



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

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“DIABETES MELLITUS TIPO 2 + TUMOR EN PÁNCREAS/
ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS”.**

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Enfermería

Autora: Guevara Espejo, Luz Milagros

Tutora: Lic. Esp. Gavilanes Fray, Verónica Del Pilar

Ambato – Ecuador

Junio 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

**“DIABETES MELLITUS TIPO 2 + TUMOR EN PÁNCREAS/
ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS”** de Luz Milagros Guevara Espejo,
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 Ciencias de la Salud.

Ambato, Abril del 2016

LA TUTORA

.....
Lic. Esp. Gavilanes Fray, Verónica Del Pilar

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación: **“DIABETES MELLITUS TIPO 2 + TUMOR EN PÁNCREAS / ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS”** 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, Abril del 2016.

LA AUTORA

Guevara Espejo, Luz Milagros

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Caso Clínico ó parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Caso Clínico con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este Caso Clínico, 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, Abril del 2016.

LA AUTORA

Guevara Espejo, Luz Milagros

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“DIABETES MELLITUS TIPO 2 + TUMOR EN PÁNCREAS/ ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS”** de Luz Milagros Guevara Espejo, estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Junio del 2016.

Para constancia firman

PRESIDENTA

1er VOCAL

2do VOCAL

DEDICATORIA

A Dios.

Por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy y compañía en cada instante de mi vida sobre todo en los momentos difíciles por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos.

A mis padres.

Por darme la vida, quererme mucho, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, que han sido mi soporte y compañía durante todo el período de estudio, tanto académica como de la vida, todo esto se los debo a ustedes.

En especial lo dedico con cariño y mucho amor a mi querida Madrecita quien en vida fue **María Justa Espejo Condezo (Cheme)**, ya que con su esfuerzo y sacrificio hizo que culmine esta Carrera profesional que desde mi niñez anhelaba, para ti madrecita, mi tesoro más grande, más valioso y más tierno **TU HIJA.**

A Mis hermanos.

Juan Carlos, José Antonio y John Neper, por estar conmigo y apoyarme siempre porque estuvieron pendientes de mi superación personal y profesional.

Milagros Guevara

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer especialmente a mi Tutora Lic. Verónica Gavilanes, por su gran ayuda y colaboración en cada momento de consulta y soporte en este trabajo de análisis de Caso.

A las Licenciadas MG. Miriam Fernández, Lic. Paola Machado, Lic. Isabel, por estar involucrados en la guía durante el desarrollo de este Caso y terminar con mi Carrera y llegar a la meta propuesta.

A la Universidad Técnica de Ambato por darme la oportunidad de continuar mis estudios superiores para culminar mi Carrera satisfactoriamente y así alcanzar mis metas planteadas que darán fruto en el futuro y por ende me debo esforzar cada día para ser mejor sin olvidar el respeto que engrandece a la persona.

Muchas Gracias.

Milagros Guevara

ÍNDICE GENERAL

PORTADA DE ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO.....	i
APROBACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
DERECHOS.....	iv
APROBACIÓN.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE.....	viii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	x
I.-INTRODUCCIÓN.....	1
II.-OBJETIVOS.....	2
III.-RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE Y NO DISPONIBLE.....	2
3.1.-INFORMACIÓN DISPONIBLE.....	2-22
3.2.-INFORMACIÓN NO DISPONIBLE.....	23
IV.-DESARROLLO.....	24-27
4.1.-DESCRIPCIÓN CRONÓLOGICA DETALLADA DEL CASO.....	28
4.2.-DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO.....	29-31
4.3.-ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD.....	32
4.4.-IDENTIFICACIÓN DE LOS NUDOS CRÍTICOS.....	32-34
4.5.- CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	35-43
4.6.-PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO.....	44-64
V.-CONCLUSIONES.....	65
VI.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66-68
VII.-ANEXOS.....	69-96

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

**“DIABETES MELLITUS TIPO 2 + TUMOR EN PÁNCREAS/
ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS”**

Autora: Guevara Espejo, Luz Milagros

Tutor: Lic. Esp. Gavilanes Fray, Verónica Del Pilar

Fecha: Abril del 2016

RESUMEN

Diversos estudios muestran una clara asociación entre la diabetes mellitus y el desarrollo de adenocarcinoma de páncreas porque sus complicaciones no son raras y hay que tratarlas de la mejor manera posible manteniendo un buen equilibrio metabólico.

Este caso de estudio se trata de un paciente adulto mayor masculino con cáncer pancreático asociado a la diabetes debido a que esta glándula produce jugos que ayudan a simular los alimentos y las hormonas que propician la regulación de los niveles de glucosa en sangre.

La mayor parte de información se recopiló de la Historia Clínica del mismo paciente las cuales fueron usadas como punto de referencia donde se obtuvieron las informaciones necesarias para el análisis del caso y la cooperación del mismo paciente y familia

La atención de enfermería está basado en el método científico el cual nos permite brindar cuidados en forma racional, lógica y sistemática, permitiendo como futuros profesionales de enfermería tomar decisiones independientes para el logro de los objetivos de nuestros cuidados la cual mejorará el estado de salud del paciente.

Cada día es más notorio el impacto de la atención a las personas con diabetes y la evidencia de que la educación es esencial en su abordaje terapéutico, por ello con este caso se pretende incrementar el grado de confianza del profesional de enfermería en su trabajo diario, lo que revertirá en una atención más eficiente para las personas con esta afección crónica.

PALABRAS CLAVES: DIABETES_MELLITUS, TUMOR, PÁNCREAS, ADENOCARCINOMA, ENFERMEDAD, CUIDADOS_ENFERMERÍA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
HEALTH SCIENCES FACULTY
NURSING DEGREE

“DIABETES MELLITUS TYPE 2 + PANCREAS TUMOR/ PANCREAS ADENOCARCINOMA”

Author: Guevara Espejo, Luz Milagros

Tutor: Lic. Esp.Gavilanes, Fray, Verónica Del Pilar

Date: April 2016

ABSTRACT

Several studies show a clear association between diabetes mellitus and the development of pancreas adenocarcinoma because its complications are not uncommon and they have to be treated in the best way possible keeping a metabolic equilibrium.

This study case has to do with an elderly male patient with a pancreatic cancer associated to diabetes due to the fact that this gland produces juices that help assimilate food and the hormones that propitiate the regulation of glucose levels in the blood.

Most of the information was gathered from the clinical history of the patient. This information, which was necessary for the analysis, was collected with the patient's and the family's cooperation and was used as a reference point.

The nursing assistance is based on the scientific method which allow us to provide care in a rational, logical, and systematic manner. This allows us as future nursing professionals make independent decisions in order to achieve objectives deriving from our assistance which will improve the patient's health state.

Each day, the impact of the assistance to diabetic people is more noticeable, as well as the evidence that education is essential on its therapeutic approach. That's why, with this case, we attempt to increase the level of trust on the daily work of the nursing professional. This will turn into a more efficient service for people with this chronic condition.

KEY WORDS: DIABETES_MELLITUS, PACREAS, TUMOR, ADENOCARCINOMA, DISEASE, NURSING_CARE.

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo contiene el estudio de caso clínico del paciente adulto con patología endocrina (diabetes mellitus tipo 2+ tumor de páncreas) por tal motivo, se realiza el estudio de caso en donde se aplica el proceso enfermero basado en la teoría de Dorothea Orem, siendo éste un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados que permiten identificar y conocer las prioridades del enfermo, proporcionar los cuidados y mantener una evaluación continua y con ello mejorar o cambiar los cuidados que se proporcionan, tomando en cuenta el área física, psicológica y social.

Cada día es más notorio el impacto de la atención a las personas con diabetes y la evidencia de que la educación es esencial en su abordaje terapéutico, por ello con este caso se pretende incrementar el grado de confianza del profesional de enfermería en su trabajo diario, lo que revertirá en una atención más eficiente para las personas con esta afección crónica.

La importancia de este caso es con el fin de ofrecer a las personas que padecen este proceso crónico una mejora en la continuidad de los cuidados que proporcione unos conocimientos satisfactorios con la práctica de hábitos saludables, el desarrollo de autocuidados y el manejo efectivo del régimen terapéutico, cuyo resultado sea el buen control de la enfermedad y mejore la calidad de vida de las personas y familia, evitando las complicaciones tardías de esta enfermedad.

Los beneficiarios directos de este análisis de caso son a todas las personas con diabetes atendidas en las consultas de enfermería, pensamos que es de rigor clasificarlas en las que debutan con la diabetes y en aquellas otras personas que se encuentran en fase de mantenimiento ó de seguimiento de la enfermedad, por ello se recomienda asistir con esta guía a todas ellas, dependiendo de la situación en la que se encuentren con el fin de que sean evaluadas ó reevaluadas.

La atención de enfermería está basado en el método científico el cual nos permite brindar cuidados en forma racional, lógica y sistemática, permitiendo como futuros profesionales de enfermería tomar decisiones independientes para el logro de los objetivos de nuestros cuidados la cual mejorará el estado de salud del paciente.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

“Analizar la evolución del paciente adulto con patología endocrina (Diabetes mellitus tipo2/Adenocarcinoma de páncreas) y la atención de enfermería prestada”.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ❖ Describir los puntos críticos del paciente en relación a la evolución de la enfermedad.
- ❖ Identificar los factores sociodemográficos que intervinieron en la evolución de la enfermedad.
- ❖ Proponer una alternativa de solución en base al proceso de atención de enfermería.

III.RECOPILACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE Y NO DISPONIBLE.

3.1 INFORMACIÓN DISPONIBLE

Este Caso de estudio es factible por lo que se ha obtenido información básica de la Historia clínica del mismo paciente del Hospital Provincial General de Latacunga de la provincia de Cotopaxi, en donde se ha encontrado documentado el registro en el área de estadística de dicho hospital.

Otra información bibliográfica fue obtenida de la biblioteca de la Facultad Ciencias de la Salud de la prestigiosa Universidad Técnica de Ambato, páginas de internet, revisión de los protocolos de atención del Ministerio de Salud Pública las cuales fueron usadas como punto de referencia donde se obtuvieron las informaciones necesarias para el análisis del Caso.

28/04/2014 (PRIMER INGRESO)

Medicina Interna

Paciente masculino de 54 años de edad, nacido en Colombia y residente en Latacunga de ocupación comerciante, estado civil soltero, religión católico, grupo sanguíneo: ORh (+).

Paciente refiere haber tenido cirugía ocular hace aproximadamente 20 años (desprendimiento de retina).

Familia y paciente, refiere que hace más ó menos 1 mes presenta polidipsia, poliuria, pérdida de peso que hace +- 5 días presenta cuadro exacerbado por eso acude a emergencia donde realiza glicemia capilar de 499 mg/dl es valorado y se decide su ingreso.

Examen Físico:

- Cabeza: Normocefálica,
- Ojos: Pupilas isocóricas, reactivas a la luz y acomodación
- Escleras: Ictéricas
- Fosas nasales: Permeables
- Boca: Mucosas orales semihúmedas, piezas dentarias en regular condición
- Cuello: Movilidad activa y pasiva conservada
- Tórax: Expansibilidad conservada
- Murmullo Vesicular: Conservada, pulmones ventilados no ruidos sobreañadidos
- Corazón: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos
- Abdomen: Blando depresible poco doloroso a la palpación RHA (+)
- Extremidades: Miembros inferiores pulsos presentes no edema

Diagnóstico de Ingreso: Diabetes Mellitus tipo 2 (Descompensada) + Cetoacidosis diabética.

Con indicaciones médicas dieta para diabético fraccionada en 5 tomas 1800 kcal, control de los signos vitales, control de I/E, control de glucemia c/hora, solución salina 0.9% 1000 cc IV c/12h, SS 0.9% 99cc+100 UI de insulina rápida pasar IV a 6ml/hora, Omeprazol 40 mg IV QD. Realizar exámenes de BH, QS, electrolitos Hb A1C, perfil lipídico

29/04/2015(Medicina Interna)

Paciente con diagnóstico de ingreso Cetoacidosis diabético con signos vitales FC: 82X´ FR: 22X´ TA: 130/90 mmHg. Durante el día paciente refiere sensación de sed intensa se observa mucosas orales secas lo cual Médico indica SS 0.9% 200cc + 20 mEq electrosol Na pasar en 4 horas STAT, esto le ayuda a corregir las pérdidas electrolíticas del cuerpo ya que requiere un aporte limitado de agua.

Está recibiendo dieta fraccionada en 5 tomas 1800kcl durante el día donde se le controla la glicemia cada hora manteniendo un valor de 218mg/dl.

Recibe solución salina 1000 cc IV c/12 horas, SS 0.9% 99cc + 100 UI de insulina rápida IV a 6ml/h

Después de recibir toda la medicación correcta paciente refiere encontrarse mejor y sin ninguna molestia, SAT: 93% FC: 76X´ FR: 20X´ TA: 130/80 mmHg

Los resultados de los exámenes del laboratorio la Hemoglobina es de 9.8 g/dl aquí se puede ver que está bajo, pero por el momento no se le pone nada.

30/04/2014 (Medicina Interna)

Al 3er día de hospitalización paciente en mejores condiciones con signos vitales TA: 120/80 mmHg, FC: 98XFR: 22X´, SAT: 99% con indicaciones médicas de control de glicemias cada 6 horas SS 0.9% 1000 cc IV c/12h, con insulina rápida en el horario 6am_____ 16UI, 12am_____ 10UI, 16pm_____ 12UI, 23PM_____ 6UI

Al recibir medicación paciente no refiere molestias, actualmente descansa asintomático médico deja indicando aumentar 2 UI de insulina en cada toma. Paciente refiere disuria desde que le sacaron la sonda vesical.

01/05/2014 (Medicina Interna)

Paciente con signos vitales FC: 82X´ FR: 20X´ TA: 120/80 mmHg SAT: 91%

Paciente refiere molestias para realizar deposición recibe Lactulosa 30ml cada 12 horas, refiere sentirse mejor, continua con la insulina NPH a las 7am__30UI, 7pm__14UI.

Médico deja prescrito ECO de hígado y vías biliares al paciente, el reporte del examen no se evidencia dilataciones de las vías biliares, el hígado normal en su forma y tamaño sin lesiones focales.

Se realiza examen de Química sanguínea la (bilirrubina directa) se ve alterado 4.9mg/dl (0-0.3 lo normal), la bilirrubina total 5.8mg/dl (0-1.1 lo normal) el sodio en suero con una disminución de 106mmol/L (135-145 lo normal).

Paciente evoluciona en mejores condiciones después de recibir medicación prescrita por el médico de turno.

02/05/2014 (Medicina Interna)

Paciente refiere molestias al orinar, leve disuria con signos vitales FC: 73X' FR: 22X' TA: 130/80 mmHg SAT: 93%

Paciente recibe mediación solución Salina al 0.9% 1000cc IV c/12h, recibe la insulina NPH :7am__30UI, 7pm__14UI

Paciente tranquilo hemodinámicamente estable al momento no refiere ninguna molestia.

03/05/2014 (Medicina Interna)

Paciente no refiere ninguna molestia con signos vitales TA: 100/60 mmHg, FC: 78X' FR: 20X, SAT: 95%

Paciente sigue recibiendo Insulina NPH en el horario correspondiente 7am __30 UI
7pm __ 14 UI

Paciente no refiere molestias, asintomático y continuación las mismas indicaciones del médico de turno.

04/05/2014 (Evolución Medicina)

Paciente no refiere molestia, al momento asintomático, FC: 73X' FR: 22X' TA: 120/70 mmHg, SAT: 96% con signos vitales normales al momento.

Continua aún con una dieta para diabético 1800kcal fraccionadas en 5 tomas y la insulina NPH 7am __ 30 UI, 7pm __14 UI

Paciente con glicemia Basal: 469 mg/dl, se le debe tomar Glicemia de mañana Post desayuno 2 horas: 482 mg/dl, y la Hemoglobina Glicosilada HA1C: 11.3% (4.8- 6% lo normal) se le controla cada 6 horas para estar pendiente del resultado.

Paciente al momento en buenas condiciones generales. Glucosa: 79 mg/dl, refiere que exámenes se realizará en forma particular y retornará a control, paciente sale de

alta en mejores condiciones tiene control por consulta externa en 15 días con T3-T4-TSH- Glucosa basal y medicación de omeprazol 20mg VO QD x 5 días

Paciente sale de alta en mejores condiciones por Medicina interna y también por Cirugía hombres con indicaciones médicas donde acudirá a control dentro de 15 días por consulta externa.

12/07/2014 (SEGUNDO INGRESO)

Paciente ingresa por emergencia, hija refiere que hace aproximadamente 3 horas su papá tiene desorientación en tiempo, espacio y persona sin causa aparente por lo que decide traerlo a esta casa de salud.

EMERGENCIA

Paciente de 54 años de edad, al momento tranquilo, consciente, icterico, abdomen blando suave depresible, ruidos hidroaéreos presentes.

Diagnóstico de ingreso: Hipoglicemia+ Hipocalcemia+D/C Neoplasia con origen biliar.

Con indicaciones médicas por el momento nada por vía oral, control de signos vitales, control de ingesta y excreta, control de Glicemias c/hora, administrar dextrosa al 10% pasar 1 bolo 500cc IV STAT, dextrosa al 5% en agua 1000cc c/12 horas, paciente será valorado por Cirugía hombres y por Medicina Interna hasta el momento del alta.

12/07/2014 (Medicina Interna)

Paciente ingresa a Medicina interna para seguir un tratamiento con insulina NPH 32_ UI am y 16 __ UI pm, pero no queda en hospitalización.

Con indicaciones médicas paciente no puede nada por vía oral hasta restablecerse con signos vitales TA: 130/80 mmHg, FR: 20X' FC: 80X' SAT: 90%

Lleva un control estricto de glicemia manteniendo un valor de 58mg/dl, pasando dextrosa en agua 5% pasar un bolo 500cc IV STAT y después DX/A 5% 1000cc pasar a 60 cc/h para mantener la glucosa en un rango normal.

Al paciente se le realizó un ECO abdominal resultado del examen (vesícula distendida pared delgada con barro biliar en el interior).

12/07/2014 (Cirugía)

Paciente refiere que desde hace más ó menos 7 horas presenta desorientación en tiempo espacio y persona, sin causa aparente, además se observa ictericia que es progresiva de más ó menos escasas y prurito.

Paciente hospitalizado en el servicio de Medicina Interna, permanece nada por vía oral, tramal 50mg IV c/8horas, metoclopramida 10mg IV PRN, omeprazol 40mg IV QD, vitamina K 1amp IV QD

Los exámenes de laboratorio los linfocitos están elevados : 48.9 % (20-45% lo normal), y los monocitos: 15.0 % (0-18k/ul lo normal) esto tienden a aumentar cuando hay alguna infección por eso recibe antibiótico ampicilina + Sulbactam 1.5gr IV c/6horas,

El examen de química sanguínea están los valores altos de la bilirrubina directa 11.8 mg/dl (0-0.3mg/dl lo normal) y la bilirrubina total 13.8mg/dl (0-1.1 mg/dl lo normal) se debe cuando hay una alteración ó un problema del hígado.

13/07/2014 (Cirugía)

Diagnóstico de ingreso: Hipoglicemia, Hipocalcemia, D/C Neoplasia de vías biliares.

Paciente refiere sentirse mejor no refiere molestias al momento, somnoliento, orientado, escleras ictéricas, paciente estable.

Paciente mantiene bajo nivel de azúcar en sangre a causa de eso se descompesa lo cual fue motivo de ingreso, presenta una afección en la que los niveles de calcio en la sangre son bajos a causa de la hipocalcemia que tiene como diagnóstico.

13/07/2014 (Medicina Interna)

Paciente al momento no refiere molestias, conciente, somnoliento, orientado, afebril, ictérico, abdomen suave depresible doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, paciente estable.

Se le indica dextrosa en agua al 5% 1000cc pasar a 80ml por lo que se usa para tratar azúcar bajo en la sangre. Los exámenes de laboratorio de TP, y TTP los valores se mantienen en los rangos normales sin ninguna alteración.

14/07/2014 (Cirugía)

Paciente presenta nuevo cuadro de diagnóstico de escabiosis lesión de la piel causada por un ácaro que se puede contagiar con facilidad por eso se tendrá mucho cuidado en su higiene personal.

Recibe medicación estricta para dicha enfermedad Ampicilina + Sulbactam 1.5gr IV c/6horas

El examen de laboratorio sale como resultado de que el Sodio en suero: 125 mmol/L está muy bajo (135-145mmol/L lo normal) esto puede conducir a confusión mental, lentitud de pensamiento, mareos, cefalea e incluso muerte por edema cerebral.

14/07/2014 (Medicina Interna)

Paciente con diagnóstico de Hipoglicemia, Hiperpotasemia, Sdcolestásico, escabiosis. paciente al momento refiere prurito de pronto es causado por la bilirrubina alta.

La hiperpotasemia que presenta el paciente puede estar relacionado con un aumento en el potasio total del organismo ó con la secreción excesiva de potasio desde las células hacia el torrente sanguíneo.

La nueva indicación que se realiza será el control de Glicemia capilar c/6horas

Paciente al momento descansa tranquilo no refiere molestias FC:58X', FR:17X', TA:128/63 mmHg, Sat:94%

15/07/2014 (Cirugía)

Paciente al momento refiere que persiste leve prurito, consciente, orientado, afebril, paciente estable en regulares condiciones.

Se realiza exámen de laboratorio en ayunas donde resultados son los siguientes en hematología los valores son normales, en química sanguínea la bilirrubina total está muy alto 16.4mg/dl (0-1.1 lo normal) puede ser porque tiene un gran aumento de la destrucción de los glóbulos rojos ó tiene dificultades para excretarla en el hígado.

15/07/2014 (Medicina Interna)

Paciente con Dg: Hipercalcemia, Sd.Colestásico, escabiosis, hiponatremia moderada.

La hipercalcemia es el exceso de calcio en la sangre que está por encima de lo normal, paciente al momento tranquilo pendiente resultado de electrolitos tomados por laboratorio central.

Paciente realizo examen de hemoglobina glicosilada (Hb A1C) en laboratorio particular donde resultado es 9.1%.

Se mantiene con valores glicémicos normales a 180mg/dl hoy se iniciará con alimentación blanda amplia. Hb. 9.1%

Se evidencia lesiones costrosas de rascado diseminadas, paciente icterico, refiere diseminación de prurito.

16/07/2014 (Cirugía)

Paciente asintomático, consciente, orientado, mucosas orales semihúmedas, abdomen suave depresible doloroso a la palpación profundo.

Paciente con indicaciones nada por vía oral, espera órdenes de Medicina Interna, los exámenes de laboratorio se mantienen en rangos normales por el momento.

16/07/2014 (Medicina Interna)

Paciente con Dg:Diabetes Mellitus tipo 2, Hipoglicemia, Hiponatremia, al momento sin novedades con buen control metabólico.

La administración de solución salina 0.9% + 15cc de Na + 10cc de K pasar IV a 80cc/hora, es de suma importancia para mantener las funciones vitales y la homeostasis en el cuerpo.

17/07/2014 (Cirugía)

Paciente no refiere molestias ni sintomatología con signos vitales TA:130/75 mmHg, FC: 68X' FR: 18X' SAT: 92

Los exámenes de laboratorio de química sanguínea indicado por el médico de turno están normalmente dentro de los valores normales, ya que el paciente recibe medicación en la horas correspondientes.

17/07/2014 (Medicina Interna)

Paciente masculino de 54 años, Dg:Hiponatremia, hipoglicemia, neutropenia moderada, paciente al momento en buenas condiciones no refiere novedades los valores de examen están en niveles óptimos no viendo la necesidad de administrar con insulina.

Reportar exámenes de laboratorio e indicar a paciente recolección de muestra de orina en ayunas.

18/07/2014 (Cirugía)

Paciente al momento refiere ligera sensación de mareo, consciente, orientado, vigil, escleras ictericas, mucosas orales secas, lesiones pruriginosas costrosas difusas en cuerpo, estable en regulares condiciones.

Con indicaciones nada por vía oral hasta realizar exámenes en donde paciente coge muestra de orina para laboratorio donde resultado final de sodio en orina parcial es de 207 mmol/L (20-110 valor normal).

En el examen de sangre los neutrófilos salieron altos puede indicar la presencia de una infección para ello se debe administrar líquidos y electrolitos.

18/07/2014 (Medicina Interna)

Paciente con signos vitales TA: 120/80X' FR: 16X' FC: 50X' SAT: 95%, paciente al momento sin novedades, se revisa valores de glucosa los mismos que están en valores aceptable, se insiste en la importancia de una resolución temprana del cuadro de base.

Paciente indicado pasar dextrosa al 5% en solución salina + 30cc de soletrol Na + 10cc soletrol K IV a 80 cc/hora, se administra aquellas personas que han perdido de manera excesiva iones de sodio con el fin de reponer estas concentraciones de manera rápida.

19/07/2014 (Medicina Interna)

Paciente con Diagnóstico Diabetes mellitus tipo 2, neutropenia moderada, hiponatremia, hipoglicemia.

Paciente con nuevo diagnóstico de neutropenia moderada se puede definir como la reducción en el número absoluto de neutrófilos en la circulación de sangre.

Paciente descansa asintomático con signos vitales TA:120/80mmHg FC: 50X' FR: 15X' SAT: 97%.

19/07/2014 (Cirugía)

Paciente ha mejorado con respecto a la hiponatremia(superado) hipoglicemia(superado), paciente asintomático descansa tranquilo, consciente, orientado, mucosas orales secas, fascias ictéricas, abdomen suave depresible doloroso a la palpación profundo.

Con dieta líquida amplia esta dieta es segura para las personas con diabetes, pero sólo cuando el médico hace un seguimiento cuidadoso.

Recibe vitamina K 1 ampolla cada día, esto ayuda a la coagulación porque sin ella la sangre no coagularía. Con signos vitales TA: 120/80 FC: 50X' FR: 18X' SAT: 97% manteniéndose dentro de los valores normales.

20/07/2014 (Medicina Interna)

Paciente consciente, orientado, hidratado, afebril, escleras ictéricas, mucosas orales húmedas, cuello normal, tórax expansible, simétrico, corazón ruidos cardiacos rítmicos, pulmones murmullo vesicular conservado, abdomen suave depresible no doloroso a la palpación, extremidades simétricas, paciente estable.

El examen de química sanguínea está debajo de lo normal sodio en suero: 127 mmol/L (135-145 lo normal) esto es esencial en el cuerpo que ayuda a regular la presión sanguínea y es necesario para un funcionamiento adecuado de las células de los músculos y nervios.

20/07/2014 (Cirugía)

Paciente con hipoglicemia(superado), hipocalcemia(superado), paciente no refiere molestias, ni sintomatología, consciente, orientado, mucosas orales semihúmedas, escleras ictéricas.

Con indicación dieta líquida amplia sin lácteos, NPO desde las 22 horas para realizar pedido de exámenes.

Con signos vitales TA:160/85 mmHg FC:62X' FR:20X' SAT: 97%

21/07/2014 (Evolución de la mañana) Cirugía

Paciente al momento no refiere ninguna sintomatología nueva, escleras ictéricas, mucosas orales secas, abdomen blando levemente doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, paciente estable en iguales condiciones.

Con indicaciones nada por vía oral para realizar examen de CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) pendiente resultado.

21/07/2014 (Medicina Interna)

Paciente con Dg: Neutropenia moderada, hiponatremia, hiposmolar, eurolémica.

Paciente al momento asintomático, se revisan valores de glucosa capilar, los mismos que están en valores aceptables para sala de no críticos.

Se recibe resultados de electrolitos en el que sodio se encuentra bajo 121 mmol/L (135-145 lo normal) por eso deja Solución salina 0.9% + 3 ampollas de soletrol Na pasar en 6 horas.

Con signos vitales: TA:125/80 mmHg, FC: 62X' FR: 20X' SAT: 90%

22/07/2014 (Cirugía)

Paciente tranquilo sin problemas al momento recibe iguales indicaciones con signos vitales TA:140/70, FC: 54X', FR: 18X', SAT: 93%

Paciente refiere tener hambre, pero ninguna molestia ni sintomatología

22/07/2014 (Medicina Interna)

Paciente al momento asintomático, recibe resultados de examen de ERCP (Colangiopancreatografía Endoscópica).

Conclusión diagnóstica papila grande, dura irregular de aspecto tumoral (ampuloma), colédoco dilatado (mide 17mm), estenosis filiforme de colédoco distal supraampular de aspecto tumoral.

23/07/2014 (Cirugía)

Paciente no refiere molestias, ni síntomas con signos vitales FC: 66X' FR: 18X', T/A: 130/70 mmHg, SAT: 90%, consciente, orientado, lúcido, afebril, mucosas orales semihúmedas, escleras ictéricas, abdomen doloroso a la palpación profunda.

Paciente recibe el alta por Cirugía y queda con indicaciones de retomar biopsia por trabajo social para CPRE y también tramitar endoscopia por trabajo social por último realizar un TAC abdominal de hígado y vías biliares para descartar otras patologías

23/07/2014 (Medicina Interna)

Paciente al momento tranquilo, se pone restricción de líquidos con el fin de tener mejor control de la hiponatremia.

Con dieta para diabético 2000kcal en 5 tomas, resultados de electrolitos por laboratorio central examen de sodio en suero es muy bajo con 129 mmol/L (135-145 lo normal).

Con signos vitales de TA:144/70 mmHg, FC: 58X' FR: 20X' T°: 37°C

24/07/2014 (Cirugía)

Paciente con Dg: Ampuloma, diabetes mellitus tipo 2, escabiosis, paciente al momento no refiere ninguna sintomatología nueva.

Paciente tranquilo, conjuntivas levemente pálidas, escleras ictéricas, mucosas orales semihúmedas, abdomen dolor en hipocondrio derecho a la palpación profunda, paciente estable en iguales condiciones.

Paciente se mantiene con una dieta blanda hipograsa, pasando solución salina 0.9% 1000cc IV c/24 horas para mantenimiento, recordar tramitar endoscopia por trabajo social y TAC de abdomen y vías biliares

Los exámenes de laboratorio con resultados normales, el de química sanguínea el sodio en suero se encuentra con valor bajo de lo normal 129mmol/L (135-145 lo normal).

24/07/2014 (Medicina Interna)

Paciente descansa asintomático con signos vitales TA: 140/70 FC: 52X' FR: 18X' SAT: 98%

Los exámenes de laboratorio con resultados normales, el de química sanguínea el sodio en suero se encuentra con valor bajo de lo normal 129mmol/L (135-145 lo normal).

Mantener las mismas indicaciones de la prescripción médica hasta la espera del alta del paciente.

25/07/2014 (Cirugía)

Paciente al momento asintomático, consciente, orientado, mucosas orales húmedas, fascies ictéricas.

Paciente es dado de alta por Cirugía hombres con indicaciones médicas y debe estar en contacto con servicio social para continuar con trámite de TAC contrastada de abdomen y ecoendoscopiay seguir un control por consulta externa cada 15 días.

25/07/2014 (Medicina Interna)

Paciente al momento sin novedades valor de glucosa dentro de los valores óptimos para hospitalización. Paciente refiere que mientras permaneció con tratamiento de insulina repercutió hipoglicemia e ingresa por hipoglicemia.

Paciente es dado de alta por Medicina Interna le dejan dieta para diabético 2000kcal en 5 tomas, recibe medicación oral melformina 1gr VO c/12 horas y glibenclamid QD.

08/12/2014 (TERCER INGRESO)

Paciente de sexo masculino de 54 años de edad ingresa a esta casa de salud el 08/12/2014 por presentar decaimiento y pérdida del apetito, hace 3 meses diagnosticado de diabetes mellitus, al momento presenta hace aproximadamente +ó – 7 horas presenta desorientación en tiempo, espacio y persona sin causa aparente.

Examen físico: FC. 80X' FR: 25X' TA: 130/80mmHg, Glicemia: 510 mg/dl

Ojos: escleras ictericas

Boca: Mucosas orales semihúmedas

Orofaringe: Eritematoso, no congestiva

Tórax: expansible

Pulmones: murmullo vesicular conservado

Corazón: rítmico no soplo

Abdomen: suave depresible doloroso a la palpación en hipocondrio derecho y no epigastrio

Ruidos hidroaéreos disminuidos

09/12/2014 (Medicina Interna)

Paciente con Diagnóstico: Diabetes mellitus tipo II, paciente refiere dolor de cabeza con signos vitales: FC: 69X ' FR: 20X' TA: 132/84 mmHg SAT: 95%

Paciente con indicaciones dieta para diabético recibiendo insulina rápida

6am ___ 14UI, 12pm ___ 8 UI, 16pm ___ 10 UI, 23pm ___ 4 UI para bajar los niveles de glucemia, paciente recibe tratamiento por interconsulta a Nutrición.

10/12/2014 (Medicina Interna)

Paciente descansa tranquilo no refiere molestias, FC: 69X ' FR: 21X' TA: 100/60 mmHg SAT: 95%

Con indicaciones de dieta para diabético 2000kcal diluido en 5 tomas, se le controla los signos vitales, se le administra insulina rápida bajo prescripción médica.

6am ___ 16 UI, 12pm ___ 10 UI, 16pm ___ 8 UI, 23pm ___ 2 UI, queda pendiente valoración por nutrición.

Se realiza exámenes de urianálisis donde resultado de estudio se observa presencia de bacterias escasas.

11/12/2014 (Medicina Interna)

Paciente al momento descansa tranquilo con signos vitales FC: 65X ' FR: 20X' TA: 110/90 mmHg, SAT: 96%

Paciente continua con las mismas indicaciones, sólo se le suspende la insulina de las 23:00pm_2U

Después de realizar los exámenes de laboratorio de química sanguínea resultado de la Hemoglobina glicosilada sale un valor alto 10.3mg/dl (4.8 - 6 lo normal) este análisis sirve para determinar cómo está siendo controlada la diabetes del paciente e indicar si la enfermedad se encuentra controlada ó no.

El resultado de la Lipasa igual con resultado alto 558 U/L (0-190 lo normal) sucede cuando el páncreas se inflama aumentan los niveles de enzimas pancreáticas en la sangre.

12/12/2014 (Medicina Interna)

Paciente en condiciones estables al momento no refiere molestias con signos vitales FC: 69X ' FR: 21X' TA: 100/60 mmHg SAT: 95%

Paciente sale de alta por Medicina Interna, recibe medicación de insulina rápida 6am ___ 22 UI (NPH), 12pm ___ 8 UI, queda indicado tratamiento ambulatorio acudirá a control por consulta externa dentro de 15 días.

28/05/2015(CUARTO INGRESO)

Paciente de sexo masculino de 54 años de edad acude a esta casa de salud por presentar pérdida de apetito, el paciente es diagnosticado de Diabetes mellitus tipo 2 al momento el paciente se encuentra orientado en tiempo espacio y persona, con signos vitales FC: 72X', FR: 20X', T/A: 119/66 mmHg.

Hospitalizado en el servicio de cirugía hombres, el servicio que lo solicita es de Medicina Interna queda con tratamiento dietético para diabético, control de signos vitales, solución salina 0.9% 1000cc IV cada 12 horas, omeprazol 20 mg VO cada 24 horas.

Al realizar el examen de laboratorio el resultado de la Glucemia es de 166mg/dl, paciente estable refiere que no se le realiza examen ya que primero tiene que realizarse una colangiopancreatografía endoscópica (CPRE) por lo que se inicia trámite con trabajo social.

29/05/2015 (Cirugía)

Paciente permanece en cirugía hombres al momento sin molestias, conciente, orientado, signos vitales estables fascies pálidas, buena autonomía respiratoria, abdomen suave depresible ligero dolor a la palpación a nivel de hipocondrio derecho 2/10, se valora por parte de medicina interna y se saca prescripciones médicas.

29/05/2015 (Medicina Interna)

Paciente con antecedentes patológicos personales de diabetes mellitus tipo 2, hace aproximadamente 1 año en tratamiento con insulina NPH subcutáneo.

Paciente al momento icterico presenta prurito intenso queda con indicaciones médicas de dieta blanda para diabético de 1200 Kcal en 5 tomas, se le realiza examen de glicemia basal da como resultado 157 mg/dl

30/05/2015 (Medicina Interna)

Paciente al momento no refiere molestia alguna, se le administra la insulina subcutánea NPH 7am ___ 16 UI, 21pm ___ 6 UI, para mantener un equilibrio de glucosa a nivel metabólico.

Con signos vitales FC: 70X', FR.20X', T/A: 115/80 mmHg, SAT: 95%, se encuentran dentro de los valores normales

30/05/2015 (Cirugía)

Paciente estable asintomático en mejores condiciones en espera de resultados, CPRE en trámite con trabajo social pendiente resultado, queda indicado dieta hipograsa+ líquidos para diabéticos y exámenes de biometría, química sanguínea, examen de Bilirrubina, TP, TTP.

31/05/2015(Medicina Interna)

Paciente no refiere ninguna molestia, recibe las mismas indicaciones médicas continua con la dieta para diabético de 1200 kcal fraccionadas y la administración de insulina subcutánea NPH con el siguiente horario de las 7am __ 16 UI, 21pm __ 6 UI

Con signos vitales FC:76 X', FR:22X', SAT: 93%, TA: 120/70 mmHg

31/05/2015 (Cirugía)

Paciente refiere grosor en todo su cuerpo, fascies icterico, conciente, escleras ictericas, mucosas orales ictericas húmedas, presencia de escamas en proceso de cicatrización debido al prurito que presenta eso hace que dificulta la conciliación del sueño.

Con indicaciones médicas deja dieta hipograsa para diabético, solución Salina 0.9% 1000cc IV c/8h, loratadina 10mg VO c/8h, tramitar CPRE esperar órdenes de Medicina Interna.

01/06/2015 (Cirugía)

Paciente descansa tranquilo sin sintomatología, afebril, hidratado, abdomen suave depresible ligeramente doloroso a la palpación, refiere ligero prurito en todo el cuerpo.

Con indicaciones médicas dieta para diabético, solución salina 1000cc IV c/12h, ketorolaco 30 mg IV PRN, CPRE (en trámite)

Se recibe resultado de examen de laboratorio de hematología con un rango normal, el de química sanguínea se encuentra alterado la fosfatasa alcalina con 359 U/ml (50-136 lo normal) esto se debe cuando existe un daño hepático. Las células lesionadas liberan cantidades importantes de fosfatasas alcalinas hacia la sangre.

El examen de TGP igualmente alto con un valor de 63 U/L (22 - 57 lo normal) se debe a que las enzimas que residen dentro de las células del hígado están con problemas y son derramadas en la corriente sanguínea.

01/06/2015 (Medicina Interna)

Paciente que al momento se encuentra estable, no refiere sintomatología con signos vitales TA: 110/70 mmHg FC: 82X' FR: 18X' SAT: 95%.

Otros resultados de exámenes están altos como la bilirrubina directa 19.5 mg/dl (0-0.3 lo normal), la bilirrubina total 23.9 mg/dl (0-1-1 lo normal), y la bilirrubina indirecta 4.4 mg/dl (0-0.6 lo normal) están alterados a causa de alguna enfermedad hepatocelular.

02/06/2015 (Cirugía)

Paciente con Diagnóstico Ampuloma+diabetes mellitus tipo II, paciente descansa tranquilo hidratado, abdomen: suave depresible ligeramente doloroso a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho.

Con indicaciones médicas dieta para diabético, solución salina 0.9% 1000cc IV c/12h, ketorolaco 30 mg IV PRN, CPRE (en trámite)se espera órdenes de Medicina Interna.

02/06/2015 (Medicina Interna)

Paciente refiere prurito generalizado, afebril, hidratado, abdomen suave depresible ligeramente doloroso en hipocondrio derecho con signos vitales de TA: 120/70 SAT: 94% FC: 74X', FR: 20X

Con indicaciones dieta blanda para diabético de 1200kcal diluidas en 5 tomas, administrar insulina subcutánea NPH de acción intermedia 7am ___ 16 UI, 21pm ___ 6 UI

03/06/2015 (Cirugía Hombres)

Paciente asintomático, presenta picazón generalizado en cuerpo por lo que médico deja indicado loratadina 10mg cada 8 horas, con signos vitales TA: 120/80 mmHg, FC: 76X', FR: 20X', SAT: 96%

Se prepara a paciente para examen de CPRE se suspende alimentación nada por vía oral, luego de examen queda con dieta blanda hipograsa se espera órdenes de Medicina Interna para continuar indicaciones correspondientes a seguir.

03/06/2015 (Medicina Interna)

Paciente refiere prurito en todo el cuerpo, se observa fascie icterico deja indicado dieta blanda para diabético 1200 kcal divididas en 5 tomas, administrar insulina subcutánea de acción intermedia la cantidad de 7am ____ 16 UI, 1 pm ____ 6 unidades para mantener los niveles de glucosa en un valor normal.

Se espera resultado de exámenes de CPRE para seguir tratamiento adecuado y seguir un horario respectivo para control.

4/06/2015 (Cirugía)

Paciente con ictericia generalizada, al momento sin molestias con indicaciones médicas se le suspende todo por vía oral para realizar examen de CPRE en clínica particular, luego recibirá dieta blanda líquida, se le controlará signos vitales, se le administra solución salina 0.9% 1000cc IV c/12 horas, ketorolaco 30mg IV PRN, se la administra nsulina subcutánea de acción intermedia 7am ____ 16UI, 2pm ____ 6 UI

Con signos vitales TA: 120/80 mmHgSAT: 94% FC: 86X' FR: 22X'.

4/06/2015 (Medicina Interna)

Paciente regresa de la Clínica luego de realizar Colangiografíapancreática retrógrada endoscópica.

Conciente, orientado acompañado de familiares, el Dr. Tratante del Hospital se informa del reporte enviado donde resultado del examen diagnóstico (Colédoco dilatado mide 2.8cm), estenosis filiforme de segmento corto, supraampular de aspecto tumoral maligna, presencia de prótesis endobiliar con signos de obstrucción.

Al momento del ERCP se observa papila grande irregular de aspecto tumoral maligna sangra al contacto con los instrumentos (catéter, guía).

5/06/2015 (Cirugía)

Paciente con Diagnóstico médico Ampuloma+ diabetes mellitus tipo II, al momento sin molestias, conciente, orientado, afebril, hidratado, con indicaciones del médico dieta líquida amplia hipograsa, control de signos vitales, solución salina 0.9% 1000cc IV c/24horas.

Paciente recibe interconsulta con cardiología donde se valora el cuadro clínico actual presenta pérdida de apetito, dolor abdominal de más ó menos 1 año de evolución acompañado de ictericia y pérdida de peso.

El resultado de electrocardiografía sale como resultado (Bloqueo incompleto de rama derecha) esto indica una falla de funcionamiento en uno de los cables del sistema de conducción del corazón, ó una transmisión alterada a través de los mismos para que los ventrículos izquierdo y derecho se contraigan al mismo tiempo, debe propagarse un impulso eléctrico por las ramas derecha e izquierda a la misma velocidad.

5/06/2015 (Medicina Interna)

Paciente refiere prurito, afebril, hidratado, escleras ictéricas, mucosas orales húmedas abdomen suave depresible refiere ligero dolor a nivel de hipocondrio derecho en escala 2/10, diuresis espontánea.

Con indicación dieta para diabético 1200 kcal divididos en 5 tomas, la insulina subcutánea de acción intermedia (NPH) se administra en el horario de 7am ___ 16 UI, 21pm ___ 6 UI.

Paciente es dado de alta por Medicina Interna, y es valorado por médico tratante donde deja indicaciones, por el momento queda para evaluación por Cirugía

06/06/2015 (Cirugía)

Se realiza ECO abdominal, se prepara al paciente para examen se suspende alimentación por vía oral donde luego recibirá dieta blanda hipograsa para diabético, control de los signos vitales, solución salina 0.9% 1000cc IV cada 24 horas de mantenimiento.

Resultado del Eco abdominal tiene como resultado hígado de forma y tamaño normal, ecogenicidad adecuada sin lesiones focales ni imágenes que sugieran implantes orgánicos sin embargo es recomendable complemento con TAC simple y contrastada trifásica. No se evidencia dilataciones de las vías biliares intra, ni extrahepáticas. Moderada cantidad de gas en la vía biliar extrahepática a correlacionar como Neumbiliar en especial en el lóbulo izquierdo.

07/06/2015 (Cirugía)

Paciente al momento refiere cefalea de leve intensidad, prurito de leve intensidad en todo el cuerpo, estable, se observa ictericia generalizada con signos vitales dentro de los valores normales.

Con indicaciones médicas recibiendo una dieta blanda hipograsa para diabético, solución salina 0.9% 1000cc IV c/24 horas.

Queda recibiendo las mismas indicaciones médicas en el horario correspondiente para seguir un buen control en la administración de los medicamentos.

08/06/2015 (Cirugía)

Paciente al momento descansa tranquilo no refiere molestias, vigil, orientado, hidratado, escleras con signo de tinte icterico con signos vitales TA: 120/90 mmHg, FC:78X', FR: 18X', SAT:97%, manteniendo la misma prescripción médica.

09/06/2015 (Cirugía)

Paciente al momento conciente, orientado, afebril, escleras ictericas,,fascies pálidas, mucosas orales semihúmedas, buena autonomía respiratoria, abdomen suave depresible no doloroso a la palpación, paciente refiere urticaria.

Con signos vitales FC: 72X' FR: 21X' TA: 120/80 mmHg, SAT: 94%

10/06/2015 (Cirugía)

Paciente queda con indicaciones nada por vía oral para la tomografía abdominal contrastada(TAC) se le controla los signos vitales, se administra solución salina 0.9% 1000cc IV c/24 horas este examen se lo realiza en el IESS, por eso paciente acude en vehículo particular (taxi) y es llevado por la hija para dicho examen.

11/06/2015 (Cirugía)

Paciente ingresa al servicio después de haber realizado el examen de (TAC) conciente, orientado, caminando, diaforético con signos vitales TA: 126/74 mmHg, FC: 75X', FR: 24X', SAT: 88%.

Se le controla la glicemia capilar, momento que ingresó se le tomó y como resultado da 57mg/dl, queda con indicaciones médicas de dextrosa al 5% 300cc IV en bolo a chorro, luego dextrosa al 5% en solución salina 0.9% 1000cc IV + 10cc de soletrol K cada 12 horas, se le toma la presión arterial cada 4 horas luego cada 6 horas.

113/63 mmHg, 105/63 mmHg, 105/69 mmHg, 104/61 mmHg, 106/61 mmHg

Después de recibir la medicación paciente mantiene un valor de la glicemia 160 mg/dl

12/06/2015 (Cirugía)

Paciente descansa tranquilo, afebril, hidratado, escleras ictéricas, abdomen suave depresible no doloroso a la palpación, paciente condición estable.

Paciente nada por vía oral, se le controla los signos vitales, se administra solución salina 0.9% 1000cc IV c/24 horas y se recibe órdenes de Medicina Interna valorar a paciente.

12/06/2015 (Medicina Interna)

Paciente no refiere molestias, conciente, orientado, afebril, conjuntivas ictéricas, mucosas orales húmedas, abdomen: suave depresible no doloroso a la palpación.

Con indicación dieta para diabético 1200 kcal en 5 tomas, se le administra insulina subcutánea (NPH) en el horario de las 7am ___ 16 UI, 21 ___ 6 UI

Paciente es dado de alta por Medicina Internaconciente, orientado donde se brinda cuidados de enfermería.

13/06/2015 (Cirugía)

Paciente al momento no refiere molestias, conciente, orientado, afebril, hidratado, escleras ictéricas, abdomen: suave depresible no doloroso a la palpación, paciente estable.

Paciente con indicaciones médicas, recibe dieta blanda más líquida, solución salina 0.9% 1000cc IV + electrosol K 10ml IV c/24 horas, vitamina K 1 ampolla IV diario, loratadina 10mg VO.

Paciente con posible preAlta y se recibe órdenes de cardiología para valoración del paciente.

13/06/2015 (Medicina Interna)

Paciente no refiere molestias, conciente, orientado,afebril, conjuntivas ictéricas, mucosas orales semihúmedas, abdomen: suave depresible no doloroso a la palpación.

Con indicaciones médicas de dieta para diabético 1200 kcal divididos en 5 tomas, se le administra insulina subcutánea de acción intermedia(NPH) 7am ___ 16 UI, 21pm ___ 6 UI es dado de alta por Medicina Interna

14/06/2015 (Cirugía)

Paciente descansa tranquilo conciente, orientado, afebril, hidratado, escleras ictéricas, abdomen suave depresible no doloroso a la palpación, paciente ambulatorio sin complicaciones.

Paciente con últimas indicaciones del pre alta con dieta blanda hipograsa más líquida, solución salina 0.9% 1000cc IV + electrosol K 10ml IV c/24 horas, vitamina K 1 ampolla IV diario, loratadina 10mg VO

15/06/2015 (Cirugía)

Paciente al momento no refiere molestias, conciente, orientado en tiempo espacio y persona, afebril, mucosas orales semihúmedas, con buena autonomía respiratoria, cardiovascular rítmico normal, tórax simétrico expansible, murmullo vesicular conservada, abdomen suave depresible no doloroso a la palpación.

Paciente es dado de alta del servicio cirugía hombres en buenas condiciones generales se le entrega el plan de alta y se da indicaciones sobre los cuidados en el hogar

3.2.-INFORMACIÓN NO DISPONIBLE

En este caso de estudio se va realizar gracias al aporte del paciente y familia con el fin de averiguar los detalles sobre la evolución de su enfermedad, la entrevista que se realiza al paciente está basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson, se basa en las necesidades básicas humanas para realizar posteriormente una priorización de los problemas basándose en la pirámide de Maslow en mayor ó menor grado el autocuidado por parte del paciente, dada su importancia de esta patología se realizará la elaboración de un plan de cuidados de enfermería individualizado con el propósito de mejorar las condiciones de salud de nuestro paciente para realizar dicho trabajo.

VALORACIÓN DE ACUERDO A LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

1.-NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE

Paciente refiere respirar tranquilamente sin dificultad, presenta frecuencia respiratoria de 20 por minuto, saturación parcial de oxígeno (94%), tensión arterial 120/60 mmHg, pulso 60 por minuto, vías aéreas permeables, tórax simétrico, murmullo vesicular conservado, abdomen suave depresible ligeramente doloroso a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho, ritmo regular, profundidad normal, presento una puntuación de 0 en el test de Richmond. Bajo grado de dependencia. (Anexo 2)

2.-NECESIDAD DE COMER Y BEBER NORMALMENTE

Paciente no requiere de ayuda para comer refiere deglutir con normalidad expresa consumir alimentos que no sean dañinos para su salud, por la falta de recursos económicos compra lo necesario para su alimentación.

Ausencia de piezas dentales, peso: 69kg, talla: 1.72cm, IMC: 22,7

Paciente refiere comer 3 veces al día, bastante sed, mucosas orales semihúmedas, piel icterica generalizada, tono muscular conservado, piel reseca, en el último año ha perdido peso motivo de su enfermedad, su apetito ha disminuido, y los factores económicos han tenido mucho que ver en su alimentación, lo cual nos indica un Riesgo nutricional alto con una puntuación de 12 en el test de “Conozca su salud nutricional” (anexo 3).

3.-NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES

Paciente refiere ser independiente para realizar sus necesidades fisiológicas, además expresa que orina más seguido durante la noche, presenta diaforesis, padece de estreñimiento por lo que defeca 2 veces a la semana, presenta heces de consistencia dura y compacta de color café, presenta un abdomen suave no doloroso a la palpación, con una dependencia leve con una puntuación de 65 en el test de Barthel (anexo 4) y una dependencia moderada con una puntuación de 59 (motor) en la escala de medida de independencia funcional (anexo 9).

4.-NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS

Paciente refiere que no tiene limitaciones para vestirse ó ir al baño, no siente dolor al moverse ó al caminar es independiente de cada actividad que realiza, pero presenta poca sensibilidad y fuerza de su cuerpo.

Refiere que cuando estuvo internado en el hospital no podía realizar su vida cotidiana expresa que la hija le atendía y ayudaba para comer, vestirse hasta que salga de alta del hospital, dependencia leve con una puntuación de 65 en el test de Barthel (anexo 4) y dependencia moderada con una puntuación de 59 (motor) en la escala de medida de independencia funcional (anexo 9), riesgo alto de caídas con un puntaje de 11 en el test de Tenetti. (Anexo 8).

5.- NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

Paciente manifiesta que se le hace un poco difícil conciliar el sueño en las noches porque en la casa alquilada donde vive no tiene techo de concreto y no es cerrado el cuarto por eso siente mucho frío, además no puede dormir por la incomodidad de orinar frecuentemente por las noches a causa de su enfermedad, refiere que durante el día siente sueño y cansancio por lo que pasa todo el día sólo pero tampoco no puede conciliar el sueño y ocasionalmente por las mañanas se despierta cansado.

Presenta hiperinsomnio con una puntuación de 40 en el test de Oviedo del Sueño (anexo 5).

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

Paciente es independiente de realizar su aseo personal en el cambio de ropa en vestirse y desvestirse, pero le dificulta lavar la ropa por lo que no puede hacer ninguna clase de fuerza.

Paciente presenta debilidad muscular, fuerza disminuida, disminución de la capacidad visual por tener desprendimiento de retina además le dificulta realizar cualquier trabajo pesado en la casa. Dependencia leve con una puntuación en el test de Barthel de 65 (anexo 4).

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

Paciente expresa sentir mucho frío durante las noches, trata de mantener esta necesidad cubriéndose con cobijas abrigadas y cerrar los agujeros tapando con cartón y periódicos algunas partes descubiertas del techo.

Paciente presenta una temperatura corporal de 36.5°C y también usa ropa inadecuada para la noche. Dependencia leve con una puntuación en el test de Barthel de 65 (anexo 4) y una puntuación de 59 (motor) en la escala de medida de independencia funcional (anexo 9).

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

Paciente refiere que es independiente para realizar su aseo y al bañarse, el baño lo realiza 3 veces a la semana lo realiza de esa manera porque expresa no ensuciarse porque pasa en la casa.

Paciente presenta piel seca y áspera, uñas largas, halitosis por la poca, mala higiene de cavidades y ausencia de piezas dentales. Dependencia leve con una puntuación del test de Barthel de 65 (anexo 4) y una puntuación de 59 (motor) en la escala de medida de independencia funcional (anexo 9).

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

Paciente refiere que su preocupación actual es su salud, es muy poco alegre, se siente indiferente desde la enfermedad y quiere recuperarse pronto, no se siente apoyado por su familia porque viven lejos (Colombia) en el día pasa prácticamente sólo porque hija trabaja y regresa de noche.

Paciente presenta nerviosismo, poco irritable, preocupación, tristeza, vive en un ambiente desordenado, paciente no cuenta con todos los servicios básicos de acuerdo al eco mapa.

Paciente no cuenta con todos los servicios básicos de acuerdo al eco mapa (Anexo15) y no existe deterioro cognitivo con una puntuación de test de Pfeiffer 20 (Anexo 6).

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

Paciente expresa sentirse sólo en estos momentos difíciles que está pasando motivo de su enfermedad, refiere no tener problemas para comunicarse, entiende y se expresa bien vive actualmente con su hija y nieta.

Tiene poca dificultad visual, baja autoestima, bajo nivel educacional, tiene temor a que no se pueda sanar y se agrave su enfermedad refiere que sus problemas los afronta a pesar de todo. No existe deterioro cognitivo con una puntuación de test de Pfeiffer 20 (Anexo 6) y una puntuación de 35 (cognitivo) en la escala de medida de independencia funcional (Anexo 9), presenta una comunicación deficiente con su familia de acuerdo al familiograma (anexo 14) y en el test del Apgar familiar obtuvo una puntuación de 31, un apoyo social percibido bajo. (Anexo 11).

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

Paciente refiere ser cristiano, ora todos los días para el bienestar de su salud y de su familia cree mucho en Dios y las imágenes religiosas, manifiesta que todos los domingos acude a misa para estar más cerca de Dios.

12.-NECESIDAD DE AUTOREALIZACIÓN

Paciente manifiesta sentirse sólo en casa cuando su hija sale a trabajar todos los días, la enfermedad le impide realizar actividades se siente poco útil al no poder hacer nada y no ayudar económicamente a su familia, antes de que le detectaran la enfermedad trabajaba como chofer y ayudaba en los gastos de la casa.

Presenta una depresión y ansiedad con una puntuación en test de Yesavage de 9 (anexo 7) presenta un apoyo social percibido bajo con un puntaje de 31 en el test de Duke- Ung. (Anexo 12) y una dependencia total con una puntuación de 10 en Índice Lawton y Brody. (Anexo 10).

13.-NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Paciente manifiesta que se desespera estar en casa y no hacer ninguna actividad, dice no tener pasatiempos en los cuales puede entretenerse. La hija le lleva todos los

domingos al estadio menciona que el distraerse le permite olvidar de su enfermedad y disfrutar lo presente.

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

Paciente refiere que el personal de salud que le visita al domicilio le explica cómo debe tomar sus medicamentos especialmente en la administración de insulina NPH para su diabetes que son 3 veces al día y necesita ayuda, además manifiesta que su enfermedad no es curable es por eso que acude a consulta externa mensualmente para sus controles con el médico tratante. Paciente refiere que toma sus propias decisiones acerca de su enfermedad y sigue su tratamiento adecuadamente. Paciente no presenta un deterioro cognitivo con una puntuación de test de Pfeiffer 20 (Anexo 6) y una puntuación de 35 (cognitivo) en la escala de medida de independencia funcional (Anexo 9).

IV. DESARROLLO

4.1.-DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO

El siguiente caso involucra al paciente F.Z masculino de nacionalidad colombiano de 54 años de edad, estado civil soltero, religión católico, instrucción secundaria incompleta, ocupación chofer por motivo de enfermedad paciente dejó de trabajar, residente en la ciudad de Latacunga, calles Callapas y Colorados barrio (La Cocha).

Antecedentes patológicos personales no refiere, antecedentes quirúrgicos personales cirugía ocular (desprendimiento de retina) hace 20 años, antecedentes patológicos familiares padre muere con infarto al corazón hace aproximadamente 2 años, alergias no refiere.

Familia y paciente, refiere que hace más ó menos 1 mes presenta polidipsia, poliuria, pérdida de peso que hace más ó menos 5 días acude por emergencia donde se realiza glicemia capilar de 499 mg/dl.

Paciente es reincidente en algunas ocasiones por encontrarse con estos síntomas y es traído por la hija e ingresado por el área de emergencia.

Hija refiere que desde hace más ó menos 7 horas presenta desorientación en tiempo espacio y persona, sin causa aparente donde es diagnosticado de Diabetes Mellitus tipo 2 (descompensada) + Cetoacidosis diabética

Con este cuadro acude a esta casa de salud, hija refiere además que la ictericia es progresiva de más ó menos escasas y prurito, con signos vitales de PA= 133/93 FC= 86X' FR= 24X' T°= 35.5°C. Paciente ingresa a Medicina interna el mismo día donde es valorado y se decide su ingreso.

En la actualidad es diagnosticado de Diabetes mellitus tipo 2 + tumor de páncreas/adenocarcinoma por lo que el paciente acude a control por Consulta externa mensualmente en donde se le valora por médico tratante donde se le realiza exámenes para su seguimiento de su enfermedad, recibe medicación de insulina NPH 3 veces diarias para mantener un control de glicemia.

En las visitas domiciliarias al paciente se le educa sobre la forma de tomar la medicación, la administración de la insulina y las dosis que se le debe poner, además se le brinda charlas educativas de cómo mantener una vida saludable manteniendo un orden nutricional, cuidados generales por ejemplo higiene, hidratación y autocuidado para mejorar el bienestar del paciente.

4.2.-DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Un factor de riesgo es cualquier cosa que afecte las probabilidades de que una persona padezca dicha enfermedad.

Dentro de los factores de riesgo que desencadenaron la diabetes y el adenocarcinoma de páncreas en el paciente podemos encontrar las siguientes:

- ❖ **El consumo de tabaco:** Las personas que fuman cigarrillos tienen más riesgo de tener cáncer de páncreas. El humo de los cigarrillos contiene químicos que dañan la estructura genética (ADN) de las células. El daño en el ADN hace que las células se vuelvan cancerosas, los científicos consideran que los químicos causantes de cáncer que hay en el humo del cigarrillo entran a la sangre ocasionando daños al páncreas. Se piensa que entre los 20 y 30% de los casos de cáncer de páncreas son causa de fumar cigarrillos. Aprobado por la Junta Editorial de Cáncer.Net, 11/2014.

- ❖ **Alcohol:** Algunos estudios han demostrado un vínculo entre el consumo excesivo de alcohol y el cáncer de páncreas. Este vínculo aún no está claro, aunque el consumo excesivo de alcohol puede derivar en condiciones como pancreatitis crónica, las cuales se sabe aumentan el riesgo de cáncer pancreático. Por eso es importante tomar en cuenta factores de riesgo y síntomas, para actuar a tiempo y seguir alguno de los posibles tratamientos (Diabetes Bienestar y Salud Por: Aurora López)

- ❖ **Sexo:** El cáncer de páncreas se diagnostica más en hombres que en mujeres, los hombres tienen un 30% más de probabilidad de padecer este tipo de cáncer con respecto al sexo femenino. Se piensa que esta mayor incidencia en el sexo masculino es principalmente debida a factores culturales del pasado, como la mayor prevalencia de hombres fumadores, dijo el Dr. Sai-Ching “Jim” Yeung, Ph.D., profesor asociado del Departamento de Medicina de Emergencia en el MD Anderson Cáncer Center de la Universidad de Texas. Actualmente, los investigadores del cáncer están empezando a integrar ese conocimiento con nuestra comprensión del desarrollo del cáncer y su respuesta al tratamiento”.

- ❖ **Alimentación:** Algunos estudios han asociado el cáncer pancreático con el consumo de mucha carne roja, cerdo y carnes procesadas (como los embutidos y el tocino). En otros se ha reportado que las dietas con un alto consumo de frutas y verduras pueden ayudar a reducir el riesgo de cáncer de páncreas. Pero no todos los estudios han reportado estas asociaciones, y el papel exacto de la alimentación en relación con el cáncer pancreático aún está bajo estudio. El cáncer de páncreas se asocia con la Diabetes debido a que esta glándula produce jugos que ayudan a asimilar los alimentos y las hormonas que propician la regulación de los niveles de glucosa en sangre. Los pacientes con este tipo de cáncer rara vez presentan síntomas específicos sino hasta que este se encuentra avanzado (Diabetes Bienestar Salud Por: Aurora López)

TEORIZANTE DE ENFERMERÍA SEGÚN FLORENCE NIGHTINGALE

“TEORÍA DEL ENTORNO”

A. Persona:

Un paciente afectado con diabetes y carcinoma de páncreas, independientemente de su sexo, raza, edad, es un ser humano que necesita de la asistencia para mejorar la calidad de vida e independencia, ya que su organismo se ve seriamente afectado por una compleja enfermedad crónica degenerativa pero no transmisible, lo que hace que sea un ser sensible y delicado, lo cual necesita de mucha paciencia, cuidado y apoyo emocional para así asimilar el progreso de su enfermedad proporcionándole los cuidados necesarios para su salud e influir en la modificación de la misma mediante el fomento de mejora en su condición de vida.

B. Entorno:

Al referirse el entorno físico donde vive el paciente podemos decir de las condiciones del ambiente que le rodea, reside en una vivienda humilde de una sola planta techo cubierto con restos de madera y cartones, la habitación en la que vive no cuenta con la adecuada ventilación para su salud, el piso es de cemento en partes con abertura que a simple vista se ve tierra, cuenta con una cama de fierro que se visualiza óxido en los contornos.

Salud:

A pesar de las dificultades que presenta el paciente siempre lleva con optimismo el desarrollo de su enfermedad. Vivir con una enfermedad de larga duración plantea nuevos retos al paciente, aprender a afrontar esos retos es un proceso largo no es algo que se consiga de la noche a la mañana. Aceptar y adaptarse a la realidad de padecer una enfermedad requiere tiempo, buscar y aceptar el apoyo de los demás y a participar activamente en el cuidado de su salud generalmente superan con éxito el proceso de afrontamiento. El paciente se encuentra con un bienestar mental óptimo, de voluntad y fe ante la recuperación de su enfermedad.

Enfermería:

La enfermera debe desarrollar la habilidad de observación e inteligencia para atender al paciente y medir su mejoría o falta de respuesta ante las diversas intervenciones de enfermería, una de las necesidades importantes que tiene el paciente es estar en completa vigilancia por parte del equipo de salud especialmente de enfermería ya que su enfermedad necesita el cumplimiento en cuanto a la toma de la medicación para evitar complicaciones a futuro con el propósito de mejorar las condiciones de salud de nuestro paciente.

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 tomar en cuenta el estado de salud del paciente, sus condiciones de vida y el papel que debe desempeñar el Organismo de Salud, estamos hablando de un paciente masculino de 54 años de edad con diabetes mellitus tipo 2 + adenocarcinoma de páncreas, el paciente a pesar de su enfermedad realiza sus actividades de forma normal.

El paciente vive en una casa de 1 piso en arriendo con la hija y nieta, él no cuenta con una economía estable, además no cuenta con el apoyo de familiares ante la enfermedad, el entorno en que vive no es adecuado ya que no existen los servicios básicos necesarios, la distancia que existe entre el HPGL y su casa es distante ya que no circulan los buses por el sector y es necesario tomar un taxi por tal motivo el paciente no acude con frecuencia a realizarse controles médicos.

El Ministerio de Salud (MSP) cumple un papel de suma importancia ya que el programa de 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 ó encaminada a una médico especializado y der necesario realizar interconsultas ha oncología.

4.4.- IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

PRIORIZACIÓN DE LAS NECESIDADES SEGÚN LA PIRÁMIDE DE MASLOW

NECESIDADES FISIOLÓGICAS:

ALIMENTACIÓN

- ❖ Riesgo nutricional bajo
- ❖ Falta de apetito
- ❖ Peso bajo

ELIMINACIÓN

- ❖ Estreñimiento
- ❖ Resequedad de la piel
- ❖ Nicturia
- ❖ Diaforesis

DESCANSO

- ❖ Dificultad para conciliar el sueño
- ❖ Preocupación

HIGIENE

- ❖ Falta de piezas dentales
- ❖ Falta de higiene de cavidades
- ❖ Halitosis

NECESIDADES DE SEGURIDAD

SEGURIDAD FÍSICA

- ❖ Realiza las actividades normal
- ❖ Cansancio
- ❖ Debilidad
- ❖ Cuando necesita ayuda acude a su hija

SEGURIDAD DE EMPLEO

- ❖ Bajo recursos económicos
- ❖ No trabaja

NECESIDAD DE AFILIACIÓN Ó SOCIALES

AMISTAD Y AFECTO

- ❖ Depresión

- ❖ Ansiedad
- ❖ Baja autoestima
- ❖ Poco comunicativo
- ❖ Tristeza

NECESIDAD DE RECONOCIMIENTO

AUTORECONOCIMIENTO

- ❖ Acercamiento a Dios
- ❖ Tiene mucha fe y confía en Dios

NECESIDAD DE AUTOREALIZACIÓN

ACEPTACIÓN DE LOS HECHOS RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

- ❖ Acepta su enfermedad y confía en su mejoramiento
- ❖ Tiene deseos de superación

1.5. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

DIAGNOSTICOS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA
Nivel de glucemia inestable relacionado con la falta de adhesión al plan terapéutico de la diabetes manifestado por variación de los valores normales de la glucosa.	Nutrición	<ul style="list-style-type: none">✓ Vigilar los niveles de glucosa en sangre, si está indicado.✓ Fomentar el autocontrol de los niveles de glucosa en sangre.✓ Ayudar al paciente a interpretar los niveles de glucosa en sangre.✓ Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa ó jaquecas.✓ 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,

		<p>reemplazo de los hidratos de carbono, y cuándo debe solicitarse asistencia sanitaria profesional.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Proporcionar ayuda en el ajuste de un régimen para evitar y tratar la hiperglucemia (aumento de insulina ó antidiabético oral). ✓ Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y ejercicios.
<p>Desequilibrio Nutricional: inferior a las necesidades relacionado con factores biológicos y económicos manifestado por la falta de apetito, pérdida de peso.</p>	<p>Nutrición</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recomendar al paciente que ingiera un desayuno sano cada mañana. ✓ Ayudar al paciente a determinar su índice de masa corporal (IMC). ✓ Ayudar al paciente a aprender el tamaño normal de las porciones a servir. ✓ Solicitar al paciente que lleve un diario de las comidas de 1 a 3 días, apuntando todo lo que ha comido y bebido.

		<ul style="list-style-type: none">✓ Demostrar tanto al paciente como a la familia cómo elegir los alimentos más sanos según las etiquetas de los productos alimentarios.✓ Animar al paciente a disminuir la ingesta de azúcar a 12 cucharitas 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 2 raciones de frutas y 3 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.✓ 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
--	--	---

		<p>proteínas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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>Estreñimiento relacionado con la disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal manifestado por la eliminación de heces duras y secas.</p>	<p>Funcional gastrointestinal</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comprobar los movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color. ✓ Vigilar la existencia de peristaltismo. ✓ Consultar con el médico acerca de aumento/disminución de la frecuencia del peristaltismo.

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicar la etiología del problema y las razones para intervenir al paciente. ✓ Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento que contribuyan al mismo. ✓ Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos y fibra a menos que esté contraindicado.
Gestión ineficaz de la propia salud relacionado con dificultades económicas manifestado por falta de conocimiento de la enfermedad.	Gestión de la Salud	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecer metas realistas objetivas con el paciente. ✓ Establecer una buena relación enfermera y paciente. ✓ Comenzar la instrucción sólo después de que el paciente demuestre estar dispuesto a aprender. ✓ Comenzar la instrucción sólo después de que el paciente demuestre estar dispuesto a aprender.

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente. ✓ Identificar claramente los objetivos de la enseñanza y en términos mensurables/observables.
<p>Trastorno del patrón de sueño relacionado con interrupciones y ruidos manifestado por cansancio e irritabilidad.</p>		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar/registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente. ✓ Ajustar el ambiente para un sueño reconfortante (luz, ruidos, clima). ✓ Ayudar a eliminar las situaciones de estrés antes de irse a dormir. ✓ Pedir al paciente que lleve un diario del sueño durante varias semanas, incluyendo la hora de comer, la hora de levantarse, el número de despertares y siestas.

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proporcionar medidas de tranquilidad para que la mente vaya más despacio antes de acostarse para que pueda dormir. ✓ Si el paciente se despierta con frecuencia durante la noche, considerar la presencia de problemas de apnea del sueño. ✓ Mantener tranquilo el entorno.
--	--	---

Déficit de volumen de líquidos relacionado con la pérdida activa del volumen de líquidos manifestado por sed, sequedad de las membranas mucosas.	Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Suministrar líquidos por vía oral. ✓ Mantener un registro de ingesta y eliminación. ✓ Observar si se pierden electrolitos (diaforesis). ✓ Observar turgencia de la piel. ✓ Observar mucosas orales. ✓ Observar si el paciente tiene sed constantemente.
--	-----------	--

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar posibles signos y síntomas de ascitis. ✓ Ordenar al paciente que aumente la ingesta de alimentos ricos en vitamina K. ✓ Monitorizar la respuesta hemodinámica. ✓ Monitorizar la eliminación de los diversos líquidos corporales.
<p>Deterioro de la movilidad física relacionado con la disminución de la fuerza ó resistencia muscular manifestado por debilidad.</p>	<p>Actividad Reposo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enseñar al paciente a utilizar posturas y mecanismos corporales para evitar lesiones al realizar cualquier actividad física. ✓ Fomentar la realización de ejercicios pasivos. ✓ Fomentar la deambulaci3n con periodos de descanso. ✓ Realizar ejercicios activos como son flexi3n, extensi3n, de las extremidades; ejercicios de fortalecimiento, como sentarse trabajando los glúteos y los bíceps.

		<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. ✓ Recomendar actividades diarias que impliquen apoyo del peso. ✓ Recomendar la ingesta de suplementos de vitamina D y lácteos.
--	--	---

Tabla: 1
Autor: Investigadora
Fuente: Base de Datos

1.6. 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: 00179 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: Nivel de glucemia inestable relacionado con la falta de adhesión al plan terapéutico de la diabetes manifestado por variación de los valores normales de la glucosa.			Conocimiento: Dieta (1802) Dominio: Conocimiento y conducta de salud Clase: Conocimientos sobre salud (S)	182002 Descripción del papel de la nutrición en el control de la glucemia. 182005 Descripción del papel del ejercicio en el control de la glucemia. 182007 Prevención de hiperglucemia.	1: Ninguno 2: Escaso 3: Moderado 4: Sustancial 5: Extenso	 2 3	 4 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 INDEPENDIENTES			
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. ✓ Instruir al paciente y cuidador acerca de la actuación con la diabetes durante la enfermedad, incluyendo el uso de antidiabéticos orales, control de la ingesta de líquidos, reemplazo de los hidratos de carbono, y cuando debe solicitarse asistencia sanitaria profesional. 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ La hiperglucemia produce poliuria, polidipsia, debilidad, visión borrosa ó 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, cuando 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"> ✓ Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas. ✓ Explicar el propósito de la dieta y proporcionar un plan escrito de comidas. ✓ Conocer los sentimientos/actitud del paciente/ ser querido acerca de la dieta prescrita y del grado de cumplimiento dietético esperado. ✓ Enseñar al paciente a leer las etiquetas y seleccionar los alimentos adecuados. ✓ Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y ejercicios. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La clave de una buena alimentación no sólo radica en los alimentos, también es importante cuándo y cuánto se consumen. Lo ideal sería tomar 3 comidas: así el cuerpo recibirá energía de forma constante y se evitaría ingerir muchos alimentos en un solo momento previniendo que la glucosa suba ó baje demasiado. (Kay, 2005) ✓ 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)
--	--

Tabla: 2
 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: 00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades.			RESULTADO(S)	INDICADOR (ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
						MANTENER	AUMENTAR
Definición: Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas. Diagnóstico: Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades relacionado con factores biológicos y económicos manifestado por la falta de apetito, pérdida de peso.			Estado nutricional: (1004) Dominio: 2 Salud fisiológica Clase: K Nutrición	100401 Ingestión de nutrientes	1: Desviación grave del rango normal. 2: Desviación sustancial del rango normal. 3: Desviación moderada del rango normal. 4: Desviación leve del rango normal. 5: Sin desviación del rango normal	3	4
				100402 Ingestión alimentaria			
				100408 Ingestión de líquidos		3	4

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)

CAMPO:	1. Fisiológico Básico: Cuidados que apoyan el funcionamiento físico.	CLASE:	D:Apoyo nutricional: Intervenciones para modificar ó mantener el estado nutricional.
---------------	---	---------------	---

INTERVENCIONES INDEPENDIENTES

ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Animar al paciente a disminuir la ingesta de azúcar a 12 cucharitas 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 2 raciones de frutas y 3 raciones de verduras. ✓ Evaluar la ingesta habitual de fibra. ✓ Solicitar al paciente que lleve un diario de las comidas de 1 a 3 días, apuntando todo lo que ha comido y bebido. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 excelentes de vitaminas y minerales, también ayudan a prevenir enfermedades cardiacas, 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) ✓ Un diario de comida ayuda al paciente y enfermera analizar el patrón alimenticio con el fin de promover la autoeficiencia y autocontrol en su alimentación. (Mossavar- Rahmami et al, 2004).

<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 no comer en restaurantes de comida rápida. ✓ Observar los factores socioeconómicos que influyen en la elección de la comida. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Medir la comida alerta al paciente de los tamaños normales de las porciones que usualmente debe de ingerir. (Nix et al, 2005) ✓ Un IMC normal es de 20 a 25, de 26 a 29 es sobrepeso y mayor 30 es obesidad. (Nix et al, 2005) ✓ Un estudio demostró que las personas que no desayunan tienen más probabilidades de cenar en exceso (Castro, 20014) ✓ Un estudio demostró que las personas que ingieran comida rápida en exceso aumenten la probabilidad de 4,5 kilogramos 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. (Pereira, 2005) ✓ La economía y la accesibilidad limita son uno de los factores potenciales para no tener una buena alimentación sin embargo no es un obstáculo para obtener una dieta equilibrada. (Bennet, 2000)
---	--

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA
--------------	---------------------	-----------------	---------------------------------------

CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)						
DOMINIO:3 Eliminación e intercambio CLASE:2 Función Gastrointestinal CÓDIGO: 00011 Estreñimiento	RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA		
				MANTENER	AUMENTAR	
<p>Definición:El estreñimiento es un esfuerzo excesivo para defecar, una sensación de evacuación incompleta, intentos fallidos para defecar, deposiciones duras y/o disminución de la frecuencia de las deposiciones.</p> <p>Diagnóstico: Estreñimiento relacionado con la disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal manifestado por la eliminación de heces duras y secas.</p>	<p>Dominio: II Salud Fisiológica</p> <p>Clase: F Eliminación</p>	<p>050101 Patrón de eliminación</p>	<p>1: Gravemente comprometido</p>	3	4	
		<p>050102 Control de movimientos Intestinales</p>	<p>2: Sustancialmente comprometido</p> <p>3: Moderadamente comprometido</p>			3
		<p>050121 Eliminación fecal sin ayuda</p>	<p>4: Levemente comprometido</p> <p>5: No comprometido</p>			
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)						

CAMPO:	1 Fisiológico Básico: Cuidados que apoyan el funcionamiento físico	CLASE:	B: Control de la eliminación
INTERVENCIONES INDEPENDIENTE:			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. ✓ Vigilar la aparición de signos y síntomas de distensión abdominal. ✓ Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color. ✓ Vigilar la existencia de peristaltismo. ✓ Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos y fibra a menos que esté contraindicado. ✓ Enseñar al paciente/familia que registre el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones. ✓ Enseñar al paciente/familia a mantener un diario de comidas. ✓ Consultar con el Médico acerca del aumento/disminución de la frecuencia del peristaltismo. 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ El diario de los hábitos intestinales es valioso en el tratamiento del estreñimiento, el informe de un diario ha demostrado ser exacto que el acuerdo del paciente para determinar la presencia de este problema. (Karam y Nies, 1994) ✓ Una ingestión diaria de 25 a 30g de fibra puede incrementar la frecuencia de las deposiciones en pacientes con estreñimiento. (Quellet et al, 1996). La fibra ayuda a prevenir el estreñimiento proporcionando volúmenes a las heces. Añada fibra a la dieta gradualmente porque un incremento brusco puede dar origen a hinchazón, gas y diarrea. (Doughty, 1996) ✓ El paciente con estreñimiento el abdomen suele estar distendido, con rigidez y dolor , el colon es palpable los ruidos intestinales están presentes. (Hinrichs et al, 2001) 	

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicar la etiología del problema y las razones para intervenir al paciente. ✓ Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento que contribuyan al mismo. ✓ Instruir al paciente/familia acerca de la dieta rica en fibra. ✓ Instruir al paciente/familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento/impactación. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La ingesta de líquidos se debe establecer si la gesta oral es escasa, incrementará gradualmente la ingesta de líquido se debe establecer entre la ingesta cardíaca y renal. El incremento de la ingesta de líquidos a 1,5 a 2 litros al día mientras se mantiene una ingesta de fibra de 25g puede significar un incremento de la frecuencia de deposiciones en el paciente con estreñimiento. (Weeks, hubbrtt y Michael, 2000)
--	--

Tabla: 4
 Autor: Investigadora
 Fuente: Instrumento estructurado

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA
CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			

DOMINIO: 1 Promoción de la Salud CLASE: 2 Gestión de la Salud CÓDIGO: 00078 Gestión ineficaz de la propia salud	RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
				MANTENER	AUMENTAR
<p>Definición:Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es insatisfactorio para alcanzar los objetivos relacionados con la Salud.</p> <p>Diagnóstico: Gestión ineficaz de la propia salud relacionado con dificultades económicas manifestado por falta de conocimiento de la enfermedad.</p>	<p>Descripción del proceso de la enfermedad</p> <p>Dominio: 4 Conocimiento y conducta de Salud</p> <p>Clase: S Conocimientos sobre salud</p>	<p>181310 Descripción del proceso de la enfermedad</p> <p>181302 Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual</p> <p>181305 Descripción de la dieta prescrita</p>	<p>1:Ninguno</p> <p>2: Escaso</p> <p>3: Moderado</p> <p>4: Sustancial</p> <p>5: Extenso</p>	<p>2</p> <p>3</p>	<p>4</p> <p>5</p>

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)

CAMPO:	3 Conductual: Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida.	CLASE:	S: Educación de los paciente: Intervenciones para facilitar el aprendizaje
---------------	---	---------------	---

INTERVENCIONES INDEPENDIENTES

ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecer metas realistas objetivas con el paciente. ✓ Identificar claramente los objetivos de la enseñanza y en términos mensuales términos mensurables /observables. ✓ Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente. ✓ Proporcionar información que sea adecuada con los valores y creencias del paciente. ✓ Comenzar la instrucción sólo después de que el paciente 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Es necesaria una evaluación exhaustiva para determinar la capacidad del aprendizaje de una persona. (Pryor, 20014) ✓ Una buena relación enfermera paciente es esencial para lograr satisfacer las necesidades clínicas, psicológicas y sociales del paciente y para optimizar el tratamiento en los pacientes. En este contexto la importancia de la educación del paciente para mejorar sus conformidades desempeños es un rol vital. (Jenkins et al, 2002)

<p>demuestre estar dispuesto a aprender.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Asegurarse de que el material de enseñanza es actual y está al día. ✓ Fomentar la participación activa del paciente. ✓ Repetir la información importante. ✓ Corregir las malas interpretaciones de la información, si es el caso. ✓ Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes. ✓ Responder a las preguntas de una forma clara y concisa. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Los objetivos de la enseñanza de estos estudios demostraron que los usuarios querían responsabilizarse para realizar lo necesario para optimizar lo necesario de su intervención. (Edwards, 2002)
---	--

Tabla: 5
 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:00198 Trastorno del 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 patrón del sueño relacionado con interrupciones y ruidos manifestado por cansancio e irritabilidad.	Sueño (0004) Dominio: Salud funcional Clase: Mantenimiento de la energía	000401 Horas de sueño	1: Gravemente comprometido.			
		000403 Patrón del sueño	2: Sustancialmente comprometido.	2	4	
		000421 Calidad del sueño	3: Moderadamente comprometido.	3	5	
			4: Levemente comprometido.	3	4	
			5: No comprometido.			

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)

CAMPO:	1. Fisiológico Básico: cuidados que apoyan el funcionamiento físico	CLASE:	A: Control de actividad y ejercicio
---------------	--	---------------	--

INTERVENCIONES INDEPENDIENTES

ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar el esquema de sueño del paciente, registrar la historia del sueño. ✓ Mantener tranquilo el entorno. ✓ Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama. ✓ Disponer/llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso. ✓ Fomentar el aumento de las horas de sueño. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La valoración de la conducta y los patrones del sueño son una parte importante de cualquier exploración del estado de salud. (Landis, 2002) ✓ La práctica de un masaje en la espalda a demostrado que es efectiva para fomentar la relajación, lo cual probablemente conduce a mejorar el sueño. (Richards et al, 2003)

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar el patrón de eliminación, se debe pedir al paciente que disminuya la ingesta de líquidos por la tarde. ✓ Ajustar el ambiente para un sueño reconfortante (luz, ruidos, clima). ✓ Ayudar a eliminar las situaciones de estrés antes de irse a dormir. ✓ Ayudar al paciente a delimitar las siestas durante el día. ✓ Realizar actividades recreativas para fomentar la actividad durante el día. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El estar expuesto demasiado tiempo a un ruido excesivo se experimenta una mala calidad del sueño. ✓ Muchos pacientes se despiertan para orinar por la noches. El aumento de la ingesta de líquidos por la noche aumenta la nicturia, por lo cual se provoca el deterioro del sueño. (Avidan, 2005) ✓ En un paciente deprimido ó bajo estrés, muchos síntomas asociados con la Deprivación del sueño probablemente surgen a partir de una hiperactividad del sistema nervioso central. (Sateia et al, 2002)
--	--

Tabla: 6
Autor: Investigadora
Fuente: Instrumento estructurado

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
DOMINIO 2: Nutrición CLASE 5: Hidratación CÓDIGO: 00027 Déficit de volumen de líquidos			RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
						MANTENER	AUMENTAR
Definición: Disminución del líquido intravascular, intersticial y/ o intracelular.Se refiere a la deshidratación o pérdida sólo de agua, sin cambio en el nivel de sodio. Diagnóstico: Déficit de volumen de líquidos relacionado con la pérdida activa del volumen de líquidos manifestado por sed, sequedad de las membranas mucosas.			Movilidad (0208) Dominio 2: Salud fisiológica Clase G: Líquidos y electrolitos	100801 Ingestión alimentaria oral 100803 Ingestión de líquidos orales	1: Desviación grave del rango normal 2: Desviación sustancial del rango normal 3: Desviación moderada del rango normal 4: Desviación leve del rango normal 5: Sin desviación del rango normal 1: Grave 2: Sustancial 3: Moderada 4: Leve 5: Ninguno	3 2 3 3	4 4 4 4 4

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)			
CAMPO:	2 Fisiológico Complejo	CLASE:	G: Control Electrolitos y ácido base
INTERVENCIONES INDEPENDIENTE			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Suministrar líquidos por vía oral. ✓ Mantener un registro de ingesta y eliminación. ✓ Observar si se pierden electrolitos (diarrea, diaforesis) ✓ Observar si existe signos de pérdida d electrolitos. ✓ Observar si existen signos de hipovolemia, incluyendo inquietud, debilidad, calambres musculares, cefaleas. ✓ Ordenar al paciente que aumente la ingesta de alimentos ricos en vitamina K. 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ El aparato Gastrointestinal es una vía común de pérdida de líquidos.(Methenny, 2000) ✓ La identificación precoz de factores de riesgo y una intervención precoz pueden reducir la ocurrencia y la gravedad de complicaciones de déficit de volumen de líquidos. (Methenny, 2000) 	

Tabla: 7

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
DOMINIO: 4 Actividad/Reposo CLASE: 2 Actividad/Ejercicio CÓDIGO: 00085 Deterioro de la movilidad física			RESULTADO(S)	INDICADOR (ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
						MANTENER	AUMENTAR
Definición: Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades. Diagnóstico: Deterioro de la movilidad física relacionado con la disminución de la fuerza ó resistencia muscular manifestado por debilidad.			Movimiento coordinado(0212) Dominio: Salud funcional Clase: Movilidad	021205 Control del movimiento 021206 Estabilidad del movimiento 021207 Movimiento equilibrado	1: Gravemente comprometido. 2: Sustancialmente comprometido. 3: Moderadamente comprometido. 4: Levemente comprometido. 5: No comprometido.	2 3	3 4

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)

CAMPO:	1 Fisiológico Básico: Cuidados que apoyan el funcionamiento Físico	CLASE:	C: Control de la inmovilidad
---------------	---	---------------	-------------------------------------

INTERVENCIONES INDEPENDIENTES

ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enseñar al paciente a utilizar posturas y mecanismos corporales para evitar lesiones al realizar cualquier actividad física. ✓ Reforzar la enseñanza de cómo utilizar técnicas de lado a lado de la cama y elevar las nalgas para separarla de la misma. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Una buena mecánica corporal permite la alineación de la columna vertebral con los miembros superiores e inferiores facilitando así el movimiento adecuado evitando así lesiones futuras. (Hoeman, 2002) ✓ Esta actividad prepara a la persona para caminar porque implica la extensión de la cadera con el soporte del peso simultáneo por la parte superior de la extremidad.(Bobaht, 1998)

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluar las habilidades de movilidad en el siguiente orden: <ol style="list-style-type: none"> 1. Movilidad de la cama. 2. Sedestación con y sin apoyo. 3. Movimiento de transición como de sentado a pie. 4. Actividades de pie sentado. ✓ 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. 	<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 esposa de hacerse daño. (Nelson et al, 2003) ✓ 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)
--	--

<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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. ✓ 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. ✓ Fomentar la deambulaci3n diaria con periodos de descanso. ✓ Fomentar la realizaci3n de ejercicios pasivos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estos ejercicios ayudan a revertir el debilitamiento y atrofia de los m3sculos. (Kasper et al, 2005). ✓ Un estudio ha demostrado que el reposo en la cama como tratamiento primario de problemas m3dicos est3 relacionado con peores resultados en la movilidad temprana.(Ebell, 2005). ✓ Ofrecer asistencia innecesaria en las actividades como transferencia y baos puede promover la dependencia y perder la movilidad. (Nelson, 2003). ✓ El apoyo del peso y la contractura de las fibras musculares estimulan el crecimiento del hueso, absorci3n de calcio, previene la osteoporosis y aumenta el transporta de ox3geno. (Sims y Olson, 2002)
--	--

Tabla: 8 laboratorioAutor: Investigadora Fuente: Instrumento Estructurado

VI. CONCLUSIONES

- ❖ Como resultado del análisis de Caso he encontrado que al aplicar los cuidados de enfermería basados en las necesidades del paciente he mejorado su calidad de vida, he aquí que radica la importancia de nuestra carrera al educar, enseñar y fomentar la prevención de las enfermedades para así evitar daños a futuro.

- ❖ La educación permanente en especial la de enfermería requiere de seguimiento y rastreo, sobre todo de cumplimiento de los protocolos y cuidados específicos ya que cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad, es ver al paciente como un todo.

- Se puede decir que el paciente ha mejorado su calidad de vida, favoreciendo a la recuperación y promoviendo actividades de atención de Enfermería basados en la taxonomía de la NANDA, NIC.

- ❖ En definitiva este análisis de caso me ha ayudado a enriquecer mis conocimientos tanto teórico y práctico, ayudando de esta manera a una pronta recuperación mediante los cuidados y actividades adecuados para pacientes con esta enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- 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: WoltersKluwer.
- Garrido -Piosa, M. (2012). Plan de cuidados de enfermería en personas afectadas de diabetes tipo 2 .Revista Médica Electrónica , 1.
- Garrido, M. (2013). Plan de cuidados de enfermería en personas afectadas de diabetes tipo 2. Revista Médica , 1-2.
- 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.
- OMS. (2011). Diabetes .Diabetes , 1-2.
- Potter, A.y Perry,G.(1994). En Fundamentos de enfermería. Madrid: Hancourt-Brace.

LINKOGRAFÍA

- Brent, W. (2014) Diabetes Tipo 2. Medline Plus. Recuperado en 10 de Agosto. Disponible en:
<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000313.htm>

- 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. 69 Disponible en:
[http://www.revespcardiol.org/es/sindrome-metabolico-diabetes-mellitus/articulo/13083446/.](http://www.revespcardiol.org/es/sindrome-metabolico-diabetes-mellitus/articulo/13083446/)
- Harris, M. (2014) Diabetes Atlas. Recuperado en 28 de Agosto. Disponible en:
<https://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/que-es-la-diabetes?language=es>
- Lakes, F (2015) Cuidado para la Diabetes. Recuperado en 14 de 20 de Agosto. Disponible en:
<http://www.bd.com/mx/diabetes/main.aspx?cat=3258&id=327465>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASE DE DATOS UTA

- 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.](http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10625360&p00=diabetes+mellitus)
- EBRARY: Lukes, M (2014) Recuperado en 05 de Octubre del 2015 Disponible en:
<http://site.ebrary.com/lib/uta/reader.action?docID=10693671>

- EBRARY: Marroy, F (2011). Recuperado en 10 de Octubre del 2015.
Disponible en:
<http://site.ebrary.com/lib/uta/reader.action?docID=10567664>
- 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> 68
- 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>

VII. ANEXOS

ANEXO 1

EXÁMENES DE LABORATORIO

EXAMÉNES	RESULTADOS	REFERENCIA
Glóbulos blancos	9,8 K/ul	5 - 10
Neutrófilos %	87.0 %	40 - 70
Linfocitos %	6.0 %	20 - 45
Monocitos %	7.0 %	0 - 12
Eosinófilos %	%	
Basófilos %	10.0 K/ul	0 - 2
Recuento de glóbulos rojos	4.30 M/ul	4 - 5
Hemoglobina	13.6 g/dl	12 - 16
Hematocrito	38.4 %	37 - 48
Volumen corpuscular medio	89 fl	79 - 101
Hb corpuscular media	31.7 pg	26 - 33
Concentración Hb corpuscular	35.5 g/dl	30 - 36
Ancho de distribución Glóbulos rojos	14.6 %	11 - 16
Plaquetas	255 10 ³ /mm ³	150 - 450
Volumen plaquetar medio	10.4 fl	5 - 13
Creatinina	1.3 mg/dl	0.6 – 1.3
Glicemia Basal	456 mg/dl	70 - 100
Calcio en suero	10.3 mg/dl	8.2 – 10.2
Sodio en suero	103 mg/dl	135 – 145
Potasio en suero	4.9 mmol/L	3.1 – 5.1
Cloro en suero	68 mmol/L	98 - 107
BUN	24 mg/dl	7 – 18

Tabla: 9
Autor: Investigadora
Fuente: Instrumento Estructurado

ANEXO 2

Test de motivación para dejar de fumar -Richmond.

<u>Preguntas</u>	<u>Puntuación</u>
¿Cuánto tiempo pasa entre que te levantas y fumas tu primer cigarrillo? ➤ Menos de 5 minutos ➤ De 6 a 30 minutos ➤ De 31 a 60 minutos	3 2 1 0
¿Tienes dificultad para no fumar en lugares donde está prohibido (hospitales, cines, etc)? ➤ Si ➤ No	1 0
¿Qué cigarrillo te produce mayor satisfacción? ➤ El primero de la mañana ➤ Cualquier otro	1 0
¿Cuántos cigarrillos fumas al día? ➤ Menos de 10 cigarrillos ➤ Entre 11 y 20 cigarrillos ➤ Entre 21 y 30 cigarrillos	0 1 2
¿Fumabas más por las mañanas? ➤ Si ➤ No	1 0
¿Fumabas aunque estés enfermo? ➤ Si ➤ No	1 0

INTERPRETACIÓN

- ✓ De 0 a 3 puntos: bajo grado de dependencia
- ✓ De 4 a 6 puntos: dependencia de la nicotina

Tabla: 10
Fuente: Amador de los Ríos

ANEXO 3

Cuestionario "Conozca Su Salud Nutricional"

<u>Preguntas</u>	<u>Puntuación</u>	
	<u>SI</u>	<u>NO</u>
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	2	0
Como poca fruta, vegetales o productos lácteos	2	0
Tomo mas de tres vasos de cerveza, licor o vino, casi a diario	2	0
Tengo problemas dentales que hacen difícil comer	2	0
No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito	2	0
Como solo la mayoría de las veces	2	0
Tomo a diario tres o más fármacos recetados o por mi cuenta	2	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 mi mismo por problemas físicos	2	0
PUNTIACIÓN	12	

INTERPRETACIÓN

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

Tabla: 11
Fuente: Dwyer JT Screening older american's nutritional health

ANEXO 4

Test De Barthel

Comer	0 = incapaz 5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. 10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)
Trasladarse entre la silla y la cama	0 = incapaz, no se mantiene sentado 5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado 10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)
Aseo personal	0 = necesita ayuda con el aseo personal. 5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.
Uso del retrete	0 = dependiente 5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo. 10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)
Bañarse/Ducharse	0 = dependiente. 5 = independiente para bañarse o ducharse.
Desplazarse	0 = inmóvil 5 = independiente en silla de ruedas en 50 m. 10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal). 15 = independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.
Subir y bajar escaleras	0 = incapaz 5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta. 10 = independiente para subir y bajar.
Vestirse y desvestirse	0 = dependiente 5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda. 10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc
Control de heces:	0 = incontinente (o necesita que le suministren enema) 5 = accidente excepcional (uno/semana) 10 = continente
Control de orina	0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa. 5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas). 10 = continente, durante al menos 7 días.

INTERPRETACIÓN

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

Tabla: 12

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

ANEXO 5

Cuestionario De Oviedo Del Sueño

1.- ¿Cómo de satisfecho ha estado con su sueño?

1	Muy satisfecho
2	Bastante satisfecho
3	Insatisfecho
4	Término medio
5	Satisfecho
6	Bastante satisfecho
7	Muy satisfecho

2. ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para

ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
---------	---------	-------	---------	---------

2.1	Conciliar el sueño	1	2	3	4	5
2.2	Permanecer dormido	1	2	3	4	5
2.3	Lograr un sueño reparador	1	2	3	4	5
2.4	Despertar a la hora habitual	1	2	3	4	5
2.5	Excesiva somnolencia	1	2	3	4	5

3. ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, una vez que lo intentaba?

1	0 – 15 minutos
2	16 – 30 minutos
3	31 – 45 minutos
4	46 – 60 minutos
5	Más de 60 minutos

4. ¿Cuántas veces se ha despertado por la noche?

1	Ninguna vez
2	1 vez
3	2 veces
4	3 veces
5	Más de 3 veces

Si normalmente se despertó Vd. piensa que se debe a.....(Información clínica)

a) Dolor

b) Necesidad de orinar

c) Ruido

d) Otros. Especificar.

5. ¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo ¿Cuánto tiempo antes?

1	Se ha despertado como siempre
2	Media hora antes
3	1 hora antes
4	Entre 1 – 2 horas antes
5	Más de 2 veces antes

6. Eficiencia del sueño (horas dormidas/horas en cama) Por término medio, ¿Cuántas horas ha dormido cada noche? _____ ¿Cuántas horas ha permanecido habitualmente en la cama? _____

1	91 – 100%
2	81 – 90%
3	71 – 80%
4	61 – 70%
5	60% o menos

7. Cuántos días a la semana ha estado preocupado/a o ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento socio-laboral por no haber dormido bien la noche anterior?

1	Ningún día
2	1 – 2 días/semana
3	3 días/semana
4	4 – 5 días/semana
5	6 – 7 días/semana

8. ¿Cuántos días a la semana se ha sentido demasiado somnoliento, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?

1	Ningún día
2	1 – 2 días/semana
3	3 días/semana
4	4 – 5 días/semana
5	6 – 7 días/semana

9. Si se ha sentido con demasiado sueño durante el día o ha tenido períodos de sueño diurno ¿Cuántos días a la semana ha estado preocupado o ha notado disminución en su funcionamiento socio-laboral por ese motivo?

1	Ningún día
2	1 – 2 días/semana
3	3 días/semana
4	4 – 5 días/semana
5	6 – 7 días/semana

10. ¿Cuántos días a la semana ha tenido (o le han dicho que ha tenido)?
(Informaciónclínica)

ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
---------	---------	-------	---------	---------

2.1	Conciliar el sueño	1	2	3	4	5
-----	--------------------	---	---	---	---	---

2.2	Permanecer dormido	1	2	3	4	5
2,3	Lograr un sueño reparador	1	2	3	4	5
2.4	Despertar a la hora habitual	1	2	3	4	5
2.5	Excesiva somnolencia	1	2	3	4	5

11. ¿Cuántos días a la semana ha tomado fármacos o utilizado cualquier otro remedio (infusiones, aparatos, etc.), prescrito o no, para ayudarse a dormir? (Información clínica)

1	Ningún día
2	1 – 2 días/semana
3	3 días/semana
4	4 – 5 días/semana
5	6 – 7 días/semana

Si ha utilizado alguna ayuda para dormir (pastillas, hierbas, aparatos, etc), describir

CATEGORIAS	ITEMS	PUNTOS
Satisfacción subjetiva del sueño	Item 1	1
Insomnio	Items 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7	27
Hiperinsomnio	Items 2-5, 8, 9	12
Puntuación total		40

INTERPRETACIÓN

- ✓ Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 15 ítems, 13 de ellos se agrupan en 3 sub escalas: satisfacción subjetiva del sueño (ítem 1), insomnio (ítems 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7) e hipersomnio (ítems 2-5, 8, 9). Los 2 ítems restantes proporcionan información sobre el uso de ayuda para dormir o la presencia de fenómenos adversos durante el sueño. Cada ítem se puntúa de 1 a 5, excepto el ítem 1 que se hace de 1 a 7.
- ✓ La sub escala de insomnio oscila entre 9 y 45, donde una mayor puntuación equivale a una mayor gravedad de insomnio.

Tabla: 12

Fuente Fernández Domínguez JM. Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño.

ANEXO 6

Test de Pfeiffer

<u>Ítems</u>	<u>errores</u>
¿Qué día es hoy? -día, mes, año-	-----
¿Qué día de la semana es hoy?	-----
¿Dónde estamos ahora?	-----
¿Cuál es su número de teléfono?	-----
¿Cuál es su dirección? (preguntar solo si el paciente no tiene teléfono)	-----
¿Cuántos años tiene?	-----
¿Cuál es su fecha de nacimiento? día,mes,año	-----
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	-----
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	-----
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	-----
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0	
PUNTUACIÓN	20

INTERPRETACIÓN

- ✓ El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 ó más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo.

Tabla: 13

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

ANEXO 7

Test De Yesavage

1. En general ¿está satisfecho con su vida?	SI	NO
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI	NO
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI	NO
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SI	NO
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/desprotegido?	SI	NO
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	NO
11. En estos momentos ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SI	NO
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI	NO
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	SI	NO
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI	NO
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SI	NO
PUNTUACIÓN TOTAL – V5	3	
PUNTUACIÓN TOTAL – V15	6	

INTERPRETACIÓN

Existen dos versiones: -

- ✓ Versión de 15: Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13.

Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son:

- 0 - 4: Normal
- 5 ó +: Depresión –

- ✓ Versión de 5 ítems: Los ítems incluidos en esta versión son el 3, 4, 5, 8 y 13. Las

Tabla: 14
Fuente: Martínez de la Iglesia

ANEXO 8

Escala de Tinetti para Equilibrio

1. Equilibrio sentado 0: se inclina o se desliza de la silla 1: está estable y seguro	1
2. Levantarse de la silla 0: es incapaz sin ayuda 1: se debe ayudar con los brazos 2: se levanta sin usar los brazos	2
3. En el intento de levantarse 0: es incapaz sin ayuda 1: es capaz pero necesita más de un intento 2: es capaz al primer intento	2
4. Equilibrio de pie (los primeros 5 segundos) 0: inestable(vacila, mueve los pies, marcada oscilación del tronco) 1: estable gracias al bastón u otro auxilio para sujetarse 2: estable si soportes o auxilios	2
5. Equilibrio de pie prolongado 0: inestable(vacila, mueve los pies, marcada oscilación 1: estable pero con base de apoyo amplia (maléolos mediales mayores a 10cm) o usa auxiliar 2:estable con base de apoyo estrecha, sin soporte o auxilios	2
6. Romberg sensibilizado (con ojos abiertos, pies juntos, empujar levemente con la palma de la mano sobre el esternón del sujeto en 3 oportunidades) 0: comienza a caer 1: oscila, pero se endereza solo 2: estable	2
7. Romberg (con los ojos cerrados e igual que el anterior) 0: inestable 1:estable	1
8. Girar en 360° 0: con pasos disminuidos o movimientos no homogéneos 1:con pasos continuos o movimientos homogéneos 0: inestable (se sujeta, oscila) 1: estable	1
9. Sentarse 0: inseguro (equivoca distancia, cae sobre la silla) 1: usa los brazos o tiene movimiento discontinuo 2: seguro, movimiento continuo	2
PUNTUACIÓN	15

Escala de Tinetti para Marcha

1. Inicio de la deambulaci3n (inmediatamente despu3s de la partida) 0: con una cierta inseguridad o m3s de un intento 1: ninguna inseguridad	1
2. Longitud y altura de paso Pie derecho 0: durante el paso el pie derecho no supera al izquierdo 1: el pie derecho supera al izquierdo 0: el pie derecho no se levanta completamente del suelo 1: el pie derecho se levanta completamente del suelo Pie izquierdo 0: durante el paso el pie izquierdo no supera al derecho 1: el pie izquierdo supera al derecho 0: el pie izquierdo no se levanta completamente del suelo 1: el pie izquierdo se levanta completamente del suelo	1 1
3. Simetría del paso 0: el paso derecho no parece igual al izquierdo 1: el paso derecho e izquierdo parecen iguales	1
4. Continuidad del paso 0: interrumpido o discontinuo (detenciones entre los pasos) 1: continuo	1
5. Trayectoria 0: marcada desviaci3n 1: leve o moderada desviaci3n o necesita auxilios 2: ausencia de desviaci3n y de uso de auxilios	2
6. Tronco 0: marcada oscilaci3n 1: ninguna oscilaci3n, pero flexi3n rodillas, espalda y abre brazos durante la marcha 2: ninguna oscilaci3n ni flexi3n ni uso de brazos o auxilios	1
7. Movimiento en la deambulaci3n 0: los talones est3n separados 1: los talones casi se tocan durante la marcha	0
PUNTUACI3N	7

INTERPRETACI3N

- ✓ A mayor puntuaci3n mejor funcionamiento.
- ✓ M3xima puntuaci3n para la sub escala es de 12, para el equilibrio es de 16.
- ✓ La suma de ambas puntuaciones da la puntuaci3n para el riesgo de caídas

Tabla: 15
Fuente: Franch O.

ANEXO 9

Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM)

CATEGORIAS	DOMINIO	FIM TOTAL
Autocuidado 1. Alimentación 2. Arreglo personal 3. Baño 4. Vestido hemicuerpo superior 5. Vestido hemicuerpo inferior 6. Aseo perineal	Motor: 91 puntos	59
Control de esfínteres 7. Control de la vejiga 8. Control del intestino		
Movilidad 9. Traslado de la cama a la silla o silla de ruedas 10. Traslado en el baño 11. Traslado en la bañera o ducha		
Ambulación 12. Caminar/desplazarse en silla de ruedas 13. Subir y bajar gradas		
Comunicación 14. Comprensión 15. Expresión	Cognitivo: 35 puntos	35
Conocimiento social 16. Interacción social 17. Solución de problemas 18. Memoria		

INTERPRETACIÓN	
<p>✓ La FIM es una escala construida a partir de 7 niveles de funcionalidad, dos en los cuales no se requiere la ayuda humana y cinco en los que se necesita un grado progresivo de ayuda. Se han definido 18 items dentro de 6 áreas de funcionamiento: cuidado personal, control de esfínteres, movilidad, deambulaci3n, comunicaci3n y conocimiento social. La m3xima puntuaci3n de cada ítem es de siete y la m3nima de uno, por lo que el m3ximo obtenido ser3 de 126 y el m3nimo de 18</p>	
Dependencia completa	2: asistencia m3xima (mayor del 25% de independencia) 1: asistencia total (menor del 25% de independencia)

Tabla:16
Fuente: Forner Cordero I

ANEXO 10

Índice Lawton Y Brody

ASPECTO A EVALUAR	Puntuación
Puntuación total:	
CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO:	
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
- No es capaz de usar el teléfono	1
HACER COMPRAS:	
- Realiza todas las compras necesarias independientemente	0
- Realiza independientemente pequeñas compras	0
- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	1
- Totalmente incapaz de comprar	1
PREPARACIÓN DE LA COMIDA:	
- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	0
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	1
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	1
CUIDADO DE LA CASA:	
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	0
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	0
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	0
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa	0
- No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE LA ROPA:	
- Lava por sí solo toda su ropa	0
- Lava por sí solo pequeñas prendas	0
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE:	
- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	0
- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	0
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	0
- Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
- No viaja	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:	
- Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
- Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	1
- No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS:	
- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	0
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	0
- Incapaz de manejar dinero	0
Puntuación total	10

INTERPRETACIÓN

- ✓ Se puntúa cada área conforme a la descripción que mejor se corresponda con el sujeto. Por tanto, cada área puntúa un máximo de 1 punto y un mínimo de 0 puntos. La máxima dependencia estaría marcada por la obtención de 0 puntos, mientras que una suma de 8 puntos expresaría una independencia total.

Tabla:17

Fuente: Martínez Lage JM

ANEXO 11

Test de Apgar Familiar

	<u>Casi siempre</u>	<u>Algunas veces</u>	<u>Casi nunca</u>
Estoy contento de pensar que puedo reunir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa		X	
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de como compartimos los problemas		X	
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva direccion		X	
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y como responde a mis emociones, como colera tristeza y amor		X	
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos		X	

INTERPRETACIÓN

- ✓ Casi siempre: (2 puntos);
- ✓ Algunas veces. (1 punto);
- ✓ Casi nunca: (0 puntos).
- ✓ Las puntuaciones de cada una de las cinco preguntas se suman posteriormente.
- ✓ Una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia muy funcional,

Tabla: 18
Fuente: Miguel A. Suarez Cuba

ANEXO 12

Test De Duke-Ung

Instrucciones para el paciente: En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares			X		
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa			X		
3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo		X			
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede				X	
5. Recibo amor y afecto					X
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa		X			
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas y familiares		X			
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos		X			
9. Recibo invitación para distraerme y salir con otras personas		X			
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida		X			
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama				X	
PUNTUACIÓN TOTAL	31				

INTERPRETACIÓN

- ✓ consta de 11 ítems y una escala de respuesta tipo likert (1-5). El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos.
- ✓ La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. A menor puntuación, menor apoyo. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación < 32. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que

Tabla: 19

Fuente: Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNK functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients

ANEXO 13

Encuestas

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Le falta el aire al hacer algún tipo de actividad?	No, porque no realizó ninguna actividad, pero al subir gradas si me canso con facilidad.
¿Se agita al subir gradas?	Si
¿Ha empeorado la dificultad respiratoria recientemente?	No, respiro normalmente.
¿Al levantarse siente que le falta el aire?	No, no tengo problemas.
¿La dificultad respiratoria ocurre cuando está en reposo?	No
¿Utiliza usted tanque de oxígeno?	No utilizo
¿Sufre de ahogos durante las noches?	No, solo en el día siento que se me cierra la nariz.
¿Presenta tos?	No
¿Fuma o ha Fumado alguna vez en su vida?	Si, antes de sufrir la enfermedad fumaba mucho.
¿Cuántas veces ha fumado en su vida?	6 tabacos diarios

Tabla: 20
Autor: Investigadora
Fuente: Base de Datos

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cuántas veces al día come?	3 veces al día
¿Tiene algún horario específico de comidas?	No, como a cualquier hora
¿Tiene algún tipo de dieta?	Si, para diabético
¿Ha perdido el apetito?	Si
¿Es la disminución del apetito importante o leve?	Leve
¿Ha bajado de peso durante el último año?	Si,
¿Toma alguna vitamina?	No, por el momento
¿Le es fácil masticar los alimentos?	Si, tengo ausencia de piezas dentales.
¿Utiliza dentadura postiza?	No
¿Le es fácil deglutir los alimentos?	Si
¿Tiene náusea o vómito durante las comidas?	No

Tabla: 21
Autor: Investigadora
Fuente: Base de Datos

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Sufre de estreñimiento?	Si, dos días a la semana
¿Sufre de incontinencia fecal?	No
¿Ha utilizado algún tipo de laxante?	Si, la lactulosa
¿Qué características tiene sus heces?	Duras, café, y de mal olor
¿Ha sentido sensación de llenura y pesadez estomacal?	Si, algunas veces
¿Sufre de incontinencia urinaria?	No
¿Puede llegar al baño sin que se le escape la orina?	Si
¿De qué color es su orina?	Amarilla
¿Por las noches sale al baño?	Si
¿Cuántas veces en la noche va al baño?	3 veces
¿Suda mucho?	No

Tabla: 22

Autor: Investigadora

Fuente: Base de Datos

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Realiza alguna actividad o ejercicio físico?	SI () NO (X)
¿Necesita de ayuda para desplazarse de un lugar a otro?	SI () NO (X)
¿Qué equipo o dispositivo utiliza para desplazarse?	Mis Familiares
¿Realiza pequeñas caminatas durante el día?	SI (X) NO ()
¿Qué tiempo se dedica a caminar?	15 minutos al día
¿la mayor parte del día permanece sentado todo el día?	SI () NO (X)
¿Se le dificulta mantenerse de pie?	No
¿Se le dificulta coger las cosas?	No
¿Se agacha para coger algún objeto?	Si, pero se me hace un poco difícil levantarme.
¿Se mantiene recto?	Si
¿Tiene la energía necesaria para todo el día?	No, puedo exederme en hacer cosa que quisiera.

Tabla: 23
Autor: Investigadora
Fuente: Base de Datos

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?	Si
¿Cuántas horas duerme durante la noche?	5-6 horas
¿Duerme durante el día?	Si, media hora
¿En el día se siente cansado?	Si, porque en la tarde siente sueño
¿Toma medicamentos para dormir?	No
¿Se levanta cansado a pesar de dormir bien?	Ocasionalmente

Autor: Investigadora
Fuente: Base de Datos

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Escoge su ropa para vestirse?	SI (X) NO ()
¿Se puede desvestirse solo?	SI (X) NO ()
¿Se puede vestir solo?	SI (X) NO ()

Tabla: 24
Autor: Investigadora
Fuente: Base de Datos

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Ha presentado algún tipo de sensación de quemazón en el cuerpo?	No
¿Le es fácil adaptarse a cambios de temperatura?	Si
¿Qué medidas utiliza para los diferentes cambios de temperatura?	Cambio de ropa y cobijas abrigadas
¿En su hogar que temperatura tiene?	Hace frio

Tabla: 25
 Autor: Investigadora
 Fuente: Base de Datos

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cuántas veces se baña a la semana?	3 veces
¿Tiene ducha?	No
¿Necesita ayuda para bañarse?	SI () NO (X)
¿Cuántas veces en el día se lava los dientes?	1 vez al día
¿Necesita ayuda para lavarse los dientes?	SI () NO (X)
¿Utiliza cremas hidratantes para la piel?	SI () NO (X)
¿Cada que tiempo se corta las uñas?	Cada 15 días

Tabla: 26
 Autor: Investigadora
 Fuente: Base de Datos

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cómo se siente?	Intranquilo, desesperado, preocupado
¿Tiene alguna preocupación?	Si el no poder trabajar me preocupa
¿Piensa que se puede solucionar sus Problemas?	Si, tengo fe
¿Se siente útil en la familia?	Si, por la compañía
¿Usted se irrita con facilidad?	Ocasionalmente
¿Sufre de depresión?	Si
¿Cumple con todas las indicaciones médicas?	Si
¿Qué expectativas tiene?	Recuperar la salud
¿Cuenta con el apoyo y ayuda de su familia?	No, solo con mi hija mi familia se encuentra muy lejos.
¿Le es fácil recordar las cosas?	Si me es fácil
¿Cumple con las todas las vacunas?	Si
¿Ha sido hospitalizado?	Si

Tabla: 27
Autor: Investigadora
Fuente: Base de Datos

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Puede comunicarse perfectamente con los demás?	Si, pero me siento sólo
¿Cuándo usted habla le entiende con facilidad?	Si
¿Utiliza algún medio de comunicación para que le entiendan?	No
¿Tiene buena comunicación con su familia?	Si
¿Cómo trata los problemas cuando se presentan?	Afronta los problemas
¿Cuándo acude al Hospital le explican sobre su enfermedad?	Si

Tabla: 28
 Autor: Investigadora
 Fuente: Base de Datos

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Es usted religioso?	Si
¿Qué tan importantes es para usted la religión?	Muy importante
¿Cada que tiempo va a la iglesia?	Todos los domingos
¿Piensa que los valores son importantes para vivir?	Si
¿Tiene miedo a la muerte?	No

¿Qué piensa de la muerte?	Es liberarse el alma con el cuerpo.
¿Usted se encomienda a algo a alguien para mejorar su salud?	Si, a Dios y a los Santos.

Tabla: 29
Autor: Investigadora
Fuente: Base de Datos

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Trabaja?	SI () NO (X)
¿En qué trabajaba?	Chofer
¿Qué labores realiza en su casa?	Ninguna
¿Se siente útil?	No
¿Su familia le impide realizar algunas actividades?	Si, porque no puedo hacer fuerza.
¿Su enfermedad le permite realizar todas las actividades?	No
¿Cómo se siente usted al no poder realizar las actividades?	Me siento inútil sin poder hacer nada.

Tabla: 30
Autor: Investigadora
Fuente: Base de Datos

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Qué hace los fines de semana?	En ocasiones salgo al estadio, cuando mi hija me lleva.
¿Sale al parque?	Ocasionalmente
¿Con que frecuencia sale a distraerse?	1 vez al mes
¿Los fines de semana pasa solo o en compañía de sus familiares?	Sólo
¿Se siente aburrido en su casa?	Si

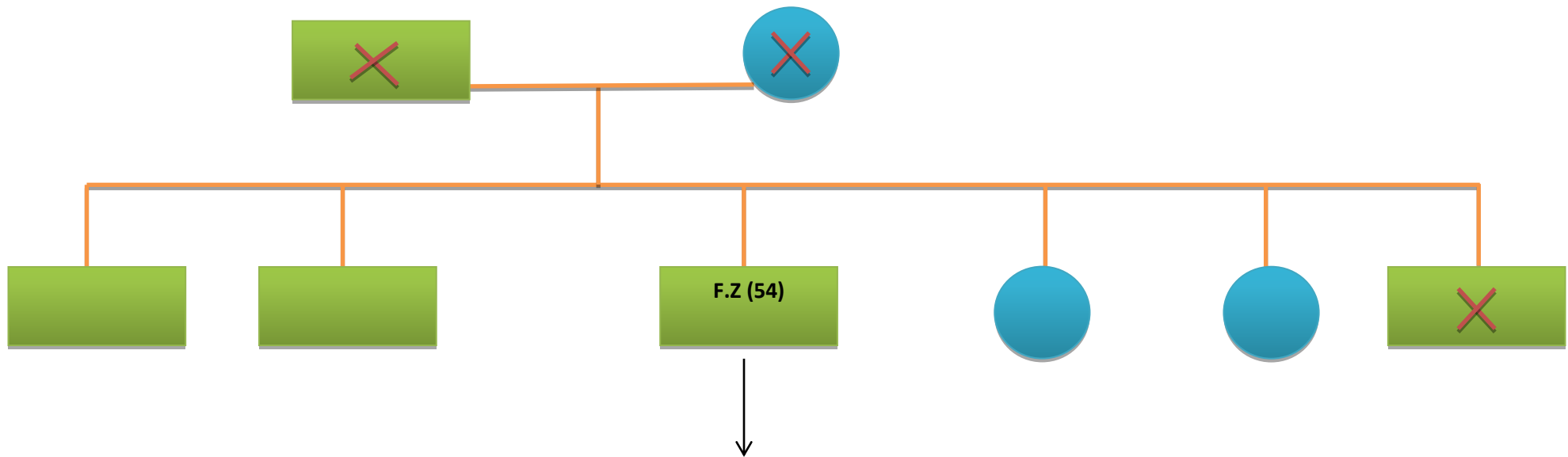
¿Se altera con facilidad?	Si
¿Utiliza alguna terapia para relajarse?	No
¿Qué actividad realiza para distraerse?	Ninguna

Tabla: 31
Autor: Investigadora
Fuente: Base de Datos

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cuáles son los estudios realizados?	Primaria
¿Sabe leer y escribir?	Si
¿Conoce acerca de su enfermedad?	Si
¿Toma sus propias decisiones acerca de su enfermedad?	Si
¿Realiza su tratamiento adecuadamente?	Si

Tabla: 32
Autor: Investigadora
Fuente: Base de Datos

ANEXO 14
FAMILIOGRAMA



Diabetes Mellitus tipo 2/Adenocarcinoma de páncreas

SIMBOLOGÍA	
	HOMBRE
	MUJER
	FALLECIDOS
	CASADOS

ANEXO 15

ECOMAPA

