



**SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y
HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA**

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA
ESTANDARIZADO
“PLACE”
PARA PACIENTES CON DIABETES MELLITUS**



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

PLACE ESTANDARIZADO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS

AUTORIZACION

DOCUMENTÓ:

Lic. Enf. Silvia Patricia González Ortiz y Col.

Vo. Bo:

Mtra. Ana Silvia Rodríguez Miranda

APROBÓ:

Dr. Juan Manuel Aragón Morales

AUTORIZÓ:

Dr. José Antonio Muñoz Serrano



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

DIRECTORIO EJECUTIVO

Dr. José Antonio Muñoz Serrano
Secretario de Salud y Director General del O.P.D. Servicios de Salud Jalisco

Dr. Juan Manuel Aragón Morales
Director General de Regiones Sanitarias y Hospitales

Dr. Ángel Silva Almaraz
Director de Supervisión y Asesoría

Mtra. Ana Silvia Rodríguez Miranda
Jefe del Departamento Estatal de Enfermería



**SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA**

COORDINADOR DEL EQUIPO

Lic. Enf. Silvia Patricia González Ortiz
Supervisora Estatal de Enfermería

EQUIPO COLABORADOR EN LA ELABORACIÓN DE PLACES

E.E.S.P. Laura Herminia Díaz Silva

P.S.S. Lic. Enf. Yolanda Esmeralda Gutiérrez Cortes.
Departamento Estatal de Enfermería

P.S.S. Lic. Enf. Claudia Berenice Pérez Dávalos.
Departamento Estatal de Enfermería



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

ÍNDICE

JUSTIFICACIÓN	6
RECOMENDACIONES DE USO	7
OBJETIVO	7
INSTRUCCIONES PARA EL USO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA "PLACE"	8
ESTANDARIZADO EN DIABETES MELLITUS	
GUIA PARA LA UTILIZACION DEL PLAN DE CUIDADOS "PLACE" ESTANDARIZADO.	10
HISTORIA NATURAL DE DIABETES MELLITUS	11
➤ CUADRO 1. HISTORIA NATURAL DE DIABETES MELLITUS	12
➤ CUADRO 2. NIVELES DE PREVENCION PARA LA DIABETES MELLITUS	13
RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO	14
PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS DE ENFERMERIA	
➤ DIAGNOSTICO: RIESGO DE NIVEL DE GLUCEMIA INESTABLE (00179)	16
➤ DIAGNOSTICO: RIESGO DE NIVEL DE GLUCEMIA INESTABLE (00179)	17
➤ DIAGNOSTICO: DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (00047)	18
➤ DIAGNOSTICO: RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (00046)	19
➤ DIAGNOSTICO: AFRONTAMIENTO INEFICAZ (00069)	20
➤ DIAGNOSTICO: DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL, INGESTA SUPERIOR A LAS NECESIDADES (00001)	21
➤ DIAGNOSTICO: PERFUSIÓN TISULAR PERIFÉRICA INEFICAZ (00204)	22
➤ DIAGNOSTICO: DETERIORO DE LA ELIMINACION URINARIA (00016)	24
➤ DIAGNOSTICO: DETERIORO DE LA AMBULACIÓN (00088)	26
➤ DIAGNOSTICO: RIESGO DE CAIDAS (00155)	27
➤ DIAGNOSTICO: GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD (00078)	28
➤ DIAGNOSTICO: NAUSEAS (00134)	29
➤ DIAGNOSTICO: BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL (00120)	30
➤ DIAGNOSTICO: ANSIEDAD (00146)	31
➤ DIAGNOSTICO: TRASTORNO DEL PATRON DE SUEÑO (00198)	32
➤ DIAGNOSTICO: ESTREÑIMIENTO (00011)	33
➤ DIAGNOSTICO: DISPOSICION PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS (00161)	34
GLOSARIO	35
BIBLIOGRAFÍA	37
ANEXO 1. PROCEDIMIENTOS PARA DETECCION Y DIAGNOSTICO DE DIABETES	38
ANEXO 2. CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO	39
ANEXO 3. GUIA DE VALORACION PARA EL PACIENTE ADULTO	40
ANEXO 4. GUIA DE VALORACION DEL PACIENTE PEDIATRICO	47
ANEXO 5. CURVA DE INTOLERANCIA A LA GLUCOSA Y PARAMETROS	53



JUSTIFICACIÓN

La profesión de la enfermería es una actividad innata y fundamental del ser humano en forma organizada, constituye una disciplina o ciencia sanitaria en sí misma, su responsabilidad esencial es ayudar a individuos y grupos a funcionar de forma óptima en cualquier estado de salud en que se encuentren, por lo que a través de los cuidados de enfermería se pretende Conservar, Mantener, Mejorar y Restaurar la Salud.

Puigvert y Cols, demostraron que la vinculación de las taxonomías NANDA, NOC Y NIC. Permiten homologar el lenguaje dentro de la práctica clínica y la necesidad de utilizar un lenguaje común con terminología estandarizada en relación con los diagnósticos enfermeros, intervenciones y resultados.

Cabe mencionar que en los últimos años, los sistemas sanitarios han sufrido un importante proceso de transformación y desarrollo, que exigen un cambio al profesional de la enfermería en su ejercicio ya que la atención que el paciente requiere, calidad, calidez, seguridad y conocimiento científico en la aplicación de los cuidados y es por ello que el profesional de la enfermería debe ofrecer servicios asistenciales efectivos con sentido humanitario dirigidos al cuidado de la salud de la persona, familia y comunidad

En este contexto se integran los planes de cuidados estandarizados, que proporcionaran a la enfermera y al enfermero en las unidades de atención, la guía para elaborar los planes individualizados, ya que es indispensable incorporar los procesos científicos a la práctica diaria del hacer de la enfermera.

El Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE) es el conjunto de actuaciones que realizan la enfermera y el enfermero, para la detección, descripción, planificación, tratamiento y evaluación de las respuestas humanas, y no sólo en las situaciones de enfermedad.

Las ventajas del uso de planes de cuidados de enfermería estandarizados son múltiples entre las que podemos mencionar:

1. Prevenir la variabilidad de la asistencia, mediante la normalización de la actividad de las enfermeras a través del establecimiento de un lenguaje común y una metodología homogénea que facilite la identificación de las intervenciones a aplicar a cada paciente, familia y entorno.
2. Disminuir la variabilidad permite aumentar la eficiencia y se permite la evaluación de los resultados mediante la incorporación de indicadores.
3. Mejorar la práctica enfermera asumiendo las recomendaciones basadas en la evidencia sobre la base del conocimiento científico actual.
4. Unificar los criterios en el sistema de trabajo de enfermería a través de los PLACE Estandarizados, encaminados a mejorar la calidad de la atención y seguridad del paciente en las diferentes unidades médicas de Secretaría de Salud Jalisco.
5. Cambiar la práctica con la aplicación del sistema estandarizado de la Taxonomía: NANDA, NIC, NOC.



RECOMENDACIÓN DE USO

El enfoque del Plan de Cuidados Estandarizados es una guía, que conlleva limitaciones debido a que en ellos no trabajan con individuos sino con abstracciones de individuos que se encuentran en una situación concreta, es por ello que cada plan de cuidados debe entenderse como una propuesta de mínimos que cada enfermera (o) debe adaptar a cada paciente y situación, es fundamental en los procesos garantizar la continuidad asistencial

Es importante mencionar que los diagnósticos de enfermería considerados en este Proceso Enfermero, no son los únicos que pudiesen presentar los pacientes con Diabetes Mellitus, pueden existir otros diagnósticos enfermeros y dependerá de otra sintomatología que manifiesten los pacientes con esta patología, que con la experiencia y la herramienta bibliográfica establecida pueden ser identificados y atendidos. Cabe mencionar que esto último es importante; y que existe la apertura ante cualquier observación, para revisión e inclusión a este Manual de Planes de Cuidados de Enfermería Estandarizados "PLACE" de Diabetes Mellitus.

OBJETIVO

Disponer de una herramienta metodológica con bases científicas en el proceso del cuidado enfermero, que garantice la mejora de la calidad del cuidado y favorezca la seguridad de los usuarios en los Servicios de Salud Jalisco.

Objetivos específicos:

1. Contar con una guía para estructurar, elaborar, implementar y evaluar el plan de cuidados de enfermería
2. Identificar el lenguaje disciplinario estandarizado fortaleciendo la comunicación eficaz y eficiente entre el gremio de profesionales de enfermería



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

**INSTRUCCIONES PARA EL USO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE)
ESTANDARIZADO EN DIABETES MELLITUS.**

PRESENTACIÓN:

EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE) ESTANDARIZADO EN DIABETES MELLITUS QUE SE PRESENTA ES UN DOCUMENTO ELABORADO PARA COMPLEMENTAR LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN LAS UNIDADES DE SALUD DE LA SSJ.

Cabe mencionar que el plan de referencia no contiene todos los posibles Diagnósticos de Enfermería que puede tener un paciente con Diabetes Mellitus y que el personal de enfermería buscará otras fuentes de consulta (NANDA, NIC, Y NOC) para fundamentar científicamente los cuidados de enfermería de otros diagnósticos que identifique. Con este documento se trata de agilizar la tarea de enfermería relacionada con los cuidados e intervenciones dependientes, independientes e interdependientes y todas aquellas acciones que se lleven a cabo para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

1.-OBJETIVO DE LAS INSTRUCCIONES:

Facilitar al personal de enfermería el uso del PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE) ESTANDARIZADO EN DIABETES MELLITUS para que aplique los cuidados de enfermería a los pacientes en las unidades de salud, en forma sistematizada y permanente.

2.-ESTÁ DIRIGIDO A:

Personal de enfermería de la S.S.J. que proporciona cuidados a pacientes con Diabetes Mellitus, para contribuir a su tratamiento.

3.- ¿CUANDO SE UTILIZA EL DOCUMENTO PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE) ESTANDARIZADO EN DIABETES MELLITUS?

Se recomienda que el personal de enfermería lo utilice cada vez que acuda a la cita el paciente con Diabetes Mellitus.

4.-EQUIPO Y MATERIAL

Expediente clínico del paciente

Equipo para toma de signos vitales y somatometría

Bolígrafo y lápiz para anotaciones

Plan de Cuidados Estandarizado

Glucómetro

Lanceta y tiras reactivas

Torundas alcoholadas

5.-PASOS A SEGUIR PARA UTILIZAR EL PLAN ESTANDARIZADO:

Como primera actividad la enfermera (o) hará la valoración del paciente adulto, que acuda a la Unidad de Salud en la cual se debe considerar:

PASO 1

Se realiza la Valoración del paciente, basada en la entrevista, la observación y/o la exploración física. Se anexa guía de valoración para el paciente adulto, así como la guía de valoración del paciente pediátrico (ANEXO 3 Y 4).

PASO 2

En el Cuadro de Razonamiento Diagnóstico se identifican los datos significativos, así como su agrupación que valida el diagnóstico de Enfermería que se seleccionará como prioritario

PASO 3

Una vez seleccionado el diagnóstico de Enfermería se realiza:

- Registro en el expediente, en la nota de evolución o en la hoja de enfermería según corresponda. Se anexa hoja de registros de enfermería (ANEXO 6 Y 7).



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

PASO 4

Identificar el resultado NOC en el formato del Plan de Cuidados de Enfermería., El NOC es el objetivo en forma de resultado que se espera obtener a través de la intervención de Enfermería.

PASO 5

Se selecciona el Indicador o los Indicadores con los cuales se medirá el resultado (sin registrarlos es un proceso mental necesario).

PASO 6

Para cumplir con cada uno de los indicadores seleccionados:

- Se consultan las intervenciones de enfermería (NIC) que se localizan en la parte inferior de cada plan de cuidado
- Se registra en el expediente en la hoja de evolución o nota de enfermería, la intervención prioritaria elegida y sus respectivas actividades

PASO 7

Se aplican las actividades seleccionadas al paciente de acuerdo a la intervención, que cumplirá con el Indicador.

PASO 8

Se evalúa el impacto de los cuidados de enfermería de acuerdo a las actividades realizadas en el paciente, tomando en como referencia estos parámetros.

1. *El paciente ha alcanzado el resultado esperado. Si - No*
2. *Está en proceso de alcanzar el resultado esperado Si - No*
3. *No ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a alcanzar. Si - No*

PASO 9

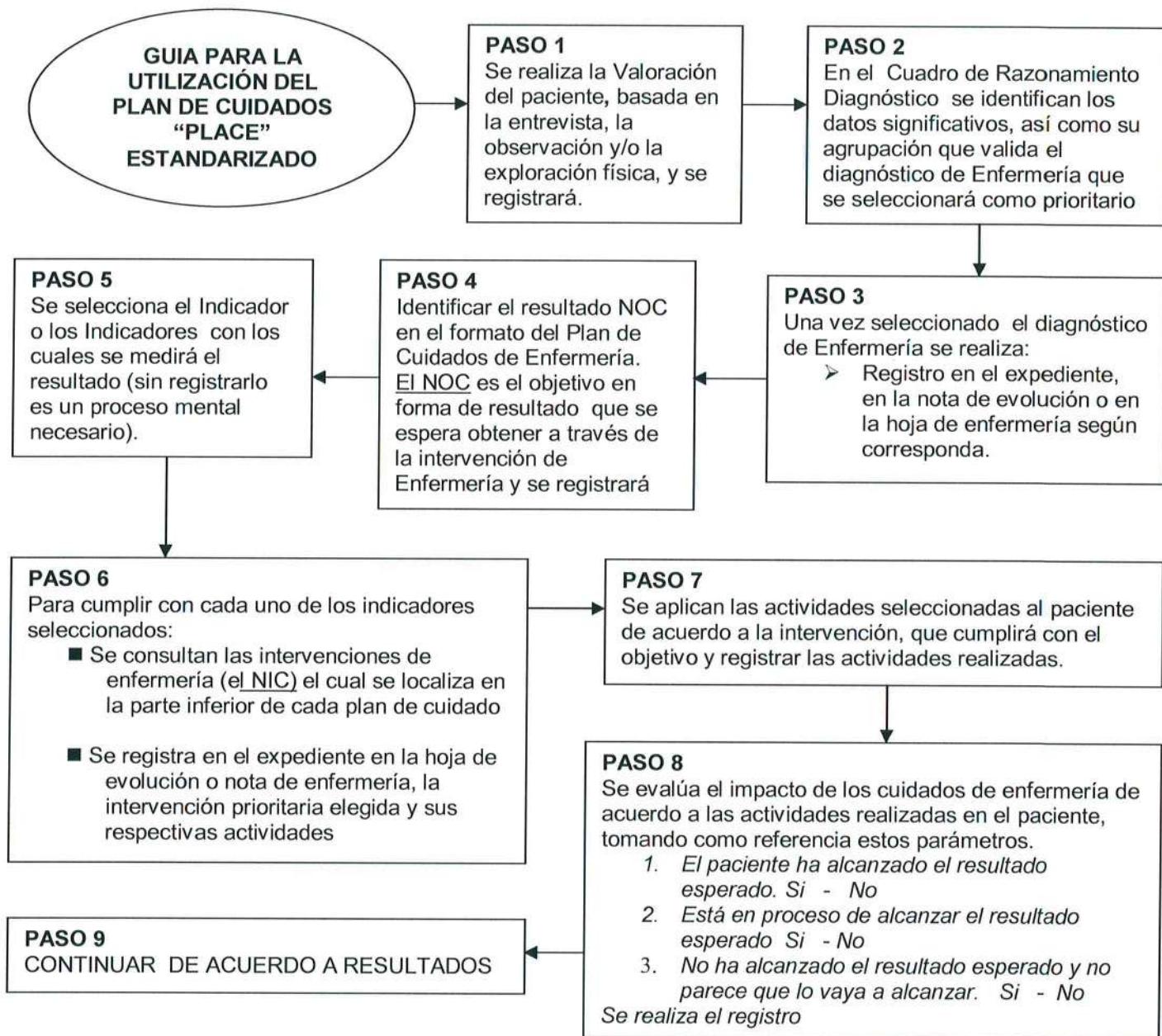
CONTINUAR DE ACUERDO A RESULTADOS



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

GUÍA PARA LA UTILIZACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS “PLACE” ESTANDARIZADO

OBJETIVO DE LA GÚIA DEL PLACE: Facilitar al personal de Enfermería el uso del Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE) ESTANDARIZADO a fin de que aplique los cuidados de enfermería Idóneos a los pacientes en las unidades de salud, en forma sistematizada y permanente



NOTA: Los diagnósticos ejecutados podrán ser retomados por la enfermera del siguiente turno o consulta o bien podrá aplicar un nuevo plan de cuidados valorando el estado de salud que presente en el momento de su atención.

Los PLACES de Enfermería sirven como una Guía, cualquier aportación puede ser recibida en las Oficinas Centrales de la Secretaría de Salud, en la Dirección General de Regiones Sanitarias y Hospitales, Dirección de Supervisión y Asesoría, del cual depende el Departamento Estatal de Enfermería, con domicilio en Dr. Baeza Alzaga No. 107, Col. Centro C.P. 44100 Guadalajara, Jalisco, México, o bien favor de comunicarse al Departamento Estatal de Enfermería, al teléfono 30 30 5000 en las ext. 35158 o 35159.



HISTORIA NATURAL DE DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica crónica y compleja que se caracteriza por deficiencia absoluta o relativa de insulina, hiperglucemia crónica y otras alteraciones del metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos.⁶ Con una relativa o absoluta deficiencia en la secreción de la insulina y grados variables de resistencia a esta. Es un padecimiento complejo que lleva implícito una serie de situaciones que comprometen el control en los pacientes, lo cual favorece el desarrollo de complicaciones, con los consecuentes trastornos en la calidad de vida, muertes prematuras e incremento en los costos de atención y tasas de hospitalización.

Las causas de la diabetes no están perfectamente aclaradas. Puede resultar como consecuencia del sobrepeso o de la herencia, así como de factores ambientales (virus y tóxicos) que a menudo actúan conjuntamente produciendo el mencionado déficit de insulina.

Existen tres tipos de Diabetes:

En la Diabetes tipo 1, el cuerpo no produce insulina. En la Diabetes tipo 2, el tipo más común, el cuerpo no produce o no usa la insulina adecuadamente. Las mujeres embarazadas también pueden desarrollar diabetes, la llamada diabetes gestacional. Sin suficiente insulina, la glucosa permanece en la sangre.

La historia clínica y la evolución nutricional, son herramientas para la identificación de los factores de riesgo de pacientes, y la obtención de los índices antropométricos así como la prueba de tamizaje (Destrostix), que de acuerdo a la valoración estandarizada permite la detección de casos sospechosos e incluso confirmatorios, son la base para continuar con la siguiente fase de estudio en las que se incluyen las pruebas bioquímicas, confirmatorias para establecer un diagnóstico oportuno y adecuado e iniciar un manejo multidisciplinario y modificar la historia natural de la enfermedad (ANEXO 1).

Todo paciente con sobrepeso y que además presente dos o más factores de riesgo deberá ser evaluado cada año a partir de los 20 años, con el cuestionario de factores de riesgo (ANEXO 2).



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

CUADRO 1. HISTORIA NATURAL DE DIABETES MELLITUS

PERIODO PREPATOGENICO	PERIODO PATOGENICO
<p>FACTORES QUE INTERRELACIONAN:</p> <p>FACTORES DEL AGENTE:</p> <ul style="list-style-type: none">I. Primaria: El origen genético, se considera que la Diabetes Mellitus se hereda como carácter autosómico recesivo y de penetración variable.II. Secundaria: comprende todos los casos de diabetes insulino privada consecutivos a daño pancreático. <p>FACTORES DEL HUESPED:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Es de tendencia hereditaria➤ Secundario a endocrinopatías➤ Excesos alimenticios➤ Alcoholismo➤ Multiparidad <p>FACTORES AMBIENTALES</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Stress➤ Sedentarismo➤ Hábitos dietéticos➤ Explosión demográfica➤ Se presenta por igual en todos los niveles socioeconómicos <p>ESTIMULO DESENCADENANTE</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Insulinorresistencia, es decir, la dificultad para que la insulina actúe en los tejidos, especialmente el muscular, adiposo y hepático.➤ Deficiencia relativa de la insulina➤ Deterioro de las células pancreáticas	<p>RESULTADO FINAL</p> <p>Se puede llegar a la muerte por algunas complicaciones agudas o crónicas no tratadas debidamente. Sus secuelas más graves son las amputaciones debido a lesiones de vasos periféricos no tratadas.</p> <p>ENFERMEDAD AVANZADA</p> <p>Es de presentación brusca, progresiva rápida y franca, instalación temprana de las secuelas irreversibles, inestable reacción a la terapia.</p> <p>Complicaciones agudas: cetoacidosis diabética, coma hiperosmolar, hipoglucemias, hiperglucemias.</p> <p>Complicaciones crónicas: neuropatías, retinopatías, antipatías.</p> <p>ENFERMEDAD DISCERNIBLE</p> <p>SIGLOS Y SINTOMAS</p> <p>Antecedentes diabéticos consanguíneos positivos o negativos, caracterizada por astenia, adinamia, somnolencia, polidipsia, poliuria, polifagia, disminución de peso, náuseas, vómito, visión borrosa, infecciones vaginales, disminución de la libido, movilidad dentaria, aborto frecuente, óbito, polihidramnios, mal formaciones macrosómicas, retardo de la cicatrización.</p>
	<p>HORIZONTE CLINICO</p> <p>PATOGENESIS TEMPRANA</p> <p>Prediabetes: Antecedentes familiares consanguíneos positivos, glaucoma capilar post glucosa con resultados entre 45 y 130 mg%.</p> <p>Latente: Antecedentes consanguíneos positivos, evidencia previa de intolerancia a carbohidratos durante estadios fisiológicos o patológicos transitorios encontrándose en el momento actual normalidad clínica y de laboratorio glucemia capilar post-glucosa.</p> <p>Subclínica: Antecedentes consanguíneos positivos, glucemia capilar pos-glucosa menor de 45 mg% o mayor de 130 mg% tomando en cuenta la curva de tolerancia a la glucosa (ANEXO 5).</p> <p>Diabetes tipo 1. Los individuos susceptibles expresan en las células beta del páncreas antígenos del tipo II de histocompatibilidad anormales, que son desconocidos por el sistema de inmunocompetencia del sujeto, iniciando un proceso de autoinmunidad agresivo de velocidad variable, que lleva a una reducción crítica de la masa de células beta y la expresión de la enfermedad.</p> <p>Diabetes tipo 2. La resistencia insulinica lleva a un incremento de la síntesis y secreción insulinica, e hiperinsulinismo compensatorio, capaz de mantener la homeostasis metabólica por años. Una vez que se quiebra el equilibrio entre resistencia insulinica y secreción, se inicia la expresión bioquímica (intolerancia a la glucosa) y posteriormente la diabetes clínica.</p>



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

CUADRO 2. NIVELES DE PREVENCION PARA LA DIABETES MELLITUS

PREVENCION PRIMARIA		PREVENCION SECUNDARIA		PREVENCION TERCIARIA
Promoción de la salud	Protección específica	Diagnóstico Precoz y tratamiento Oportuno	Limitación del daño	Curación y Rehabilitación
*Educación para la salud. *Buenas normas de alimentación y nutrición adecuada. *Previsión de condiciones adecuadas de casa, recreo y trabajo. *Información importante que juega la genética.	*Evitar matrimonios entre diabéticos. *Control de la obesidad. *Detección y control de los prediabéticos. *Adecuada higiene personal. *Uso de nutrientes específicos. *Protección contra los riesgos de trabajo. *Exámenes periódicos de salud.	*Realizar interrogatorio y exploración física adecuada al paciente y solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete necesarios. *En caso necesario elaborar estudio médico integral. *Descubrimiento de casos individuales en grupos de la población. *Estudio de grupos para detectar la enfermedad. *Exámenes periódicos selectivos a ciertos grupos de población. *Tratamiento inmediato y adecuado de los casos descubiertos.	*Adecuado tratamiento para detener la enfermedad y prevenir futuras complicaciones y secuelas, tales como: coma metabólico, infecciones, cardiovasculares, oculares, renales, neurológicas, provisión de facilidades con el fin de limitar la incapacidad y prevenir la muerte.	*Provisión de facilidades hospitalarias, comunitarias y familiares para adiestramiento y educación, con el fin de usar al máximo las capacidades remanentes. *Educación a la familia y la comunidad para utilizar al rehabilitado. *Trabajo como terapia en los hospitales. *Ubicación selectiva del rehabilitado.

RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

AGRUPACIÓN DE DATOS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	DOMINIO Y CLASE AFECTADOS
Falta de aceptación del diagnóstico Falta de adhesión al plan terapéutico de la diabetes estado de salud física Estado de salud mental Estrés Aumento o pérdida de peso	Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179)	Dominio: 2 Nutrición Clase: 4 Metabolismo
Destrucción de las capas de la piel Alteración de la superficie de la piel Invasión de las estructuras corporales Presión Sujeciones Inmovilización física Desequilibrio nutricional Deterioro de la circulación	Deterioro de la integridad cutánea (00047)	Dominio: 11 Seguridad/protección Clase: 2 Lesión física
Humedad Presión Sujeciones Inmovilización física Desequilibrio nutricional Deterioro de la circulación	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00046)	Dominio: 11 Seguridad/protección Clase: 2 Lesión física
Alto grado de amenaza Fatiga Falta de resolución de problemas Trastorno del sueño Expresión de incapacidad para el afrontamiento	Afrontamiento ineficaz (00069)	Dominio: 9 Afrontamiento /tolerancia al estrés Clase: 2 Respuestas de afrontamiento
Factores económicos y psicológicos. Incapacidad de absorber los nutrientes Dieta inadecuada Obesidad Deterioro del estado metabólico Falta de actividad física Cansancio de miembros inferiores	Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (00001)	Dominio: 2 Nutrición Clase: 1 Ingestión
Conocimientos deficientes sobre el proceso de su enfermedad Diabetes Mellitus Sedentarismo Alteración de la función motora Alteración de las características de la piel Cambios de la presión arterial en las extremidades Retraso en curación de heridas periféricas Edema Dolor en extremidad	Perfusión tisular periférica ineficaz (00204)	Dominio 4: Actividad/reposo Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar
Infección en vías urinarias Disuria Poliuria Nicturia	Deterioro de la eliminación urinaria (00016)	Dominio 3: Eliminación e intercambio Clase: 1 Función urinaria
Miedos Caídas Deterioro de la visión Dolor en extremidades Deterioro de la habilidad para caminar sobre superficies irregulares	Deterioro de la ambulación (00088)	Dominio: 4 Actividad/reposo Clase: 2 Actividad/ejercicio



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

AGRUPACIÓN DE DATOS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA	DOMINIOS Y CLASES
Historia de caídas Edad Vértigo Somnolencia diurna Obesidad Medicamentos Disminución de fuerza en las extremidades Cambios de la glucemia posprandial.	Riesgo de caídas (00155)	Dominio 11: seguridad protección Clase 2: lesión física
Conflicto de decisiones Dificultades económicas Demandas excesivas Fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo	Gestión ineficaz de la propia salud (00078)	Dominio: 1 Promoción de la salud Clase: 2 Gestión de la salud
Ansiedad Fármacos Dieta Inadecuada Sensación e informe de náuseas Sabor agrio en boca	Náuseas (00134)	Dominio: 12 Confort Clase: 1 Control físico
Conductas inconsistentes con los valores Deterioro funcional Falta de reconocimiento Evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar los acontecimientos	Baja autoestima situacional (00120)	Dominio: 6 Autopercepción Clase: 2 Autoestima
Ansiedad Falta de actividad física Edad Irritabilidad	Ansiedad (00146)	Dominio: 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés Clase: 2 Respuesta de afrontamiento
Insomnio ocasional Nicturia Hipoglucemia Medicamentos Pesadillas ocasionales Somnolencia diurna Cambio en el patrón normal del sueño Quejas verbales de no descansar bien	Trastorno del patrón del sueño (00198)	Dominio: 4 Actividad/reposo Clase: 1 Sueño/reposo
Actividad física insuficiente Obesidad Aporte insuficiente de líquidos Aporte insuficiente de fibra Malos hábitos Cambios en el patrón intestinal Disminución del volumen de heces Eliminación de heces duras, secas y formadas Sonidos abdominales hiperactivos Dolor al defecar	Estreñimiento (00011)	Dominio: 3 Eliminación/intercambio Clase: 2 Función gastrointestinal
Conductas congruentes con los conocimientos Manifiesta interés en el aprendizaje	Disposición para mejorar los conocimientos (00161)	Dominio: 5 Percepción/cognición Clase: 4 Cognición



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

PLAN DE CUIDADOS
DIAGNOSTICO: RIESGO DE NIVEL DE GLUCEMIA INESTABLE

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DIABETES MELLITUS				
DOMINIO: 2 Nutrición	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA): Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179) DEFINICION: Riesgo de variación de los límites normales de los niveles de glucosa/azúcar en sangre. FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): Falta de aceptación del diagnóstico, falta de adhesión al plan terapéutico de la diabetes, estado de salud física, estado de salud mental, estrés, aumento o pérdida de peso.	ETIQUETA: Estado nutricional: determinaciones bioquímicas (1005) DEFINICION: Componentes de líquidos del organismo e índices químicos del estado nutricional DOMINIO: Salud fisiológicas (II) CLASE: Nutrición (K)	(182007) Prevención de hiper glucemia (182010) Prevención de hipoglucemia	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.	Mantener a: Aumentar a:

INTERVENCIÓN (NIC): Asesoramiento nutricional (5246)	INTERVENCIÓN (NIC) Enseñanza medicamentos prescritos (5616)
ACTIVIDADES * Disponer una visita/consulta a otros miembros del equipo de cuidados, si procede. * Colaborar la ingesta y hábitos alimentarios del paciente. * Ayudar al paciente a registrar lo que suele comer en un periodo de 24 hrs. * Comentar gustos y aversiones del paciente. * Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar.	ACTIVIDADES * Informar al paciente tanto el nombre genérico como el comercial de cada medicamento. * Informar al paciente a cerca del propósito y acción de cada medicamento. * Introducir al paciente a cerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicamento. * Introducir al paciente a cerca de la administración, aplicación de cada medicamento. * Enseñar al paciente a realizar los procedimientos necesarios antes de tomar la medicación (comprobar el pulso y el nivel de glucosa).
INTERVENCIÓN (NIC): Manejo hipoglucemia (2130)	INTERVENCION (NIC): Manejo de hiper glucemia (2120)
ACTIVIDADES * Identificar al paciente con riesgo de hipoglucemia * Determinar signos y síntomas de la hipoglucemia * Verificar niveles de glucosa en sangre si esta indicado * Enseñar al paciente y familia los signos y los síntomas, factores de riesgo y tratamiento de la hipoglucemia * Aconsejar al paciente que disponga de hidratos de carbono simples en todo momento * Indicar al paciente que debe obtener y llevar identificación médica de emergencia adecuada. * Fomentar el autocontrol de los niveles de glucosa en sangre. * Informar al paciente del aumento del riesgo.	ACTIVIDADES * Observar si hay síntomas de hiper glucemia. * Fomentar el autocontrol en los niveles de glucosa en sangre. * Identificar las causas posibles de la hiperglucemia. * Ayudar al paciente a identificar los niveles de glucosa en sangre. * Instruir al paciente o al cuidador a cerca de la actuación con la diabetes durante la enfermedad incluyendo; uso de insulina, o antidiabéticos orales, control de la ingesta de líquidos remplazo de los hidratos de carbono y cuando debe solicitarse asistencia sanitaria profesional. * Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y ejercicio.



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO: RIESGO DE NIVEL DE GLUCEMIA INESTABLE

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DIABETES MELLITUS				
DOMINIO: 2 Nutrición		CLASE: 4 Metabolismo		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA): Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179)	ETIQUETA: Conocimientos control de la diabetes (1820)	(182031) Signos y síntomas de enfermedad precoz.	1.Ningún conocimiento 2.Conocimiento escaso 3.Conocimiento moderado 4.Conocimiento sustancial 5.Conocimiento extenso	Mantener a: Aumentar a:
DEFINICION: Riesgo de variación de los límites normales de los niveles de glucosa/azúcar en sangre.	DEFINICION: Grado de comprensión transmitida sobre la diabetes mellitus su tratamiento y la prevención de complicaciones.	(182002) Papel de la nutrición en el control de la glucemia		
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): Falta de aceptación del diagnóstico, falta de adhesión al plan terapéutico de la diabetes, estado de salud física, estado de salud mental, estrés, aumento o pérdida de peso.	DOMINIO: Conocimiento y conducta de salud (IV) CLASE: Conocimientos sobre salud (S)	(182007) Prevención de hiper glucemia (182010) Prevención de hipoglucemia		
CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS):				

INTERVENCIÓN (NIC):)Asesoramiento nutricional (5246)	INTERVENCIÓN (NIC): Enseñanza: dieta preescrita (5614)
* Discutir los hábitos de la compra de comidas y los límites de presupuesto. * Valorar el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares. * Ayudar al paciente a expresar sentimientos e inquietudes de la consecución de las metas. * Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos. * Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio de estado nutricional. * Proporcionar información si es necesario.	* Conocer los sentimientos/actitud del paciente/ acerca de la dieta prescrita y del grado de cumplimiento dietético esperado. * Explicar el propósito de la dieta. * Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas si resulta posible. * Observar la selección de alimentos adéqualos a la dieta preescrita por parte del paciente. * Proporcionar un plan por escrito de comidas si procede. * Remitir al paciente a un dietista/ experto en nutrición si es posible. * Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados.
INTERVENCIÓN (NIC): Manejo hipoglucemia (2130)	INTERVENCION (NIC): Manejo de hiper glucemia (2120)
* Identificar al paciente con riesgo de hipoglucemia. * Determinar signos y síntomas de la hipoglucemia. * Verificar niveles de glucosa en sangre si esta indicado. * Enseñar al paciente y familia los signos y los síntomas, factores de riesgo y tratamiento de la hipoglucemia. * Aconsejar al paciente que disponga de hidratos de carbono simples en todo momento. * Indicar al paciente que debe obtener y llevar identificación médica de emergencia adecuada. * Fomentar el autocontrol de los niveles de glucosa en sangre. * Informar al paciente del aumento del riesgo.	* Observar si hay síntomas de hiper glucemia. * Fomentar el autocontrol en los niveles de glucosa en sangre. * Identificar las causas posibles de la hiper glucemia. * Ayudar al paciente a identificar los niveles de glucosa en sangre. * Instruir al paciente o al cuidador a cerca de la actuación con la diabetes durante la enfermedad incluyendo; uso de insulina, o antidiabéticos orales, control de la ingesta de líquidos remplazo de los hidratos de carbono y cuando debe solicitarse asistencia sanitaria profesional. * Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y ejercicio.



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO: DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DIABETES MELLITUS				
DOMINIO: 11 Seguridad/protección		CLASE: 2 Lesión física		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA): Deterioro de la integridad cutánea (00047)	ETIQUETA: Integridad tisular, piel y membranas mucosas (1101)	(110113) Integridad de la piel. (110102) Sensibilidad.	1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido	Mantener a: Aumentar a:
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): Destrucción de las capas de la piel, alteración de la superficie de la piel e invasión de las estructuras corporales.	DEFINICION: Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.	DOMINIO: Salud fisiológica (II)		
CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS): Factores mecánicos, presión, sujeciones. Inmovilización física. Desequilibrio nutricional. Deterioro de la circulación.	CLASE: Integridad tisular (L)			

INTERVENCIÓN (NIC): Cuidado de las heridas (3660)	INTERVENCIÓN (NIC): Vigilancia de la piel (3590)
ACTIVIDADES * Inspección diaria de la herida. * Irrigar con suero fisiológico. * Evitar con soluciones abrasivas sobre la herida (yodo, agua oxigenada, mercurocromo). * Aplicar tratamientos según las características y grado de evolución de la lesión. * Evita presión sobre la zona de lesión. * Indicar reposo si procede. * Optimizar el control metabólico. * Continuar cuidados preventivos.	ACTIVIDADES * Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las membranas mucosas. * Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a un paciente con riesgo de perdida de integridad de la piel ejemplo escala de Braden. * Vigilar el color y la temperatura de la piel. * Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel. * Observar si hay zonas de presión y fricción. * Observar si la ropa queda ajustada. * Tomar medidas para evitar mayor deterioro.
INTERVENCIÓN (NIC): Monitoreo de las extremidades inferiores (3680)	INTERVENCIÓN (NIC): Cuidados del paciente amputado (3420)
ACTIVIDADES * Examinar si en la piel hay evidencia de poca higiene. * Examinar si en las extremidades hay señales de edema. * Determinar el color, la temperatura, la hidratación el crecimiento del vello, la textura y las grietas o fisuras de la piel. * Examinar si entre los dedos de los pies hay maceración, roturas o fisuras. * Determinar el estado de movilidad. * Examinar si en el pie hay evidencias de presión. * Determinar el tiempo en el llenado capilar. * Palpar el pulso pedio y tibio posterior. * Observar la adecuación de zapatos. * Observar la adecuación de calcetines. * Vigilancia continua de extremidades inferiores.	ACTIVIDADES *Asegurarse de que el paciente comprende y acepta la necesidad de cirugía de amputación antes de la cirugía, si es posible. *Dar información y apoyo antes y después de la cirugía *Colocar el muñón en posición corporal adecuada *Evitar alterar el vendaje del muñón inmediatamente después de la cirugía mientras no haya fugas o signo de infección *Envolver el muñón, según corresponda *Favorecer un muñón suave de forma cónica por medio de vendaje para un correcto encaje de protesis Observar si existe dolor de miembro fantasma Administrar varios tipos de control del dolor, según sea necesario para proporcionar comodidad, antes y después de la cirugía Enseñar al paciente a informar sobre signos y síntomas de circulación alterada Vigilar la curación de la herida en el sitio de incisión Ayudar al paciente con los ejercicios de margen de movimientos, si fuera necesario Valorar los ajustes del paciente a los cambios de imagen corporal.



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO: RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DIABETES MELLITUS				
DOMINIO: 11 Seguridad/protección		CLASE: 2 Lesión física		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA): Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00046)	ETIQUETA: Control de riesgo (1902)	(190204) Desarrolla estrategias de control de riesgo efectivas.	1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado.	Mantener a: Aumentar a:
DEFINICION: Alteración de la dermis y/o epidermis.	DEFINICION: Son acciones personales para prevenir, eliminar o reducir amenazas para la salud modificables.	(190206) Se compromete con estrategias de control del riesgo.		
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): Humedad. Factores mecánicos (presión, sujeciones, inmovilización física). Desequilibrio nutricional. Deterioro de la circulación.	DOMINIO: Conocimiento y conductas de salud (IV)	(190208) Modifica estilo de vida para reducir riesgo.		
CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS):	CLASE : Control de riesgo y seguridad (T)	(190213) Utiliza los servicios sanitarios de forma congruente cuando los necesita.		

INTERVENCIÓN (NIC): Enseñanza cuidado de los pies (5603)	INTERVENCIÓN (NIC): Identificación de riesgos (6610)
ACTIVIDADES * Proporciona información con el nivel de riesgo. * Ayuda a desarrollar un plan para la valoración y cuidado diario de los pies en casa. * Recomendar que explore diariamente toda la superficie de los pies y entre los dedos e inspeccionar manualmente el calzado. * Recomendar lavar los pies con agua a una temperatura menor de 38grados C., con jabón suave. * Recomendar secado exhaustivo, sobre todo entre los dedos. * Aplicar crema hidratante, aconsejar limado de uñas, aconsejar visitar al podólogo en caso de durezas, callosidades y problemas con las uñas. * Aconsejar zapatos y calcetines adecuados. * Prevenir posibles causas de lesión en pies. * Aconsejar acudir con la enfermera en caso de lesión de pies	ACTIVIDADES *Instaurar una valoración sistemática de riesgos mediante instrumentos fiables y validos. *Revisar el historial medico y los documentos del pasado para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales y anteriores. *Mantener los registros y estadísticas precisos. Determinar la presencia y calidad del apoyo familiar. *Determinar la presencia/ausencia de necesidades vitales básicas. * Determinar el cumplimiento con el tratamiento médico y de cuidados. * Planificar las actividades de disminución de riegos en colaboración con el individuo. *Utilizar acuerdos con el paciente, si procede.
INTERVENCIÓN (NIC): Protección contra las infecciones (6550)	
ACTIVIDADES *Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. *Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones. *Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo en el hogar. *Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en zonas edematosas. *Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel. *observar si hay cambios en el nivel de vitalidad/malestar. *fomentar un aumento de la movilidad y los ejercicios, si procede. *Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.	



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO: AFRONTAMIENTO INEFICAZ

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DIABETES MELLITUS				
DOMINIO: 9 Afrontamiento /tolerancia al estrés	CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO (NOC)			
ETIQUETA (PROBLEMA): Afrontamiento ineficaz (00069)	ETIQUETA: Afrontamiento de problemas (1302)	(130213) Verbaliza sensación de control.	1. Nunca demostrado.	Mantener a:
DEFINICION: Incapacidad para formular una apreciación valida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practica y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.	DEFINICION: Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.	(130207) Modifica el estilo de vida cuando se requiere para reducir el estrés.	2. Raramente demostrado.	Aumentar a:
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación. Alto grado de amenaza.	DOMINIO: Salud psicosocial (III)	(130212) Utiliza estrategias de superación efectivas.	3. A veces demostrado.	
CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS): Fatiga. Falta de resolución de problemas. Trastornó del sueño. Expresiones de incapacidad para el afrontamiento.	CLASE: Adaptación psicosocial (N)	(130204) Refiere disminución de los síntomas físicos de estrés.	4. Frecuentemente demostrado.	
			5. Siempre demostrado.	

INTERVENCIÓN (NIC): Apoyo emocional (5270)	INTERVENCIÓN (NIC): Aumentar el afrontamiento (5230)
ACTIVIDADES * Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo. * Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo. * Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. * Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza. * Animar al paciente a que exprese los sentimientos de culpa o vergüenza. * Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. * Remitir a servicios de asesoramiento si se precisa.	ACTIVIDADES * Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. * Disponer un ambiente de aceptación. * Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones. * Facilitar las salidas conductivas a la ira y la hostilidad. * Presentar al paciente personas o grupos que hayan pasado por la misma experiencia. * Fomentar un dominio gradual de la situación.
INTERVENCIÓN (NIC): Grupo de apoyo (5430)	
ACTIVIDADES * Determinar un objetivo del grupo y la naturaleza del proceso grupal. * Clarificar desde el principio las metas del grupo y las responsabilidades de sus miembros y de un líder. * Forma un grupo de tamaño óptimo de 5 a 12 miembros. * Establecer una hora y un lugar para reuniones grupales. * Tratar la cuestión de asistencia obligatoria. * Reunirse en sesiones de 1 a 2 horas si procede. * Fomentar la expresión de ayuda mutua.	



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO: DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA SUPERIOR A LAS NECESIDADES

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DIABETES MELLITUS				
DOMINIO: 2 Nutrición		CLASE: 1 Ingestión		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA): Desequilibrio nutricional, ingesta superior a las necesidades (00001)	ETIQUETA: Conducta de adhesión (1600) DEFINICION: Acciones auto iniciadas para fomentar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación óptimas	(160013) Describe razones para desviarse del régimen. (160011) Realiza actividades de la vida diaria compatibles con su energía y tolerancia.	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	Mantener a: Aumentar a:
FACTORES RELACIONADOS Factores económicos y psicológicos. Incapacidad de absorber los nutrientes.	DOMINIO: Conocimiento y conducta de salud (IV) CLASE: Conducta de salud (Q)			
CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS): Dieta inadecuada. Obesidad. Deterioro del estado metabólico. Falta de actividad física. Cansancio de miembros inferiores.				

INTERVENCIÓN (NIC): Asesoramiento nutricional (5246)	INTERVENCIÓN (NIC): Fomento del ejercicio (0200)
ACTIVIDADES * Discutir los hábitos de la compra de comidas y los límites de presupuesto. * Valorar el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares. * Ayudar al paciente a expresar sentimientos e inquietudes de la consecución de las metas. * Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos. * Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio de estado nutricional. * Proporcionar información si es necesario.	ACTIVIDADES * Informar al individuo de los beneficios a la salud y efectos psicológicos del ejercicio. * Instruir al individuo del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud en colaboración con el médico. * Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuados a sus necesidades. * Instruir al individuo acerca de la frecuencia duración e intensidad de los ejercicios. * Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
INTERVENCIÓN (NIC): Enseñanza: dieta preescrita (5614)	
ACTIVIDADES * Conocer los sentimientos/actitud del paciente/ acerca de la dieta prescrita y del grado de cumplimiento dietético esperado. * Explicar el propósito de la dieta. * Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas si resulta posible. * Observar la selección de alimentos adécuados a la dieta preescrita por parte del paciente. * Proporcionar un plan por escrito de comidas si procede. * Remitir al paciente a un dietista/ experto en nutrición si es posible. * Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados.	



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO: PERFUSIÓN TISULAR PERIFÉRICA INEFICAZ (00204)

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DIABETES MELLITUS				
DOMINIO: 4 Actividad/reposo		CLASE: 4 Respuesta cardiovascular/pulmonar		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA): Perfusión tisular periférica ineficaz (00078)	ETIQUETA: Conducta de fomento de la salud (1602)	(160201) Utiliza conductas para evitar los riesgos.	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	Mantener a: Aumentar a:
DEFINICION: Disminución de la circulación sanguínea periférica que puede comprometer la salud.	DEFINICION: Acciones personales para mantener o aumentar el bienestar	(160207) Realiza los hábitos sanitarios correctamente.		
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): Conocimientos deficientes sobre el proceso de su enfermedad. Diabetes Mellitus. Sedentarismo.	DOMINIO: Conocimiento y conducta de la salud (IV)	(160217) Evita la exposición a infecciones.		
CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS): Alteración de la función motora. Alteración de las características de la piel. Cambios de la presión arterial en las extremidades. Retraso en curación de heridas periféricas. Edema. Dolor en extremidad.	CLASE: Conducta de salud (Q)			

INTERVENCIÓN (NIC): Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa (4066)	INTERVENCIÓN (NIC): Monitorización de las extremidades inferiores (3480)
ACTIVIDADES * Evaluar edemas y los pulsos periféricos. * Examinar los miembros inferiores en busca de solución de continuidad del tejido. * Realizar los cuidados de la herida (desbridamiento, terapia antimicrobiana). * Enseñar al paciente la importancia de la terapia de compresión. * Animar al paciente a realizar ejercicios de series de movimientos pasivos o activos, en especial de las extremidades inferiores, mientras está en cama. * Proteger la extremidad de lesiones. * Enseñar al paciente a cuidarse los pies adecuadamente.	ACTIVIDADES * Examinar cambios en las uñas de los dedos de los pies. * Examinar evidencias de presión (enrojecimiento localizado, aumento de temperatura, ampollas). * Preguntar si hay (entumecimiento hormigueo o quemazón). * Observar movilidad articular (dorsiflexión del tobillo y movimiento de la articulación subtalar). * Utilizar el nivel de riesgo de lesión como guía para determinar derivaciones adecuadas.

INTERVENCIÓN (NIC): Cuidados de los pies (1660)
ACTIVIDADES * Inspeccionar grietas, irritación, lesiones, callosidades y deformidades en las extremidades. * Inspeccionar el calzado del paciente para ver si calza correctamente. * Enseñar a secar cuidadosamente los espacios interdigitales y limpieza de uñas. * Comentar con el paciente la rutina habitual del cuidado de los pies. * Enseñar al paciente a inspeccionar el interior del zapato por si hay zonas ásperas. * Comprobar nivel de hidratación de los pies. * Instruir al paciente sobre la importancia de la inspección, especialmente cuando disminuya la sensibilidad. * Enseñar a cortar las uñas de los pies de grosor normal cuando están blandas, con un cortaúñas y utilizando la curva del dedo como guía.



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO: DETERIORO DE LA ELIMINACION URINARIA (00016)

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DIABETES MELLITUS				
DOMINIO: 3 Eliminación/ intercambio	CLASE: 1 Función urinaria	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA) ETIQUETA (PROBLEMA): Deterioro de la eliminación urinaria (00016) DEFINICION: Disfunción en la eliminación urinaria. FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): Infección del tracto urinario	RESULTADO (NOC) ETIQUETA: Eliminación urinaria (0503) DEFINICION: Recogida y descarga de orina. DOMINIO: Eliminación (F) CLASE: Salud fisiológica (II)	INDICADOR (050301) Patrón de eliminación (050302) Olor de la orina (050304) Color de la orina (050305) Claridad de la orina (050307) Ingesta de líquidos (050305) Partículas visibles en la orina (05029) Sangre visible en el a orina (050330) Quemazón al orinar (050331) Micción frecuente (050333) Nicturia (050312) Incontinencia urinaria ETIQUETA: Control del riesgo: proceso infeccioso (1924) DEFINICION: Acciones personales para prevenir, eliminar o reducir la amenaza de una infección. DOMINIO: Conocimiento y conducta de salud (IV) CLASE: Control del riesgo y seguridad (T)	ESCALA DE MEDICIÓN 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	Mantener a: Aumentar a:
CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS): Poluria Nicturia Disuria				

INTERVENCIÓN (NIC): Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none">*Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.*Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y fisiología según cada caso*Revisar el conocimiento del paciente sobre su estado*Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad si procede*Explorar con el paciente lo que ya ha hecho para controlar los síntomas*Describir el proceso de la enfermedad, si procede*Identificar etiologías posibles si procede*Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.*Describir el fundamento de las recomendaciones del tratamiento*Describir las futuras complicaciones crónicas, si procede*Enseñar al paciente medidas para controlar/ minimizar síntomas si procede.*Reforzar información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidados, si procede.	



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

INTERVENCIÓN (NIC): Control de infecciones (6540)

ACTIVIDADES

- *Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos.
- *Poner en práctica precauciones universales.
- *ENSEÑAR al paciente a obtener muestras de orina a mitad de la micción al primer síntoma de retorno, si procede.
- *Fomentar una ingesta nutricional adecuada.
- *Fomentar la ingesta de líquidos, si procede.
- *Ordenar al paciente que tome antibióticos según prescripción.
- *Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informarse de ellos.
- *ENSEÑAR al paciente y a la familia a evitar infecciones.



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO: DETERIORO DE LA AMBULACIÓN (00088)

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DIABETES MELLITUS				
DOMINIO: 4 Actividad/reposo		CLASE: 2 Actividad/ejercicio		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA): Deterioro de la ambulación (00088) DEFINICION: Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno.	ETIQUETA: Ambular (0200) DEFINICION: Capacidad para caminar de un sitio a otro independientemente con o sin mecanismo de ayuda DOMINIO: Salud funcional (I) CLASE: Movilidad (C)	(020001) Camina con marcha eficaz. (020003) Caminar paso a paso lento. (020011) Camina distancias moderadas.	1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido	Mantener a: Aumentar a:
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): Miedos. Caídas. Deterioro de la visión. Dolor en extremidades. CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS): Deterioro de la habilidad para caminar sobre superficies irregulares.				

INTERVENCIÓN (NIC): Manejo del dolor (1400)	INTERVENCIÓN (NIC): Monitorización de las extremidades inferiores (3480)
ACTIVIDADES * Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. * Explorar con el paciente los factores que alivian / empeoran el dolor. * Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía o falta de conocimiento). * Enseñar los principios del control del dolor. * Enseñar métodos farmacológicos de alivio del dolor.	ACTIVIDADES * Examinar si en las extremidades inferiores hay presencia de edema. * Examinar si entre los dedos de los pies hay maceración, rotura o fisura. * Determinar el estado de movilidad (caminar sin ayuda, caminar con mecanismos de ayuda, o no andar/ utilizar silla de ruedas). * Palpar los pulsos medio y tibial posterior. * Realizar una vigilancia continua de la extremidad inferior para determinar las necesidades de derivación como mínimo 4 veces al año.
INTERVENCIÓN (NIC): Terapia de ejercicios: ambulación (0221)	INTERVENCION (NIC): Fomento de ejercicios: entrenamiento de extensión (0201)
ACTIVIDADES *Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la de ambulación y evite lesiones. * Colocar una cama de baja altura. * Consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de ambulación segura. * Instruir al paciente-acerca de las técnicas de traslado y de ambulación seguras. * Fomentar una de ambulación independiente dentro de los límites de seguridad.	ACTIVIDADES *Ayudar a fijar objetivos realistas a corto y largo plazo y dominio del programa de ejercicios. * Ayudar a obtener los recursos necesarios para dedicarse al entrenamiento muscular progresivo. * Especificar el tipo y la duración de la actividad y calentamiento enfriamiento. * Volver a evaluar los niveles de forma física muscular mensualmente.



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO: RIESGO DE CAIDAS (00155)

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DIABETES MELLITUS				
DOMINIO: 11 Seguridad/protección		CLASE: 2 Lesión física		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA): Riesgo de caídas (00155) DEFINICION: Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico. FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): Historia de caídas Edad Vértigo Somnolencia diurna Obesidad Medicamentos Disminución de fuerza en las extremidades Cambios de la glucemia postprandial.	ETIQUETA: Conducta de prevención de caídas (1909) DEFINICION: Acciones personales o del cuidador familiar para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas en el entorno personal. DOMINIO: Conocimiento y conducta de salud (IV) CLASE: Control de riesgo y seguridad (T)	(190905) Colocación de pasamanos si es necesario (190915) Uso de barandillas para agarrarse (190914) Uso de alfombrillas de goma en la bañera o ducha (190910) Uso de zapatos con cordones bien ajustados (190901) Uso correcto de dispositivos de ayuda (190918) Uso de gafas oculares (190909) Uso de taburetes/escaleras seguras (190906) Eliminación de objetos, derramamientos y abrillantadores en el suelo (190912) Adaptación de la altura adecuada de la silla	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	Mantener a: Aumentar a:

INTERVENCIÓN (NIC): Prevención de caídas (6490)	INTERVENCIÓN (NIC): Cambio de posición (08040)
<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <p>*Identificar déficit cognoscitivo o físico del paciente que puedan aumentar la probabilidad de caídas en un ambiente dado. *Identificar conductas y factores que aumenten el riesgo de caídas. *Revisar la historia de caídas con el paciente y la familia. *Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas, suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas. *Sugerir cambios en el paso del paciente. *Ayudar al paciente a adaptarse a las modificaciones sugeridas de la manera de caminar. *Animar al paciente a utilizar bastón o andador, si procede. *Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso. *Enseñar al paciente como caer para disminuir el riesgo de lesiones.</p>	<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <p>*Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición, si procede. *Animar al paciente a participar en los cambios de posición, si procede. *Colocar en posición terapéutica especificada. *Colocar en posición que facilite la ventilación/perfusión, si resulta apropiado. *Evitar la colocación del muñón de amputación en posición flexionada, si procede. *Girar mediante la técnica de hacer girar los troncos. *Elevar el miembro afectado 20° o mas, por encima del nivel del corazón, para mejorar el retorno venoso, si procede *ENSEÑAR AL PACIENTE A ADAPTAR UNA BUENA POSTURA Y A UTILIZAR UNA BUENA MECÁNICA CORPORAL MIENTRAS REALIZA CUALQUIER ACTIVIDAD.</p>



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

INTERVENCIÓN (NIC): Fomento del ejercicio (0200)	INTERVENCION (NIC): Terapia de ejercicios: Equilibrio (0222)
<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <p>*Valora las ideas del individuo sobre el efecto del ejercicio físico en la salud. *Determinar la motivación del individuo para empezar /continuar con el programa de ejercicios. *Explorar las barreras del ejercicio. *Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio. *Ayudar al individuo a establecer las metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios. *Ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal. *Influir en la familia/ cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento de programa de ejercicios. *Informar al individuo acerca de los beneficios para su salud y los efectos psicológicos del ejercicio. *Preparar al individuo en técnicas para evitar lesión durante el ejercicio. *Controlar la respuesta del individuo al programa de ejercicios. *Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo.</p>	<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <p>*Determinar la capacidad del paciente para participar en actividades que requieran equilibrio. *Evaluar las funciones sensoriales (visión, oído y propiocepción). *Proporcionar la oportunidad de discutir sobre los factores que influyen en el miedo a caerse. *Instruir al paciente sobre la importancia de la terapia de ejercicios en el mantenimiento y la mejora del equilibrio. *Instruir al paciente sobre ejercicios de equilibrio, como ponerse de pie con una pierna, inclinarse adelante, estirarse y resistencia, si procede. *Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón, barra de andar, almohadas o colchones de ejercicio) como apoyos del paciente al realizar los ejercicios. *Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, mensurables. *Vigilar la respuesta del paciente a los ejercicios de equilibrio. *Proporcionar medidas para el equilibrio para el ejercicio o programas de educación sobre caídas.</p>



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO: GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD (00078)

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DIABETES MELLITUS				
DOMINIO: 1 Promoción de la salud		CLASE: 2 Gestión de la salud		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA): Gestión ineficaz de la propia salud (00078)	ETIQUETA: Bienestar personal (2002)	(200210) Capacidad para expresar emociones	1.No del todo satisfecho 2.Algo satisfecho 3.Moderadamente satisfecho 4.Muy satisfecho 5.Completamente satisfecho	Mantener a: Aumentar a:
DEFINICION: 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.	DEFINICION: Alcance de la percepción positiva del estado de salud propio	(200213) Capacidad para controlar actividades		
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): Conflictos de decisiones, dificultades económicas, demandas excesivas, (individuales y/o familiares.	DOMINIO: Salud percibida (V)	(200214) Oportunidades para elegir cuidados de salud		
CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS) Fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo.	CLASE: Salud y calidad de vida (U)	(200201) Realización de las actividades de la vida diaria		

INTERVENCIÓN (NIC): Modificación de la conducta (4360)	INTERVENCIÓN (NIC): Acuerdo con el paciente (4422)
<p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none">*Determinar la motivación al cambio del paciente* Ayudar al paciente a identificar su fortaleza y reforzarla.* Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables.*Mantener una conducta coherente por parte del personal de enfermería.*Evitar mostrar rechazo o quitar importancia a los esfuerzo del paciente por cambiar su conducta.*Ayudar al paciente a identificar los más pequeños éxitos producidos.*Determinar si la conducta objetivo identificada debe ser aumentada, disminuida o aprendida.*Establecer objetivos de conducta de forma escrita.* Desarrollar un programa de cambio de conducta.* Facilitar la implicación de otros cuidadores sanitarios en el proceso de modificación, si procede.*Administrar refuerzos positivos en las conductas que han de incrementarse.*Facilitar el aprendizaje de conductas deseadas por medio de técnicas modernas.	<p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none">* Determinar la capacidad mental y cognitiva del individuo para hacer un contrato.Ayudar al paciente a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar.Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados.* Ayudar al paciente a que identifique las metas, evitar centrarse en el diagnóstico o proceso de la enfermedad.*Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, que puedan conseguirse.*Ayudar al paciente a establecer los objetivos a corto y largo plazo.*Ayudar al paciente a dividir las metas complejas en pasos pequeños, manejables.* Explorar con el paciente las mejoras de conseguir los objetivos.*Ayudar al paciente a examinar los recursos disponibles para cumplir con los objetivos.*Ayudar al paciente a identificar los métodos para superar las circunstancias ambientales que pueden interferir en la consecución de objetivos.*Ayudar al individuo a comentar sus sentimientos sobre el acuerdo.* Identificar con el paciente las consecuencias por el incumplimiento del acuerdo.



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

INTERVENCIÓN (NIC): Facilitar la auto responsabilidad (4480)

ACTIVIDADES

- * Considerar responsable al paciente de sus propias conductas.
- * Discutir con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual.
- * Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud.
- * Observar el nivel de responsabilidad que asume el paciente.
- * Fomentar la independencia, pero ayudar al paciente cuando no pueda realizar la acción dada.
- * Discutir las consecuencias de no asumir responsabilidades propias.
- * Abstenerse de discutir o regatear sobre los límites establecidos con el paciente.
- * Animar al paciente a que asuma tanta responsabilidad de sus propios autocuidados como sea posible.
- Ayudar al paciente a identificar las áreas en las que podría fácilmente asumir más responsabilidad.



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO: NAUSEAS (00134)

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DIABETES MELLITUS				
DOMINIO: 12 Confort		CLASE: 1 Confort físico		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA): Náuseas (00134)	ETIQUETA: Control de náuseas y vómitos (1618) DEFINICION: Acciones personales para controlar síntomas de náuseas, esfuerzos para vomitar y vómitos. DOMINIO: Conocimiento y conducta de salud (VI) CLASE: Conducta de salud (Q)	(161801) Reconoce el inicio de náuseas (161802) Describe factores causales (161803) Reconoce estímulos precipitantes (161805) Utiliza medidas preventivas (161806) Evita factores causales cuando es posible	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	Mantener a: Aumentar a:
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): Ansiedad Fármacos Dieta Inadecuada	ETIQUETA: Náuseas y vómitos efectos nocivos (2106) DEFINICION: Gravedad de los efectos perjudiciales observados o informados de náuseas, esfuerzos para vomitar y vómitos en el funcionamiento diario. DOMINIO: Salud percibida (V) CLASE: Sintomatología (V)	(210601) Disminución de la ingesta de líquidos (210613) Sueño interrumpido (210619) Ansiedad (210621) Estrés emocional	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5.-Ninguno	
CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS): Sensación nauseosa Informes de náuseas Sabor agrio en boca				

INTERVENCIÓN (NIC): Manejo de las náuseas (1450)	INTERVENCIÓN (NIC): Manejo del vomito (1570)
<p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none">*Fomentar la observación de la propia experiencia con las náuseas*Observar es aprendizaje de estrategias para controlar las náuseas*Evaluar experiencias pasadas con náuseas*Conseguir un historial dietético donde consten los alimentos que más agradan a la persona, los que no le gustan y las preferencias culturales.*Evaluar el impacto de las náuseas sobre la calidad de vida (apetito, actividad, desempeño laboral, responsabilidad y sueño).*Identificar factores que puedan contribuir a las náuseas*Controlar los factores ambientales que pueden provocar náuseas*Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas para controlar las náuseas.*Fomentar el descanso y sueño adecuados para facilitar el alivio de las náuseas.*Utilizar higiene bucal frecuente para fomentar la comodidad, a menos que esto estimule las náuseas.	<p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none">*Determinar la frecuencia y la regulación del vomito, utilizando escalas como la Escala Descriptiva de Duke, Índice de Rhodes de náuseas y Vómitos.*Conseguir un historial completo pretratamiento.*Identificar factores (medicación y procedimientos) que pueden causar o contribuir al vomito.*Proporcionar apoyo físico durante el vomito.*Proporcionar alivio durante el episodio del vomito.*Demostrar aceptación del vomito y colaborar con la persona a elegir una estrategia de control del vomito.*Utilizar higiene oral para limpiar boca y nariz.*Aumentar gradualmente la ingesta de líquidos si durante un periodo de 30 minutos no se han producido vómitos.*Fomentar el descanso.*Pesar al paciente con regularidad.*Ayudar al paciente y a la familia a solicitar y proporcionar ayuda.*Controlar los efectos del control del vomito.



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO: BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL (00120)

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DIABETES MELLITUS				
DOMINIO: 6 Autopercepción	CLASE: 2 Autoestima			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA): Baja autoestima situacional (00120) DEFINICION: Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.	ETIQUETA: Calidad de vida (2000) DEFINICION: Alcance de la percepción positiva de las condiciones actuales de vida DOMINIO: Salud percibida (V) CLASE: Salud y calidad de vida (U)	(200001)Satisfacción con el estado de salud (200015)Autonomía (200010)Satisfacción con el concepto de sí mismo (200011) Satisfacción con el estado del ánimo general	1.No del todo satisfecho 2. Algo satisfecho. 3. Moderadamente satisfecho. 4. Muy satisfecho. 5. Completamente satisfecho.	Mantener a: Aumentar a:
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): Conductas inconsistentes con los valores, deterioro funcional y falta de reconocimiento.				
CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS): Evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar los acontecimientos.				

INTERVENCIÓN (NIC): Apoyo emocional (5270)	INTERVENCIÓN (NIC): Mejora de la autoconfianza (5395)
ACTIVIDADES	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none">* Comentar la experiencia emocional con el paciente.* Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo.* Animar al paciente a que exprese sus sentimientos.* Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.* Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.* Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.* No exigir demasiado del funcionamiento cognoscitivo cuando el paciente este enfermo o fatigado.* Remitir a servicios de asesoramiento si procede.	<ul style="list-style-type: none">* Explorar la percepción individual de su capacidad de desarrollar la conducta deseada.* Identificar la percepción individual de los riesgos de no ejecutar la conducta deseada.* Ayudar al individuo a comprometerse con un plan de acción para cambiar la conducta.* Proporcionar refuerzo positivo y apoyo emocional durante el proceso de aprendizaje.* Proporcionar un entorno de ayuda para aprender los conocimientos y habilidades necesarios para llevar a cabo la conducta.* Utilizar estrategias de enseñanza que sean adecuadas a la cultura y la edad.* Preparar al individuo para los estados fisiológicos y emocionales que puede experimentar durante los intentos iniciales del desarrollo de una nueva conducta.

INTERVENCIÓN (NIC): Potenciación de la autoestima (5400)	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none">* Observar las frases del paciente sobre su propia valía.* Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente si procede.* Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros, si procede.* Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tienen de sí mismo.* Animar al paciente para que acepte nuevos desafíos.* Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo, si procede.* Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos.* Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.* Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente.	



**SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA**

DIAGNOSTICO: ANSIEDAD (00146)

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DIABETES MELLITUS				
DOMINIO: 9 Afrontamiento / tolerancia al estrés		CLASE: 2 Respuesta de afrontamiento		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA): Ansiedad (00146)	ETIQUETA: Afrontamiento de problemas (1302)	(130204)Refiere disminución del estrés.	1.Nunca demostrado 2.Raramente demostrado 3.A veces demostrado 4.Frecuentemente demostrado 5.Siempre demostrado	Mantener a: Aumentar a:
DEFINICION: Sensación vaga e intranquilizan de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma.	DEFINICION: Acciones personales para controlar los factores que ponen a prueba los recursos del individuo	(130205)Verbaliza aceptación de la situación. (130221)Busca información acreditada sobre el tratamiento.		
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): Cambio en : el estado de salud Estrés Conflictos sobre los objetivos vitales esenciales.	DOMINIO: Salud psicosocial (III) CLASE: Adaptación psicosocial (N)	(130210)Adopta conductas para disminuir el estrés.		
CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS): Irritabilidad Ansiedad				

INTERVENCIÓN (NIC): Disminución de la ansiedad (5820)	ACTIVIDADES	INTERVENCIÓN (NIC): Fomentar la implicación familiar (7110)
<ul style="list-style-type: none"> *Administrar masajes en la espalda/ cuello, si procede. *Crear un ambiente que facilite la confianza *Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones. *Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos *Identificar cambios en el nivel de ansiedad *Apoyar el uso de mecanismo de defensa adecuados *Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente *Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. *Instruir al paciente sobre la práctica de técnicas de relajación. 		<ul style="list-style-type: none"> *Proporcionar información crucial a los miembros de la familia sobre el paciente de acuerdo con los deseos de éste último. *Facilitar comprensión de aspectos médicos de aspectos médicos del estado del paciente a los miembros de la familia *Identificar la percepción por parte de los miembros de la familia de la situación y los sucesos desencadenantes, sentimientos del paciente y conductas del paciente. *Identificar las capacidades y habilidades del paciente junto con los miembros de la familia. *Informar a los miembros de la familia de los factores que pueden mejorar el estado de salud del paciente.
INTERVENCIÓN (NIC): Técnica de relajación (4330)	ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> *Sentarse y hablar con el paciente. *Facilitar la expresión de ira por parte del paciente de una manera constructiva. *Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad. *Reafirmar al paciente en su seguridad personal. *Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad, si procede. *Favorecer una respiración lenta, profunda, intencionalmente. 		



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO: TRASTORNO DEL PATRON DE SUEÑO (00198)

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DIABETES MELLITUS				
DOMINIO: 4 Actividad/reposo		CLASE: 1 Sueño/reposo		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA): Trastorno del patrón del sueño (00198)	ETIQUETA: Sueño (00004) DEFINICION: Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.	(000401) Horas de sueño (000402) Horas de sueño cumplidas (000403) Patrón del sueño (000404) Calidad del sueño (000418) Duerme toda la noche DOMINIO: Salud funcional (I)	1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido	Mantener a: Aumentar a:
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): Insomnio ocasional Nicturia Hipoglucemia Medicamentos Pesadillas ocasionales	CLASE: Mantenimiento de la energía (A)	(000421) Dificultad para conciliar el sueño (000406) Sueño interrumpido (000422) Pesadillas (000423) Nicturia (000424) Ronquidos		
CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS): Somnolencia diurna Insomnio ocasional Cambio en el patrón normal del sueño Quejas verbales de no sentirse bien descansada				

INTERVENCIÓN (NIC): Mejorar el sueño (1850)	INTERVENCIÓN (NIC): Manejo ambiental: confort (6482)
<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none">*Determinar el esquema de sueño/ vigilia del paciente*Explicar la importancia de un sueño adecuado.*Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema de sueño*Enseñar al paciente a controlar las pautas de sueño*Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar cansancio en exceso.*Asesorar al paciente para atender problemas de salud que afecten el patrón normal del sueño*Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño*Asesorar sobre eliminar situaciones estresantes antes de irse a la cama*Controlar la ingesta de alimentación y bebidas a la hora de irse a la cama para determinar los productos que entorpecen o facilitan el sueño.*Asesorar al paciente a vitar a la hora de irse a la cama los alimentos y bebidas que interfieran el sueño*Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, si procede.*Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos dia-noche normales.*Comentar con el paciente técnicas para favorecer el sueño.	<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none">*Tener en cuenta la ubicación de los pacientes en habitaciones de múltiples camas.*Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.*Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.*Proporcionar un ambiente limpio y seguro.*Ajustar la temperatura ambiental que sea lo más cómoda para la persona, si fuera posible.*Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción, frío o luz.*Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona.*Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad.*Vigilar la piel, especialmente las prominencias corporales, por si hubiera signos de presión o irritación.*Evitar exponer la piel o las membranas mucosas a factores irritantes.*Ofrecer recursos educativos relevantes y útiles respecto al manejo de enfermedades y lesiones a los pacientes y sus familias, si procede.



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO: ESTREÑIMIENTO (00011)

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DIABETES MELLITUS				
DOMINIO: 3 Eliminación e intercambio		CLASE: 2 Función gastrointestinal		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA): Estreñimiento (00011)	ETIQUETA: Eliminación intestinal (0501)	(050101) Patrón de eliminación (050103) Color de las heces (050104) Cantidad de las heces en relación con la dieta (050112) Facilidad de eliminación de las heces (050110) Estreñimiento (050128) Dolor con el paso de las heces	1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido	Mantener a: Aumentar a:
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): Actividad física insuficiente Obesidad Aporte insuficiente de líquidos Aporte insuficiente de fibra Malos hábitos alimentarios	DEFINICION: Formación y eliminación de heces. DOMINIO: Salud fisiológica (II) CLASE: Eliminación (F)			
CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS): Cambios en el patrón intestinal Disminución del volumen de heces Eliminación de heces duras, secas y formadas Sonidos abdominales hiperactivos Dolor al defecar				

INTERVENCIÓN (NIC): Manejo del estreñimiento/impactación (0450)	INTERVENCIÓN (NIC): Manejo intestinal (0430)
<p>ACTIVIDADES</p> <p>*Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama, dieta) que puedan ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.</p> <p>*Fomentar el aumento en la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado.</p> <p>*Enseñar al paciente y/o familia a tener un diario de comidas</p> <p>*Instruir al paciente la importancia de tener una dieta rica en fibra, si procede.</p> <p>*Instruir al paciente sobre el uso correcto de laxantes, si procede.</p> <p>*Instruir al paciente/familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento/impactación.</p> <p>*Aconsejar al paciente a consultar con un médico si el estreñimiento persiste.</p> <p>*Enseñar al paciente/familia los procesos digestivos normales.</p> <p>*Enseñar al paciente/familia el tiempo de resolución del estreñimiento.</p>	<p>ACTIVIDADES</p> <p>*Tomar nota de la fecha del último movimiento intestinal</p> <p>*Observar si hay sonidos intestinales.</p> <p>*Informar acerca de cualquier aumento en la frecuencia y /o sonidos intestinales agudos.</p> <p>*Informar si hay disminución de sonidos intestinales.</p> <p>*Observar si se presentan signos y síntomas de estreñimiento.</p> <p>*Tomar nota de problemas intestinales, rutina intestinal y uso de laxantes con anterioridad.</p> <p>*Enseñar al paciente las comidas específicas que ayudan a conseguir un adecuado ritmo intestinal.</p> <p>*Instruir al paciente/ miembro de la familia a registrar color, volumen, frecuencia y consistencia de las heces.</p> <p>*Disminuir la ingesta de alimentos que formen gases, si procede.</p> <p>*Instruir al paciente sobre los alimentos con alto contenido en fibra, si procede.</p> <p>*Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales.</p> <p>*Obtener un estimulante para las heces, si procede.</p>



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO: DISPOSICION PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS (00161)

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DIABETES MELLITUS				
DOMINIO: 5 Percepción/cognición		CLASE: 4 Cognición		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA): Disposición para mejorar los conocimientos (00161)	ETIQUETA: Autocontrol de la diabetes (1619)	(161903) Sigue prácticas preventivas de cuidados de los pies. (161905) Ajusta las medicaciones cuando esta agudamente enfermo. (161908) Participación en programas educativos prescritos. (161910) Demuestra el procedimiento correcto para el control de la glucosa en sangre. (161923) Utiliza estrategias eficaces de control del peso.	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	Mantener a: Aumentar a:
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS):	DEFINICION: Acciones personales para controlar la diabetes mellitus , su tratamiento para prevenir el progreso de la enfermedad DOMINIO: Conocimiento y conducta de salud (IV) CLASE. Conducta de salud (Q)	(161937) Utiliza servicios de asistencia sanitaria de acuerdo con sus necesidades.		
CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS): Las conductas son congruentes con los conocimientos. Manifiesta interés en el aprendizaje.				

INTERVENCIÓN (NIC): Facilitar la autorresponsabilidad (4480)	INTERVENCIÓN (NIC): Establecimiento de objetivos comunes (4410)
ACTIVIDADES *Analizar con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual *Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud *Fomentar la manifestación oral de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad *Fomentar la independencia, pero ayudar al paciente cuando no pueda realizar la acción dada *Determinar las consecuencias de no asumir las responsabilidades propias *Animar al paciente a que asuma tanta responsabilidad de sus propios auto cuidados como sea posibles *Facilitar el apoyo de la familia del nuevo nivel de responsabilidad buscado o conseguido por el paciente	ACTIVIDADES *Identificar el reconocimiento por parte del paciente de su propio problema *Ayudar al paciente a identificar objetivos realistas, que puedan alcanzarse *Identificar con el paciente los objetivos de los cuidados *Ayudar al paciente a priorizar los objetivos identificados *Ayudar al paciente a examinar las fuentes disponibles para cumplir con los objetivos *Valorar el nivel de funcionamiento actual del paciente con respecto a cada objetivo *Ayudar al paciente a centrarse en los resultados esperados más que en los deseados



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

GLOSARIO

Acciones personales: Acciones tomadas por el individuo, cuidador, ser querido o familiar.

Adherencia: Aferrarse a una acción elegida para mejorar la salud

Bienestar: Alcance de percepción positiva de salud y circunstancias vitales

Cambio en la puntuación: Diferencia entre la puntuación basal del resultado y las puntuaciones post-intervención del resultado. Esta puntuación cambio puede ser positiva (la puntuación del resultado aumenta) o negativa (la puntuación del resultado disminuye), o puede no haber cambio (la puntuación sigue siendo la misma). Este cambio en la puntuación representa el resultado conseguido después de intervenciones de asistencia sanitaria.

Características definitorias: Claves o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico real, de salud o de promoción a la salud.

Clase: Es una subdivisión de un grupo mayor, una división de personas o cosas por su calidad, rango o grado

Clasificación: Disposición sistemática de fenómenos relacionados en grupos o clases basándose en las características que tienen en común.

Comunidad: Población interactiva con relaciones que emergen a medida que los miembros desarrollan y utilizan, en común, algunos centros e instituciones.

Conducta: La respuesta observable o descrita de un individuo, familiar o comunidad hacia su entorno

Confianza: Creencia de que uno puede actuar para conseguir un objeto deseado

Cuidador familiar: Miembro de la familia, persona significativa amigo u otra persona que cuida o actúa en beneficio del paciente.

Cumplimiento: Aferrarse a una recomendación de un profesional sanitario

Datos actuales: Se refieren a acontecimientos que se están produciendo en este momento

Datos históricos: Son las situaciones o acontecimientos ocurridos en el pasado

Datos objetivos: Consisten en información observable y mesurable, se obtienen a través de los sentidos (vista, olfato, oído y tacto).

Datos subjetivos: Son la perspectiva individual de una situación o una serie de acontecimientos

Definición: Proporciona una descripción clara y precisa; delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.

Destinatario de los cuidados: Una persona que recibe los servicios de un profesional, como un paciente, cuidador, progenitor, familia o comunidad (especificar).

Diagnóstico enfermero de promoción a la salud: Juicio clínico sobre las motivaciones y deseos de una persona, familia o comunidad de aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud que se manifiesta en su disposición para mejorar conductas de salud específicas, como la nutrición y ejercicio. Los diagnósticos de promoción de la salud pueden usarse con cualquier estado de salud y no requiere ningún nivel específico de bienestar establecido. Esta disposición se apoya en las características definitorias. Las intervenciones se seleccionan de acuerdo con el individuo, familia o comunidad para asegurar al máximo la posibilidad de alcanzar los resultados esperados.

Diagnóstico enfermero de riesgo: Describe las respuestas humanas a estados de salud/ procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familiar o comunidad vulnerables. Esta apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad.

Diagnóstico enfermero de salud: Describe respuestas humanas a niveles de bienestar en un individuo, familiar o comunidad. Se sustenta en características definitorias, signos y síntomas que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas.

Diagnóstico enfermero real: Describe respuestas humanas a estados de salud/ procesos vitales que existen en un individuo, familia o comunidad. Esta apoyado por características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves e inferencias relacionadas.

Diagnóstico enfermero: Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/ procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable (aprobado en la novena conferencia, 1990).

Diagnóstico médico: Las condiciones medicas que coexisten en el tiempo de admisión, que se desarrollan con posterioridad, o que afectan al tratamiento recibido y / o a la duración de la estancia, todos los diagnósticos que afectan al episodio actual de cuidados.

Dominio: Es una esfera de actividad, estudio o interés, también recibe el nombres de patrones de respuesta humana

Efectivo: Producir los resultados deseados relacionados con la salud

Enfermedad: Proceso patológico específico definido por un grupo de signos y síntomas que afectan a una parte o todo el cuerpo; la etiología, la patología y el pronóstico puede conocerse o no.

Estado: Estado de salud del objetivo del resultado. Puede ser a nivel individual, familiar o comunitario o una función de un sistema o estado del cuerpo.



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

Etiqueta diagnostica: Proporciona un nombre al diagnostico. Es un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas. Puede incluir modificaciones.

Factores de riesgo: Factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad ante un evento no saludable.

Factores relacionados: Factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnostico enfermero. Pueden describirse como antecedentes a, asociados con, relacionados con, contribuyentes a, o adyuvantes al diagnostico. Solo los diagnósticos enfermeros reales tienen factores relacionados.

Familia: Grupo de dos o más personas que están relacionados biológicamente, legalmente o por elección y que tienen expectativas sociales para socializar, culturizar a sus miembros

Fuente de datos: Documentación de la que se obtienen datos, como el paciente, familiar, cuidador, observación directa de un profesional sanitario, registró clínico u otra fuente

Indicador de resultado: Estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad más específico que sirve como base para medir un resultado

Intervención de enfermería: Un tratamiento realizado por el profesional de enfermería

Medicaciones: Sustancia farmacológica utilizada para curar una enfermedad o aliviar los síntomas.

Medida: Escala tipo likert de cinco puntos que cuantifica un resultado del paciente o un estado de indicador sobre un continuo desde menos a más deseable y proporciona una puntuación en un punto de tiempo

Nomenclatura: Sistema de designaciones (términos) elaborados según unas reglas pre-establecidas.

Percepción: Pensamiento, imagen o sensación mental consistente de un estímulo sensorial

Persona de referencia: Persona sana de la misma edad y sexo utilizado para comparar cuando se puntúa un resultado o indicador

Place: Es el método por el cual se aplican los sistemas teóricos de la Enfermería a la práctica real

Place estandarizado: Según Mayers (1983) Un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad

Place individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto.

Población: Conjunto de individuos que tienen una o más características personales en común.

Profesionales sanitarios: Individuos con formación superior y título retribuidos económicamente por proporcionar servicios de asistencia sanitaria

Proveedores de salud: Personal profesional y auxiliar que es retribuido económicamente por proporcionar servicios de asistencia sanitaria

Recomendado: Presentado como merecedor de confianza, aceptación o uso

Resultado del paciente dependiendo de enfermería: Un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad medido a lo largo de un continuo en respuesta a intervenciones de enfermería. Cada resultado tiene asociado un grupo de indicadores.

Resultados del paciente: Un aspecto del estado de salud del paciente/cliente influenciado por la intervención de enfermería durante este episodio de cuidados

Salud: Funcionamiento físico, psicológico, social y espiritual

Síndrome: Grupo de signos y síntomas que aparecen casi siempre juntos. Juntos estos grupos representan un cuadro clínico específico.

Taxonomía de la NOC: Organización sistemática de los resultados en grupos o categorías basadas en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados. La estructura de la taxonomía de la NOC tiene cinco niveles: dominios, clases, resultados, indicadores y medidas.

Taxonomía: Clasificación según las respuestas relativas naturales entre los tipos y subtipos.



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

BIBLIOGRAFIA

Johnson M., Bulechek G., McCloskey J., Maas M., Moorhead S. Diagnósticos enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Ed. Mosby-Harcourt, Barcelona 2008.

McCloskey, J. C. Bulechek, G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 5ta Ed. Mosby-Elsevier. Madrid. 2009

Guía de Actuación de Enfermería; Manual de Procedimientos. 2da Edicion

NANDA internacional Diagnósticos enfermeros Definiciones y Clasificaciones 2009-2011, Hather Herdman, PhD,RN, Elsevier

Clasificación de resultados de enfermería (NOC) Sue Moorhead, Marion Johnson, Meriean L. Maas, Elizabeth Swanson. 4^{ta} Ed. Elsevier

Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) Gloria M. Butchek, Howard k. Butcher, Joanne McCloskey Dochtermann, 5^{ta} Edición.

Diccionario ilustrado de enfermería, Juventina Sánchez Guerrero. Trillas

Modelos y Teorías en Enfermería. Marriner- Tomey Harcourt Brace tercera edición 1994

Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería. Primera Edición enero 2011 Comisión Permanente de Enfermería.

Secretaria de Salud

Protocolo Clínico para el Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes. 2008

Secretaria de Salud

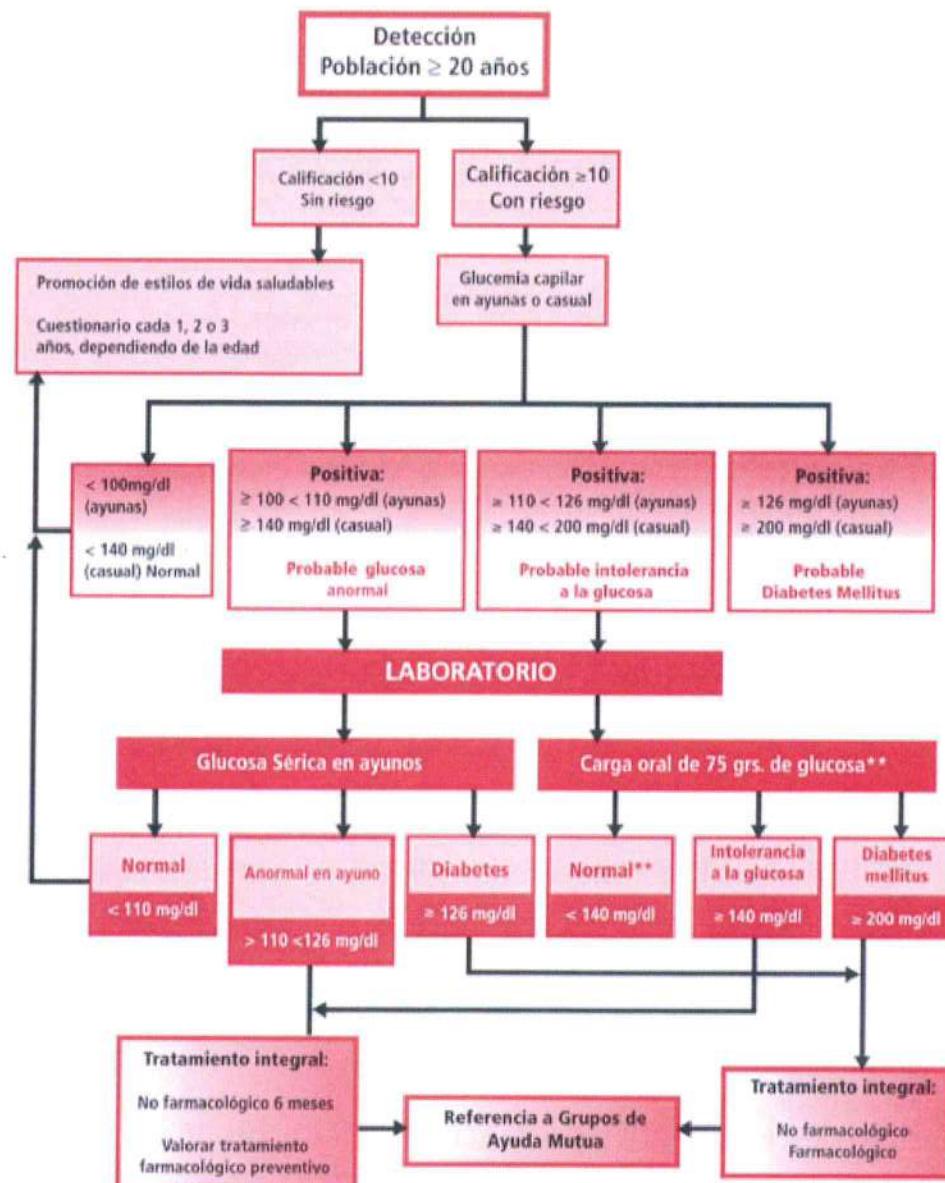
Protocolo de enfermería para la Atención de pacientes con Enfermedades Crónicas: Sobrepeso, Riesgo Cardiovascular y diabetes. 2008

Guía de detección integrada de obesidad, diabetes e hipertensión arterial. Secretaria de Salud 2002. www.salud.gob.mx

1998 Salvador López Antuñano/Francisco J. López Antuñano DIABETES MELLITUS Y LESIONES DEL PIE Salud Publica de México, mayo-junio, año/vol. 40, numero 003 Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca, México pp. 281-292

ANEXO 1

Procedimientos para la detección y diagnóstico de la diabetes



Caso confirmado

- Un resultado de glucemia en ayunas ≥126 mg/dl más síntomas
- Dos resultados de glucemia en ayunas ≥126 mg/dl aún sin síntomas
- Una glucosa plasmática ≥ 200 mg/dl, dos horas después de haber recibido 75 gr de glucosa anhidra (antes de realizar este examen), se toma en cuenta el resultado de la glucemia en ayuno, si esta es ≥ 200 mg/dl NO se administre la carga de glucosa y se considerará al paciente como diabético
- **Se procede como en los casos negativos



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO



Instructivo: El cuestionario se aplicará a todo paciente que acuda a consulta, previo registro, por la enfermera, de estatura, peso e IMC. En primera instancia será llenado por el paciente, en caso de tener problemas para hacerlo, deberá ser apoyado por el personal de salud.

Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud
Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica
Programa de Salud del Adulto y el Anciano

Fecha ____ / ____ / ____ Nombre _____

Domicilio _____

¿Cuenta con Seguridad Social? Sí No IMSS ISSSTE OTRO _____

¿Tiene diabetes y no lo sabe?

Para encontrar si está en riesgo de tener diabetes, hipertensión u obesidad, marque con una cruz la respuesta que se adapte a usted.

1. De acuerdo con mi IMC, mi peso es: Sobrepeso=5, Obeso=10, Normal=0	<input checked="" type="radio"/> 5	<input checked="" type="radio"/> 10	<input type="radio"/> 0
2. Si es mujer: Y su cintura mide + o = a 85 cms. Si es hombre: Y su cintura mide + o = a 95 cms.	<input checked="" type="radio"/> 10	<input type="radio"/> 0	
3. Normalmente hago poco o nada de ejercicio (Sólo para personas menores de 65 años)	<input checked="" type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 0	
4. Tengo entre 45 y 64 años de edad	<input checked="" type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 0	
5. Tengo 65 años de edad o más	<input checked="" type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 0	
6. Alguno de mis hermanos padece o padeció diabetes	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0	
7. Alguno de mis padres padece o padeció diabetes	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0	
8. Si usted es mujer y ha tenido bebés de más de 4 kilos de peso al nacer	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0	

Sume para obtener su calificación total _____

Si obtuvo menos de 10 puntos de calificación:

Está en bajo riesgo por ahora de tener diabetes. Pero no olvide que en el futuro puede estar en riesgo mayor. Se le recomienda adoptar un estilo de vida saludable y aplicar nuevamente el cuestionario de acuerdo con su edad.

Si obtuvo 10 o más puntos de calificación:

Está en un alto riesgo de sufrir diabetes. Hágase la determinación de azúcar en la sangre, consulte a su médico y practique estilos de vida saludables.

¿Presenta mucha sed, orina mucho o tiene mucha hambre?

Sí No

Si la respuesta es Sí, indíquelo al personal de salud para que le realicen la determinación de azúcar, independientemente de la calificación obtenida.

Glucemia en ayuno: _____ mg/dl

Glucemia casual: _____ mg/dl

Positiva: Si su prueba de glucemia capilar fué mayor o igual a 100 mg/dl en ayunas, o 140 mg/dl casual, tendrá que acudir al médico para que le practique otra prueba en ayunas.

Negativo: Si la prueba de glucemia es menor de 100 mg/dl, tendrá que hacerse otra detección al año.

¿Sabe que su peso puede ser un riesgo para su salud?

Estatura: _____ mts.

Peso: _____ Kg.

IMC*: _____ Kg/m²

Cintura: _____ cm.

Riesgo	0		5		10				
	Peso	Normal		Sobrepeso		Grados de obesidad			
		18	24.9	25	26.9	27	29.9	30	30.9
	IMC*	Mín.	Máx.	Mín.	Máx.	Mín.	Máx.	Mín.	Máx.
	Estatura	Mín.	Máx.	Mín.	Máx.	Mín.	Máx.	Mín.	Máx.
1.48	38.43	54.54	54.76	58.92	59.14	65.48	65.71	67.40	67.62
1.50	40.50	56.03	56.25	60.75	67.26	67.50	69.76	69.00	69.00
1.52	41.59	57.53	57.76	62.15	62.38	69.08	69.31	69.18	69.42
1.54	42.69	59.05	59.29	63.90	64.03	70.91	71.15	74.63	74.86
1.56	43.80	60.60	60.83	65.46	65.71	72.76	73.01	77.10	77.34
1.58	44.94	62.16	62.41	67.15	67.40	74.64	74.89	79.01	79.80
1.60	46.08	63.74	64.00	68.88	69.72	70.54	70.80	102.14	102.40
1.62	47.24	65.35	65.61	70.90	70.95	79.47	79.80	104.71	104.98
1.64	48.41	66.97	67.24	72.35	72.62	80.42	80.69	107.32	107.58
1.66	49.60	68.51	68.89	74.13	74.40	82.39	82.67	109.95	110.22
1.68	50.80	70.28	70.56	75.92	76.20	84.39	84.67	112.61	112.90
1.70	52.00	71.96	72.25	77.74	78.02	86.41	86.70	115.31	115.60
1.72	53.25	73.66	73.96	79.46	49.89	88.46	88.75	118.04	118.34
1.74	54.50	75.35	75.69	81.44	81.75	90.52	90.80	120.80	121.10
1.76	55.76	77.13	77.44	83.30	83.64	92.42	92.81	123.59	123.90
1.78	57.03	78.90	49.21	85.20	95.55	94.74	95.05	126.42	126.74
1.80	58.20	80.66	81.00	97.16	67.46	96.06	97.20	129.26	129.60
1.82	59.32	82.48	82.81	88.10	89.43	98.04	99.37	132.16	132.60
1.84	60.44	81.30	84.64	91.07	91.41	101.20	101.57	135.09	135.42

*IMC= Peso/Talla²

Si su índice de masa corporal (IMC) es de:



SI SU PESO ES NORMAL, DEBERÁ APLICARSE ESTE CUESTIONARIO:

Cada 3 años si tiene 20 a 39 años
Cada 2 años si tiene 40 a 59 años
Cada año si tiene 60 o más años



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

ANEXO 3

GUIA DE VALORACIÓN PARA EL PACIENTE ADULTO

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

FECHA _____

Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____
Lugar de procedencia _____ Escolaridad: _____
Fecha de ingreso: _____ Servicio: _____ Cama: _____
Enfermedad actual: _____
Diagnóstico de ingreso: _____
Razones para el ingreso: _____
Tratamiento antes del ingreso: _____
Inicio de la enfermedad: _____
¿El enfermo conoce su diagnóstico? _____
Ha estado hospitalizado anteriormente por el mismo padecimiento: _____
Diagnóstico actual: _____
Tratamiento actual: _____

DOMINIO 1 Promoción De La Salud

● **Clases: Toma de conciencia y manejo de la salud**

Cruza con una x en el lugar de la respuesta (si o no) ó registra sí o no

Tiene conocimiento sobre actividades que ayudan para mantener su salud:	Si	No
Consumo: Alcohol	Cigarrillos	Drogas
Desde cuando	Con que frecuencia	

Hábitos higiénicos personales:

Cada cuando se baña
Cuantas veces lava sus dientes al día una _____ dos _____ tres _____ ninguna _____
Lava sus manos antes y después de ir al baño si _____ no _____
Se observa aliviado si _____ no _____

Inmunizaciones

Completo _____ Incompleto _____

Vivienda:

Propia _____ Rentada _____ Prestada _____

Convive con algún animal

Si _____ No _____ Cual _____

Actualmente Tiene Alguna alergia

Si _____ No _____ Cual _____

Historial de medicamentos y medicina alternativa (Incluye vitaminas tratamientos naturistas Homeopáticos y herbolaria)

DOMINIO 2 Nutrición

● **Clases: Ingestión, digestión, absorción, metabolismo e hidratación**

Sigues alguna dieta especial:

Sal _____ Azúcar _____ Grasas _____

En caso de otra favor de Especifica:

Número de comidas al día

Menos de 3 _____ De 3 a 5 _____ Mas de 5 _____

Presencia de

Aumento o pérdida de Apetito _____ Dificultad para masticar _____ Aumento /perdida de peso:

Dificultad para deglutir _____

Alimentos que le causan malestar

Ingestión habitual de líquidos en 24hrs

Menos 1L _____ De 1 a 2L _____ Mas de 2L _____



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

Estado de la mucosa oral:

Hidratada	Deshidratada	Sonrosada
-----------	--------------	-----------

Estado dental:

Completa	Incompleta	Prótesis	Puente
----------	------------	----------	--------

Encías: Lengua:

Lesiones	Normal	Lesiones	Normal
----------	--------	----------	--------

Labios:

Hidratados	Deshidratados	Sonrosados
------------	---------------	------------

Piel:

Rosada	Pálida	Cianótica	Rubicundez	Ictérica
--------	--------	-----------	------------	----------

Presencia de:

Anorexia	Vómitos	Nauseas	
Polifagia	Disfagia	Polidipsia	
Dolor gastrointestinal	Problemas cutáneos	Edema	
Heridas	Descamación	Unas quebradizas	
Apóstitos	Drenajes	Vías intravenosas	
Catéter venoso central	Venoclisis		

DOMINIO 3 Eliminación

● Clase 1 Sistema Urinario

Patrón:

Sonda	Sin alteración	Incontinencia urinaria	Retención
-------	----------------	------------------------	-----------

Frecuencia:

1 a 2 veces al día	3 a 5 Veces al día	Más de 6 veces al día
--------------------	--------------------	-----------------------

Alteración:

Coloria	Disuria	Nicturia	Hematuria
Oliguria	Poliuria	Piuria	Sin alteraciones
Infección			

Sonda y Ostomía

No	Si, Especifique
----	-----------------

● Clase 2 Sistema Gastrointestinal

Movimientos Intestinales

Si, Especifique	No
-----------------	----

Patrón:

Diarrea	Estreñimiento	Incontinencia	
Ostomía	Sin alteración	Peristaltismo	
Flatulencia	Hemorroides	Distención Abdominal	
Dolor al Evacuar			

Características de las evacuaciones.

Olor	Color	Consistencia	
Bien formada	Pastosa	Semilíquida	
Líquida			

Frecuencia

En 24 hrs	2 a 3 Días	Más de 3 Días
-----------	------------	---------------

Uso de laxantes u otros

No	Si, Especifique
----	-----------------

● Clase 3 Sistema Integumentario

Temperatura:

Hipertermia = o + 38.0 °C	Hipotermia -36.0 °C
Eutermia 36.5 a 37.0 °C	Febrícula 37.1 a 37.9°C

Sudoración:

Excesiva	Regular	Escasa
----------	---------	--------

● Clase 4 Sistema Pulmonar

Presencia de:

FR:	Rinorrea	Esputo	Secreción
-----	----------	--------	-----------



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

DOMINIO 4 Actividad Y Reposo

● Clase 1 Reposo y sueño

Cuantas horas duerme al dia:

Menos de 6hrs.	De 6 a 8 Hrs.	Mas de 8Hrs.	
----------------	---------------	--------------	--

Tiempo que tarda en conciliar el sueño:

Menos de 1hr.	Entre 2 a 3	Más de 3 horas	
---------------	-------------	----------------	--

¿Acostumbra a Dormir siesta?

No	Si, Tiempo	Horario	
----	------------	---------	--

Patrón de sueño

Continuo	Discontinuo	Insomnio	
Pesadillas	Terrores nocturnos	Sonambulismo	
Ronquidos			

Acostumbra Medicamentos o algún método para conciliar el sueño

No	Si, Especifique	
----	-----------------	--

Como se encuentra al despertar

Sensación de descanso	Cansada	Bostezos	Ojeras	
-----------------------	---------	----------	--------	--

Factores interrumpan su descanso y sueño.

Preocupaciones	Ruido	Medicamentos	
----------------	-------	--------------	--

● Clase 2 Actividad / ejercicio

Hábitos de actividad y ejercicio

No	Si, Especifique	
----	-----------------	--

Actividades recreativas:

No	Si, Especifique	
----	-----------------	--

Tiene alteraciones del movimiento

No	Si, Especifique	Movimientos involuntarios	
Camina en andadera		Silla de ruedas	
Camina con ayuda		Movilidad limitada	
Ligeramente limitada		Muy limitada	
Movimientos catatónico		Movimientos disquinesicos	
Inmovilidad		Movimientos coordinados	

Actividades que realiza para su auto cuidado:

Higiene personal	Asiste al medico	Asiste al dentista	
------------------	------------------	--------------------	--

Presencia de reflejos:

Si	No	Cuales	
----	----	--------	--

● Clase 3 Equilibrio de la energía

Presencia de:

Disnea	Estertores	Arritmias	
Cianosis	Fatiga	Espasmos	

● Clase 4 Respuestas Cardiovasculares / respiratorias

Valoración	Cifras	Características	
Frecuencia cardiaca:			
Frecuencia Respiratoria.			
Pulso			
Llenado capilar			
Tensión arterial			
Pulsos periféricos			
Oxigenoterapia			
Esteroides inhalados			
Bronco dilatadores			
Dolor precordial			

DOMINIO 5 Percepción/ Cognición

● Clase 1 Atención

Falta de atención a los estímulos:

No	Si, Especifique	
----	-----------------	--



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

Estado de conciencia

Alerta	Somnoliento	Soporoso	
Estupor	Coma	Apático	
Catátonico	Autista	ensimismado	

Estado de ánimo

Eutímico	Distímico	Eufórico	Depresivo	
----------	-----------	----------	-----------	--

Presencia de:

Hemiplejia	Enf. Neurológica	
Ceguera unilateral	Traumatismo	

● **Clase 2 Orientación**

Orientado:

Lugar	Tiempo	Espacio	
-------	--------	---------	--

Presencia de:

Cefalea:	Vértigos	Alteraciones en el lenguaje	Alteración en la atención	
Paresias	Dolor	Movimientos no Coordinados		

● **Clase 3 Sensación / percepción**

Presencia de problemas:

Características	Alteraciones	Observaciones	
Ojos/Visuales			
Oídos/ Auditivos			
Nariz/ Olfatorios			
Lengua/ Gustativos			
Piel/ Tacto			
Entumecimiento			

Presenta:

Falta de concentración	Agitación	Irritabilidad	
Cambios en el patrón de conductas	Alteración de los patrones de comunicación		

● **Clase 4 Cognición**

Observar si existen:

Confusión aguda	Cambios transitorios	Actitud psicomotora	
-----------------	----------------------	---------------------	--

Escala de Glasgow

Para evaluar la escala se toman en cuenta los valores de la derecha se suman dichos valores para obtener la puntuación.
Puntuación 15 Buena, 12, Regular, 9, Mala

Respuesta motora	Puntos	Respuesta Verbal	Puntos	Apertura Ocular	Puntos
Obedece	6	Orientada	5	Espongánea	4
Localiza	5	Confusa	4	Al hablar	3
Retira	4	Inapropiada	3	Al dolor	2
Flexión	3	Sonidos	2	No hay	1
Extensión	2	No Hay	1		
No hay	1				

● **Clase 5 Comunicación**

Atención a mensajes verbales

Dificultad para ver	Dificultad para oír	Dificultad hablar	
Dificultad para entender	Ninguna de las anteriores		

Expresión de mensajes:

Claros	Concisos	Comprensivos	
--------	----------	--------------	--

DOMINIO 6 Auto percepción

Auto descripción	
Opinión de si mismo	
Factores que afecten su autoestima	
Alteraciones sensoperceptivas	
Estado de animo	
Como se siente en el ambiente hospitalario	
Conocimientos de sus necesidades de auto cuidado	
Habilidad emocional: Llanto Tristeza Emoción	
Conductas de evitación, control o reconocimiento del propio cuerpo	



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

Apariencia

Aliñado Desaliñado

DOMINIO 7 Rol/ Relaciones

Personas con las que convive diariamente

Descripción del ambiente familiar

Lugar que ocupa en la familia Número de hermanos

Características de la relación del niño con sus familiares

Ocupación (rol)

Coherencia entre actitud cronológica:

Edad	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Escolaridad	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sexo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Comportamiento	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Peso	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Talla	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Crecimiento y desarrollo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

DOMINIO 8 Sexualidad

Mujer ♀

Menarquia _____ Días por ciclo _____ FUM _____ Telarquia _____

Pubarquia _____ Prácticas sexuales _____ IVSA _____

No. de parejas sexuales

Practica algún método de Planificación familiar _____ Cual? _____

Fecha de la ultima toma de Papanicolau _____ Autoexploración de mamas _____

No. de Embarazos _____ Partos _____ Cesáreas _____ No. de hijos _____

Presencia de dismenorrea _____

Hombre ♂

Desarrollo de los genitales externos _____

Pubarquia _____ Cambios en el timbre de voz _____

Prácticas sexuales _____

Problemas de identidad sexual _____

DOMINIO 9 Afrontamiento/ Tolerancia al estrés

● Clase 1 Respuesta postraumática

Reacciones tras un trauma físico o psicológico

Falta de atención	Vergüenza	Agresión	Temor	
Negatividad	Alteración del estado de humor	Hipervigilancia	Desesperanza	
Culpa	Depresión	Aislamiento		

Respuesta Física:

Deterioro funcional	Dermatitis	Trastorno del sueño	
Cambio del rol social	Cansancio		

● Clase 2 Respuestas de afrontamiento

Afrontamiento:

Defensivo	Inadaptación	Duelo	Ansiedad	
-----------	--------------	-------	----------	--

Familiar:

Colaboración de la familia y/o amigos

Suficiente	Poca	Nada	
Aceptación familiar	Integración familiar		

● Clase 3 Estrés neurocomportamental

Presencia de:

Irritabilidad	Tremblores	Movimientos exagerados	Movimientos descoordinados	Taquipnea	
Bradicardia	Taquicardia	Arritmias	Apnea		



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

Sabor metálico en la boca	Cefalea	Contracciones	Escalofríos			
---------------------------	---------	---------------	-------------	--	--	--

Color

Pálido	Cianótico	Moteado	Enrojecido	Manchas blancas		
--------	-----------	---------	------------	-----------------	--	--

DOMINIO 10 Principios vitales

Sus prácticas religiosas o ideas culturales interfieren con su enfermedad

Si, Especifique	No
-----------------	----

Sus prácticas religiosas o ideas culturales interfieren en su tratamiento

Si, Especifique	No
-----------------	----

Desea apoyo religioso

Si, Especifique	No
-----------------	----

DOMINIO 11 Seguridad/ Protección

Riesgos de sufrir alguna lesión o daño en

Mucosa oral	Integridad cutánea	Dentición	Integridad tisular	
-------------	--------------------	-----------	--------------------	--

Presencia de riesgos de sufrir:

Asfixia	Caída	Traumatismo	
---------	-------	-------------	--

Caídas previas

Si, Especifique	No
-----------------	----

DOMINIO 12 Confort

● Clase 1 Confort físico

Ha experimentado dolor las últimas 24hrs.

No	Si, Especifique Localización y Características:
----	---

Como podría Evaluar el dolor del 1 -10

Leve				Moderado				Severo			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

Presencia de

Agitación	Gemidos	Llantos	Características de las fasces:
Aumento de la salivación	Posición antialgica	Dilatación pupilar	

● Clase 2 Confort ambiental

Características del entorno: Opinión del usuario

Ventilación	Iluminación	Amplitud	
Privacidad	Comparte habitación	Comodidad	

● Clase 3 Confort social

Le cuesta trabajo relacionarse con los demás

Si, Especifique	No
-----------------	----

Presenta

Retraimiento	Mutismo	Vergüenza	
Búsqueda de soledad	Nerviosismo		

Intereses inadecuado o inmaduro para la edad o etapa del desarrollo

Si, Especifique	No
-----------------	----

DOMINIO 13 Crecimiento/ Desarrollo

● Clase 1 Crecimiento

Edad _____ Peso _____ Talla _____ IMC (Peso actual kg. /Estatura (m)²) _____

Complejión: obeso _____ Robusto _____ Delgado _____ flaco _____



**SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA**

Clasificación de la obesidad y el sobrepeso mediante el índice de masa corporal, el perímetro de la cintura y el riesgo asociado de enfermedad. (Criterio de la O.M.S.)

CLASIFICACIÓN	TIPO DE OBESIDAD Según IMC	IMC Kg/m ²	RIESGO DE ENFERMEDAD, EN RELACIÓN CON EL PESO Y EL PERÍMETRO DE CINTURAS NORMALES	
			Hombres ≤ 102 cm Mujeres ≤ 88 cm	Hombres ≥ 102 cm Mujeres > 88 cm
Bajo peso		< 18.5	--	--
Normal		18.5 – 24.9	--	--
Sobrepeso		25.0 – 29.9	Aumentado	Alto
Obesidad	I	30.0 – 34.9	Alto	Muy alto
	II	35.0 – 39.9	Muy alto	Muy alto
Obesidad extrema	III	> 40	Extremadamente alto	Extremadamente alto

Congruencia entre edad, peso y talla

Si, Especifico No

Presentación

Desnutrición	Aumento de peso	Pérdida de peso	
Anemia	Obesidad	Anorexia	
Trastornos congénitos o genéticos	Enfermedades crónicas	Prematuridad	

● Clase 2 Desarrollo

Alteración del crecimiento físico

Si, Especifique _____ No _____

Retraso o dificultad para realizar las actividades:

Incapacidad para realizar las actividades de auto cuidado:

Si, Especifique _____ No _____

Edo. Nutricional: %

Normal Leve Moderado Severo

Presencia de:

Pobreza
Fazias

Facies Normal tristeza Enojo

Normal Anatía

Apatua Dolor

RESULTADOS DE PARACLÍNICOS



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

ANEXO 4

GUÍA DE VALORACIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

IDENTIFICACIÓN PERSONAL:

Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____
Lugar de procedencia: _____ Escolaridad: _____
Fecha de ingreso: _____ Servicio: _____ Cama: _____

Nombre del padre: _____ Edad: _____
Escolaridad: _____ Ocupación: _____
Domicilio: _____
Nombre de la Madre: _____ Edad: _____
Escolaridad: _____ Ocupación: _____
Domicilio: _____

Razones para el ingreso _____
Tratamiento antes del ingreso _____
Diagnóstico de ingreso _____ Diagnóstico actual _____
Tratamiento actual _____

DOMINIO 1 Promoción De La Salud

- Clases: Toma de conciencia y manejo de la salud

Conocimiento sobre actividades para mantener su salud:

Si	No
----	----

Consumo:

Alcohol	Cigarrillos	Drogas
Desde cuando	Frecuencia	

Hábitos higiénicos personales:

--	--	--

Inmunizaciones

Completo	Incompleto
----------	------------

Vivienda:

Propia	Rentada	Prestada
--------	---------	----------

Convive con algún animal

Si	No	Cual
----	----	------

Actualmente Tiene Alguna alergia

Si	No	Cual
----	----	------

DOMINIO 2 Nutrición

- Clases: Ingestión, digestión, absorción, metabolismo e hidratación

Alimentación por:

Seno Materno	Biberón	Vaso	Cuchara	Mixta
Forzada	Sonda Naso Gástrica	Sonda Oro Gástrica	Parenteral	Formula Láctea

Número de comidas al día

Menos de 3	De 3 a 5	Más de 5
------------	----------	----------

Presencia de

Aumento o pérdida de Apetito	Dificultad para deglutar	Aumento /pérdida de peso:
Dificultad para masticar en caso de contar con dientes		

Alimentos que le causan malestar

--	--	--

Presencia de reflejos:

Succión	Deglución
---------	-----------

Somatometría

Talla	Peso Real	Peso Ideal
Perímetro Torácico	Perímetro Abdominal	



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

Estado de la mucosa oral

Estado dental	Dentadura	Encías
Lengua	Labios	Piel

Cantidad de líquidos que toma al día

Menos de 500 ml	De 500ml a 1L	De 1 L a 2L
-----------------	---------------	-------------

Piel:

Rosada	Pálida	Cianótica	Rubicundez	Ictérica
--------	--------	-----------	------------	----------

Presencia de:

Anorexia	Vómitos	Nauseas
Polifagia	Disfagia	Polidipsia
Dolor gastrointestinal	Problemas cutáneos	Edema
Heridas	Descamación	Unas quebradizas
Apósitos	Drenajes	Vías intravenosas
Catéter venoso central	Venoclisis	

DOMINIO 3 Eliminación

● Clase 1 Sistema Urinario

Características de la orina

Color	Olor	Cantidad en 24 hrs
-------	------	--------------------

Patrón

Sonda	Sin alteración	Incontinencia urinaria	Retención
-------	----------------	------------------------	-----------

Frecuencia:

1 a 2 veces al día	3 a 5 Veces al día	Más de 6 veces al día
--------------------	--------------------	-----------------------

Alteración:

Presencia de:

Urgencia para orinar	Polaquiuria	Disuria	Hematuria
Incontinencia urinaria	Globo vesical	Obstrucción	Glucosuria
Infección de vías urinarias	Nicturia	Goteo	Sin alteraciones

Clase 2 Sistema Gastrointestinal

Características de las evacuaciones

Color	Olor	Cantidad en 24 hrs
-------	------	--------------------

Consistencia Medidas para facilitar la defecación Hábitos de eliminación intestinal

Frecuencia

En 24 hrs	2 a 3 Días	Más de 3 Días
-----------	------------	---------------

Presencia de:

Peristaltismo	Distensión Abdominal	Incontinencia
Flatulencia	Dolor al evacuar	Fisuras
Hemorroides	Halitosis	Ostomias
Actividad física insuficiente	Debilidad de los músculos abdominales	Malos hábitos alimenticios
Diarrea	Estreñimiento	

● Clase 3 Sistema Integumentario

Temperatura:

Hipertermia = o + 38.0°C	Hipotermia -36.0 °C
Eutermia 36.5 a 37.0 °C	Febrícula 37.1 a 37.9°C

Sudoración:

Excesiva	Regular	Escasa
----------	---------	--------

● Clase 4 Sistema Pulmonar

Presencia de:

FR:	Rinorrea	Espulo	Secreción
-----	----------	--------	-----------

DOMINIO 4 Actividad Y Reposo

● Clase 1 Reposo y sueño

Cuantas horas duerme al dia:

Menos de 6hrs.	De 6 a 8 Hrs.	Mas de 8Hrs.
----------------	---------------	--------------

Tiempo que tarda en conciliar el sueño:

Menos de 1hr.	
---------------	--

JAcostumbra a Dormir siesta?

No	Si, Tiempo	Horario
----	------------	---------



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

Patrón de sueño

Continuo	Discontinuo	Insomnio	
Pesadillas	Terrores nocturnos	Sonambulismo	
Ronquidos	Alucinaciones	Bostezos	
Ojeras	Eneuresis	Hipersomnio	

Acostumbra Medicamentos o algún método para conciliar el sueño

No	Si, Especifique
----	-----------------

Como se encuentra al despertar

Sensación de descanso	Cansado	Bostezos	Ojeras
-----------------------	---------	----------	--------

Factores interrumpan su descanso y sueño.

Preocupaciones	Ruido	Medicamentos	
----------------	-------	--------------	--

- Clase 2 Actividad / ejercicio

Hábitos de actividad y ejercicio

No	Si, especifique
----	-----------------

Actividades recreativas:

No	Si, especifique
----	-----------------

Tiene alteraciones del movimiento

No	Si, especifique
Camina en andadera	Silla de ruedas
Camina con ayuda	Movilidad limitada
Ligeramente limitada	Muy limitada
inmovilidad	

Actividades que realiza para su auto cuidado:

Higiene personal	Asiste al medico	Asiste al dentista	
------------------	------------------	--------------------	--

Presencia de reflejos:

Si	No	Cuales
----	----	--------

- Clase 3 Equilibrio de la energía

Presencia de:

Disnea	Estertores	Arritmias	
Cianosis	Fatiga	Espasmos	

- Clase 4 Respuestas Cardiovasculares / respiratorias

Valoración	Cifras	Características	
Frecuencia cardiaca:			
Frecuencia Respiratoria.			
Pulso			
Llenado capilar			
Tensión arterial			
Pulsos periféricos			
Oxigenoterapia			
Esteroides inhalados			
Bronco dilatadores			
Dolor precordial			

DOMINIO 5 Percepción/ Cognición

- Clase 1 Atención

Falta de atención a los estímulos:

No	Si, Especifique
----	-----------------

Estado de conciencia

Alerta	Somnoliento	Soporoso	Catatonico
Estupor	Coma	Apático	Autista

Presencia de:

Hemiplejia	Enf. Neurológic	Ceguera unilateral	traumatismo	
------------	-----------------	--------------------	-------------	--

- Clase 2 Orientación

Orientado:

Lugar	Tiempo	Espacio	
-------	--------	---------	--

Presencia de:

Cefalea	Vértigo	Alteraciones del lenguaje	Alteración en la atención	
Paresias	Dolor	Mov. No coordinados		



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

● Clase 3 Sensación / percepción

Presencia de problemas:

Características	Alteraciones	Observaciones
Ojos/Visuales		
Oídos/ Auditivos		
Nariz/ Olfatorios		
Lengua/ Gustativos		
Piel/ Tacto		
Entumecimiento		

Presenta:

Falta de concentración	Agitación	Irritabilidad
Cambios en el patrón de conductas	Alteración de los patrones de comunicación	

● Clase 4 Cognición

Observar si existen:

Confusión aguda	Cambios transitorios	Actitud psicomotora
Incapacidad para aprender	Retener	Recordar
Alteración de la interpretación o respuesta a estímulos	Seguimiento inexacta de las instrucciones	Facilidad para distraerse

Escala de Glasgow

Para evaluar la escala se toman en cuenta los valores de la derecha se suman dichos valores para obtener la puntuación.

Puntuación 15 Buena, 12, Regular, 9, Mala

Respuesta motora	Puntos	Respuesta Verbal	Puntos	Apertura Ocular	Puntos
Obedece	6	Orientada	5	Espontánea	4
Localiza	5	Confusa	4	Al hablar	3
Retira	4	Inapropiada	3	Al dolor	2
Flexión	3	Sonidos	2	No hay	1
Extensión	2	No Hay	1		
No hay	1				

● Clase 5 Comunicación

Presenta:

Dificultad para ver	Dificultad para oír	Dificultad hablar
Dificultad para entender	Ninguna de las anteriores	Atención a mensajes verbales
Percepción correcta de mensajes verbales	Negativa voluntaria para hablar	

Expresión de mensajes:

Claros	Concisos	Comprensivos
--------	----------	--------------

DOMINIO 6 Auto percepción

Auto descripción
Opinión de si mismo
Factores que afecten su autoestima
Alteraciones sensoperceptivas
Estado de animo
Como se siente en el ambiente hospitalario
Conocimientos de sus necesidades de auto cuidado
Habilidad emocional: Llanto Tristeza Emoción
Conductas de evitación, control o reconocimiento del propio cuerpo

DOMINIO 7 Rol/ Relaciones

Personas con las que convive diariamente	
Descripción del ambiente familiar	
Lugar que ocupa en la familia	Número de hermanos
Características de la relación del niño con sus familiares	
Ocupación (rol)	



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

Coherencia entre actitud cronológica:									
Edad	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Escolaridad	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>				
Sexo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Comportamiento	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>				
Peso	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Talla	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>				
Crecimiento y desarrollo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>							

DOMINIO 8 Sexualidad

Mujer

Menarquia _____ Días por ciclo _____ FUM _____ Telarquia _____ Pubarquia _____
Prácticas sexuales _____ Presencia de dismenorrea _____

Hombre

Desarrollo de los genitales externos _____ Pubarquia _____ Cambios en el timbre de voz _____ Prácticas sexuales _____ Problemas de identidad sexual _____
Actitud del niño (a) ante la sexualidad _____
Información sobre educación sexual _____
Problemas de identidad sexual _____

DOMINIO 9 Afrontamiento/ Tolerancia al estrés**● Clase 1 Respuesta posttraumática****Reacciones tras un trauma físico o psicológico**

Falta de atención	Vergüenza	Agresión	Temor		
Negatividad	Alteración del estado de humor	Hipervigilancia	Desesperanza		
Culpa	Depresión	Aislamiento			

Respuesta Física:

Deterioro funcional	Dermatitis	Trastorno del sueño	Cambio del rol social		Cansancio
---------------------	------------	---------------------	-----------------------	--	-----------

● Clase 2 Respuestas de afrontamiento**Afrontamiento:**

Defensivo	Inadaptación	Duelo		
Ansiedad	Negación			

Familiar: Colaboración de la familia y/o amigos

Suficiente	Poca	Nada	Aceptación familiar	Integración familiar	
------------	------	------	---------------------	----------------------	--

● Clase 3 Estrés neurocomportamental**Presencia de:**

Irritabilidad	Tremores	Movimientos exagerados	Movimientos descoordinados	Sabor metálico en la boca	
Bradicardia	Taquicardia	Arritmias	Apnea		
Taquipnea	Cefalea	Contracciones	Escalofríos		

Color

Pálido	Cianótico	Moteado		
Enrojecido	Manchas blancas			

DOMINIO 10 Principios vitales**Sus prácticas religiosas o ideas culturales interfieren con su enfermedad**

Si	No			
----	----	--	--	--

Sus prácticas religiosas o ideas culturales interfieren con su tratamiento

Si	No		
----	----	--	--

Desea apoyo religioso

Si	No		
----	----	--	--

DOMINIO 11 Seguridad/ Protección**Riesgos de sufrir alguna lesión o daño en**

Mucosa oral	Integridad cutánea	Dentición	Integridad tisular	
-------------	--------------------	-----------	--------------------	--

Presencia de riesgos de sufrir:

Asfixia	Caída	Traumatismo	
---------	-------	-------------	--

Caídas previas

Si	No		
----	----	--	--



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

Protección:

Efectiva	Inefectiva
----------	------------

DOMINIO 12 Confort

• Clase 1 Confort físico

Ha experimentado dolor las últimas 24hrs.

No	Sí, Especificar: Localización y características								
----	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Como podría Evaluar el dolor del 1 -10

Leve				Moderado				Severo	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Presencia de

Agitación	Gemidos	Llantos	Características de las Fasces
Aumento de la salivación	Posición antialgica	Dilatación pupilar	

• Clase 2 Confort ambiental

Características del entorno: Opinión del usuario

Ventilación	Illuminación	Amplitud
Privacidad	Comparte habitación	Comodidad

• Clase 3 Confort social

Le cuesta trabajo relacionarse con los demás

No	Sí
----	----

Presenta

Retraimiento	Mutismo	Vergüenza
Búsqueda de soledad	Nerviosismo	

Intereses inadecuado o inmaduro para la edad o etapa del desarrollo

Si	No
----	----

DOMINIO 13 Crecimiento/ Desarrollo

• Clase 1 Crecimiento

Peso _____ Talla _____ Edad _____

Congruencia entre edad, peso y talla

Si	No
----	----

Presenta

Desnutrición	Aumento de peso	Pérdida de peso
Anemia	Obesidad	Anorexia
Trastornos congénitos o genéticos	Enfermedades crónicas	Prematuridad

• Clase 2 Desarrollo

Alteración del crecimiento físico

Si	No
----	----

Retraso o dificultad para realizar las actividades:

Motoras	Sociales	Expresivas
---------	----------	------------

Incapacidad para realizar las actividades de auto cuidado:

Si	No
----	----

Edo. Nutricional: %

Normal	Leve	Moderado	Severo
--------	------	----------	--------

Presencia de:

Violencia	Malos tratos	Enfermedad mental	Pobreza
-----------	--------------	-------------------	---------

Facies

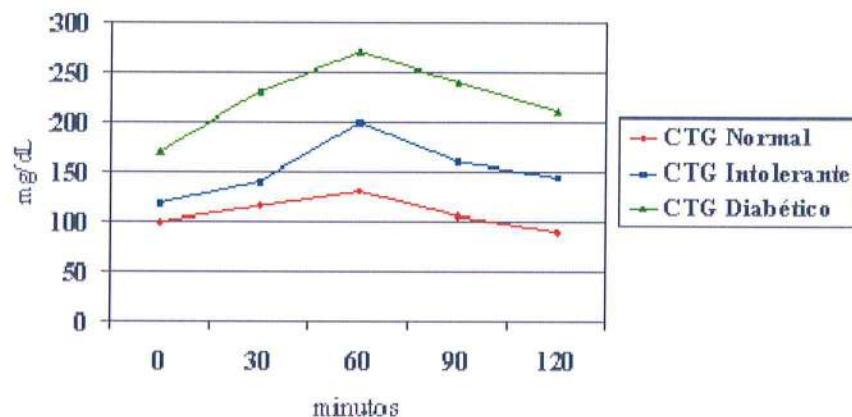
Normal	tristeza	Enojo
--------	----------	-------

Apatía	Dolor
--------	-------

RESULTADOS DE PARACLINICOS

ANEXO 5

CURVA DE INTOLERANCIA A LA GLUCOSA Y VALORES



VALORES	Glucosa en sangre
Normal	< 110 mg/dl
Intolerancia a la glucosa	110-125 mg/dl
Anormalidad en la tolerancia a la glucosa normal	> 125 mg/dl