



Nombre del Alumno:

Suleima Hernandez Giron

Nombre del tema: PAE

-NEUROPATIA DIABETICA

Parcial: 1ro

Nombre de la Materia: Enfermeria del adulto

**Nombre del profesor LIC. Leidy Diana Estrada
Garcia**

Nombre de la Licenciatura: ENFERMERIA

Cuatrimestre 6to

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

1.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE: Oliver Sarain HG

SEXO: Masculino

EDAD: 40 años.

FECHA DE NACIMIENTO: 03 de ENERO de 1955.

ESTADO CIVIL: Casado

RELIGIÓN: católica.

ESCOLARIDAD: licenciatura

OCUPACIÓN: Contador

PROCEDENCIA: Chiapas.

PERSONA/ S CON LAS QUE CONVIVE: Esposa e hijo

ALERGIAS: Ninguno.

FUENTE DE INFORMACIÓN: Entrevista directa y familiar
esposa

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Diabetes mellitus 2

1.2 PRESENTACIÓN DEL CASO.

Masculino de 40 años, estatura de 1.70, peso 80 kg, casado, ocupación: contador, religión católica, niega alcoholismo y toxicomanías, lleva una dieta balanceada en donde incluye frutas y verduras, cereales, leguminosas y carnes. esposa radicando en el municipio de Acala, Chiapas.

Historia de Enfermería

Realizada a las 0730 hrs. El paciente se muestra tranquilo y colaborador, comenta que se encuentra más tranquilo que el día de su ingreso; tiene la cama en posición semifowler, cama con pliegues y se mueve en ella con bastante facilidad. Le acompaña su esposa, que en todo momento se observa atenta a las necesidades del paciente. El paciente responden a las preguntas con claridad, y la esposa sólo aciente con la cabeza en modo de confirmación a lo que su esposo responde

explica que sólo tiene 1 hijo varón de 20 años que cursa la universidad y que él cuentan con un trabajo estable en un despacho contable.

El paciente se frota las manos con frecuencia e informa que tiene preocupación ya que es la primera vez que le dicen que le van administrar insulina porque tiene una hiperglucemia, él manifiesta sentir temor porque no sabe como su cuerpo va a reaccionar a la insulina y piensa que a las personas que se lo administran es porque están realmente graves por esta enfermedad y que ya no hay vuelta atrás, está preocupado porque de él depende la estabilidad económica de su familia y hogar y por su hijo que aun le faltan 3 años por concluir la universidad y reside fuera para poder estudiar y que actualmente vive sólo con su esposa y que ella sólo se encarga de las labores del hogar, aunque fue informado en la consulta externa de los efectos indeseables quedó con algunas interrogantes.

Antecedentes patológicos.

Inicia su padecimiento el 10 de marzo del 2015 con polidipsia, poliguria y polifagia y tras el chequeo de glicemia capilar presento 400 mg/dl. Y le iniciaron tratamiento con hipoglucemiantes orales. Para septiembre del 2019 los síntomas no mejoraban acudió nuevamente a consulta y tras evaluar hemoglobina glucosilada con resultado de 10% por lo que se sugiere apego al tratamiento. En mayo de 2025 acude a su cita de control manifestando debilidad muscular en miembros inferiores acompañado de parestesias y disestesias se realiza la exploración con microfilamento se detectan áreas con perdida de sensibilidad.

Se refiere al hospital de pichucalco para valoración por medicina interna por no alcanzar metas en valores de glicemia capilar

1.3 Valoración Física Focalizada a la Persona.

Signos Vitales:

Temperatura: 36°C, T/A: 120/80, Pulso: 74 por minuto,
Respiración: 18 por minuto.

Peso: 80 kg Talla: 170 IMC: 27.6 observándose
desviación del rango normal sobrepeso.

Cabeza: Normal, simétrica.

Cabello: Se observa pelo corto negro, hidratado y
brillante.

Cara: Simétrica y de tez morena, se observa hueso frontal y
orbitales simétricos, cejas simétricas, pestañas lisas y
abundantes.

Ojos: El color de los ojos café claro, de un tamaño
adecuado.

Nariz: A la observación de la nariz se encuentra central y presenta una forma recta y delgada. A la inspección presenta una mucosa rosada e hidratada en fosas nasales y con una permeabilidad adecuada.

Boca: A la observación presenta una boca normal, con labios íntegros, delgados. Se observa dentadura completa de ambas. Presenta higiene adecuada a la observación. Su mucosa oral y lengua se observan hidratadas e íntegras.

Mejillas: Se observan acordes a la edad, sin presencia de cloasma, acné o manchas.

Cuello: A la inspección el cuello presenta una forma cilíndrica y una movilidad adecuada, además de una tráquea central y desplazable. Presencia de glándula tiroides sin alteración, no presenta alteraciones en cuanto a la piel.

Oídos: A la inspección se encuentran permeables y se observa la membrana timpánica de color perla sin alteraciones, sin presencia de hipoacusia.

Tórax: A la observación presenta un tórax simétrico, normal, con movimientos armónicos de inspiración y espiración toracoabdominales, sin dificultad respiratoria. A la auscultación se encuentran campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, sin fenómenos agregados, como estertores, sibilancias o atelectasia. Se encuentra al corazón con ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, tono y frecuencia, además de un llenado capilar menor a 2 segundos.

Abdomen: A la observación se denota un abdomen convexo. A la auscultación presenta motilidad intestinal adecuada, con presencia de ruidos peristálticos, a la palpación se encuentra un abdomen blando, depresible e indoloro, no se observa alteración de la piel, ni estrías.

genital: No se realizó valoración de esta parte corporal, debido a la ideología de la paciente.

Extremidades superiores: A la observación se denotan unas extremidades superiores integra y simétricas. Se palpan cada uno de los pulsos pertenecientes a esta área encontrándose con buen ritmo y una intensidad adecuada, con fuerza 5 de 5 .

Uñas: Se observan uñas cortas y limpias que garantizan la higiene de las mismas, sin presencia de micosis.

Extremidades Inferiores: A la inspección se denota unas extremidades inferiores integra y simétricas. Se palpan cada uno de los pulsos pertenecientes a esta área encontrándose con disminución del pulso pedio en ambos pies disminución de la fuerza muscular 3 de 5 pierna izquierda y 4 de 5 pierna derecha con atrofia del vello.

valoración por necesidades básicas de Virginia Henerson..

1.NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

Valoración.

- T/A : 120/80
- Pulso: 72 X min
- Respiración: 18 x min
- Temperatura: 36°C

Datos de dependencia:

- Respiración armónica al inhalar y exhalar por cavidad oral, sin dificultad respiratoria, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, llenado capilar menor a 2 segundos.

Diagnóstico de enfermería.

- Disposición para mejorar la respiración manifestado por inhalar y exhalar por cavidad oral.

Plan de cuidados.

Objetivo:

- Reforzar la técnica de respiración.

Intervención de enfermería.

- Enseñar la técnica de respiración inhalar por cavidad nasal y exhalas por cavidad oral.

- Fomentar una respiración lenta y profunda.
- Eliminar secreciones para mejorar la técnica de respiración.
- Aumentar la ingesta de líquidos para mantener hidratadas las mucosas.

Evaluación.

El paciente siguiendo las intervenciones de enfermería, se observa más relajado y tranquilo, respirando por nariz y exhalando por boca.

2. NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION.

Valoración.

Dieta Blanda que incluye frutas, verduras, cereales, leguminosas y carnes blancas y en poca cantidad las rojas.

Datos de dependencia.

Con el tratamiento de insulina ha presentado episodios de hipoglucemia por lo cual se ajusta a su dieta con cargas de carbohidratos posterior a cada aplicación de insulina

Diagnóstico de enfermería.

debilidad muscular, disminución de la sensibilidad en extremidades inferiores.

dificultad para caminar, marcha inestable, necesidad de asistencia.

pérdida de sensibilidad en pies y manos, alteración en la percepción del dolor.

hiperglucemia crónica, disminución de la respuesta inmune, lesiones en extremidades.

Plan de cuidados.

Objetivo:

asistir al paciente en ejercicios de movilidad para fortalecer miembros inferiores

Intervención de enfermería.

Estimular la movilidad progresiva dentro de los límites de seguridad.

Fomentar el uso de dispositivos de ayuda (bastón, andador) si es necesario.

Indicar calzado adecuado, antideslizante.

- Supervisar deambulaci3n segun necesidad.
- Evaluar la intensidad y tipo de dolor con escala EVA.
- Administrar analgésicos/neuromoduladores segun prescripci3n..
- Aplicar métodos no farmacol3gicos (masajes, calor seco local, m3sica relajante)
- Controlar cumplimiento y efectos adversos de la medicaci3n.

Evaluaci3n.

- El paciente logra caminar 10 metros con ayuda dentro de las 48 horas sin desequilibrio.

El paciente refiere disminuci3n del dolor de 7/10 a 3/10 en escala EVA.

Mejora en la calidad del sueño y en la participaci3n en actividades diarias.

3. NECESIDAD DE ELIMINACI3N.

Valoraci3n.

- Con neuropatía auton3mica, control deficiente de la vejiga, hiperglucemia.

Datos de dependencia.

- Urgencia urinaria, vaciado incompleto, incontinencia y frecuencia aumentada.

Diagn3stico de enfermería.

- Con neuropatía auton3mica, control deficiente de la vejiga, hiperglucemia.

Plan de cuidados.

Objetivo:

- El paciente mantendrá un patrón urinario adecuado durante su estancia.

Intervención de enfermería.

- El paciente presenta patrón de eliminación urinaria regular
- (4-6 veces/día, sin urgencia ni incontinencia).
 - No presenta signos de infección
 - Mejora confort y autonomía

Evaluación.

- Al aumento de líquidos y la ingesta de alimentos ricos en fibra disminuyó considerablemente el malestar para la defecación, motivando a la señora prevenir el estreñimiento.

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.

Valoración.

- Al momento de la valoración no se encontraron datos que manifestaran dependencia.
- Paciente, que se observa abrigado por frío ya que vive en una región cálida.

Datos de dependencia.

- Al momento de la valoración no presenta datos de dependencia.

5. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Valoración.

- Realiza cambios de posición muy frecuente, deambula por el pasillo erguido sin problema alguno con apoyo de

familiar para movilizar el tripié. Deambula únicamente cuando se le indica.

Datos de dependencia:

La mayor parte del tiempo se la pasa en cama en decúbito dorsal, y en su casa no realiza ninguna actividad física.

Diagnóstico de enfermería.

Sedentarismo relacionado con conocimientos deficientes sobre los beneficios del ejercicio físico para la salud manifestado por verbalizar preferencia por actividades con poca actividad física.

Plan de cuidados.

Objetivo:

Estimular al paciente a deambular continuamente para ayudar a evitar deterioro neuromuscular por mantenerse mucho tiempo en cama.

Intervención de enfermería.

- Determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios.
- Explorar las barreras para el ejercicio.
- Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.
- Incluir a la familia/ cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.
- Instruir al individuo acerca del tipo de ejercicio adecuado para el nivel de su salud.
- Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
- Enseñar al individuo técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno.

Evaluación.

Al principio se observó resistencia por parte de la paciente, se orientó sobre los beneficios de la actividad

física y mantener buena postura, a la hora salió a caminar por el pasillo por media hora con apoyo de familiar observando un cambio positivo en su forma de pensar sobre la movilización.

6. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

Valoración.

Acostumbra a descansar 5 horas y toma una siesta de una hora después de comer.

Datos de dependencia:

Durante la noche despierta continuamente por sudoración repentina aunque se encuentre en buen estado y no realizar un movimiento brusco.

Diagnóstico de enfermería.

Trastorno del patrón de sueño relacionado con interrupciones (p. ej., administración de terapias, control, pruebas de laboratorio) manifestado por quejas verbales de no sentirse bien descansado.

Plan de cuidados.

Objetivo:

Brindar bienestar para mejorar su estado físico y mental, tratar de lograr que mejore el trastorno del patrón de sueño.

Intervención de enfermería:

Favorecer una respiración lenta, profunda intencionalmente.

Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.

Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.

Sugerir tomar un baño antes de acostarse.

- Sugerir técnicas de relajación a través de aromaterapia y musicoterapia.

Evaluación.

- Al realizar la terapia de respiración, así como de la música de relajación y mantenerse el familiar cerca de la señora mejoró su seguridad y disminuyó la sensación de la náusea.

7. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

Valoración:

- Le gusta vestir de acuerdo con su edad, colores claros y prendas frescas.

Datos de dependencia:

Al momento de la valoración no se encuentra datos de dependencia ya que el señor elige las prendas de su gusto y preferencia.

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL.

Valoración.

- Por el tratamiento de la hiperglicemia se manifiesta piel seca y enrojecimiento por la pérdida de sensibilidad y circulación deficiente en sus extremidades inferiores por los niveles elevados de glucosa

Datos de dependencia:

- sin datos de dependencia porque a pesar del dolor y la inestabilidad el paciente aun puede sostenerse por si mismo para poder bañarse y limpiarse con asistencia de su esposa.

Diagnóstico de enfermería.

presencia de piel seca y enrojecimiento en sus extremidades inferiores con probabilidad de desarrollar alguna lesión por falta de circulación

Plan de cuidados.

Objetivo:

- Inspeccionar la piel diariamente, prestando atención
- especial a pies y zonas de presión.

Mantener la piel limpia y seca

Aplicar emolientes para evitar sequedad

Cambiar de posición regularmente si el paciente está inmóvil para prevenir úlceras por presión

Educar al paciente y familiares sobre la importancia del cuidado de la piel y la inspección diaria

Usar colchones o dispositivos antiescaras según disponibilidad

Evitar fricción y roce en la piel

Promover la movilización activa o asistida

Evaluación.

Se La piel del paciente permanece intacta sin aparición de úlceras ni irritaciones.

El paciente o familiares refieren rutina diaria de inspección y cuidado de la piel

9.NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

Valoración:

Es una persona que siempre mide el peligro o trata de evitarlos, su esposa permanece con el para apoyar en sus necesidades.

Datos de dependencia:

A la valoración depende parcialmente para su movilidad observándose calzado inadecuado para la deambulacion y equipo en malas condiciones de uso

Diagnóstico de enfermería:

Riesgo de caída relacionado con equipo utilizado para el tratamiento

Plan de cuidados.

Objetivo:

Orientar a la paciente y familiar sobre la importancia de caminar adecuadamente

Intervención de enfermería:

Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelo resbaladizo, y escaleras sin barandales).

- Bloquear las ruedas de las sillas, camillas, camas u otros dispositivos en la transferencia del paciente.
- Colocar los objetos al alcance del paciente sin tener que hacer esfuerzos.
- Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa.
- Utilizar barandales laterales de longitud y altura adecuada para evitar caídas de la cama, si es necesario.
- Retirar los muebles bajos (bancos y mesas) que supongan un riesgo de tropezones.
- Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.
- Orientar al paciente sobre el orden físico de la habitación
Asegurar que el paciente lleve zapatos que se ajusten correctamente, firmemente atados y con suelas antideslizantes.
- Educar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y como disminuir dichos riesgos.

Evaluación:

- Se observa al paciente atento y con mucha atención a las indicaciones de enfermería y lo toman como educación para prevenir y evitar peligros. Deambula por el pasillo con zapatos

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE.

Valoración:

- Se expresa de manera verbal, es coherente en su comunicación y congruente con sus expresiones, además de que refiere tener comunicación adecuada con sus familiares.

Datos de dependencia:

- Sin datos de dependencia

Diagnóstico de enfermería:

Trastornos de la percepción sensorial auditiva relacionada con alteración transmisión sensorial manifestada por deterioro de la comunicación.

Plan de cuidados:

Objetivo:

Dar a conocer las técnicas en donde el paciente centre su atención en el diálogo con la enfermera para tener una mejor comunicación.

Intervención de enfermería:

- Dar instrucciones sencillas, de una en una.
- Escuchar atentamente.
- Abstenerse de gritar al paciente con problemas de comunicación.
- Acercarse al oído menos afectado.
- Mirar directamente al paciente, hablar despacio claro y conciso.
- Utilizar palabras simples y frases cortas
- Aumentar el volumen de la voz.
- Llamar la atención del paciente mediante contacto físico.
- Comprobar la comprensión de los mensajes pidiendo al paciente que repita lo que se ha dicho
- Utilizar papel, lápiz para la comunicación.

Evaluación:

Se observa a la paciente y familiar atentas en las condiciones en que se debe hablar con la paciente la cual opta por tomarlo como capacitación, la paciente tubo mejor comunicación con el personal de enfermería. se sugiere acudir con médico especialista (otorrinolaringólogo) para tratar la disminución de la agudeza auditiva.

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES.

Valoración:

Se observa que el paciente no pertenece a ninguna religión y el manifiesta ser ateo.

Datos de independencia:

Al momento de la valoración no presenta datos de dependencia.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

Valoración:

Actualmente es trabajador en un despacho de contadores, tiene preocupación para llegar a un trabajo, con el tratamiento espera poder reincorporarse pronto a sus actividades habituales en su trabajo

Datos de independencia:

A la valoración no se encuentra datos de dependencia.

13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Valoración:

Es una persona que realiza caminata sin hacer mucho esfuerzo físico, en este momento ejercita su memoria con su trabajo ya que al estar tantas horas sentado por su trabajo ha disminuido la deambulaci3n.

Datos de dependencia:

Desconocimiento de las actividades lúdicas que pueden estar a su alcance en el área hospitalaria.

Diagnóstico de enfermería:

Déficit de actividades recreativas relacionada con la disminución de la estimulación manifestada somnolencia y aburrimiento.

Plan de cuidados:

Objetivo:

- Integrarla actividades sin necesidad de esfuerzo físico, por ejemplo, juegos de mesa, sopa de letras, etc.
- Hacerle la atenta invitación que acuda a algún evento social de mínimo esfuerzo para su distracción.

Intervención de enfermería:

- Sugerir llevar un juego de mesa para mejorar la interacción social.
- Recomendar al familiar ser participativo en sus actividades.
- Involucrar otros pacientes en sus actividades recreativas.
- Ejercicios de gimnasia cerebral.
- Se sugiere acudir con las damas voluntarias para realizar actividades como pintura, tejido, lectura, etc.

Evaluación:

Se muestra más activa, hay relaciones afectivas con otros pacientes, se muestra más participativa para mantenerse en actividades recreativas su hija forma parte del grupo. Acude con las damas voluntarias tomando la actividad de tejido mostrándose más atenta y relajada.

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Valoración:

Es una persona que tiene dudas con respecto a su enfermedad y las reacciones adversas por el tratamiento

de insulina, busca por internet respuestas a sus dudas pero le cuesta trabajo entender ya que menciona haber terminaciones médicas a las cuales no logra entender.

Datos de dependencia:

Desconocimiento sobre los cuidados durante el tratamiento para el cuidado de su piel para evitar lesiones el cual pregunta por qué le genera a veces tanto dolor y la pérdida de la sensibilidad

Diagnóstico de enfermería:

Disposición para mejorar los conocimientos manifestados por interés en el aprendizaje.

Plan de cuidados.

Objetivo:

Orientar y proporcionar material ilustrativo a la paciente y familiar sobre los posibles efectos de la insulina

Intervención de enfermería.

Comenzar la instrucción solo después de que el paciente demuestre estar dispuesto a aprender.

Ajustar la instrucción al nivel de conocimiento y comprensión del paciente.

Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades y discapacidades cognoscitivas, psicomotoras y/o afectivas del paciente.

Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo.

Adaptar la información para que cumpla el estado de vida/rutina del paciente.

Asegurarse de que el material de enseñanza sea actual.

Utilizar un lenguaje familiar.

Presentar la información de manera estimulante.

Fomentar la participación activa del paciente.

- Repetir la información importante.
- Responder a las preguntas de una forma clara y concisa.

Evaluación.

- Se muestran atentas sobre la información y disipan sus dudas, observándose más tranquilas, para que la información sea más significativa se proporciona un manual de recomendaciones de enfermería en el Autocuidado del paciente oncológico.

ACCIONES DE ENFERMERÍA Y FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD DEL ADULTO

VALORACIÓN DEL PACIENTE

La valoración consiste en recopilar datos relevantes sobre el estado de salud del paciente.

- Establecer una relación terapéutica
- Recoger antecedentes personales y familiares
- Valorar signos vitales
- **Evaluar sistemas corporales**
- Evaluar estado nutricional
- valorar nivel de conciencia y estado emocional
- Observar signos de malestar o dolor
- Registrar toda la información de forma clara y precisa

CARACTERÍSTICAS DE LA ELABORACIÓN DEL INFORME

Un informe de enfermería es un documento (escrito u oral) donde se registra la valoración, intervenciones, evolución y respuesta del paciente.

- Claro y preciso
- Objetivo
- Cronológico
- Completo
- Confidencial
- Legible y sin enmiendas
- Utiliza lenguaje estandarizado

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGOS Y SUS EFECTOS EN LA SALUD DEL ADULTO

Los factores de riesgo son condiciones o conductas que aumentan la probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas, discapacidades o complicaciones. En los adultos, estos factores pueden ser modificables (se pueden cambiar) o no modificables (no se pueden cambiar).

- Valoración del riesgo
- Educación para la salud
- Prevención primaria
- Seguimiento y control
- Apoyo psicosocial

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN DEL DAÑO EN LA SALUD DEL ADULTO.

La enfermería tiene un rol clave en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la detección temprana de factores de riesgo, especialmente en la población adulta

- Detectar tempranamente los factores que pueden poner en riesgo la salud.
- Prevenir el daño antes de que aparezca una enfermedad o sus complicaciones.
- Promover estilos de vida saludables.
- Educar al paciente y su familia para fomentar el autocuidado.