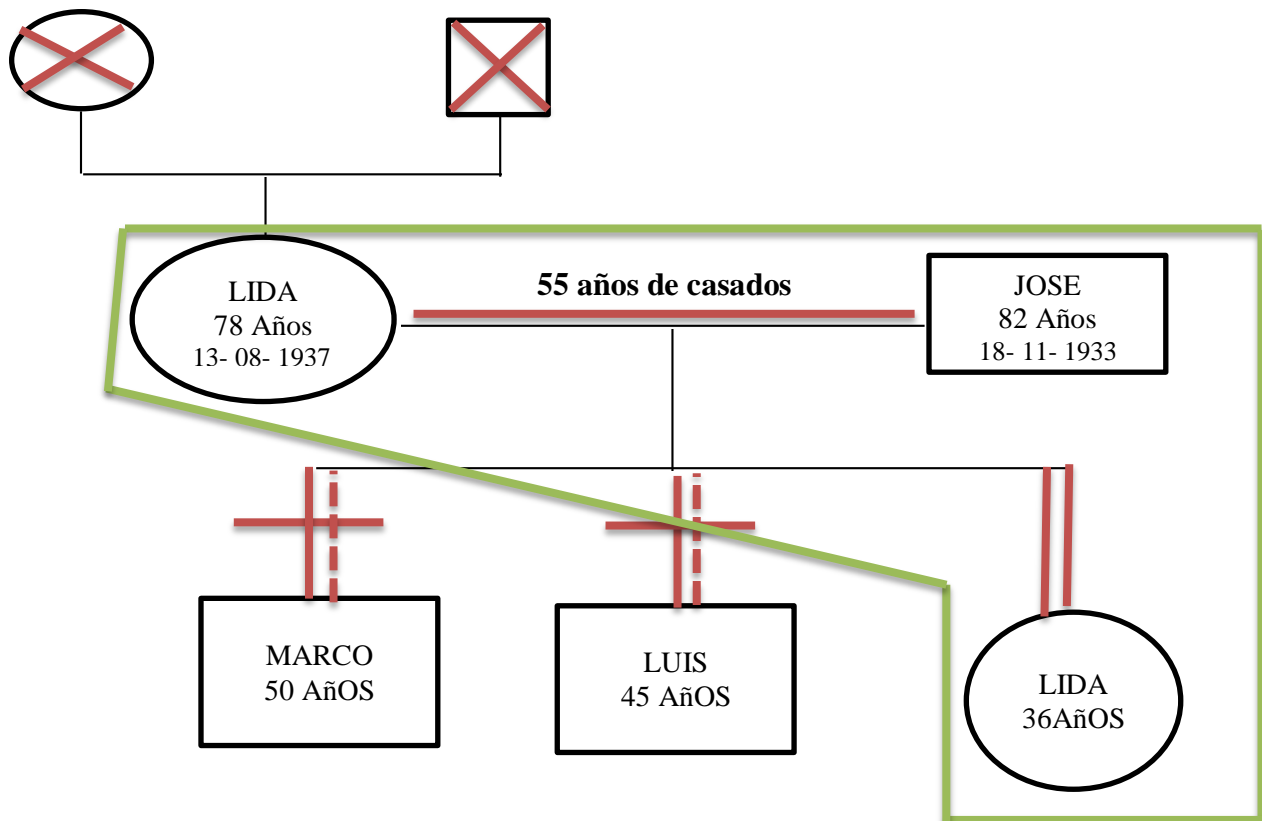


Tabla 25:

Fuente: Encuesta

Anexo 13 ECOMAPA

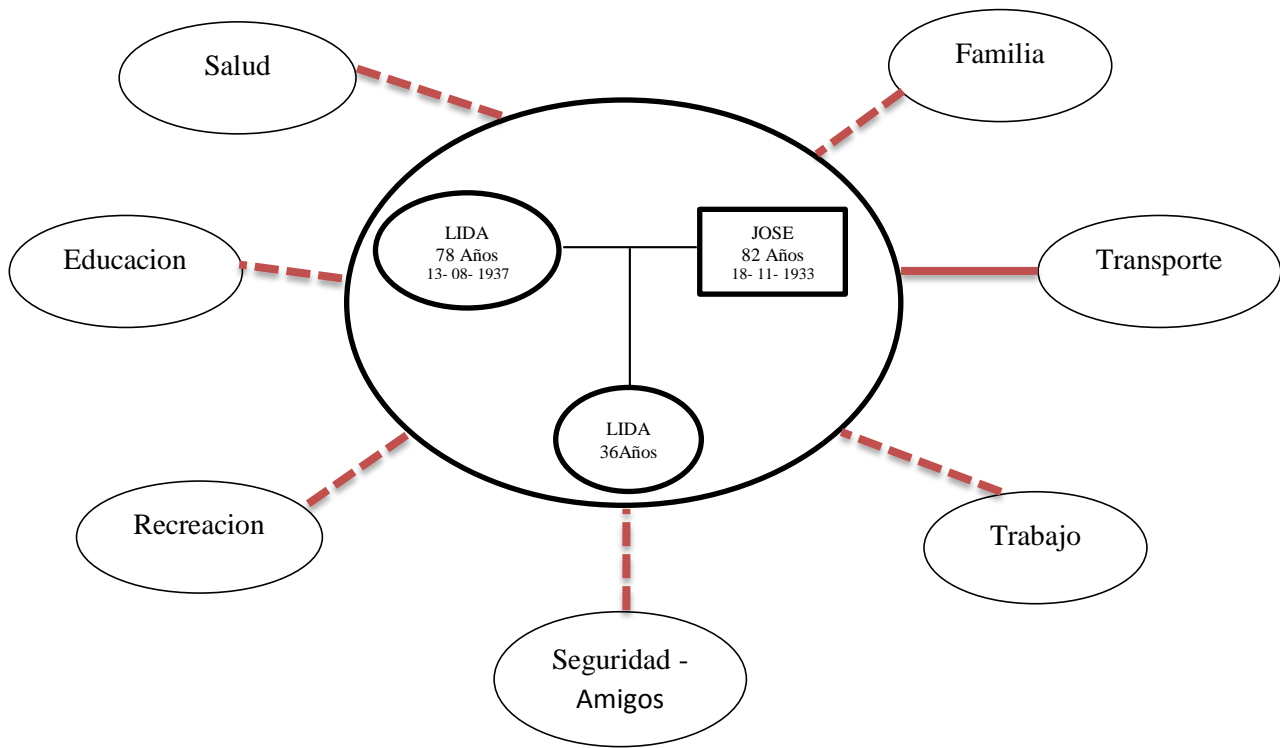


Tabla 26.
Fuente: Encuesta

ANEXO 14

1. RESPIRACIÓN

ENTREVISTA	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Le falta el aire al caminar?	SI (X) NO ()
¿A presentado dificultad para respirar aun estando en reposo?	Me falta el aire cuando estoy acostado de espalda sin almohada por mucho tiempo.
¿Se agita al subir gradas?	SI (X) NO ()
¿Ha sentido dolor de la garganta?	SI (X) NO ()
¿Ha presentado tos acompañado de flema en estos últimos días?	SI (X) NO ()
¿Al levantarse siente que le falta el aire?	SI () NO (X)
¿Utiliza usted tanque de oxígeno?	SI () NO (X)
¿Ha tenido problemas de alergias o asma?	SI () NO (X)
¿Ha fumado?	SI () NO (X)
¿Cocina Usted con leña?	Sí, todos los días
¿Utiliza mascarilla al cocinar en leña?	SI () NO (X)
EXPLORACIÓN FÍSICA	
DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ El paciente refiere que al caminar y estar acostado de espalda sin almohada por mucho tiempo le falta el aire. ✓ Además refiere que ha presentado dolor de garganta y tos con flema. ✓ Paciente indica que todos los días cocina con leña y que no utiliza mascarilla. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 18 respiraciones por minuto ✓ 92% saturación de oxígeno ✓ Presión Arterial 110/60 ✓ Temperatura 36.9 °C ✓ Espasmo de vías aéreas ✓ Tos productiva (Esputo de características blanquecina) ✓ Ruidos roncus ✓ Tórax simétrico, dolor a la palpación a nivel de la espalda y cintura, sin presencia de lesiones. ✓ <u>Escala de medición de Disnea Anexo 1 (Puntuación 2</u> Ligeramente comprometido) ✓ <u>Escala de Richmond (Rass) Anexo 2 (Puntuación 0</u> alerta y tranquilo)

2. ALIMENTACIÓN/HIDRATACIÓN

ENTREVISTA	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Conoce cómo debe de ser una dieta equilibrada?	SI () NO (X)
¿Tiene algún tipo de dieta?	SI () NO (X)
¿Cuántas veces al día come?	3 veces al día
¿Conoce usted que alimentos debe de evitar y cuales debe de consumir por su enfermedad?	SI () Mas o menos (X) NO ()
¿Ha consumido en estos días fideos, pan, papas, gaseosas?	SI (X) NO ()
¿Consumo frutas?	De vez en cuando consumo frutas
¿Tiene algún horario específico de comidas?	SI () NO (X)
¿Por qué usted no tiene un horario específico de comida?	Porque mi hija trabaja y por lo tanto no tiene un horario específico de llegar a la casa a cocinar
¿Consumo azúcar?	Sí, pero en pequeñas cantidades
¿Cuánto ha disminuido el consumo de azúcar?	Antes ingería 2 cucharas y media de azúcar ahora solo consumo media cucharita
¿Ha perdido el apetito?	SI (X) NO ()
¿Ha sentido aumento del apetito?	SI () NO (X)
¿Ha sentido sed excesiva?	SI () NO (X)
¿Ha bajado de peso durante los últimos meses?	SI (X) NO ()
¿Cuánto ha perdido de peso?	Aproximadamente 3 kilos
¿Toma alguna vitamina?	SI () NO (X)
¿En ocasiones usted ingiere alguna golosina?	SI () NO (X)
¿Le es fácil masticar los alimentos?	SI () NO (X)
¿Utiliza dentadura postiza?	SI (X) NO ()
¿Tiene náusea o vomito durante las comidas?	SI () NO (X)
¿Necesita de ayuda para alimentarse?	SI () NO (X)
EXPLORACIÓN FÍSICA	
DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente refiere que come 3 veces al día, pero que no conoce cómo debe de ser su alimentación y que alimentos debe de evitar. ✓ No se alimenta a horas fijas debido a 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Peso : 65kg ✓ Talla: 1.55cm ✓ IMC: 27.6 (Sobrepeso) ✓ Glicemia: 100mg/dl ✓ Presión Arterial 110/60

<p>que su hija trabaja y por lo tanto no tiene un horario específico de llegar a la casa a cocinar</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente ha disminuido el consumo de azúcar en todos los alimentos ya que ahora solo consume media cucharada de azúcar en el desayuno y merienda ✓ En ocasiones tiene aumento del apetito y de sed además que ha perdido peso durante el último año aproximadamente 10 kilos ✓ No toma vitaminas y tiene problemas para masticar los alimentos ya que utiliza dentadura postiza ✓ Cuestionario "Conozca su salud Nutricional" Anexo 3 (Puntuación 8 Riesgo nutricional alto.) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mucosas orales secas, presenta prótesis dental ✓ Abdomen globoso doloroso a la palpación ✓ Ausencia de ruidos aéreos ✓ Distensión abdominal.
--	---

3. ELIMINACIÓN

ENTREVISTA	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Tiene problemas para defecar?	SI (X) NO ()
¿Ha tenido diarrea?	SI () NO (X)
¿Ha utilizado algún tipo de laxante?	SI () NO (X)
¿Qué características tiene sus heces?	Paciente refiere que las heces son de solidas
¿Después de comer usted realiza alguna actividad (como caminar) para hacer digestión?	SI () NO (X)
¿Ha sentido sensación de llenura y pesadez estomacal?	SI (X) NO ()
¿Puede llegar al baño sin que se le escape la orina?	SI () NO (X)
¿Cuántas veces orina en el día?	De 4 a 5 veces al día
¿Qué características tiene su orina?	Paciente refiere que la orina es de características amarillenta y de mal olor
¿Tiene problemas para orinar?	SI () NO (X)
¿Por las noches sale al baño?	SI () NO (X)
¿Sale pus o liquido de su pie afectado?	Sale pus en poca cantidad
¿Cuántas veces a la semana se cura su pie?	Pasando un día acudo al centro de salud para que curen mi pie
¿Suda mucho?	SI (X) NO ()

EXPLORACIÓN FÍSICA	
<u>DATOS SUBJETIVOS</u>	<u>DATOS OBJETIVOS</u>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ El paciente refiere que tiene problemas para defecar y que las heces son de características solidas ✓ Después de comer tiene sensación de llenura además que no realiza ninguna actividad (Caminar) después de comer. ✓ Orina entre 4 a 5 veces al día, no puede retener por mucho tiempo ya que se le escapa antes de llegar al baño. Además indica que la orina es muy amarillenta y de mal olor ✓ El paciente refiere que a nivel de la herida del pie sale pues en poca cantidad y que pasando un día acude al centro de salud para que curen su pie. ✓ Indica que suda mucho ✓ <u>Cuestionario índice de Barthel Anexo 4</u> <ul style="list-style-type: none"> ◦ DEFECACION: Puntuación 10: es CONTINENTE e INDEPENDIENTE ◦ MICCIÓN: Puntuación 0: es INCONTINENTE. ✓ <u>Cuestionario de valoración de incontinencia urinaria Anexo 5 (Puntuación 4: tiene un valor predictivo en la mujer para incontinencia urinaria de esfuerzo del 77,2%)</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mucosas orales secas ✓ Abdomen globoso doloroso a la palpación ✓ Ausencia de ruidos aéreos ✓ Estreñimiento ✓ Incontinencia orinaría ✓ Deficiencia del esfínter uretral ✓ Debilidad de los músculos pélvicos. ✓ Poliuria ✓ Polidipsia ✓ Polifagia ✓ Herida de miembro interior izquierdo infectada con secreción purulenta en moderada cantidad (Dolor, Rubor, Edema) ✓ Disminución de sensibilidad en herida

4. MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA ADECUADA

ENTREVISTA	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Realiza alguna actividad o ejercicio físico?	SI () NO (X)
¿Necesita de ayuda para desplazarse de un lugar a otro?	SI () A VECES (X) NO ()
¿Qué equipo o dispositivo utiliza para desplazarse?	Ningún
¿Realiza pequeñas caminatas durante el día?	SI () A VECES (X) NO ()

¿Qué tiempo se dedica a caminar?	A veces camino en mi casa unos 15 minutos
¿Permanece sentado todo el día?	SI () A VECES (X) NO ()
¿Por qué a veces usted permanece sentado todo el día?	Porque me molesta el pie afectado al caminar por esa razón prefiere quedarme sentada
¿Se le hace difícil mantenerse de pie?	SI () NO (X)
¿Le dificulta coger con sus manos las cosas?	SI () NO (X)
¿Le dificulta agacharse para coger algún objeto?	SI (X) NO ()
¿Por qué se le dificulta agacharse?	Porque me empieza a doler la cintura y la espalda
¿Se le hace difícil mantenerse recto?	SI (X) NO ()
¿Le molesta su pie afectado al caminar?	SI (X) NO ()
¿Ha sentido cansancio durante el día?	SI (X) NO ()
¿Por qué cree usted que se siente cansada?	No lo se
¿Tiene la energía necesaria para todo el día?	SI () NO (X)
EXPLORACIÓN FÍSICA	
<u>DATOS SUBJETIVOS</u>	<u>DATOS OBJETIVOS</u>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente refiere no realizar actividad física pero en ocasiones camina por la casa durante unos 15 minutos más o menos ✓ A veces necesita de ayuda de su cuidador para para trasladarse de un lugar a otro y al caminar tiene molestias en su pie afectado por tal razón prefiere pasar sentada la mayor parte del tiempo. ✓ Le dificulta agacharse ya que le duele la cintura y espalda, además ha presentado cansancio durante el día pero que no sabe la causa. ✓ Cuestionario Índice Barthel Anexo 4 DEAMBULACION: (Puntuación de 15: INDEPENDIENTE) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Movimientos descoordinados. ✓ Enlentecimiento del movimiento Miembros superiores e inferiores normales ✓ Presenta edema en miembros inferiores de (+/+++) ✓ Herida nivel del pie en MII de aproximadamente 6 cm de largo y 4 de ancho con signos de infección presentando calor local, eritematoso, dolor, edema y secreción purulenta ✓ En su bordes presenta tejido necrótico Grisáceo ✓ Piel frio, llenado capilar lento ✓ Pulso periférico presente ✓ Déficit del proceso de cicatrización

5. DORMIR Y DESCANSAR

ENTREVISTA	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Tiene problemas para dormir?	SI () A VECES (X) NO ()
¿En qué situaciones usted tiene problemas	Cuando estoy con preocupaciones por mis

para dormir?	hijos
¿Toma alguna medicación para dormir?	SI () NO (X)
¿Cuántas horas duerme?	Más o menos de 5 a 6 horas
¿Tiene alguna actividad antes de dormir?	Solo enciende la televisión y descanso
¿Duerme durante el día?	SI () NO (X)
¿En el día se siente cansado?	SI (X) NO ()
¿Se levanta cansado a pesar de dormir bien?	SI (X) NO ()
¿Por qué cree que se levanta cansada?	No se
EXPLORACIÓN FÍSICA	
<u>DATOS SUBJETIVOS</u>	<u>DATOS OBJETIVOS</u>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente refiere no poder dormir cuando está preocupada por sus hijos ✓ No tomar medicación para dormir, solo enciende la televisión y descansa entre 5 a 6 horas cuando no está preocupada ✓ En ocasiones al levantarse a pesar de dormir se siente cansada pero que no sabe la causa. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Índice de gravedad del insomnio Anexo 6 (Puntuación 15: Insomnio moderado) ✓ Ecomapa y familiograma

6. ELEGIR ROPA ADECUADA

ENTREVISTA	
<u>PREGUNTAS</u>	<u>RESPUESTAS</u>
¿Escoge su ropa para vestirse?	SI (X) NO ()
¿Se siente cómoda con lo que está usando?	SI (X) NO ()
¿Se puede desvestirse solo?	Sí, me visto y desvisto sola pero necesito ayuda al ponerme los zapatos
¿Por qué necesita ayuda para ponerse los zapatos?	Porque no puedo agacharme mucho ya que me duele la cintura y espalda
¿Qué tipo de zapato utiliza más a menudo?	Sandalias
¿Le parecen cómodos los zapatos que está utilizando (sandalias)?	SI (X) NO ()
EXPLORACIÓN FÍSICA	
<u>DATOS SUBJETIVOS</u>	<u>DATOS OBJETIVOS</u>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente refiere vestirse y desvestirse sola pero necesita de ayuda para ponerse los zapatos ya que no puede agacharse mucho porque le duele la cintura y la espalda ✓ Utiliza solo sandalias ya que estas le parece cómodo al paciente por el pie 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aseo general adecuado ✓ Herida nivel del pie en MII de aproximadamente 6 cm de largo y 4 de ancho con signos de infección presentando calor local, eritematoso, dolor, edema y secreción purulenta ✓ En su bordes presenta tejido necrótico

✓ Cuestionario índice Barthel Anexo 4 (Puntuación 5: NECESITA AYUDA , pero hace buena parte de las tareas habitualmente.)	Grisáceo ✓ Piel frio, llenado capilar lento ✓ Pulso periférico presente ✓ Déficit del proceso de cicatrización ✓ Sensibilidad conservada
--	--

7. MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL

ENTREVISTA	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Ha sufrido de fiebre últimamente?	SI () NO (X)
¿Sufre de escalofríos?	SI () NO (X)
¿Le es fácil adaptarse a cambios de temperatura?	SI (X) NO ()
¿Cómo se adapta a los cambios de temperatura?	Bien ya que cuando hace frio utilizo ropa abrigada y cuando hace calor paso en camiseta
¿Ha utilizado usted termómetros?	SI () NO (X)
EXPLORACIÓN FÍSICA	
<u>DATOS SUBJETIVOS</u>	<u>DATOS OBJETIVOS</u>
✓ Paciente refiere no haber sufrido últimamente fiebre ni escalofríos además que le es fácil adaptarse a todos los cambios de temperatura ya sea en el frio o en el calor debido a que tiene vestimenta adecuada para cualquier clima	

8. HIGIENE /PIEL

ENTREVISTA	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cuántas veces se baña a la semana?	Paciente refiere que se baña pasando un día
¿Tiene ducha?	SI (X) NO ()
¿Necesita ayuda para bañarse?	SI () NO (X)
¿Lava su dentadura antes de ponerse?	SI (X) NO ()
¿Necesita ayuda para lavarse su dentadura?	SI () NO (X)
¿Cuántas veces al día lava su dentadura?	Una vez al día
¿Utiliza cremas hidratantes para la piel?	Todos los días aplico crema en piel frotando suavemente sin lastimar
¿Cada que tiempo se corta las uñas?	Cada que me acuerdo
¿Quién le corta las uñas?	Mi hija
¿Su familiar sabe todas las medidas	SI () NO (X)

adecuadas para cuidar su pie afectado?	
¿Ha perdido sensibilidad en su pie afectado?	SI () NO (X)
¿Ha observado si ha mejorado la herida en su pie?	Paciente refiere que ha sanado poco
EXPLORACIÓN FÍSICA	
<u>DATOS SUBJETIVOS</u>	<u>DATOS OBJETIVOS</u>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente refiere bañarse pasando un día , lavar su dentadura postiza una vez al día, utilizar cremas hidratantes en la piel todos los día y cortarse las uñas cada vez que se acuerda ✓ Su hija es quien le corta las uñas pero no sabe todas las medidas adecuadas para cuidar el pie afectado ✓ El paciente refiere haber disminuido la sensibilidad en su pie afectado 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estado de piel en pie: seco + hiperqueratosis en palma del pie ✓ Aspecto de estado de uña: engrosada, Onicocriptisis + Onicodistrofia ✓ Escala de Braden Anexo 7 (Puntuación 15: Bajo riesgo de úlceras por presión)

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS AMBIENTALES Y EVITAR LESIONAR A OTRAS PERSONAS

ENTREVISTA	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cómo se siente?	Más o menos
¿Cómo está su estado de ánimo?	Más o menos
¿Tiene alguna preocupación?	SI (X) NO ()
¿Por qué está preocupada?	Porque mis hijos trabajan lejos y no puede verlos yo con mi esposo pasamos solos en la casa
¿Piensa que se puede solucionar sus Problemas?	SI () NO (X)
¿Se siente útil en la familia?	Paciente refiere que desde que se enfermó no se siente útil ya que no puede hacer las cosas que solía hacer cuando estaba sana
¿Quién hace los quehaceres de la casa?	Mi hija la menor que vive alado ella viene a cocinar y arreglar la casa
¿Usted se enoja con facilidad?	SI (X) NO ()
¿Se ha sentido deprimida?	SI (X) NO ()
¿Cumple con todas las indicaciones médicas?	SI (X) NO ()
¿Cuenta con el apoyo y ayuda de su familia?	Si ya que mis hijos mensualmente manda dinero para cualquier cosita
¿Sus hijos vienen a visitarle?	De vez en cuando vienen ya que por el trabajo no pueden pero más me llaman por celular para ver como estoy

¿Le es fácil recordar las cosas?	SI ()	NO (X)
¿Ha sufrido alguna caída en casa?	SI ()	NO (X)
EXPLORACIÓN FÍSICA		
<u>DATOS SUBJETIVOS</u>	<u>DATOS OBJETIVOS</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente refiere que su estado de ánimo no está bien que se siente triste, deprimida, se enoja con facilidad, preocupada ya que sus hijos trabajan lejos y no puede verlos y ella con su esposo pasan solos en la casa ✓ También refiere no poder arreglar sus problemas y que incluso se siente inútil ya que desde que se enfermó no puede hacer las cosas que solía hacer cuando estaba sana y su hija menor es la que viene a hacer todos los quehaceres domésticos en la casa, pero sin embargo cuenta con el apoyo de sus hijos ya que mensualmente le mandan dinero y hablan por celular para saber sobre el estado de la paciente. ✓ En ocasiones no se acuerda donde pone las cosas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Escala de ansiedad y depresión de Goldberg Anexo 8 <ul style="list-style-type: none"> ◦ ANSIEDAD: Puntuación 9 ◦ DEPRESION: Puntuación 8 	

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMAS, EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES

ENTREVISTA		
PREGUNTAS	RESPUESTAS	
¿Puede comunicarse perfectamente con los demás?	SI (X)	NO ()
¿Cuándo usted habla le entiende con facilidad?	SI (X)	NO ()
¿Necesita algún medio de comunicación para que le entiendan?	SI ()	NO (X)
¿Utiliza mímicas para expresarse?	SI ()	NO (X)
¿Tiene buena comunicación con su familia?	SI (X)	NO ()
¿Cuándo va al centro de salud le explican sobre su enfermedad?	SI ()	NO (X)
EXPLORACIÓN FÍSICA		
<u>DATOS SUBJETIVOS</u>	<u>DATOS OBJETIVOS</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente refiere tener una buena comunicación con su familia ✓ Cuando acude al centro de salud no le 		

brindan información sobre su enfermedad	
✓ Cuestionario Apgar Familiar Anexo 9 (PUNTUACIÓN7: Normofuncional)	

11. NECESIDAD DE VIVIR DE ACUERDO CON LOS PROPIOS VALORES Y CREENCIAS

ENTREVISTA	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿A qué religión pertenece usted?	Religión católica
¿Lee la biblia?	SI (X) NO ()
¿Cada que tiempo va a la iglesia?	Todos los domingos
¿Tiene miedo a la muerte?	SI () NO (X)
¿Tiene temor que por su enfermedad le amputen el pie?	SI (X) NO ()
¿Usted se encomienda en algún santo por su enfermedad?	SI (X) NO ()
¿Piensa que los valores son importantes para vivir?	SI (X) NO ()
EXPLORACIÓN FÍSICA	
DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente refiere que lee la biblia, acudir los domingos a la iglesia y que no tiene miedo a la muerte pero que si tiene miedo que le amputen la pierna por su enfermedad ya que no quiere ser una carga para los demás. ✓ Refiere que los valores en las personas son muy importantes para aprender a vivir. 	

12. NECESIDAD DE OCUPARSE DE ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE REALIZACIÓN PERSONAL

ENTREVISTA	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Trabaja?	SI () NO (X)
¿Qué labores realiza en su casa?	Paciente refiere que en las cosas que puede ayuda
¿Se siente útil?	SI () NO (X)
¿Le gustaría distraerse en algo?	Si ya que me deprime pasar solo en casa

¿Su familia le impide realizar algunas actividades?	SI (X)	NO ()
¿Por qué cree que su familia le impide hacer algunas actividades?	Porque le dicen que ya está de edad y que ahora solo debo de descansar y estar tranquila sin preocupaciones	
¿Su enfermedad le permite realizar todas las actividades?	SI ()	NO (X)
EXPLORACIÓN FÍSICA		
<u>DATOS SUBJETIVOS</u>	<u>DATOS OBJETIVOS</u>	
✓ Paciente refiere que no trabaja y solo pasa en casa, se siente inútil porque los familiares le impiden hacer ciertas actividades	✓ Escala de TINETTI Anexo 10 (Puntuación 19: Riesgo alto de caídas)	

13. NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

ENTREVISTA		
PREGUNTAS	RESPUESTAS	
¿Qué hace los fines de semana?	Estar en casa con mi hija y esposo	
¿Sale al parque?	A veces	
¿Los fines de semana pasa solo o en compañía de sus familiares?	Acompañado de mi hija y esposo	
¿Se siente aburrída en su casa?	SI (X)	NO ()
¿Se estresa con facilidad?	SI (X)	NO ()
¿Al estresarse toma algún medicamento?	SI ()	NO (X)
EXPLORACIÓN FÍSICA		
❖ <u>DATOS SUBJETIVOS</u>	<u>DATOS OBJETIVOS</u>	
✓ Paciente refiere que se queda los fines de semana en casa con su hija y esposo y que a veces de vez en cuando salen a pasear, por tal razón siente que se estresa con facilidad.		

14. NECESIDAD DE APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A USAR LOS RECURSOS DISPONIBLES

ENTREVISTA		
PREGUNTAS	RESPUESTAS	
¿Hasta qué nivel de estudio llego?	Hasta 5 grado	
¿Sabe leer y escribir?	SI (X)	NO ()
¿Conoce acerca de su enfermedad, tratamiento, hábitos saludables?	SI (X)	MAS O MENOS (X) NO ()
¿Le gustaría conocer más sobre su enfermedad, hábitos saludables,	SI (X)	NO ()

tratamiento, etc.?	
¿Realiza su tratamiento adecuadamente?	SI () MAS O MENOS (X) NO ()
EXPLORACIÓN FÍSICA	
<u>DATOS SUBJETIVOS</u>	<u>DATOS OBJETIVOS</u>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente refiere haber estudiado hasta 5 grado, no sabe mucho sobre su enfermedad pero que le gustaría aprender para cuidarse. ✓ Test de Pfeiffer Anexo 11(Deterioro Cognitivo) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Déficit de comunicación y educación

ANEXO 15

