



Mi Universidad

Nombre del Alumno: Naomi Gpe. Velazco Roblero

Nombre del tema: Proceso de Atención de Enfermería

Parcial: I

Nombre de la Materia: Fundamento de Enfermería

Nombre del profesor: Alfonso Velázquez Ramírez

Nombre de la Licenciatura: Lic. En Enfermería.

Cuatrimestre: 2do

La diabetes es una enfermedad crónica que se produce cuando el cuerpo no puede producir suficiente insulina (una hormona que regula el nivel de azúcar en la sangre) o cuando el cuerpo no puede utilizar la insulina de manera efectiva. Esto conduce a un aumento en los niveles de azúcar en la sangre (glucemia) que, si no se trata, puede causar daño a órganos y sistemas importantes del cuerpo, como los riñones, el corazón, los ojos y los nervios.

Existen dos tipos principales de diabetes:

- Diabetes tipo 1: se produce cuando el sistema inmunitario ataca y destruye las células beta en el páncreas que producen insulina. Esto conduce a una falta de insulina en el cuerpo, lo que requiere que las personas con diabetes tipo 1 reciban inyecciones diarias de insulina para controlar su nivel de azúcar en la sangre.
- Diabetes tipo 2: se produce cuando el cuerpo no puede utilizar la insulina de manera efectiva o cuando no puede producir suficiente insulina. La diabetes tipo 2 es más común que la diabetes tipo 1 y puede ser controlada mediante cambios en la dieta, el ejercicio y, en algunos casos, medicamentos.

Los síntomas comunes de la diabetes incluyen:

- Sed constante y aumento de la micción
- Hambre excesiva
- Fatiga
- Pérdida de peso sin motivo aparente
- Visión borrosa
- Hormigueo o entumecimiento en las manos o pies

Es importante controlar la diabetes para prevenir complicaciones graves, como enfermedades del corazón, accidentes cerebrovasculares, ceguera, insuficiencia renal y amputaciones. Las personas con diabetes deben seguir una dieta saludable y equilibrada, hacer ejercicio regularmente, monitorear su nivel de azúcar en la sangre y tomar sus medicamentos según lo recetado por su médico.

El tratamiento de la diabetes consiste en llevar una dieta saludable y realizar actividad física y en reducir la glucemia y otros factores de riesgo conocidos que dañan los vasos sanguíneos. Además, para evitar las complicaciones, los fumadores deben abandonar el hábito.

Entre las intervenciones que son a la vez económicas y factibles en países de renta baja y de renta mediana cabe destacar las siguientes:

- control de la glucemia, en particular en las personas con diabetes de tipo 1, que necesitan inyectarse insulina. La diabetes de tipo 2 puede tratarse con medicación de administración oral, aunque a veces también requiere insulina;
- control de la tensión arterial; y
- cuidados podológicos (mantener una buena higiene de los pies, llevar calzado adecuado y acudir a profesionales de la salud para tratar las úlceras y examinar periódicamente los pies).

Historia clínica general

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre: Carlos Mario Cruz Hernández.

Registro: Seguro social.

Sexo: Masculino Edad: 63

Ocupación: Agricultor

Motivo de Consulta: Dolores articulares, cefalea, vértigo, problemas intestinales, diabetes.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

Cardiovasculares: No

Renales: Si

Pulmonares: No

Quirúrgicos: Si

Digestivos: Si

Alérgicos: No

Diabetes: Si

Transfusiones: No

Desde cuando lo padece, especifique: Mi paciente padece diabetes desde hace más de 10 años y a raíz de dicha enfermedad se fue desarrollando otras enfermedades.

Medicamentos: Si

Desde cuando los consume, especifique: Mi paciente por la enfermedad de diabetes a llevado diferentes tratamientos, el primer tratamiento empezó desde hace 10 años cuando dicha enfermedad se presento

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

Alcohol: Preguntado y aceptado

Tabaquismo: Preguntado y negado

Drogas: Preguntado y negado

Inmunizaciones: Esquema completo

Otros: habita en una casa rentada y cuenta con todos los servicios básicos, no cuenta con animales. fauna nociva y transmisora positiva.

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES:

Padre: Vivo Si: X No:

Enfermedades que padece: Problemas severos de la vista

Madre: Viva Si: X No:

Enfermedades que padece: Diabetes y sufre de hipertensión.

Hermanos: ¿Cuántos?: 9 Vivos: 9

¿Enfermedades que padecen y desde cuándo?:

Otros:

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:

Menarquia _____ Ritmo _____ F.U.M. _____

G _____ P _____ A _____ C _____ I.V.S.A _____

Uso de Métodos Anticonceptivos: Si _____ No _____

¿Cuál (es)? ¿Y Tiempo de Uso? _____

Padecimiento actual: Mi paciente actualmente tiene Diabetes, tiene dolores musculares muy frecuentes, presenta vértigo, cefalea, dificultad al orinar

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

<p>Aparato digestivo: halitosis, boca seca, masticación, disfagia (odinofagia), pirosis, nausea, vomito, (hematemesis), dolor abdominal. meteorismo y flatulencias, constipación, diarrea, rectorragia, melenas, pujo y tenesmo, Ictericia, coluria y acolia, prurito cutáneo, hemorragias.</p>	<p>Mi paciente presenta severos dolores musculares y en algunas ocasiones cefalea, presenta malestares digestivos, problemas para orinar y en gran frecuencia. Presenta deterioro de la movilidad física. Presenta estreñimiento</p> <p>Mi paciente presenta estreñimiento, disfagia, y no presenta ningún tipo de hemorragia.</p>
<p>Aparato cardiovascular: disnea, tos (seca, productiva), hemoptisis, dolor precordial, palpitaciones, cianosis edema y manifestaciones periféricas (acúfenos, fosfenos, síncope, lipotimia, cefalea, etc.)</p>	<p>Mi paciente no presenta ningún tipo de anomalía en el aparato cardiovascular.</p>
<p>Aparato Respiratorio: tos, disnea, dolor torácico, hemoptisis, cianosis, vómica, alteraciones de la voz.</p>	<p>No presenta ningún problema en el aparato respiratorio.</p>
<p>Aparato Urinario: alteraciones de la micción (poliuria, anuria, polaquiuria, oliguria, nicturia, opsiuria, disuria, tenesmo vesical, urgencia, chorro, enuresis, incontinencia) caracteres de la orina (volumen, olor, color, aspecto) dolor lumbar, edema renal, hipertensión arterial, datos clínicos de anemia.</p>	<p>El paciente presenta alteraciones de la micción, disuria y frecuencia.</p> <p>Presenta anemia.</p>

<p>Aparato Genital: criptorquidia, fimosis, función sexual, sangrado genital, flujo o leucorrea, dolor ginecológico, prurito vulvar.</p>	<p>No presenta ninguna anomalía en el aparato genital lo que nos indica que no hay infección en el área genital.</p>
<p>Aparato Hematológico: datos clínicos de anemia (palidez, astenia, adinamia y otros), hemorragias, adenopatías, esplenomegalia.</p>	<p>El paciente no presenta adinamia, palidez, astenia. No presenta ningún tipo de hemorragia, adenopatías, esplenomegalia.</p>
<p>Sistema Endócrino: bocio, letargia, bradipsiquia (lalia), intolerancia calor/frío, nerviosismo, hiperquinesis, características sexuales, galactorrea, amenorrea, ginecomastia, obesidad, ruborización.</p>	<p>El paciente no presenta ninguna anomalía en el aparato endocrino, letargia, intolerancia al calor/frío, obesidad.</p>
<p>Sistema Osteomuscular: ganglios, fotosensibilidad artralgias/mialgias, Raynaud.</p>	<p>Paciente no presenta anomalías en el aparato osteomuscular.</p>
<p>Sistema Nervioso: cefalea, síncope, convulsiones, déficit transitorio, vértigo, confusión y obnubilación, vigilia/sueño, parálisis, marcha y equilibrio, sensibilidad.</p>	<p>No presenta ningún síntoma en el sistema nervioso</p>

<p>Sistema Sensorial: visión, agudeza, borrosa, diplopía, fosfenos, dolor ocular, fotofobia, xeroftalmia, amaurosis, otalgia, otorrea y otorragia, hipoacusia, tinitus, olfacción, epistaxis, secreción, geusis, garganta (dolor) Fonación</p>	<p>No presenta anomalías en el sistema sensorial.</p>
<p>Psicosomático: personalidad, ansiedad, depresión, afectividad, emotividad, amnesia, voluntad, pensamiento, atención, ideación suicida, delirios.</p>	<p>No presenta ningún problema de personalidad, depresión, ansiedad, afectividad, emotividad, amnesia, voluntad de pensamiento, ideación suicida, delirios.</p>

EXPLORACIÓN FÍSICA:

1.- FC: <u>70 x´</u>	5.- Peso actual: <u>70</u>
2.- TA: <u>140/80</u>	6.- Peso anterior: <u>82</u>
3.- FR: <u>20x´</u>	7.- Peso ideal: <u>65</u>
4.- Temperatura: <u>36.5 c°</u>	

EXPLORACIÓN POR REGIONES:

Cabeza	El paciente no presenta ningún tipo de anormalidades, presenta cefalea. Normocefalo, sin ninguna lesión, ni cicatrices en piel ni cuero cabelludo, no presentan hundimientos en el cráneo.
Cuello	No presenta ninguna molestia, ninguna cicatriz o lesión, ningún hundimiento.
Tórax	No hay alteraciones.
Abdomen	El paciente menciona que padecía de leves dolores abdominales, presenta flacidez en la pared abdominal.
Miembros	No fue valorado.
Genitales	La inspección no fue realizada , aunque el paciente menciona la dificultad de poder orinar, disuria.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
DOMINIO: 3, eliminación e intercambio CLASE: 2, función gastrointestinal CODIGO DE DX: 00011, estreñimiento	Definición: disminución de la frecuencia normal de la defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas R/C ingesta insuficiente de fibras, ingesta insuficiente de líquidos M/P disminución de la frecuencia de defecar, dolor al defecar.	CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)			
		DOMIO: salud fisiológica (II)		CLASE: digestión y nutrición	
		CRITERIO DE RESULTADO: estado nutricional (1004)			
		INDICADOR:	PUNTUACIÓN INICIAL:	PUNTUACIÓN DIANA:	
100401 Ingesta de nutrientes	1 desv. Grave 2 desv. Sustancial del rango normal 3 desv. Moderada del R.N	A	M		
100408 Ingesta de líquidos	4 desv. Leve del R.N 5 sin desv. Del R.N	1	2		
INTERVENCIONES (NIC)/GPC*	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN			
		CRITERIO DE RESULTADO:			
		INDICADOR:	PUNTUACIÓN FINAL:		
1.-Enseñar al px sobre las necesidades dietéticas específicas en función del desarrollo o la edad (aumento del calcio, proteínas, líquidos y calorías para las mujeres lactantes; aumento de la ingesta de fibra para prevenir el estreñimiento en los adultos mayores). 2.- asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Los factores que influyen en la defecación son: edad y desarrollo, dieta, líquidos ingeridos, actividad, factores psicológicos, estilo de vida, posición durante la defecación, embarazo, ingesta de medicamentos, pruebas de diagnóstico, anestesia y cirugía, trastornos sensoriales y motores, infección, alimentos irritantes o muy condimentados y dolor • Una dieta equilibrada, ingestión suficiente de líquidos, ejercicios y control emocional son factores que determinan la cantidad y el tipo de eliminación intestinal 	Con base en los objetivos planteados, la evaluación se centrará en observar si hubo cambios en los hábitos del paciente para la eliminación intestinal, y si los problemas se han solucionado y qué tratamientos han sido más efectivos considerando los siguientes aspectos: medir la ingesta y la excreta de líquidos, características de la defecación, si los signos de flatulencia y dolor han disminuido.			

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
DOMINIO: 3, eliminación e intercambio CLASE: 1, función urinaria CODIGO DE DX: 00016, deterioro de la eliminación urinaria	Definición: disfunción en la eliminación urinaria R/C infección del tracto urinario M/P micciones frecuentes	CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)			
		DOMIO: salud fisiológica (II)		CLASE: eliminación (f)	
		CRITERIO DE RESULTADO: eliminación urinaria 0503			
		INDICADOR:	PUNTUACIÓN INICIAL:	PUNTUACIÓN DIANA:	
	050303 cant. De orina	1 grav. Comp. 2 sust. Comp. 3 mod. Comp. 4 lev. Comp. 5 no comp.	A	M	
	050304 color de la orina		2	3	
			2	3	
INTERVENCIONES (NIC)/GPC*	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN			
		CRITERIO DE RESULTADO:			
		INDICADOR:	PUNTUACIÓN FINAL:		
1.- evaluar los signos y sx del problema de salud actual. 2.- determinar el historial de salud y el uso previo de medicamentos. 3.- identificar las medicaciones indicadas para los problemas actuales.	Mantener o restablecer un patrón normal de micción. Restablecer la diuresis normal.	La enfermera valorará si los objetivos se han cumplido con base a: los cambios del paciente en el patrón de micción, la disminución o desaparición de los signos o síntomas urinarios o si éstos se complicaron con otros problemas y haya que redefinir otros diagnósticos.			

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
DOMINIO: 4, act./reposo CLASE: 2, act./ejercicio CODIGO DE DX: 00085 deterioro de la movilidad física	Definición: limitación del mov. Físico independiente intencionado del cuerpo o de una o mas extremidades R/C deterioro musculoesqueletico M/P enlentecimiento de movimiento	CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)			
		DOMIO: salud funcional (I)		CLASE: crecimiento y desarrollo(B)	
		CRITERIO DE RESULTADO: envejecimiento físico 0113			
		INDICADOR:	PUNTUACIÓN INICIAL:	PUNTUACIÓN DIANA:	
	011307 Fuerza muscular	1 desv. Grave del rango normal 2 desv. Sust. Del R.N 3 desv. Mod. Del R.N 4 desv. Leve del R.N 5 sin desv. Del R.N	A	M	
	011320 Movilidad articular		2	3	
	011306 Elasticidad cutánea		2	3	
INTERVENCIONES (NIC)/GPC*	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN			
		CRITERIO DE RESULTADO:			
		INDICADOR:	PUNTUACIÓN FINAL:		
1.- utilizar ejercicios de rango de omv. Pasivos para aliviar la tensión muscular 2.- ayudar al px a priorizar las act. Para adoptar los niveles de energía	Riesgo de contracturas articulares Deterioro de la movilidad física	Se valorara si los objetivos se han cumplido, si la movilidad del paciente ha mejorado por medio de los ejercicios.			

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Libros Nanda, Nic y Noc