



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA  
RENAL CRÓNICA ASOCIADO A DIABETES MELLITUS APLICANDO  
LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM

BERMEO RAMON KIMBERLY BRIGITTE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MOROCHO BONILLA NATALY LEONOR  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA  
2021



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON  
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA ASOCIADO A DIABETES  
MELLITUS APLICANDO LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM

BERMEO RAMON KIMBERLY BRIGITTE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MOROCHO BONILLA NATALY LEONOR  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA  
2021



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO TITULACIÓN  
ANÁLISIS DE CASOS

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL  
CRÓNICA ASOCIADO A DIABETES MELLITUS APLICANDO LA TEORÍA DE  
DOROTHEA OREM

BERMEO RAMON KIMBERLY BRIGITTE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MOROCHO BONILLA NATALY LEONOR  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

ESPINOZA JUMBO LENIS ELIZABETH

MACHALA, 05 DE ENERO DE 2021

MACHALA  
2021

# Tesis IRC y DMT2

---

## INFORME DE ORIGINALIDAD

---

0%

INDICE DE SIMILITUD

1%

FUENTES DE  
INTERNET

0%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL  
ESTUDIANTE

---

## FUENTES PRIMARIAS

---

1

[scielo.sld.cu](http://scielo.sld.cu)

Fuente de Internet

<1%

---

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 30 words

Excluir bibliografía

Activo

## CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

Las que suscriben, BERMEO RAMON KIMBERLY BRIGITTE y MOROCHO BONILLA NATALY LEONOR, en calidad de autoras del siguiente trabajo escrito titulado ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA ASOCIADO A DIABETES MELLITUS APLICANDO LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM, otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

Las autoras declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

Las autoras como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 05 de enero de 2021

*Kimberly Bermeo*

BERMEO RAMON KIMBERLY BRIGITTE  
0706682390

*Nataly Bonilla*

MOROCHO BONILLA NATALY LEONOR  
0705724854

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo lo dedicamos en primer lugar a Dios que con su sabiduría y benevolencia nos concede la vida, y nos permite salir adelante a pesar de las adversidades, siendo nuestra fortaleza, brindándonos una vida rodeada de aprendizajes.

Posteriormente, a nuestros padres que sin su ayuda tanto emocional como económica no podríamos concluir con éxito nuestro proceso de formación académica, por encaminarnos a lo largo de nuestra vida, demostrándonos que siempre contaremos con su apoyo incondicional, por inculcarnos valores que hoy en día nos permiten afrontar las adversidades de la vida, sabiendo sobrellevar las dificultades que se nos presenten.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos de todo corazón a nuestros padres por ser aquellas personas que nos impulsan a cumplir cada una de nuestras metas que nos proponemos, por ser ejemplo de amor, perseverancia y entrega; a nuestros hermanos por estar allí cuando necesitamos algún consejo o apoyo. De igual manera queremos agradecer a los maestros que han formado parte de nuestra vida profesional, los cuales con sus enseñanzas han sabido guiarnos de la mejor manera, permitiéndonos desenvolvernos en nuestra carrera, agradecemos de manera especial a las tutoras de este proyecto, por la disposición de guiarnos para el desarrollo del mismo, compartiendo con nosotras su conocimiento; el mismo que será de gran utilidad en nuestra vida profesional, por todo lo antes mencionado y otras cosas anexas que se pudieron haber ignorado, mostramos gratitud a las personas que nos guiaron hasta donde estamos.

Muy agradecidas.

Las Autoras...

## RESUMEN

La Insuficiencia Renal Crónica hace mención al daño renal que se produce de modo progresivo e irreversible, con un filtrado glomerular por debajo de los 60 mililitros/minuto, con una persistencia de más de 3 meses, comprometiendo la vida de quien la padece, se estima que a nivel mundial afecta al 10% de la población, siendo uno de los principales factores desencadenantes la Diabetes Mellitus tipo 2, que consiste en la incapacidad del organismo para regular la glucosa en sangre, debido a que la insulina con la que se cuenta es deficiente, desarrollando una resistencia a la misma, se estima que incide con un 8,8% en la población mundial, ocasionando complicaciones severas como: amputación de extremidades, enfermedades cardiovasculares, pérdida de la visión, deterioro neurológico, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal crónica en fase terminal necesitando tratamiento sustitutivo como diálisis o un trasplante renal. La importancia de actividades de enfermería enfocadas en el autocuidado es primordial, ya que es posible reducir complicaciones y riesgos severos de estas patologías, mejorando la calidad de vida de quien las desarrolla. El objetivo de este trabajo investigativo es determinar el Proceso de Atención de Enfermería en paciente con Insuficiencia Renal Crónica, asociado a Diabetes Mellitus, aplicando la Teoría de Dorothea Orem. Con respecto a los materiales y métodos: consiste en una investigación de tipo cualitativa con enfoque descriptivo – observacional, basada en el análisis de un caso clínico, mediante el acceso a la historia clínica, previo consentimiento, y la revisión bibliográfica de artículos científicos enfocados en el objeto de estudio, encontrados en bases de datos como Scielo, PubMed, Elsevier, Science Direct, que permitan fundamentar la relevancia de los cuidados de enfermería enfocados en la teoría del autocuidado, mediante la utilización de los libros NANDA, NIC, NOC. Los Resultados obtenidos fueron medianamente favorables en donde el paciente es capaz de cumplir con su tratamiento, mejorar hábitos alimenticios, siendo el principal partícipe de su salud, contando con el apoyo de la familia, cabe mencionar que conseguir una respuesta totalmente favorable es difícil, ya que el personal de enfermería debe ser constante en actividades de educación al individuo que le permitan tomar conciencia de los riesgos que implica no cumplir con las limitaciones que acarrea su patología, siendo importante que el paciente conozca de que trata su enfermedad, fortalezca su autocuidado, logrando un mejor manejo de su enfermedad, reduciendo el riesgo de complicaciones. En conclusión, se determinó actividades de enfermería enfocadas en el autocuidado orientadas en aumentar el nivel de conocimiento

y compromiso del paciente frente al manejo de su tratamiento, régimen alimentario, actividad física; evitando complicaciones severas en el individuo. Lo que más ayudó a generar esta intervención fue la predisposición del individuo por mejorar su estado de salud, el apoyo de su cuidador en actividades que le resulta difícil al usuario desempeñarlo sin asistencia continua. Asimismo, sugerimos que para investigaciones futuras se emplee la Teoría de Dorothea Orem en las intervenciones de enfermería, valorando de manera más minuciosa los resultados, ofreciendo educación y seguimiento constante al usuario, promoviendo la práctica de autocuidado en la vida diaria, fomentando el empoderamiento del paciente.

**PALABRAS CLAVES:** Insuficiencia Renal Crónica, Diabetes, Atención de Enfermería, Teoría de autocuidado.



## **ABSTRACT**

Chronic Kidney Failure refers to the progressive and irreversible damage to the kidneys, with a glomerular filtration below 60 milliliters/minute, with a persistence of more than 3 months, compromising the life of those who suffer it, it is estimated that worldwide it affects 10% of the population, being one of the main triggers of Diabetes Mellitus type 2, which is the inability of the body to regulate blood glucose, because the insulin that is available is deficient, developing a resistance to it, it is estimated that affects 8.8% of the world population, causing severe complications such as: amputation of extremities, cardiovascular diseases, loss of vision, neurological deterioration, cerebrovascular accidents, chronic renal insufficiency in terminal phase needing substitution treatment such as dialysis or a renal transplant. The importance of nursing activities focused on self-care is paramount, since it is possible to reduce complications and severe risks of these diseases, improving the quality of life of those who develop them. The objective of this research work is to determine the Nursing Care Process in patients with Chronic Renal Insufficiency, associated with Diabetes Mellitus, applying Dorothea Orem's Theory. Regarding the materials and methods: it consists of a qualitative research with descriptive-observational approach, based on the analysis of a clinical case, through access to clinical history, prior consent, and bibliographic review of scientific articles focused on the object of study, found in databases such as Scielo, PubMed, Elsevier, Science Direct, which allow to base the relevance of nursing care focused on the theory of self-care, through the use of the books NANDA, NIC, NOC. The results obtained were moderately favorable, where the patient is able to comply with his treatment, improve his eating habits, being the main participant in his health, counting on the support of the family. It is worth mentioning that achieving a totally favorable response is difficult, since the nursing personnel must be constant in activities of education to the individual that allow him to be aware of the risks that imply not complying with the limitations that his pathology carries, being important that the patient knows what his disease is about, strengthening his self-care, achieving a better management of his disease, reducing the risk of complications. In conclusion, it was determined that nursing activities focused on self-care are oriented towards increasing the level of knowledge and commitment of the patient in the management of his or her treatment, diet, and physical activity, avoiding severe complications in the individual. What most helped to generate this intervention was the individual's predisposition to improve their health status, the support of their

caregiver in activities that are difficult for the user to perform without continuous assistance. Likewise, we suggest that for future research the Dorothea Orem Theory be used in nursing interventions, evaluating the results in a more detailed way, offering education and constant follow-up to the user, promoting the practice of self-care in daily life, and encouraging the empowerment of the patient.

**KEY WORDS:** Chronic Kidney Disease, Diabetes, Nursing Care, Self-Care Theory.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>DEDICATORIA</b> .....	1
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	1
<b>RESUMEN</b> .....	2
<b>ABSTRACT</b> .....	4
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	9
<b>CAPÍTULO I</b> .....	11
<b>GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO</b> .....	11
<b>1.1 DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO</b> .....	11
<b>1.2 HECHOS DE INTERÉS</b> .....	13
<b>1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	14
<b>1.3.1 OBJETIVO GENERAL</b> .....	14
<b>1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	14
<b>CAPÍTULO II</b> .....	15
<b>FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO – EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO</b> .....	15
<b>2.1 DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO DE REFERENCIA</b> .....	15
<b>2.1.1 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD</b> .....	15
<b>2.2 BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	17
<b>2.2.1 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA</b> .....	17
<b>2.2.1.1 ETIOLOGÍA</b> .....	18
<b>2.2.1.2 FACTORES DE RIESGO</b> .....	18
<b>2.2.1.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS</b> .....	19
<b>2.2.1.4 CLASIFICACIÓN</b> .....	20
<b>2.2.1.5 DIAGNÓSTICO</b> .....	20
<b>2.2.1.6 TRATAMIENTO</b> .....	21
<b>2.2.1.7 COMPLICACIONES</b> .....	21
<b>2.2.2 DIABETES MELLITUS TIPO II</b> .....	22
<b>2.2.2.1 ETIOLOGÍA</b> .....	22
<b>2.2.2.2 FACTORES DE RIESGO</b> .....	22
<b>2.2.2.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS</b> .....	23
<b>2.2.2.4 DIAGNÓSTICO</b> .....	23
<b>2.2.2.5 TRATAMIENTO</b> .....	24
<b>2.2.2.6 COMPLICACIONES</b> .....	25
<b>2.2.3 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM</b> .....	25

<b>CAPÍTULO III</b> .....	29
<b>PROCESO METODOLÓGICO</b> .....	29
<b>3.1 DISEÑO O TRADICIÓN DE LA INVESTIGACIÓN SELECCIONADA</b> .....	29
<b>3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN</b> .....	29
<b>3.1.2 UNIDAD DE ANÁLISIS</b> .....	29
<b>3.1.3 ÁREA DE ESTUDIO</b> .....	29
<b>3.1.4 TIPO DE ESTUDIO</b> .....	29
<b>3.1.5 MÉTODO DE ESTUDIO</b> .....	30
<b>3.1.6 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN</b> .....	30
<b>3.1.7 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN</b> .....	30
<b>3.1.8 CATEGORÍAS</b> .....	31
<b>3.1.9 RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS</b> .....	31
<b>3.2 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS EN LA INVESTIGACIÓN</b> .....	31
<b>3.2.1 ASPECTOS ÉTICOS LEGALES</b> .....	32
<b>3.2.2 PETICIÓN DE ACCESO PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA</b> .....	32
<b>3.2.3 UBICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA</b> .....	32
<b>3.2.4 REVISIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA</b> .....	32
<b>3.3 SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE LOS DATOS</b> .....	33
<b>TABLA 1: APLICACIÓN DE LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD EN RELACIÓN AL CASO.</b> .....	41
<b>TABLA 2: LÍNEA DE TIEMPO DEL CASO CLÍNICO</b> .....	42
<b>TABLA 3: CUADRO COMPARATIVO DE ARTÍCULOS RELACIONADOS CON LA TEMÁTICA</b> .....	43
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	45
<b>RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	45
<b>4.1 DESCRIPCIÓN Y ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE RESULTADOS</b> .....	45
<b>4.2 CONCLUSIONES</b> .....	50
<b>4.3 RECOMENDACIONES</b> .....	52
<b>4.4 BIBLIOGRAFÍA</b> .....	53
<b>ANEXOS</b> .....	59
<b>PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA</b> .....	60
<b>Fig.1.</b> Oficio de consentimiento informado de la paciente para poder realizar el presente estudio de caso. ....	66
<b>Fig. 2.</b> Oficio dirigido al Hospital Básico Santa Teresita, con el propósito de obtener el permiso correspondiente para el respectivo acceso a la historia clínica del paciente en estudio. ....	67

<b>Fig.3.</b> Visita Domiciliaria: valorando la condición de salud, tomando los signos vitales: presión arterial, peso, talla, glicemia, temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno. ....	68
<b>Fig.4.</b> Lectura del oficio de consentimiento informado y firma del mismo, con presencia de cuidador responsable. ....	68
<b>Fig.5.</b> Intervención de Enfermería: charla educativa por medio de plataforma digital, debido a época de pandemia. ....	69
<b>Fig.6.</b> Dieta elaborada por las autoras del presente estudio, entregada al paciente con el fin de facilitar el cumplimiento de la misma, para mejorar su condición de salud. ....	69
<b>TABLA 4:</b> ENTREVISTA A PACIENTE EN ESTUDIO. ....	71

## INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia Renal es una patología de relevancia, en donde se ve afectado órganos importantes como los riñones, se expresa en dos tipos, Aguda y Crónica, siendo esta última la que conlleva a una preocupación significativa para el sector de la salud, ya que es incurable, avanza de manera rápida comprometiendo así la vida de quien la padece (1).

Esta patología causa daño en la función renal provocando un déficit en la filtración glomerular “inferior a 60ml/min/1.73m<sup>2</sup>” lo cual determinará su estadio, además de que el tiempo es un factor importante para diferenciar entre si es Aguda o Crónica, tomando en cuenta que la IRC es la presencia de este daño que persiste alrededor de 3 meses (2).

A Nivel Mundial la Enfermedad Renal Crónica mantiene una prevalencia del 10% (3). Actualmente las cifras de personas que padecen Diabetes Mellitus es de 135 millones en todo el mundo, y en comparación con los que padecen Hipertensión Arterial donde la cifra es elevada con más de 1000 millones de personas, debido a la prevalencia autores manifiestan que para el 2025 serán 300 millones con DM tipo 2 y un número mayor a 1560 millones con HTA, considerando que estas patologías son factores desencadenantes de la Enfermedad Renal Crónica, su aumento será evidente (4).

Así mismo en otro estudio realizado en España a pacientes que son sometidos a Hemodiálisis indica que son dos las principales causas de La insuficiencia Renal: Hipertensión Arterial con un 82.5% y la Diabetes Mellitus con un 32.2% (3).

Según análisis de la población adulta de España en lo que concierne a su etiología, una de las causas principales de esta Enfermedad Renal de tipo Crónico es la de Diabetes Mellitus donde el 13.8% la padecen (5).

Por otro lado, en un estudio realizado en la ciudad de México a pacientes sometidos a diálisis en el año 2010 se ha estimado que la prevalencia con respecto a la causa de la Enfermedad Renal Crónica es del 48.5% secundaria a la Diabetes Mellitus, y el 19% debido a la Hipertensión Arterial. Sin embargo, en un estudio publicado por Rodríguez en la ciudad de México durante el año 2013, enunció que la Nefropatía Hipertensiva sostuvo una prevalencia entre 18 al 25% según los datos de defunción (6).

Actualmente en Ecuador la Enfermedad Renal Crónica tiene una prevalencia del 11% en todas las personas adultas, determinando que su tratamiento conlleva a un incremento

económico a nivel sanitario, debido “al aumento en la necesidad del gasto farmacológico que requieren los pacientes” (3).

Son de conocimiento público los síntomas de dicha enfermedad como: “las náuseas, vómitos, fatiga, anuria, retención de líquidos que provocan edemas localizados o generales”, es por ello que la mejor forma para evitarlo es “modificando el estilo de vida a uno más saludable, por ejemplo; eludir el consumo del tabaco y alcohol, dietas ricas en proteínas, o la excedencia con grasas saturadas”. Además también influye el ser sedentario ya que con el transcurso del tiempo conlleva a cifras de IMC elevados que marcan sobrepeso y obesidad, provocando que la ERC eleve sus tasas de morbimortalidad (4).

Considerando los datos alarmantes que se han hecho hincapié, resulta de gran importancia el saber cómo se debe llevar correctamente los Autocuidados de la salud para esta enfermedad, que, aunque no le ofrecería una cura, le ayudaría a mantener una mejor calidad de vida a quien lo padece. Es por ello que muchas investigaciones relacionan la Teoría de Dorothea Orem con patologías como la Insuficiencia Renal, la Diabetes Mellitus y su importancia en el Autocuidado, como lo es en el artículo de “*Importancia del autocuidado en el adulto mayor con diabetes mellitus*” por Y. Hernández; indicando que esta teoría parte del accionar que tiene la persona para mantener su salud y cómo responde a las necesidades y/o complicaciones de su enfermedad (7).

Esta misma teoría se menciona en otro estudio titulado “*Autocuidado en personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis*” por M. Andrade y autores, donde evaluaron mediante el método cualitativo a 12 pacientes para determinar la aplicación del Autocuidado oportuno que su enfermedad requería. Concluyeron que los pacientes conocían la importancia del Autocuidado, sin embargo no lo realizaban de la manera apropiada debido a la falta del conocimiento, ya que no siempre se les resolvían las dudas por parte del personal de salud (8).

Por tal motivo el propósito de la presente investigación consiste en realizar un estudio de caso de una paciente de 39 años atendida en el Hospital Santa Teresita del Cantón Santa Rosa, con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica, Diabetes Mellitus tipo 2, a través de la observación directa, y la fundamentación en documentos científicos estableciendo procesos de atención de enfermería encaminados a los requerimientos de la paciente, considerando la teoría de Dorothea Orem.

# **CAPÍTULO I**

## **GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO**

### **1.1 DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO**

Se presenta el caso de una paciente de 39 años de edad que ingresa al Hospital Básico Santa Teresita en el año 2020, en donde es diagnosticada con insuficiencia renal crónica, seguida de diabetes mellitus tipo 2 con complicaciones múltiples, acompañado de ceguera binocular; en vista de que en la gran mayoría de las enfermedades crónico degenerativas es fundamental que se adquiera un compromiso del paciente y la familia, para lograr una mejor calidad de vida considerando las limitaciones que implica padecer estas patologías, por ende hemos considerado instaurar actividades de enfermería enfocados en la importancia del autocuidado, basándonos en la teoría de Dorothea Orem.

La Insuficiencia Renal se puede definir como aquella patología que se caracteriza por un cambio en la estructura y función renal, ocasionando un déficit en la filtración glomerular, en donde la sangre ingresa por la arteria renal hacia el riñón, específicamente al glomérulo, aquí se filtra la sangre, es decir, se decide qué sustancias se deben mantener en la sangre y continuar el recorrido por la vena renal, cuales se deben eliminar en la orina, manteniendo un balance hidroelectrolítico y ácido base en el organismo. El sistema renal es capaz de poner en práctica su función endocrina para estabilizar el metabolismo de la vitamina D, de igual manera el metabolismo de los eritrocitos por medio de la producción de la hormona eritropoyetina la cual al estar ausente puede provocar anemia de origen renal (9). La deficiencia en la función de los riñones puede deberse a ciertos factores como antecedentes familiares, obesidad, enfermedades como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, autoinmunes, patologías cardiovasculares, envejecimiento (mayor a 65 años), neoplasia o tumor (10)(11)(5).

Dicha patología puede ser aguda cuando surge un daño a nivel de los riñones, en donde se ve afectado el filtrado de sustancias tóxicas de la sangre a nivel de los glomérulos, ocasionando una elevación de la urea y creatinina, cabe mencionar que su duración puede ser de hasta 90 días, siendo reversible (11), a diferencia de la forma crónica en donde se presenta un daño renal de modo progresivo e irreversible, que no tiene cura, con una persistencia mayor a tres meses o más, con un “filtrado glomerular por debajo de los 60



militros/minutos” (2), teniendo como tratamiento más implementado la hemodiálisis, la cual debido a sus efectos secundarios afecta “la calidad de vida del paciente” (1).

Como se mencionó anteriormente, otra de las patologías asociadas es la Diabetes Mellitus, la misma que padece la paciente del caso, llevando un tratamiento médico con hipoglucin, además de la administración de insulina, en caso de que la glucosa se encuentre alterada, esta enfermedad puede ser definida como una deficiencia en la producción de insulina a nivel del páncreas, por otro lado puede deberse a que las células del organismo resisten los efectos de la insulina porque sus receptores no pueden reconocerla, ocasionando una elevación de la glucosa en la sangre, en este caso tenemos el Tipo I ocurre cuando el sistema inmunitario se altera y destruye las células beta pancreáticas que producen insulina, cabe mencionar que también puede ser de origen idiopático (12); Tipo II, en este caso si se produce insulina pero debido al exceso de glucosa, ésta no puede ser almacenada en el tejido adiposo, músculo, hígado, por ende prolifera su concentración en la sangre, provocando daño en los vasos sanguíneos pequeños dificultando que órganos como el riñón admita lo necesario para funcionar apropiadamente, afectando nervios de manos, pies, ojos, lo que puede ocasionar: pie diabético, amputaciones, retinopatías, en casos más graves puede provocar infartos que ocasionen la muerte (13).

Debido a la gran incidencia de las enfermedades crónico degenerativas, consideradas como las causas primordiales de muertes en el mundo, en donde la IRC según la guía del MSP afecta al 10% de la población a nivel del mundo, es decir a uno por cada diez individuos, en donde se calcula que el 60% está asociado a patologías como la diabetes mellitus y la Hipertensión arterial (14), por otro lado la DM afecta alrededor del 8,8% de la población en el mundo, según estadísticas de la “Federación Internacional de Diabetes”, la presencia de las enfermedades antes mencionadas en la vida de las personas, ocasiona una alteración en su diario vivir, desencadenando que el individuo tenga inconvenientes en poner en práctica las limitaciones que esto implica, como acontece en el presente estudio de caso, en donde la paciente presenta una deficiencia al momento de seguir una dieta oportuna o realizar actividad física, cumpliendo únicamente con el tratamiento médico, de allí la importancia de las actividades de enfermería enfocadas en promover el autocuidado, haciendo que la persona tenga mejor control de su estado de salud, ajustándose a hábitos de vida saludables, previniendo futuras complicaciones (15).

## 1.2 HECHOS DE INTERÉS

Para la Insuficiencia Renal, la patología de la Diabetes Mellitus, y la Hipertensión Arterial están relacionadas mayoritariamente como causas desencadenantes a esta patología que con el tiempo conlleva al requerimiento de diálisis o trasplante de riñón. Actualmente artículos nos revelan el incremento de prevalencias e incidencias de la DM convirtiéndose hoy en día en un problema a nivel mundial, especialmente la de tipo 2 debido a la mala alimentación y la obesidad (16).

Hoy en día la OMS muestra de manera holística la Historia Natural de la enfermedad, desde las causas para que la enfermedad se produzca, hasta los sucesos a que esta conlleva, siendo así que en cada país se ha tratado de fomentar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Como se conceptualizó anteriormente a la Insuficiencia Renal, siendo aquella que provoca daño en la función renal y disminución del filtrado glomerular, identificándose como agudo o crónico, siendo consecuente de la Diabetes Mellitus la misma que consiste en los niveles de glicemia por encima de los valores normales y que van acompañados de sintomatologías características de esta enfermedad (4).

Por lo que retomando las cifras de los artículos citados anteriormente, en Ecuador esta problemática de pacientes que padecen ERC abarca al 11% de la población, por lo que relacionándolo con otro estudio de la ciudad de México el mismo que indica, que esta causa es del 48.5% secundaria a la Diabetes Mellitus, y el 19% a la Hipertensión (6).

Siendo esta problemática el camino a la necesidad de la implementación de un “proceso de Atención de Enfermería en la patología de estudio, gestionando el cuidado de enfermería, el cual se precisa como la ejecución de un criterio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la disposición de cuidados que den como efecto la salud” (17).

## **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar el Proceso de Atención de Enfermería en paciente con Insuficiencia Renal Crónica asociado a Diabetes Mellitus, aplicando la Teoría de Dorothea Orem.

### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir los factores de riesgo de la Insuficiencia Renal Crónica y la Diabetes Mellitus mediante revisión bibliográfica de artículos científicos, para realizar diagnósticos de enfermería oportunos.
- Valorar la situación del paciente en estudio mediante la revisión de la historia clínica y la observación directa.
- Determinar los diagnósticos de enfermería acorde al contexto del paciente, mediante la utilización de la taxonomía NANDA.
- Establecer el plan de cuidado de enfermería en base a la teoría de Dorothea Orem, mediante la utilización de la taxonomía NOC.
- Ejecutar las intervenciones de enfermería relacionándolo con la deficiencia de autocuidado de la paciente con su enfermedad, mediante la utilización de la taxonomía NIC.
- Evaluar si los resultados de enfermería fueron satisfactorios para el paciente a través de la observación directa y la entrevista semiestructurada.

## CAPÍTULO II

### FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO – EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO

#### 2.1 DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO DE REFERENCIA

##### 2.1.1 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

La Historia Natural de la Enfermedad puede ser definida como el desarrollo propio de la enfermedad, sin que exista alguna intervención por parte médica. Se compone de dos períodos: el prepatogénico, que hace referencia a la fase antes del origen de la enfermedad, sin presentar manifestaciones clínicas, ni cambios en el organismo, se hace mención a la relación que existe entre el huésped, agente y ambiente; luego tenemos el periodo patogénico, en donde ya se empieza a desarrollar la enfermedad, presentándose cambios en el ser humano, signos y síntomas, que si no se logra un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado, puede complicarse e incluso ocasionar la muerte (18). Relacionando este enfoque con el presente caso planteamos lo siguiente:

**La Insuficiencia Renal Crónica** consiste en la pérdida lenta y progresiva de la función renal. En el *periodo prepatogénico* se presenta una correlación entre el agente, el cual puede darse por múltiples causas, ya sean biológicas cuando los causantes son microorganismos patógenos como virus, bacterias, ocasionando enfermedades como hepatitis B o C, VIH, infección de vías urinarias, glomerulonefritis; químicos: abuso de ciertos medicamentos como los antiinflamatorios no esteroideos, enfermedades metabólicas, disfunciones glomerulares; mecánicos: como en el caso de algún traumatismo, trastornos quirúrgicos, obstrucciones urinarias, oclusión de arterias o venas renales (19). El huésped, representa a cualquier individuo que esté propenso a desarrollar la enfermedad., con antecedentes hereditarios de diabetes mellitus, hipertensión arterial, personas con problemas de farmacodependencia, alcoholismo drogadicción, por otro lado, cabe mencionar que para desarrollar alguna enfermedad se relaciona “la estructura genética, edad, sexo, el nivel de inmunidad, estado nutricional del individuo”. El ambiente, puede estar vinculado con el estado socioeconómico debido a que el usuario que no posee acceso a servicios de salud o no puede adquirir medicina necesaria para continuar con su tratamiento, puede complicarse y desencadenar enfermedades graves, por otro lado, vivir en un ambiente insalubre puede producir infecciones severas (3).

En el *periodo patogénico*, en la etapa subclínica empieza a existir una disminución del filtrado glomerular, sin embargo, no se desarrollan síntomas, ocurriendo en los estadios 1, 2, 3a, 3b; en la etapa clínica ya se evidencia alteraciones con un filtrado glomerular menor a 30 ml/min, ocurriendo esto en los estadios 4 y 5, existe un aumento de urea y creatinina en sangre, aumento de agua y sodio, ocasionando hipertensión arterial, edemas periféricos, otras de las alteraciones son hiperpotasemia, acidosis metabólica, anemia debido a la disminución de eritropoyetina; lo que puede desencadenar síntomas como: debilidad muscular, afectación cardíaca, náuseas, vómitos, diarrea, anorexia, hemorragias, piel seca prurito, oliguria, palidez a causa de la anemia, entre otros. La mayoría de los usuarios que padecen esta patología requieren de hospitalización hasta por lo menos lograr un equilibrio de su salud, lo que se evidenció en el caso de la paciente de este estudio, ya que presentaba síntomas severos de deshidratación, debido a vómitos y diarreas recurrentes, además de una palidez extrema por anemia, estuvo internada por un periodo de tiempo, pero debido a la seriedad de su salud fue referida a un Hospital de mayor complejidad, finalmente se logró una recuperación, actualmente recibe un tratamiento desde su hogar. Entre las complicaciones que se puede presentar tenemos “pericarditis, encefalopatía, edema de pulmón, hiperparatiroidismo, desequilibrio electrolítico, desencadenando secuelas severas como reemplazo renal, diálisis y en el peor de los casos la muerte” (20).

**La Diabetes Mellitus tipo 2**, hace referencia a la incapacidad del organismo para regular la glucosa en la sangre, existiendo una hiperglucemia, en el *periodo prepatogénico* de esta patología, ocurre una interacción entre el agente en donde se produce una deficiencia en la acción o producción de la insulina (21). El huésped, en este caso sería el ser humano que se encuentra vulnerable, debido a factores de riesgo, como en el caso de nuestro paciente que presenta familiares diabéticos, padece de hipertensión arterial. Y el ambiente, que provee el desarrollo de la patología, como por ejemplo el estrés constante, situación económica deficiente, lo que condiciona que las personas tengan hábitos alimenticios deficientes, sedentarismo, ingesta de alcohol y cigarrillo de manera excesiva (21)(22), lo que hemos evidenciado en el caso, en donde la paciente manifiesta que hace años atrás mantenía un consumo excesivo de alcohol, no mantenía una alimentación apropiada, como se evidencia en la actualidad en donde en ocasiones manifestó que consumía alimentos ricos en azúcar y carbohidratos. Cabe mencionar que en esta etapa no se produce ninguna alteración en el organismo.

En el *periodo patogénico* comienza el desarrollo de la enfermedad, en la etapa subclínica se evidencia una resistencia a la insulina o una disfunción de las células betas, en el caso de la primera se produce una resistencia por parte de tejidos como el tejido hepático, adiposo, músculo estriado, que al no admitir el acceso de la insulina no pueden realizar la captación de glucosa, haciendo que ésta aumente en sangre, de igual manera se puede producir una disfunción de las células beta pancreáticas, debido a que el exceso de glucosa ocasiona que aumente la producción de insulina, que por un periodo de tiempo pueden adaptarse, pero a la larga se vuelven incapaces de cumplir su función. En la etapa clínica, aparecen los síntomas de la enfermedad, siendo principalmente: polidipsia, poliuria, polifagia, pérdida de peso, fatiga, heridas difíciles de cicatrizar, parestesia en manos y pies, visión borrosa, hay que tener en cuenta que si en este punto de la patología no se obtiene un diagnóstico y tratamiento adecuado, mediante la combinación de la administración de medicamentos y cambios en el estilo de vida, la enfermedad progresa teniendo como consecuencias insuficiencia renal, retinopatía diabética, neuropatía periférica, amputaciones e incluso la muerte (21).

## **2.2 BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.2.1 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**

El término insuficiencia renal puede ser definido como “el daño ya sea permanente o transitorio a nivel de los riñones que tiene como resultado la pérdida de su función normal, dejando de eliminar sustancias de desechos y agua adicional de la sangre o de mantener en homeostasis las sustancias químicas del organismo, existiendo un desequilibrio hidroelectrolítico” (23).

“La insuficiencia renal crónica se la define como la pérdida de la función renal” de manera progresiva e irreversible, con una evidencia de daño renal por más de tres meses, manteniendo un filtrado glomerular menos de 60 mililitros/minuto, en el caso que este filtrado sea mayor para diagnosticar la patología se requiere la existencia de alteraciones como anormalidades de su estructura, alteraciones urinarias, genéticas o histológicas, “generalmente presenta síntomas en la etapa avanzada, no tiene cura, necesitando el paciente en estadio terminal diálisis o trasplante renal” (3)(20)(24).

### 2.2.1.1 ETIOLOGÍA

La etiología de la Insuficiencia renal crónica no está definida, sin embargo, existen múltiples causas que la pueden desencadenar:

- **Diabetes Mellitus tipo II:** Debido a un mal control de esta patología el exceso de glucosa en la sangre puede causar daño a los vasos sanguíneos y células renales ocasionando una disminución del filtrado glomerular, teniendo como consecuencia lo que se conoce como nefropatía diabética (25).
- **Hipertensión arterial:** Puede ocasionar daño renal, debido a que está relacionada con el aumento de la presión a nivel glomerular, por otro lado, la incidencia de esta patología puede aumentar, con el deterioro de la función de los riñones (20).
- **Glomerulonefritis:** Incluye patologías relacionadas con la inflamación a nivel de los glomérulos, que ocasiona un daño renal en un periodo de tiempo corto, que sin un tratamiento adecuado puede evolucionar a Insuficiencia Renal Crónica en estadio terminal (26).
- **Poliquistosis renal:** Patología de origen hereditario en la que se presenta quistes a nivel de los riñones, haciendo que estos aumenten de tamaño, destrozando el parénquima renal, específicamente las nefronas, impidiendo su función normal, siendo una de las causas frecuentes de diálisis y trasplante renal (27).

### 2.2.1.2 FACTORES DE RIESGO

Estudios epidemiológicos recientes han identificado que el 70% de los casos de insuficiencia renal crónica está relacionado con patologías como la diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares. De igual manera está vinculado con factores genéticos, inactividad física, sobrepeso u obesidad, consumo recurrente de medicamentos nefrotóxicos, deficiencia en las funciones normales de los glomérulos renales conocido como glomerulopatías, edad avanzada, nivel socioeconómico deficiente, riesgo laboral a sustancias tóxicas como plomo, abono, mercurio, entre otros; enfermedades obstructivas renales, “estilos de vida poco saludables como el consumo excesivo de alcohol y tabaco” (20).

La existencia de un adecuado control de estos factores puede impedir que ocurra un daño renal, evitar que la insuficiencia renal crónica alcance un estadio grave en donde la opción más apropiada sea un tratamiento basado en diálisis o trasplante renal; desde otro punto de vista, un diagnóstico y tratamiento temprano pueden eludir que la enfermedad avance,

permitiendo al individuo adoptar estilos de vida saludables que mejoren su condición de salud, considerando el papel importante que desempeña el profesional de enfermería mediante una orientación idónea, recalcando la importancia de cumplir con un tratamiento e indicaciones prescritas, por otro lado el enfoque en la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, permite al usuario ser responsable y participe de mantener su propia salud, como también involucra a la familia como su principal fortaleza (28).

### **2.2.1.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

A medida que el daño renal aumenta, las sustancias de desecho que regularmente se expulsan en la orina se almacenan en la sangre; ocasionando alteraciones en el organismo, mientras mayor es la acumulación de estos productos las manifestaciones clínicas son más severas.

Ocurre alteraciones como: Retención de agua y sodio, aumentando la probabilidad de presentar insuficiencia cardiaca, hipertensión arterial, edema; en algunos casos puede existir una pérdida de sodio provocando hipotensión e hipovolemia. Acidosis metabólica debido a la ineptitud de los túbulos renales de segregar amoniaco y absorber bicarbonato de sodio. Anemia como consecuencia de una inapropiada productividad de eritropoyetina por parte de los riñones, que es la encargada de incitar a la médula ósea para que produzca eritrocitos, esto acarrea síntomas como fatiga, disnea, angina de pecho. Desequilibrio de calcio y fósforo, estos tienen una relación coordinada en el organismo, mientras uno aumenta el otro disminuye, en este caso se produce un aumento de fósforo y una disminución de calcio, ocasionando enfermedades óseas (29).

En estadios iniciales la enfermedad renal crónica presenta manifestaciones clínicas escasas como cansancio, fatiga, disminución de peso, náuseas, vómitos, entre otros. Mientras la patología progresa a estadios avanzados los signos y síntomas pueden ser más severos como: dolor músculo esquelético, náuseas, vómito, disnea, falta de apetito, depresión, espasmos musculares, edema, picor, disuria, nicturia, aumento o disminución de la diuresis, debilidad, alteraciones en el sueño, visión borrosa, amenorrea o dismenorrea, estreñimiento o diarrea, ansiedad, pérdida pasajera del entendimiento conocida como obnubilación, modificaciones en la piel como palidez cutánea y piel seca, en ciertos casos la persona puede entrar en proceso de coma (30)(31).



#### 2.2.1.4 CLASIFICACIÓN

La Insuficiencia Renal Crónica puede ser clasificada en estadios:

**Estadio 1:** Presenta un filtrado glomerular que es considerado normal, mayor o igual a 90 mililitros/minuto, puede ocurrir una presencia de albúmina en la sangre, antecedentes de diabetes mellitus.

**Estadio 2:** No se presenta síntomas, se realiza el diagnóstico de forma circunstancial, ocurre un leve daño renal con una filtración glomerular entre los 89 a 60 ml/min.

**Estadio 3:** Se compone de dos etapas: 3a con un filtrado glomerular de 59 a 45 ml/min, 3b el filtrado glomerular es de 44 a 30 ml/min. En este estadio debido a la disminución moderada de la función renal, se acumulan en la sangre sustancias tóxicas como la urea, se presentan alteraciones como hipertensión arterial, anemia, alteraciones del metabolismo óseo.

**Estadio 4:** Ocurre un daño renal grave con un filtrado glomerular entre 15 y 30 ml/min, con gran riesgo de presentar complicaciones cardíacas.

**Estadio 5:** El daño renal es avanzado con un filtrado glomerular por debajo de los 15 ml/min, este estadio se conoce también como insuficiencia renal crónica terminal, en donde se necesita tratamiento sustitutivo como trasplante renal o diálisis (20) (32) (33).

#### 2.2.1.5 DIAGNÓSTICO

Para poder establecer la existencia de la Enfermedad Renal crónica se puede realizar los siguientes exámenes:

- **Exámenes de sangre:** Prueba sanguínea para medir los electrolitos: sodio, potasio, bicarbonato, cloruro; como también medir urea y creatinina en sangre.
- **Examen de orina:** Proteínas en orina persistente en un periodo de 24 horas, estudios de sedimento urinario, comprobar la existencia de hematuria, albuminuria, cilindruria.
- **Estudios de imagen** que permitan analizar e identificar anormalidades en la estructura del riñón, estas pueden ser: ecografía renal, radiografía, tomografía.
- **Biopsia renal**, mediante la extracción de una muestra de tejido renal, permitiendo determinar el nivel de daño (34)(31).

### 2.2.1.6 TRATAMIENTO

**Tratamiento farmacológico** que permita retrasar o prevenir complicaciones, como en el caso de unificadores de calcio (carbonato de calcio, acetato de calcio), unificadores de fósforo (clorhidrato de sevelamer) dependiendo la alteración que se presente si es hiper o hipo calcemia o fosfatemia; medicamentos antihipertensivo y cardíacos; agentes anticonvulsivos en caso que ocurra anomalías neurológicas (diazepam, fenitoína); administración de eritropoyetina, suplementos de hierro en caso de anemia.

**Tratamiento nutricional**, se debe llevar una dieta adecuada, considerando que exista una ingesta cuidadosa de proteínas de elevado valor biológico (productos lácteos, carne), líquidos y sodio.

**Tratamiento renal sustitutivo**, basado en diálisis, hemodiálisis o trasplante renal en el caso que el usuario no pudo mantener un estilo de vida confortable con el tratamiento conservador (29).

### 2.2.1.7 COMPLICACIONES

- Retención de agua y sodio, que ocasiona edemas en miembros superiores e inferiores, hipertensión arterial e incluso puede llevar a edema pulmonar.
- Riesgo de enfermedades cardiovasculares, debido al aumento de potasio en sangre, lo que lleva a una modificación del funcionamiento del corazón.
- Debido a la existencia de un desequilibrio electrolítico, especialmente una disminución de calcio, lo que ocasiona debilidad de los huesos, llegando a ocasionar fracturas.
- Anemia debido a la deficiencia en la producción de eritropoyetina por parte del riñón.
- Deterioro del sistema nervioso, ocasionando cambios de la personalidad, convulsiones, concentración deficiente.
- Deficiencia del sistema inmunitario, haciendo al organismo vulnerable a adquirir infecciones.
- Enfermedad renal crónica en estadio terminal, que “requiere de tratamiento sustitutivo como diálisis o trasplante renal” (29).

## **2.2.2 DIABETES MELLITUS TIPO II**

La Diabetes Mellitus es una enfermedad de tipo crónico y degenerativa causada por una alteración en la asimilación de los hidratos de carbono, provocando hiperglucemia al haber un defecto en la función o secreción de la insulina. Hay de dos tipos la DM 1 que es de carácter autoinmune, es decir por el deterioro de las células beta pancreáticas y con ello disminuye la producción de insulina. A diferencia de la DM 2 que la insulina no ejerce su acción con facilidad produciéndose una resistencia a esta, y que a su vez van relacionadas con factores de riesgo como la vejez, IMC elevados, o de carácter hereditarios (22).

Según C. Jácome en su Artículo científico a cerca de *“Identificación del riesgo para el desarrollo de la Diabetes Mellitus en usuarios de Atención Básica de Salud”* define a la DM tipo 2 como la enfermedad crónico no transmisible muy común con cifras entre el 90 y 95 %, indicando que esta enfermedad afecta el actuar y la segregación de insulina a las células, en donde el síndrome que mayoritariamente presentan los pacientes es el Hiperosmolar hiperglucémico no cetónico (12).

Estos niveles de hiperglucemia con el transcurso de los años se tiende a asociarse con daños o deficiencias en los órganos y/o sistemas, por ejemplo el riñón, ojos, el sistema circulatorio, y el sistema nervioso (21).

### **2.2.2.1 ETIOLOGÍA**

Su etiología es multifactorial, que usualmente se presenta en personas con edades superiores a los 40 años, y otros factores conocidos como modificables y no modificables (21).

### **2.2.2.2 FACTORES DE RIESGO**

Como bien se nombró con anterioridad a cerca de la DM tipo 2, esta enfermedad presenta factores de riesgo, que serán clasificados y detallados a continuación.

**No Modificables.** - La edad es el principal factor para tomar en cuenta ya que el riesgo de padecerlo aumenta conforme se va llegando a la adultez. El sexo también pertenece a esta categoría, puesto que hay estudios que determinan que este riesgo es mayor en las mujeres con una elevada probabilidad de ser diagnosticadas a temprana edad (entre los

25 y 45 años). Esto es una diferencia notoria hacia el sexo masculino, puesto que la edad generalmente es considerado como factor de riesgo cuando es mayor a los 45 años (35).

Los antecedentes familiares desempeñan un papel fundamental en la adquisición de esta patología, ya que al ser una enfermedad hereditaria tiende a actuar a favor, debido a que permiten predecir quién tiene o tendrá mayor riesgo en desarrollarla en alguna etapa de su vida, y de esta manera poder intervenir en aquellos factores que sí son modificables para disminuir las probabilidades de adquirirla (35).

**Modificables.-** Según la GPC de Diabetes Mellitus tipo 2, considera al Índice de Masa Corporal como un factor de riesgo modificable, siendo mayor o igual a 25 kg/m<sup>2</sup>, que en otro estudio lo considera como un marcador para esta enfermedad al aumento de peso y cifras de obesidad en IMC (35) (13).

Otro factor modificable es el sedentarismo, considerado como un tiempo igual o mayor a 4 horas de inactividad física. Esto conlleva al sobrepeso y obesidad, aumentando el riesgo de DM e incluso de enfermedades cardiovasculares, enfermedades metabólicas. “El control de estos factores de riesgos modificables mejoraría en gran manera la calidad de vida de los individuos y reduciría el gasto sanitario” (35).

### **2.2.2.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

Entre los síntomas que presentan los pacientes diabéticos son considerados mundialmente como una tríada: la polidipsia, polifagia, poliuria, además puede estar presente la disminución del peso corporal, que muchas de las veces el paciente no los reconoce y termina acudiendo al médico cuando ya han comenzado a presentarse complicaciones de la enfermedad (36).

### **2.2.2.4 DIAGNÓSTICO**

La glicemia en ayunas es el método más efectivo para el diagnóstico al igual de la prueba de tolerancia a la glucosa cuando hay dudas de por medio (36).

La “OMS y grupos expertos del National Diabetes Data Group” han revisado y determinado los criterios diagnósticos para la Diabetes Mellitus (37):

Glucosa en plasma antes del desayuno que sea mayor o igual a 126 mg/100 ml, GP a las 2 horas mayor o igual a 200mg/100ml, síntomas acompañado de glucemia al azar por

mayor o igual a 200mg/200ml. De tal manera que recomiendan realizar una prueba a quienes sean mayor a los 35 años, y personas jóvenes con factores de riesgo (37).

La Guía Práctica Clínica de Diabetes Mellitus tipo 2 añade al diagnóstico la realización de la hemoglobina glucosilada conocido con las abreviaturas de (HbA<sub>1c</sub>) mayor o igual a 6.5% , y una PTGO (Prueba de tolerancia a la glucosa) en ayunas con 75 g de glucosa anhidra (13).

#### **2.2.2.5 TRATAMIENTO**

**Tratamiento Preventivo:** se enfoca en aquellas personas que tienen un elevado riesgo en desarrollar la enfermedad ya sea por factores de riesgos hereditarios como familiares de primer grado con DM tipo 2, que tengan obesidad, hipertensión arterial, alteraciones de glicemia en ayunas, personas mayores a los 45 años , todo esto en base al mejoramiento del estilo de vida (38).

**Tratamiento no farmacológico:** Está inclinado a quien ya presenta la enfermedad pero que con una modificación a su IMC o estilo de vida se consigue disminuir el progreso y complicaciones de la DMt2, mediante la educación, y la nutrición adecuada (38).

**Tratamiento farmacológico:** En la Gpc (Publicaciones de Guías de Práctica Clínica) de Diabetes Mellitus tipo 2 menciona a la Metformina como tratamiento inicial ya que se ha demostrado que hay disminución de muertes cardiovasculares y efectos adversos con este fármaco. En caso de fallar la monoterapia la gpc recomienda otro antidiabético, sulfonilurea de 2da o 3era generación por ejemplo gliclazida, glimepirida, o glibenclamida siempre y cuando el paciente no sea mayor a 65 años, que tenga fallo renal o hepático. Por otro lado, también están los que reducen la insulino resistencia conocidos por el grupo de biguanidas, tiazolidinedionas. Otro grupo que elevan la secreción de insulina sin importar la cantidad de glucosa, inhibiendo la secreción de glucagón por ejemplo la sitagliptina, pramlintida (13) (38).

**Insulinoterapia:** Cuándo la hemoglobina glucosilada es mayor al 9% o cuando no se ha conseguido controlar la hemoglobina glucosilada con dosis terapéutica máximamente combinadas durante tres meses. Esta puede ser Insulina de dosis intermedia NPH o esofágica iniciando con 10 UI por día, también es conocida como basal. También hay otros tipos de insulina como la *“prandial o insulina cristalina, aquellos que son análogos*

*basales como la glargina, detemir, o los análogos prandiales como lyspro, glusina y aspart” (13).*

#### **2.2.2.6 COMPLICACIONES**

Las complicaciones son clasificadas como microvasculares y macrovasculares lo cuales están relacionados con el tiempo de la enfermedad, factores genéticos, el autocuidado de la enfermedad, y otras patologías añadidas (21).

Cifras elevadas de glucemia provocan “daños al endotelio vascular en los capilares de cada órgano” estos pueden ser el corazón, la retina, los riñones afectando lo glomérulos, y otra característica de estas complicaciones es el pie diabético que tiende a ser una combinación de todos estos daños antes mencionados (21).

Según un estudio clínico a cerca de la “*Frecuencia y severidad de la retinopatía diabética...*” indica que esta complicación predomina en aquellas personas con Diabetes Mellitus por más de 10 años. Y según la OMS en otro estudio hace referencia a que esta complicación es considerada como una causa principal de la ceguera y discapacidad con un 5%, afecta los vasos capilares que alimentan la retina de la retina provocando microaneurismas, seguido de edema vascular y neovascularización (39).

#### **2.2.3 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM**

El Proceso de Atención de Enfermería hoy en día es utilizado en gran cantidad por el gremio enfermero y a su vez sigue siendo estudiado. Aporta cuidados de enfermería desde el ámbito científico a partir de la resolución de problemas y la necesidad de la toma de decisiones. Se conoce que por ser un proceso, consta de cinco fases, la valoración, diagnóstico, la planificación, la intervención y por último la evaluación (40). Cada Proceso de Atención de Enfermería o conocido por sus siglas PAE, puede estar enfocado o inclinado en diversas teorías que estén acorde a la necesidad del paciente, en este caso se ha visto la necesidad de relacionar este proceso con la Teoría de Dorothea Orem.

Dorothea Orem declaró un modelo que hasta la fecha se sigue implementando en los Procesos de Atención de Enfermería debido a que los resultados que se consiguen son satisfactorios. Este modelo lo definió como “una teoría general de Enfermería” en donde integró y relacionó tres teorías más; la teoría del Autocuidado, la teoría del déficit del

Autocuidado y por último y no menos importante la teoría de sistemas de enfermería. Además mantiene un objetivo para la enfermera con su paciente, el cual es brindar ayuda a la persona para que esta sea capaz de realizar sus propios cuidados que lo lleven a mantener su salud y vida, salir del estado convaleciente de la enfermedad y hacerle frente (41).

Autores relacionan que Dorothea Elizabeth Orem se basó en el enunciado de Maslow acerca de la jerarquización de las necesidades para proponer su teoría del Autocuidado cuando la persona no puede satisfacer estas necesidades: fisiológicas, seguridad, seguido de amor y pertenencia. Por otro lado, también se menciona que Orem se enfocó en la teoría de V. Henderson sobre sus 14 necesidades que engloba el aspecto de enfermera-paciente como sustituta y así establecer ideas de autocuidado que son evidenciados en su teoría de los sistemas de enfermería donde toma en cuenta el requerimiento de la relación enfermero-paciente para mantener el autocuidado. Es así que V. Henderson y D. Orem direccionan al mismo objetivo de satisfacer las necesidades que el paciente presenta, mediante el reemplazo de las actividades que el paciente no pueda realizar o en base a la educación, y conseguir la recuperación de su enfermedad, el acoplo a sus limitaciones para que el paciente alcance su independencia enfocando las capacidades que tiene (42) (41).

**Teoría del Autocuidado.** - resulta ser una actividad que las personas han aprendido, la cual está encaminada a cumplir un solo objetivo. Esta teoría es un componente principal del modelo de D. Orem, donde el paciente es el punto clave, puesto que esta teoría se enfoca en las actividades que debe realizar el individuo para mantener su autocuidado, y así estar sanos, vivos, y con habilidades para poder cambiar su conducta hacia un mejor estilo de vida o cuidado de su enfermedad (41) (43).

- **Requisito de autocuidado universal.** – son independientes de la condición de salud, la edad o el desarrollo, ya que se refiere a que el individuo cuente con lo siguiente: aire, agua, capacidad de la eliminación del proceso biológico de su cuerpo, relación entre la actividad con el descanso, la relación social, la ausencia de peligros y finalmente su bienestar (44).
- **Requisito de autocuidado del desarrollo.** – es necesario para la vida y el proceso evolutivo, se trata de prevenir las situaciones adversas o mitigar estos efectos que

puedan intervenir en el desarrollo humano ya sea en la etapa de la niñez, adolescencia, adulto y la vejez.

- **Requisito de autocuidado de desviación de la salud.** - *“son la razón u objetivo de las acciones de autocuidado que realiza el paciente con incapacidad o enfermedad crónica”* (41).

**Teoría del déficit de autocuidado.** – lleva relación con el régimen terapéutico y la ejecución del autocuidado en las cuales estas aptitudes no son las adecuadas para satisfacer las necesidades de autocuidado que el individuo necesita. Esta situación conlleva a que el enfermo pueda recibir ayuda propiciada por diversas fuentes, ya sea la familia, los amigos o el mismo personal de enfermería (41).

- **Agencia de cuidados:** es la capacidad o aptitud del individuo para poder ejecutar su autocuidado.
- **Agente de cuidados:** es la persona que da los cuidados, o cuando el mismo individuo ejerce su propio cuidado.

**Teoría de los Sistemas de Enfermería.** - esta teoría se desencadena de la anterior, ya que Dorotea Orem establecido que cuando es evidente el déficit de autocuidado, puede ser compensado mediante los sistemas de enfermería, en el cual, mediante la capacidad del individuo en realizar su autocuidado, será clasificado en (41):

- **Sistema totalmente compensador:** es cuando la enfermera cumple el papel principal en los cuidados del paciente con la finalidad de que estos sean satisfechos hasta que el paciente pueda reanudar sus propios autocuidados o adaptarse a la enfermedad (41).
- **Sistema parcialmente compensador:** en este sistema no es necesaria mucha intervención por parte del personal de enfermería, es decir que aporta una ayuda, pero el paciente es el que está más implicado en sus cuidados (41).
- **Sistema de apoyo educativo:** este sistema de enfermería está inclinado más a cuando el paciente es capaz de propiciar su autocuidado, enfrentar la enfermedad mediante la adaptación, por lo que el papel de enfermería aquí se basaría en la ayuda en la toma de decisiones, en aportar al paciente conocimientos para sobrellevar su enfermedad y alertar en situaciones donde el autocuidado cuando este no aporta resultados satisfactorios (41).



Es así que en artículos se evidencia el estudio esta teoría y el concepto del autocuidado como, por ejemplo; el artículo *“Análisis del sistema de Limitación de acción en los requerimientos de autocuidado...”* citado por Analía Domínguez, resume que desde tiempos remotos el ser humano y el peligro externo ha hecho que surja la necesidad de protegerse para mantener la especie, pero como el cambio y la evolución es imprescindible lo que antes se conocía como supervivencia, hoy se lo conceptualiza como el cuidado, el cuidado a sí mismo y a los grupos semejantes (45). Platón miraba al cuidado, como cada quien sea consciente en cuidarse a sí mismo, con el fin de evitar la enfermedad. Por otro lado Aristóteles relaciona la palabra cuidado después de implementar el concepto de justicia y caridad (45).

Cada autor sostuvo su pensamiento acerca de lo que consistía la palabra cuidado, haciendo que Dorothea Orem por su lado, también contribuye con su posición respecto al tema conceptualizando de la siguiente manera: El cuidado es la aportación del ser humano a su particular vida. Es así que en artículos se encuentran enunciados donde el Autocuidado lo aseveró como *“la práctica de actividades que los individuos realizan en favor de sí mismos para conservar la vida, la salud y el bienestar”* para transformarlos en personas independientes y capaces (45).

## **CAPÍTULO III**

### **PROCESO METODOLÓGICO**

#### **3.1 DISEÑO O TRADICIÓN DE LA INVESTIGACIÓN SELECCIONADA**

##### **3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El presente trabajo investigativo hace referencia al modelo cualitativo, con enfoque descriptivo, observacional, no experimental; se basa en el análisis de un caso clínico mediante el acceso a la historia clínica y la revisión de artículos científicos de relevancia, enfocados al objeto de estudio, que permitieron fundamentar la relevancia de los cuidados de enfermería enfocados en la teoría del autocuidado.

##### **3.1.2 UNIDAD DE ANÁLISIS**

Paciente de sexo femenino de 39 años de edad con diagnóstico de insuficiencia renal crónica, diabetes mellitus tipo 2 con complicaciones múltiples, acompañado de ceguera binocular.

##### **3.1.3 ÁREA DE ESTUDIO**

El Hospital Básico Santa Teresita, fue fundado el 27 de febrero de 1949 por las Hermanas de la Congregación Teresiana como “María de Lourdes”, años posteriores recibe el nombre que actualmente posee, es un hospital de segundo nivel de atención, está ubicado en la Provincia de El Oro, Cantón Santa Rosa, en las calles Av. Joffre Lima 506 y Franco Romero. Ofrece los servicios de: Emergencia, cirugías, Consulta externa, Hospitalización, odontología, farmacia, pediatría, laboratorio clínico, radiología, enfermería, trabajo social.

##### **3.1.4 TIPO DE ESTUDIO**

El siguiente estudio de caso se fundamenta en una investigación de tipo observacional, descriptiva y analítica, permitiendo sustentar el objeto de estudio mediante la caracterización de bases científicas. Se realizó un análisis de la situación del usuario en estudio relacionándolo con la importancia de la teoría del autocuidado en las actividades de enfermería. Los datos relevantes del usuario fueron descritos mediante la revisión de su historia clínica, de igual manera se adquirió datos estadísticos a nivel internacional, nacional y local sobre las patologías en estudio, de literatura científica especializada.

### 3.1.5 MÉTODO DE ESTUDIO

- **Método Analítico:** Permitió analizar el objeto de estudio, mediante la obtención de información a través de revisiones bibliográficas, la entrevista y la observación directa que permitió validar o refutar la problemática planteada.
- **Método Observacional:** Se observó de manera cefalo caudal al usuario durante su estancia hospitalaria y posterior a ella, permitiendo de esta manera obtener datos relevantes para el desarrollo del presente caso.
- **Método Descriptivo:** Por medio del análisis de artículos científicos y la historia clínica se describió las características de aquellos aspectos cambiantes que se presentan en este caso.
- **Método Retrospectivo:** Permitió analizar los antecedentes patológicos y personales del usuario en estudio antes del desarrollo de la enfermedad que acarrea.

### 3.1.6 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

- Entrevista al paciente
- Observación directa
- Revisión de la historia Clínica
- Análisis de artículos científicos

### 3.1.7 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Entre los instrumentos que se utilizaron para la realizar el presente estudio de caso fueron:

- Historia clínica de la paciente.
- Fuentes bibliográficas: artículos científicos indexados en las bases de datos de Scielo, Dialnet, Google Académico, Elsevier, Science Direct, Pubmed.
- Taxonomías de los libros NANDA, NIC, NOC
- Consentimiento informado.
- Entrevista semiestructurada al paciente y familiar.

### 3.1.8 CATEGORÍAS

Entre las categorías utilizadas para el desarrollo del presente análisis de caso fueron:

- Anamnesis
- Antecedentes patológicos familiares y personales
- Motivo de ingreso
- Signos vitales
- Reportes de enfermería, evoluciones e indicaciones médicas
- Exámenes de laboratorio
- Diagnóstico y Tratamiento

### 3.1.9 RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

- **Recursos Materiales:** Historia clínica, consentimiento informado, computadora, impresora, hojas de tamaño A4, calculadora, bolígrafos.
- **Recursos Humanos:** Docente de titulación, especialista 1 o tutor, especialista 2 y 3, 2 estudiantes de la carrera de Enfermería.

## 3.2 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS EN LA INVESTIGACIÓN

El procedimiento implementado para la recolección de datos es mediante un proceso sistemático con un orden establecido, administrativo y legal, permitiendo la obtención de datos con calidad y validez.

Se logró obtener información a través de la Historia Clínica de la paciente y de las revisiones bibliográficas realizadas. El proceso se inició mediante el ingreso de la paciente al área de clínica del Hospital Básico Santa Teresita del Cantón Santa Rosa, mientras se realizaba las prácticas pre-profesionales del Internado Rotativo, donde nos permitió elaborar un conversatorio con el familiar y el paciente, dándoles a conocer el interés en la realización de un seguimiento a su caso, posterior a ello y a su aprobación se continuó con la inspección de la Historia Clínica del usuario, realizando entrevistas a los médicos tratantes en el área de clínica acerca del diagnóstico de la paciente y su tratamiento para así corroborar la información que se extrajo de la historia Clínica. Cabe recalcar que para tener acceso a dicha historia clínica se elaboró un oficio de manera personal al Hospital Santa Teresita debido al carácter de nuestra estancia como profesionales en formación, obteniendo un resultado positivo, de igual manera se cuenta

con un consentimiento escrito, firmado por el paciente para llevar a cabo este trabajo investigativo.

### **3.2.1 ASPECTOS ÉTICOS LEGALES**

Se respetó los enfoques legales encontrados en los principios bioéticos que se detallan a continuación:

- **Autonomía:** Se enfocó en respetar las decisiones del paciente, concediéndole el derecho a decidir por sí mismo (46).
- **Beneficencia:** Este principio ético en relación con los cuidados de enfermería hacia el paciente, buscó el beneficio de la pronta recuperación aplicando intervenciones de enfermería oportunas (47).
- **No maleficencia:** Consistió en brindar cuidados oportunos sin el pensamiento de provocar daño al paciente ya sea de forma directa o indirecta.
- **Confidencialidad:** Fue toda información que el paciente otorgó al personal de salud la cual se mantendrá de forma reservada y restringida con la finalidad de proteger la identidad e integridad del paciente (48).

### **3.2.2 PETICIÓN DE ACCESO PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA**

Para tener acceso a la Historia Clínica de la paciente, teniendo en cuenta que esto es un documento único legal, se realizó un oficio de manera personal dirigido al Dr. Edwin Socasi Director del hospital Básico Santa Teresita, enunciando que la finalidad de esta petición es la realización del Análisis de Caso para Proceso de Titulación de la Carrera de Enfermería y considerando los principios éticos legales para el paciente.

### **3.2.3 UBICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA**

Con aceptación satisfactoria se obtuvo el permiso para acceder a la Historia Clínica de la paciente, ubicada en el departamento de estadística del Hospital Santa Teresita del Cantón Santa Rosa.

### **3.2.4 REVISIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA**

Durante el proceso de las prácticas pre-profesionales de Internado Rotativo se logró revisar la Historia clínica de la paciente mientras ella se encontraba hospitalizada en el área de Medicina Interna. Luego se emitió un oficio personal dirigido al Director del Hospital para que se nos otorgue el acceso oficial a dicha historia clínica, posterior a ello

se procedió a la revisión de ésta con previa autorización, y se adjuntó la información necesaria para la elaboración del análisis de caso.

### **3.3 SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE LOS DATOS**

#### **ANAMNESIS**

Paciente de sexo femenino de 39 años de edad, con precedentes patológicos familiares de diabetes mellitus (padres), antecedentes patológicos personales de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo 2 con tratamiento irregular, acude al área de Emergencia del Hospital Básico Santa Teresita por presentar cuadro clínico de 24 horas de evolución, caracterizado por náuseas que llevan al vomito en 7 ocasiones, hiporexia, alza térmica no cuantificada, malestar general, además refiere dolor lumbar de moderada intensidad con irradiación a caderas, acompañado de dolor punzante de gran intensidad y en ocasiones lancinante en miembros inferiores, motivo por el cual se decide su ingreso al área de medicina interna el 12/01/2020, con “diagnóstico de Insuficiencia Renal no especificada, Infección de vías urinarias, Diabetes mellitus tipo 2 con complicaciones múltiples (pérdida parcial de la visión), anemia de tipo no especificado”; posteriormente debido a la complicación de su salud es trasladada a un centro de mayor complejidad en la ciudad de Cuenca el 16/01/2020, a la especialidad de cuidados intensivos, donde recibe el tratamiento oportuno, con una evolución positiva, motivo por el cual el 03/02/2020, recibe alta médica con tratamiento domiciliario.

#### **DATOS DE AFILIACIÓN**

- Edad: 39 años
- Cédula de identidad: 0705790525
- Fecha de Nacimiento: 05/05/1980
- Sexo: femenino
- Procedencia: San Agustín
- Cantón: Santa Rosa
- Provincia: El Oro
- Nacionalidad: Peruana
- Último año aprobado: Primaria
- Auto identificación: Mestizo
- Grupo Sanguíneo: ARH+
- Estado Civil: Divorciada

- Ocupación: Ama de casa
- Fecha de Ingreso: 12/01/2020
- Antecedentes Patológicos Familiares: Padre y Madre diabéticos, de los cuales mamá fallecida. Hijo con anemia falciforme.
- Antecedentes Patológicos personales: Diabética e hipertensa con tratamiento irregular, disminución de la agudeza visual desde hace 8 meses. No refiere alergias.

## **MOTIVO DE INGRESO**

### **12-01-2020, Área de Emergencia (16h50)**

Paciente femenina de 39 años de edad acude por presentar hace 24 horas náuseas que llegan al vómito por 7 ocasiones, hiporexia, sensación de alza térmica no cuantificada, malestar general, refiere dolor lumbar de moderada intensidad; acompañado de dolor punzante de gran intensidad y en ocasiones lancinante en miembros inferiores, con signos vitales: P/A: 100/70 mmHg, FC: 87 por min, FR: 20 por min, T: 38 °C, SpO<sub>2</sub>: 97%, peso: 54.5 kg, Glicemia capilar: 202 mg/dl. Al examen físico:

- Cabeza: normocefálica
- Facies: pálida
- Mucosas orales: secas
- Cuello: simétrico sin presencia de adenopatías
- Tórax: campos pulmonares ventilados y ruidos cardiacos rítmicos
- Abdomen: blando depresible, levemente doloroso en flancos a la palpación profunda, ruidos hidroaéreos presentes.
- Extremidades: simétricas, edematizadas, móviles, tono y fuerza muscular conservado.
- Estado Neurológico: paciente consciente, orientada en tiempo, espacio y persona.

Posterior a la valoración médica se decide su ingreso al área de medicina interna con diagnóstico de Insuficiencia Renal no especificada (N19), Infección de vías urinarias sitio no especificado (N390), diabetes Mellitus tipo 2 con complicaciones múltiples (E117), Anemia de tipo no especificado (D649). Acompañado de las siguientes indicaciones: Control de signos vitales, BHC, Glicemia, Urea, Creatinina, Uroanálisis, Tratamiento de: Paracetamol 1 gramo IV STAT, Cloruro de Sodio 0,9% 1000 ml IV, Ranitidina 50mg IV STAT, Ondansetron 8mg IV STAT.

## RESUMEN DE EVOLUCIONES Y COMPLICACIONES

### 12-01-2020 Área de Medicina Interna

Paciente es ingresada al área de medicina interna, en iguales condiciones clínicas, médico tratante prescribe las siguientes indicaciones: Cloruro de Sodio 0.9% 1500ml IV a 21 gtx´, paracetamol si la T° sube a 38 °C y / o dolor, ampicilina + sulbactam 3 gr IV c/8hrs, omeprazol 40mg IV QD, Ácido Ascórbico 1gr IV QD, Hierro 200 mg + 200 ml de S.S. 0.9% IV lento (L-Mie-V), Ondansetron 8 mg IV diluido, control de glicemia capilar c/8hrs, y corrección de insulina rápida según esquema. Presenta los siguientes resultados de exámenes de laboratorio:

<b>Datos alterados HEMOGRAMA</b>		
<b>Tipo</b>	<b>Cifras del resultado</b>	<b>Valores normales</b>
WBC	9.16 (10 <sup>3</sup> /uL)	(5.00-10.00) 10 <sup>3</sup> /uL
Neut	73.30 %	(40.00-75.00) %
LYM	14.30%	(21.00-40.00) %
MON	9.60%	(3.00-7.00) %
HGB	8.70 g/dl	(12.00-17.40) g/dl
PLT	485.0 (10 <sup>3</sup> /uL)	(150.00 – 400.00)10 <sup>3</sup> /uL
<b>BIOQUÍMICA SANGUÍNEA</b>		
GLUCOSA	223.47 mg/dl	(70.00 – 110.00) mg/dl
CREATININA	2.56 mg/dl	Hombres: 0.70-1.20 mg/dl Mujeres: 0.50-0.90 mg/dl
UREA	58.20 mg/dl	(15.00-45.00) mg/dl
<b>UROANÁLISIS (EXAMEN FÍSICO)</b>		
COLOR (Orina)	AMARILLA	AMARILLA
ASPECTO (Orina)	TURBIO	CLARA
<b>EXAMEN QUÍMICO</b>		
CETONAS	++	
PROTEÍNAS	++	
<b>SEDIMENTO</b>		
CÉLULAS EPITELIALES D	+++	
LEUCOCITOS	6-8	0-5 X/C
HEMATÍES	4-6	
BACTERIAS	+++	
FILAMENTOS MUCOSOS	++	

**Interpretación de los resultados:** En el **Hemograma** se puede observar datos alterados en los glóbulos blancos conocido como leucocitosis lo cual puede estar relacionado con la Infección de vías urinarias que presenta la paciente. La Hemoglobina se encuentra por debajo de los parámetros normales característica de la anemia. **Bioquímica Sanguínea** se puede observar una hiperglicemia, la creatinina y la urea están por encima de los



valores normales lo cual indica sospecha de daño renal según estudios citados y personal médico tratante. En el **uroanálisis** del examen químico indica presencia de cetonas siendo esto una característica de pacientes diabéticos que induce a la sospecha de una posible cetoacidosis diabética. Por otro lado, también se observan hematíes aumentando la sospecha del daño renal.

Durante el turno de la noche, se presentó glicemia de 221mg/dl a las 10pm, por lo que se corrige según esquema, con 2UI de insulina Rápida. SV: P/A: 80/50 mmHg, P:72x', T° 36.5 °C, SAT 98%, R20 x'.

### 13-01-2020 Área de Medicina Interna

En el turno de la mañana (7:30 – 14:00) presentó alza térmica que llevó a sensación de escalofríos, por lo cual se le administró paracetamol según prescripción médica, cediendo la sintomatología. P/A: 100/60 mmHg, FC: 20x', T: 36.9°C, SpO2: 97%.

Durante el turno de la tarde (13:30-20:00pm) paciente afebril, tranquila consciente y orientada en tiempo espacio y persona, no álgida. Se añade el diagnóstico de **Acidosis Metabólica**, debido a los resultados de la gasometría arterial: PH 7.28, pO2: 112.3, pCO2 36.1, HCO3 16.8, BE: - 9.0.

<b>Datos alterados HEMOGRAMA</b>		
<b>Tipo</b>	<b>Cifras del resultado</b>	<b>Valores normales</b>
<b>BIOQUÍMICA SANGUÍNEA</b>		
GLUCOSA	<b>229.00 mg/dl</b>	(70.00 – 110.00) mg/dl
CREATININA	<b>2.56 mg/dl</b>	Hombres: 0.70-1.20 mg/dl Mujeres: 0.50-0.90 mg/dl
UREA	58.20 mg/dl	(15.00-45.00) mg/dl
<b>UROANÁLISIS (EXAMEN FÍSICO)</b>		
COLOR (Orina)	AMARILLA	AMARILLA
ASPECTO (Orina)	TURBIO	CLARA
<b>EXAMEN QUÍMICO</b>		
CETONAS	++	
GLUCOSA	++	
PROTEÍNAS	++	
<b>SEDIMENTO</b>		
CÉLULAS EPITELIALES D	+	
LEUCOCITOS	2-4	0-5 X/C
HEMATÍES	1-3	
BACTERIAS	+++	
FILAMENTOS MUCOSOS	++	

**Interpretación de los Resultados:** Se puede observar en el hemograma una hiperglicemia. La creatinina y la urea no han cambiado sus cifras, siguen por encima de los valores normales. En el uroanálisis de la misma manera hay presencia de cetonas, se evidencia presencia de glucosa, y de proteínas siendo indicador de la existencia del daño renal a nivel glomerular. En cuanto a los leucocitos y hematíes se observa que sus valores están disminuyendo.

#### 14-01-2020 Área de Medicina Interna

Médico de turno evoluciona a paciente con los mismos diagnósticos: Insuficiencia Renal no especificada (N19), Infección de vías urinarias sitio no especificado (N390), diabetes Mellitus tipo 2 con complicaciones múltiples (E117), Anemia de tipo no especificado (D649). Paciente al momento refiere dolor abdominal debido al vómito realizado por 3 ocasiones más dolor tipo urente a nivel de planta de los pies. Durante los turnos no se reportan novedades por parte del personal de enfermería.

<b>Datos alterados HEMOGRAMA</b>		
<b>Tipo</b>	<b>Cifras del resultado</b>	<b>Valores normales</b>
WBC	13.83%	(5.00-10.00) 10 <sup>3</sup> /uL
Neut	86.30 %	(40.00-75.00) %
LYM	9.90 %	(21.00-40.00) %
MON	2.60 %	(3.00-7.00) %
HGB	9.00 %	(12.00-17.40) g/dl
PLT	439.00 10 <sup>3</sup> /uL	(150.00 – 400.00)10 <sup>3</sup> /uL
<b>BIOQUÍMICA SANGUÍNEA</b>		
GLUCOSA	98.62 mg/dl	(70.00 – 110.00) mg/dl
CREATININA	1.85 mg/dl	Hombres: 0.70-1.20 mg/dl Mujeres: 0.50-0.90 mg/dl
UREA	41.31 mg/dl	(15.00-45.00) mg/dl

**Interpretación de los resultados:** Se puede observar que la hemoglobina está respondiendo al tratamiento médico con hierro, sin embargo, la creatinina sigue con cifras elevadas.

En el turno de la noche (19h30-08h00), la paciente ha permanecido en su unidad, tranquila, en reposo relativo con compañía de familiar, presentando una febrícula de 37.8 °C, consciente y orientada en tiempo espacio y persona, descansando a intervalos largos de sueño.

## 15-01-2020 Área de Medicina Interna

(7h00) Médico de turno continúa valorando a paciente con diagnósticos de: Insuficiencia Renal Crónica, Infección de vías urinarias sitio no especificado (N390), diabetes Mellitus tipo 2 con complicaciones múltiples (E117), Anemia de tipo no especificado (D649). Paciente refiere dolor de leve intensidad a nivel de espalda baja. Con indicaciones médicas de NPO, control de glicemia c/6hrs, lactato de ringer 3000 ml IV en 24 horas, ampicilina + sulbactam 3gr IV c/8hrs (3/3), tramadol 50 mg IV diluido lento si hay dolor abdominal, paracetamol 1gr IV PRN.

(13:15 pm) Llegan exámenes de laboratorio el mismo que el doctor reporta en su evolución de la siguiente manera:

- PH 7.32
- PO2 30.8 mmHg
- PCO2 32.5 mmHg
- cHCO3 16.8 mmol/L
- Na+ 132 mEq/L
- K 3.9 mEq/L (-)
- GLUCO 65.21 mg/dl
- TGO/AST 20.58 U/L
- TGP/AST 9.10 U/I

Debido a la complejidad del estado de salud del usuario se llama a SIREM, en busca de espacio físico en un Centro de mayor complejidad, sin obtener respuesta.

En cuanto a los cuidados de enfermería durante el turno de tarde la paciente ha permanecido estable, orientada en las tres esferas de tiempo espacio y persona, recibiendo tratamiento indicado, mientras que en el turno de la noche presentó alza térmica de 38 °C, 2 vómitos posterior a la ingesta de agua y refiere que dolor que no cesa, presentó hipoglicemia de 44 mg/dl por lo cual el Médico indica tratamiento de Dextrosa 10% en agua 150 ml IV STAT. Paciente permanece en espera de traslado a centro de mayor complejidad.

## **16/01/2020 Área de Medicina Interna**

Durante el turno de la mañana paciente permanece en NPO, lúcida, refiere náuseas que llegan al vómito por lo que médico prescribe: Ondansetron 8mg STAT y PRN, se mantiene con signos vitales estables.

Durante turno de la tarde la paciente permanece en NPO, lúcida, en compañía de familiar, se reporta alza termina, por lo que se administra tratamiento antipirético paracetamol, medios físicos como parte de cuidados de enfermería, queda con signos vitales de PA 11/60, FC 90 x', R 20 x', T 37.1 °C, Spo2 97 %, en espera de traslado a centro de mayor complejidad.

**En la madrugada del 17-01-2020** (5:00 am) es trasladada al centro de mayor complejidad a la ciudad de Cuenca a especialidad de cuidados intensivos, con epicrisis resumiendo cuadro clínico de paciente femenina de 39 años con APP de DMT2, en tratamiento irregular + HTA que acude por cuadro clínico de 24 hrs caracterizado por dolor abdominal localizado en hipogastrio, náuseas que llevan al vómito por 7 ocasiones, hiporexia, alza térmica no cuantificada, malestar general PA 90/60, FC 105 x', FR 28x', T 38.5, SAT O2 96 %.

Hallazgos Relevantes: gasometría arterial: acidosis metabólica

Motivo de la Derivación: limitada capacidad Resolutiva: Tratamiento Integral

## **03-02-2020 Contrareferencia**

El Hospital Católico de Cuenca realiza la contrarreferencia de la paciente resumiendo en dicho formulario su estancia en el servicio de Medicina Interna donde se encontraba Hospitalizada, en el resumen de cuadro clínico: Paciente de 39 años con Dx de cetoacidosis Diabética hospitalizada por 9 días en UCI y 6 días en Medicina Interna con tratamiento de ampicilina + sulbactam 1.5gr, al momento hemodinámicamente estable.

Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados: Antibioticoterapia: Ampicilina + sulbactam 1.5gr + losartan 100 mg + amlodipino 5 mg + carvedilol 12.5mg.

Tratamiento de Egreso:

- Metformina tab 500 mg # 30 (7:00 am)
- Losartan tab 100 mg #30 (7:30 am)
- Amlodipino tab 10 mg #30 (5:pm)

- Carvedilol tab 12.5 mg #30 (7:00 pm)
- Pregabalina tab 75 mg # 20 (1/2 tableta cada 12 hrs)

El día **11-02-2020** La paciente acude a consulta externa en especialidad de medicina interna en al CS anidado Santa Teresita con hoja de referencia con motivo de Manejo Integral, la misma que indica un resumen de cuadro clínico: APP HTA + DMT2 Retinopatía Diabética- cuadro clínico de ingreso a UCI por cetoacidosis diabética desde 12/01/2020 hasta 03/02/2020. Al momento tranquila, estable TA 120/70, Glicemia 480 mg/dl. Se inicia insulino terapia el 10/02/2020. Diagnóstico de DMT2 con complicaciones (E117) + HTA con IRC (I120)

### **09-10-2020 Observación in situ**

Se le realiza una visita domiciliaria a la paciente para continuar con el seguimiento de la enfermedad. Una vez realizada la explicación detallada del propósito de nuestro estudio la paciente firma la hoja de consentimiento informado para hacer uso de su historia clínica con fines educativos y expositivos.

Mediante una entrevista semiestructurada la paciente nos comenta que su tratamiento después de haber sido dada de alta lo lleva en el centro de salud San Agustín de la ciudad de Santa Rosa, pudimos evidenciar que no cumple adecuadamente con los cuidados que implica su patología, descuidando su alimentación por ocasiones, olvida colocarse la insulina y refiere desconocer la técnica, no realiza actividad física. Se le toman los signos vitales: P/A 130/70 mmHg, FC: 95x', FR: 20 x', T°: 36.4 °C, Glicemia postprandial de 540 mg/dl.

Mediante esta visita domiciliaria se pudo observar si la paciente cuenta con la capacidad de cuidar de sí mismo, si requiere de la colaboración de su familia para mantener una mejor calidad de vida, considerando las limitaciones que implica padecer las patologías que se ha mencionado anteriormente. Obteniendo que la paciente en estudio, a pesar de haber recibido información sobre su autocuidado mediante una videoconferencia sigue requiriendo de educación continua por parte del personal de salud que le permita tomar conciencia sobre los riesgos de no cumplir con su tratamiento e indicaciones con respecto a su salud, haciendo que ejerza su autonomía, siendo responsable de su propia salud, cuidándose principalmente en la alimentación, también se le orientó con respecto a la colocación de la insulina, a llevar un control continuo de la glucosa, aplicando de esta manera la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, que tiene gran relevancia, ya que es

el paciente el que tiene la última palabra sobre su salud, el personal sanitario solo puede orientarlo, no obligarlo a realizar o aceptar cierta actividad o tratamiento.

**TABLA 1:** APLICACIÓN DE LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD EN RELACIÓN AL CASO.

<b>HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD</b>	
<p style="text-align: center;"><b>ANTES DE LA ENFERMEDAD</b></p> <div style="text-align: center;"> </div> <p><b>Agente:</b> Presencia de enfermedades metabólicas: diabetes mellitus, hipertensión arterial, con tratamiento irregular, consumo de antiinflamatorios no esteroides.</p> <p><b>Huésped:</b> Usuario con padres diabéticos, antecedentes personales de consumo excesivo de alcohol.</p> <p><b>Ambiente:</b> Nivel socioeconómico moderado, cuenta con apoyo económico de la familia, instrucción educativa: primaria, malos hábitos alimenticios, sedentarismo.</p>	<p style="text-align: center;"><b>CURSO DE LA ENFERMEDAD</b></p> <p><b>Etapa subclínica:</b> hiperglucemia, aumento de urea y creatinina en sangre, proteínas en orina, con síntomas leves.</p> <p><b>Etapa clínica:</b>  Manifestaciones clínicas de ingreso: Náuseas, vómitos, sensación de alza térmica, malestar general, dolor lumbar, dolor punzante en miembros inferiores, hiperglucemia, facies pálidas, mucosas orales secas, escalofríos, pérdida de peso, visión borrosa.  Dx: Insuficiencia Renal no Especificada, Infección de vías urinarias sitio no especificado, Diabetes Mellitus tipo 2 con complicaciones múltiples, anemia.  Durante la estancia hospitalaria se realiza: Administración de líquidos, analgésicos, antieméticos, hierro, corrección con insulina rápida.  Paciente es trasladada a un hospital de mayor complejidad (Cuenca), recibiendo tratamiento, logrando mejoría, posteriormente con alta médica.  Paciente permanece con tratamiento hipertensivo, medicación para diabetes, acompañado de la administración de insulina en caso de aumento excesivo de glucosa, anticonvulsivos. Cabe mencionar que actualmente presenta una pérdida total de la visión.</p>
<b>PERIODO PREPATOGENICO</b>	<b>PERIODO PATOGENICO</b>

**TABLA 2: LÍNEA DE TIEMPO DEL CASO CLÍNICO**

12/01/2020	13/01/2020	14/01/2020	15/01/2020	16 - 17/01/2020	03/02/2020	11/02/2020	09/10/2020
<p>PACIENTE DE 39 AÑOS ACUDE A EMERGENCIA PRESENTANDO VOMITO, HIPOREXIA, DOLOR LUMBAR, E INGRESA A MEDICINA INTERNA CON DX IR NO ESPECIFICADA, IVU, DM2 CON COMPLICACIONES, ANEMIA.</p> <p><b>TURNO DE NOCHE</b> ENFERMERIA REPORTA GLICEMIA CAPILAR DE 221 MG/DL, SE CORRIGE CON 2UI DE INSULINA RAPIDA.</p>	<p>PACIENTE REFIERE NAUSAS, PRESENTA ALZA TERMINA CORREGIDO CON PARACETAMOL IV Y MEDIOS FISICOS, GLICEMIA CAPILAR DE 229Mg/dl.</p> <p>DX: ACIDOSIS METABOLICA</p> <p>EXAMENES DE LABORATORIO: UREA Y CREATININA ELEVADOS</p>	<p>PACIENTE REFIERE DOLOR ABDOMINAL POST EMESIS, DOLOR URENTE EN PLANTA DE LOS PIES.</p> <p>DIETA NPO EXAMENES DE LABORATORIO CON:</p> <p>UREA Y CREATININA CON CIFRAS POR ARRIBA DE LOS VALORES NORMALES</p>	<p>PACIENTE REFIERE DOLOR LUMBAR. DIETA NPO.</p> <p>PRESENTA ALZA TERMINA DE 38 °C CORREGIDO CON MEDIOS FISICOS Y ANTIPIRETICOS</p> <p>CON GLICEMIA DE 65.21 mg/dl. PH DE 7.32.</p> <p>MEDICO LLAMA A SIREM PARA VALORACION CON MEDICO INTERNISTA DEL HTD PERO NO RECIBE RESPUESTA.</p> <p>NOCHE: PRESENTA VOMITOS SE ADMINISTRA ANTIHEMETICO</p> <p>PRESENTA GLICEMIA CAPILAR DE 44mg/dl, MÉDICO INDICA 100 ML DE DEXT AL 10%</p> <p>EN ESPERA DE TRASLADO A CENTRO DE MAYOR COMPLEJIDAD</p>	<p>16/01/2020: ESTABLE, EN ESPERA DE TRASLADO A CENTRO DE MAYOR COMPLEJIDAD.</p> <p>17/01/2020: SE TRASLADA AL HOSPITAL CATOLICO DE CUENCA POR MOTIVO DE LIMITADA CAPACIDAD RESOLUTIVA. DIAGNOSTICOS: ACIDOSIS METABOLICA, DMT2 + COMPLICACIONES, HTA TTO IRREGULAR.</p>	<p><b>CONTRAREFERENCIA</b></p> <p>HOSPITAL CATOLICO DE CUENCA RESUMEN EN SU EPICRISIS LA ESTADIA DE LA PACIENTE: 9 DIAS EN UCI Y 6 DIAS EN MEDICINA INTERNA CON DX DE CETOACIDOSIS DIABETICA DESDE EL 12/01/2020 HASTA 03/02/2020 RECIBIENDO ANTIBIOTICOTERAPIA CON SULBACTAM Y ANTIHIPERTENSIVOS CON LOSARTAN, AMLODIPINO, CARVEDILOL.</p> <p><b>TRATAMIENTO DE EGRESO</b></p> <p>Metformina, Losarán, Amlodipino, Carvedilol, pregabalina</p>	<p>LA PACIENTE ACUDE AL CENTRO DE SALUD SANTA TERESITA CON HOJA DE REFERENCIA CON MOTIVO DE MANEJO INTEGRAL RESUMIENDO CUADRO CLINICO: APPHTA +DMT2, RETINOPATIA DIABETICA- CUADRO CLINICO INGRESO A UCI POR CETOACIDOSIS DIABETICA. CON GLICEMIA DE 480 mg/dl. SE INICIA INSULINOTERAPIA EL 10/02/2020.</p> <p>DIAGNOSTICO DMT2 CON COMPLICACIONES + HTA CON IRC</p>	<p>SE LE REALIZA UNA VISITA DOMICILIARIA A LA PACIENTE PARA, FIRMA LA HOJA DE AUTORIZACION DE SEGUIMIENTO DE SU CASO.</p> <p>MEDIANTE UNA ENTREVISTA NO ESTRUCTURADA LA PACIENTE NOS COMENTA QUE SU TRATAMIENTO LO LLEVA EN EL CENTRO DE SALUD SAN AGUSTÍN DE LA CIUDAD DE SANTA ROSA, NO LLEVA CUIDADOS APROPIADOS DE SU ENFERMEDAD, NO CUIDA SU ALIMENTACION, Y OLVIDA COLOCARSE LA INSULINA Y REFIERE DESCONOCER LA TECNICA</p>

**TABLA 3: CUADRO COMPARATIVO DE ARTÍCULOS RELACIONADOS CON LA TEMÁTICA**

<b>ARTÍCULOS RELACIONADOS</b>				
<b>TÍTULO/ AUTORES</b>	<b>ESTUDIO</b>	<b>PARTICIPANTES</b>	<b>MÉTODOS</b>	<b>CONSTANTE</b>
Intervención educativa de Enfermería para el autocuidado de los pies en personas con Diabetes tipo 2 / Alma Elías Viramontes y Liliana González Juárez	Estudio cuantitativo de diseño cuasi experimental	Muestra de 40 personas que pertenecen al grupo experimental y 32 al grupo de comparación.	Se aplicó un pre test en ambos grupos con el fin de valorar sus conocimientos con respecto a actividades de autocuidado, obteniendo que el 35% tuvo un bajo nivel, luego de una intervención educativa en el grupo experimental se obtuvo que el 52% obtuvieron alto nivel de autocuidado.	Una intervención educativa con fundamento teórico influye en la mejora del autocuidado en las personas con Diabetes Mellitus (49).
Cuidado de Enfermería en paciente con pie diabético enfocado en la teoría de Dorothea Orem / Alba Galeano, Yesenia Segura, Abigail Claros	Estudio descriptivo: Revisión bibliográfica de artículos relacionados a la temática	Estudios referentes a la teoría del autocuidado y la diabetes.	Revisión de artículos seleccionando 45 de más relevancia, donde se recalca la importancia de la teoría de Dorothea Orem.	Se encontraron beneficios en intervenciones educativas, demostrando la importancia de implementar programas educativos orientados en el autocuidado del individuo, permitiendo la adquisición de conocimientos y compromisos (50).
Proceso de Enfermería en el individuo con Diabetes desde la perspectiva del autocuidado / Ulloa, Mejía, Plata, Ramírez, Quintero, Grimaldos,	Estudio de caso, utilizando taxonomía NANDA, NIC, NOC.	Paciente con Diabetes Mellitus	Se aplicó actividades de enfermería orientadas en mejorar o adquirir prácticas de autocuidado	Usuario incrementó su nivel de conocimiento y compromiso respecto al manejo de su patología. La teoría de Orem aporta una base teórica a las actividades de enfermería (51).



<p>Importancia del autocuidado en el adulto mayor con diabetes mellitus / Ydalsys Hernández; José Concepción</p>	<p>Estudio descriptivo</p>	<p>Revisión de artículos científicos</p>	<p>Análisis de artículos referente a la temática</p>	<p>Teoría de Orem permite tomar conciencia de la situación de salud, adquiriendo conocimientos y habilidades, mencionan que existen factores internos y externos que afectan la capacidad de autocuidado (7).</p>
<p>Autocuidado, alfabetización en salud y control glicémico en individuos con DMT2 / Natalia Aguayo, Sandra Valenzuela, Luis Luengo</p>	<p>Estudio cuantitativo transversal, descriptivo</p>	<p>Muestra de 175 personas de un Centro de Salud Familiar de Concepción de Chile.</p>	<p>Se aplicaron encuestas: Datos Bio Sociodemográficos, resumen de actividades de autocuidado en Diabetes y evaluación breve de la alfabetización de salud para adultos.</p>	<p>El 80% de la muestra demostró una adecuada alfabetización en salud; referente al autocuidado se obtuvo un puntaje bajo en aspectos como la alimentación, actividad física y automonitorización de la glicemia, no se encontró relación entre el autocuidado y la alfabetización en salud (52).</p>
<p>Autocuidado en personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis / Mariela Andrade, Denise Guerreiro, María Echevarría, Soraia Rozza, Priscila Juceli, Julia Willrich</p>	<p>Estudio de abordaje cualitativo de tipo descriptivo, exploratorio</p>	<p>Muestra de 12 personas en hemodiálisis en un hospital del Sur de Chile</p>	<p>Se aplicó una entrevista semiestructurada para obtener información respecto a actividades de autocuidado.</p>	<p>Personas conscientes de su rol en preservar su salud, pero esta es flexible, no cumplen las actividades a cabalidad (8).</p>

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **4.1 DESCRIPCIÓN Y ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE RESULTADOS**

A partir de los hallazgos encontrados recalcamos la importancia de la aplicación de la Teoría del autocuidado de Dorothea Orem en las intervenciones de enfermería, que permitan al individuo llevar a la práctica actividades en favor de sí mismos, conservando su vida, manteniendo su salud y logrando un mejor bienestar, siendo personas capaces e independientes. En el presente estudio se obtuvo resultados medianamente favorables en donde el paciente es capaz de cumplir con su tratamiento, mejorar hábitos alimenticios, siendo el principal participe en aumentar su calidad de vida, contando con el apoyo de la familia que le permita no desistir con esta labor, cabe mencionar que conseguir una respuesta totalmente favorable es difícil, ya que el personal de enfermería debe ser constante en actividades de educación al individuo que le permitan tomar conciencia de los riesgos que implica no cumplir con las limitaciones que acarrea su patología, por otro lado es el usuario el que elige cumplirlas o no, siendo muchas veces inconstante, como en este caso que resulta difícil para la paciente mantener una dieta alimenticia apropiada por tiempo indefinido, considerando que el régimen nutricional depende en gran parte de la cultura y las dinámicas situaciones de la vida.

Estos resultados guardan relación con un artículo publicado por Alma Elías Viramontes y Liliana González Juárez en el año 2018, con el fin de “evaluar el efecto de las actividades educativas de enfermería en el autocuidado de los pies en usuarios con diabetes tipo 2, en donde se aplicó un estudio cuasi experimental de tipo cuantitativo, mediante una pre y post prueba, conformado por una muestra de 40 personas que pertenecían al grupo experimental y 32 al grupo de comparación; teniendo como características: diagnóstico de DMT2, mayor de 18 años, sin presencia de pie diabético; para ello se utilizó escalas de autocuidado de pie diabético y autocuidado para prevenir el pie diabético; que permitan valorar el nivel de conocimiento con respecto al cuidado personal, autoexploración, signos y síntomas de alarma, factores de riesgo; en el pretest el 35% de los individuos del grupo experimental presentó bajo nivel de autocuidado, el 28% medio y el 37% alto, luego de la intervención mediante una charla educativa, se obtuvo un incremento significativo, en donde el 52% de estos individuos adquirieron un alto nivel de autocuidado, por otro lado el grupo de comparación al cual no se aplicó dicha

intervención, mantuvo los mismo porcentajes, el 47% bajo, 25% medio y 28% alto, concluyendo que una intervención educativa con bases teóricas influye en la mejora del autocuidado en las personas con Diabetes Mellitus, cumpliendo la enferma un papel fundamental para su desarrollo” (49). Lo que concuerda con nuestro estudio en donde se ha logrado un avance en actividades de autocuidado por parte de la paciente, sin embargo, aunque el conocimiento con respecto a la enfermedad sea el inicio para el desarrollo de este actuar, no resulta idóneo para obtener un cambio de proceder completo, ya que en ello también está en juego elementos como creencias, motivación, habilidades.

Resultados similares se obtuvieron en un estudio realizado por Alba Galeano, Yesenia Segura, Abigail Claros, publicado en el año 2019, referente a cuidados de enfermería en paciente con pie diabético enfocado en la teoría de Dorothea Orem, mediante la revisión bibliográfica de estudios relacionados con la temática, encontraron resultados favorables con respecto a los procesos de atención de enfermería enfocados en roles educativos, considerando la teoría de Dorothea Orem, se encontraron beneficios en intervenciones educativas, demostrando la importancia de implementar programas educativos orientados en el autocuidado del individuo, permitiendo la adquisición de conocimientos y compromisos por parte del paciente referente a su tratamiento, régimen alimenticio, actividades de recreación (50). Situación que se relaciona con nuestro trabajo ya que la paciente adquirió conocimientos con respecto a su patología, se le brindó un régimen dietético, se aplicó actividades orientadas en la enseñanza de la aplicación de la insulina, obteniendo resultados medianamente favorables, ya que estas habilidades no fueron totalmente adquiridas por el paciente, mostrando deficiencias con respecto a cumplir a cabalidad restricciones relacionadas con su alimentación.

De manera similar, Iliana Ulloa, Edinson Plata, Claudia Mejía, Alejandra Ramírez, María Grimaldos, Diana Quintero en el año 2017, exponen un estudio relacionado al Proceso de Atención de Enfermería aplicado a un paciente con Diabetes Mellitus desde la perspectiva del autocuidado, mediante un estudio de caso utilizando las taxonomías: NANDA, NIC, NOC, obteniendo resultados favorables, debido a que el usuario incrementó su nivel de conocimiento y compromiso respecto al manejo de la hiperglucemia, tratamiento farmacológico, régimen alimenticio, ejercicio; concluyendo que la teoría de Orem aporta una base teórica a las actividades de enfermería (51). Situación similar se demuestra en el presente caso en donde la paciente adquirió conocimientos con respecto a su patología, mediante una charla educativa, aclarando de esta manera las dudas referentes a la misma,

además de la implementación de actividades enfocadas en el fortalecimiento del autocuidado, ya que el enfoque de esta teoría no es solo brindar cuidado directo, sino también enseñar, orientar y aconsejar al usuario en el ejercicio de actividades y conductas que mejoren su condición de salud.

El artículo publicado por Ydalsys Hernández y José Concepción en el año 2016, hacen mención que la Teoría de Dorothea Orem permite al paciente tomar conciencia de su condición de salud, considerando que esta es una decisión voluntaria, mediante la adquisición de conocimientos y habilidades, encaminados a un cambio de comportamiento positivo, disminuyendo el riesgo de complicaciones graves como la Insuficiencia renal, pérdida de la visión, amputaciones. De igual manera mencionan que existen factores ya sea internos o externos que afectan la capacidad del individuo de ocuparse de su autocuidado como la edad, el sexo, estado de salud, estado de desarrollo, orientación sociocultural, factores familiares, factores ambientales, disponibilidad de recursos, patrón de vida, diagnóstico y tratamiento médico (7). Comparándolo con nuestra investigación la paciente desarrolló complicaciones asociadas a la diabetes como la insuficiencia renal crónica y la pérdida de la visión, por tal motivo se aplicó procesos de atención de enfermería enfocados en actividades de autocuidado, logrando que la paciente tome conciencia de que su salud puede empeorar, como en el caso de requerir amputaciones, tratamiento de diálisis, adquiriendo un compromiso de cambio, sin embargo menciona que factores como su situación económica le han dificultado cumplir con una dieta estricta, además que es difícil cambiar su vida a la cual ya está acostumbrada.

Desde otra perspectiva en un estudio realizado por Natalia Aguayo, Sandra Valenzuela, Luis Luengo en el año 2019, con el “propósito de evaluar si ocurre una relación entre el autocuidado y la alfabetización en salud con el control de la glucosa, siendo esta última la destreza que presenta el usuario para acceder, comprender y llevar a la práctica información relevante en su salud. Se desarrolló un estudio cuantitativo transversal, descriptivo, donde intervinieron 175 personas de un Centro de Salud Familiar de Concepción de Chile; a quienes se le aplicó una encuesta obteniendo que el 80% de la muestra demostró una adecuada alfabetización en salud; referente al autocuidado se obtuvo un puntaje bajo en aspectos como la alimentación, actividad física y automonitorización de la glicemia, por otro lado, los resultados fueron adecuados en autocuidado de los pies y tratamiento farmacológico, no se encontró relación entre el

autocuidado y la alfabetización en salud” (52). Se corresponde con nuestro estudio en donde la alimentación, actividad física, monitorización de la glicemia es deficiente en el sujeto de estudio, lo que lleva a meditar sobre el trabajo del personal de salud en atención primaria, especialmente el personal de enfermería que está orientado en implementar actividades de prevención y promoción, para mantener una población compensada y libre de complicaciones.

Anexo a lo anterior, en un artículo publicado por Mariela Andrade, Denise Guerreiro, María Echevarría, Soraia Rozza, Priscila Juceli, Julia Willrich, en el año 2020, con el “propósito de evaluar las prácticas de autocuidado en personas con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, mediante un estudio cualitativo aplicando una entrevista semiestructurada a 12 personas con tratamiento de hemodiálisis en un hospital del sur de Chile, obteniendo que las personas mantenían conocimiento sobre lo importante que es ejecutar su autocuidado, sin embargo no aplicaban los cuidados a cabalidad”, además mencionaron que en caso de existir dudas con respecto a su salud no acudían al personal sanitario, sino lo hacían a través de internet o por experiencia propia (8). Situación similar se evidencia en nuestro estudio en donde la usuaria manifiesta estar consciente de su papel en salvaguardar su salud y evitar complicaciones, pero de modo flexible, por lo que el personal de enfermería debe reconocer qué aspectos interfieren en aplicar dichas actividades y ayudar al paciente a sobrepasarlos.

Desde otro punto de vista, en un artículo publicado por Fernanda Auxiliadora, Daniella Tech, Gabriela Santos, Sueli Marques en el año 2019, con el “propósito de evaluar la relación entre actividades de autocuidado, variables sociodemográficas, tipo de tratamiento y síntomas depresivos, en adultos con Diabetes Mellitus tipo 2, mediante un estudio inferencial y transversal realizado en el ambulatorio de un Hospital General Terciario, con una muestra de 121 personas, mediante la realización de una entrevista, obteniendo que el 79,3% utilizaba tratamiento antidiabéticos orales e insulina, tenían promedios bajos en actividad física, el 55,2% presentó síntomas depresivos, concluyendo a pesar que la incidencia en actividades de autocuidado sea elevada, se hace evidente la necesidad de mejorar en el cumplimiento de estas” (53). Lo que se contrapone con el presente estudio en donde el objeto de estudio al inicio de la investigación presentaba deficiencias en prácticas de autocuidado, a pesar de la existencia de una adherencia al tratamiento, demostrando estilos de vida pocos saludables.

En un estudio observacional transversal realizado en Brasil en el años 2015 a 2016, por Denise Guerreiro, María Echevarria, Samara Rabelo, específicamente en Florianópolis, en donde se consideró una población de 6.251 de personas con Diabetes Mellitus, tomando una muestra de 362, considerando que sean mayores de edad y hayan pasado una prueba de evaluación cognitiva, con el propósito de evaluar la capacidad de superar la adversidad y el autocuidado, involucrando en este último la adherencia al tratamiento, estilos de vida saludables, en donde el 68% de las personas mencionaron tener hipertensión arterial, en este estudio se demostró que el individuo que tiene mejor capacidad de afrontar adversidades consta de un mayor desempeño en el seguimiento con respecto a su salud, por ende se menciona que la promoción en cuanto a la resiliencia es fundamental en la atención de enfermería, ya que permite que el paciente sea responsable de su tratamiento y alimentación, conviviendo de mejor manera con su enfermedad (15). Relacionándolo con el usuario en estudio, el cual en el transcurso de su enfermedad demostró tener capacidad para sobrellevar circunstancias difíciles en su salud, como la pérdida de la visión, contando con el apoyo de la familia.

Por otro lado, en un artículo publicado por María Díaz, Berlis Gómez, María Robalino, Silvia Lucero en el año 2018, con el objetivo de analizar el accionar epidemiológico de la enfermedad renal crónica terminal en una clínica de Ambato, Ecuador; utilizando un estudio transversal de 84 pacientes, concluyendo que existía una incidencia mayor en el sexo masculino, con edad avanzada, sin el hábito de fumar, con un nivel de instrucción deficiente, siendo las principales causas para el desarrollo de esta patología la diabetes mellitus y la hipertensión arterial (3). Analizando el presente estudio de caso, la paciente es de sexo femenino, con una edad de 39 años, con antecedentes personales de consumo excesivo de alcohol y cigarrillos, diabetes mellitus e hipertensión arterial con un tratamiento irregular.

Los hallazgos encontrados permiten reafirmar la importancia de la aplicación de la teoría de Dorothea Orem en las intervenciones de Enfermería, permitiendo al paciente ser partícipe de la restauración o conservación de su salud, por medio de la implementación de prácticas saludables y la adherencia al tratamiento, identificando las debilidades, para de esta manera implementar actividades que incentiven al individuo a lograr una mejor calidad de vida, a aprender a vivir con las limitaciones que acarrea su enfermedad, ya que es aquí en donde se puede evitar complicaciones graves.

## 4.2 CONCLUSIONES

La Insuficiencia Renal Crónica, consiste en la pérdida irreversible de la función renal, afectando la filtración de la sangre a nivel de los glomérulos, está relacionada en un 30% de los casos con Diabetes Mellitus, el 25% a causas como la hipertensión arterial y el 20% a glomerulopatías. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos, la Diabetes Mellitus es el segundo motivo de defunción, representando el 6,5% de la población, lo que evidencia la gravedad de la situación, considerando oportuno actividades de enfermería orientadas en la promoción y prevención de enfermedades o complicaciones severas de las mismas, mediante la aplicación de prácticas de autocuidado.

En este trabajo se determinó el proceso de atención de enfermería en relación a los objetivos específicos, en un paciente con Insuficiencia Renal crónica, asociado a Diabetes Mellitus tipo 2, considerando la teoría de Dorothea Orem, obteniendo resultados medianamente favorables, siendo la paciente capaz de cumplir con su tratamiento médico, llevar un control de la glicemia y de manera irregular siguiendo una dieta balanceada con las restricciones que implica su condición de salud, contando con el apoyo de su cuidador.

Lo más relevante de la aplicación de esta teoría fue lograr una independencia por parte del paciente, siendo consciente de su responsabilidad en relación a la mejoría de su estado de salud, se permitió valorar la necesidad de ayuda tanto por parte del personal sanitario como de su familia para desempeñar ciertas acciones que por su condición de salud sean difíciles de realizar, de igual manera la promoción de actividades de autocuidado permitieron al usuario seguir en cierta medida su respectivo tratamiento, contar con una dieta saludable, estar consciente de la importancia de un control continuo de la glucosa y presión arterial, cabe mencionar que para lograr un cambio de conducta aparte de las actividades de promoción, se debe considerar elementos como las creencias, motivación y las habilidades, requiriendo una constante capacitación por parte del personal sanitario.

Lo que más ayudó a generar esta intervención fue la predisposición del individuo por mejorar su estado de salud, el apoyo de su cuidador en actividades que le resulta difícil al usuario desempeñarlo sin asistencia continua, porque si no se cuenta con la predisposición tanto del paciente como de su familia es difícil que las actividades del personal de enfermería aporten resultados satisfactorios. Lo más difícil en desarrollar actividades de enfermería orientadas en la teoría del autocuidado fue modificar de manera completa la

conducta del usuario, debido a que esta depende en gran medida de su capacidad de cambio, de sus habilidades y costumbres, siendo una ocasión idónea para que el profesional de enfermería enfatice el autocuidado mediante actividades educativas, motivacionales y de desarrollo de destrezas o habilidades.

En la teoría de Dorothea Orem es el paciente el protagonista de las decisiones referente a su salud y en la mejora de sus técnicas de autocuidado, siendo el quehacer del personal sanitario realizar actividades orientadas a fortalecer las mismas, brindando cuidados individualizados de acuerdo a las necesidades de cada paciente; esta teoría proporciona el fundamento científico que encamina la atención, especialmente a pacientes con enfermedades crónicas. Por medio de esta teoría no solo se puede enseñar, orientar o aconsejar a poner en práctica conductas saludables, sino que también fortalece la relación enfermera-persona-familia.

En vista que la revisión bibliográfica sustenta que los enfermeros que orientan sus actividades en el autocuidado del paciente, obtienen gran mejoría en el tratamiento y recuperación de la enfermedad. Sugerimos que para investigaciones futuras se considere el empleo de la Teoría de Dorothea Orem en las intervenciones de enfermería, valorando de manera más profunda los resultados, brindando intervenciones enfocadas en la educación, manteniendo un seguimiento al usuario de manera continua por un tiempo prolongado, promoviendo la práctica de autocuidado en la vida diaria, fomentando el empoderamiento del paciente.



### 4.3 RECOMENDACIONES

- Resulta imprescindible que los servicios de salud estén enfocados en incentivar al autocuidado y brindarles un seguimiento continuo, ya que, el usuario al ser consciente que su salud depende en gran medida de su responsabilidad cumpliendo con los cuidados requeridos y conviviendo de la mejor manera con la condición crónica que padece, al mejorar su estilo de vida, con una adecuada alimentación acorde a su estado de salud, realizando actividad física, manteniendo una adherencia al tratamiento, puede llevar una mejor calidad de vida.
- La profesión de enfermería no solo está enfocada en cuidar de una persona enferma y hacer que su vida sea más llevadera, sino que también se enfoca en actividades de promoción y prevención, de allí la importancia de incentivar al usuario que lleve una vida saludable (ejercicio, evitar la ingesta de tabaco y alcohol), enfocada en evitar patologías a futuro, como la obesidad, hipertensión, que pueden desencadenar en otras patologías más complejas, como diabetes mellitus e insuficiencia renal crónica.
- Es importante que el personal de salud enfermero brinde motivación al paciente, reconociendo su esfuerzo al tratar de afrontar la enfermedad. Se debe ofrecer la retroalimentación a los pacientes cada que se observe o manifiesten que la necesitan, y no juzgar el proceso de su autocuidado si es que este no resultó como se esperaba, por ejemplo; cuando no cumplen con su dieta ya sea por algún factor limitante. Es por eso que como enfermero se debe evaluar y cambiar las intervenciones a la accesibilidad del paciente.

#### 4.4 BIBLIOGRAFÍA

1. Costa GMA, Pinheiro MBGN, Medeiros SM de, Costa RR de O, Cossi MS. Calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento hemodialítico. *Enfermería Glob* [Internet]. 30 de junio de 2016 [citado 11 de noviembre de 2020];15(3):59. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412016000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
2. García Serrano C, Aran Solé L, Vilela Pájaro Á, Amat Camats G, Ortiz Congost S, Giralt Peiró M. Identificación de infradiagnóstico de enfermedad renal crónica en Atención Primaria. *Enfermería Nefrológica* [Internet]. 2019 [citado 11 de noviembre de 2020];22(3):302-7. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842019000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842019000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
3. Díaz M, Gomez B, Robalino M, Lucero S. Comportamiento epidemiológico en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en Ecuador. *Correo Científico Médico* [Internet]. 2018;22(2):312-24. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812018000200011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812018000200011)
4. García RF, Barrera MC. Desarrollo de la enfermedad renal crónica en pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus. *Rev Univ Médica Pinareña* [Internet]. 2019;15(1):13-20. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=86376>
5. Beatriz TT. Abordaje nutricional del paciente con diabetes mellitus e insuficiencia renal crónica: a propósito de un caso. *Nutr Hosp* [Internet]. 8 de mayo de 2017;34(Supl.):18-37. Disponible en: <http://revista.nutricionhospitalaria.net/index.php/nh/article/view/1237>
6. Aldrete-Velasco JA, Chiquete E, Rodríguez-García JA, Rincón-Pedrero R, Correa-Rotter R, Peña-García R, et al. Chronic kidney disease mortality and its relation to diabetes in Mexico. *Med Interna Mex* [Internet]. 2018 [citado 15 de octubre de 2020];34(4):536-50. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-48662018000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662018000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
7. Naranjo Y, Concepción J. Importancia del autocuidado en el adulto mayor con diabetes mellitus. *Rev Finlay* [Internet]. 2016;6(3):215-20. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342016000300004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000300004)
8. Santana MBA, Silva DMGV da, Echevarría-Guanilo ME, Lopes SGR, Romanoski PJ, Böell JEW. Self-care in individuals with chronic kidney disease on hemodialysis. *Rev Gauch Enferm* [Internet]. 2020;41:e20190220. Disponible en: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472020000100415&script=sci\\_arttext&tlng=es](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472020000100415&script=sci_arttext&tlng=es)
9. Díaz MA, Briones JC, Carrillo R, Moreno A, Pérez ÁA. Insuficiencia renal aguda (IRA) clasificación, fisiopatología, histopatología, cuadro clínico diagnóstico y tratamiento una versión lógica. *Rev Mex Anestesiología* [Internet].

- 2017;40(4):280-7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma174e.pdf>
10. Lima WL de, Paula LB de, Duarte TT da P, Magro MC da S. Conhecimento dos enfermeiros da atenção primária à saúde sobre fatores de risco para Lesão Renal Aguda. Esc Anna Nery [Internet]. 2020 [citado 12 de noviembre de 2020];24(2). Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452020000200215&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000200215&tlng=pt)
  11. Lozano Lesmes L, Quintero Guzmán NA, Cuellar Devia JL, Torres García EA, Arias Valencia S. Insuficiencia renal aguda en adultos críticamente enfermos en dos instituciones hospitalarias. Rev Cienc y Cuid [Internet]. 2019;16(1):47-58. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1548/2196>
  12. Jácome de Lima CL, Lopes Costa MM, dos Santos Oliveira J, Costa Ferreira TM, Lopes Ferreira JD, Do Nascimento JA. Risk screening for Diabetes Mellitus development in users of Basic Health Care. Enfermería Glob [Internet]. 2018 [citado 13 de noviembre de 2020];17(52):97-136. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412018000400097&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000400097&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  13. Práctica G De, Gpc C. Diabetes mellitus tipo 2. Guía de práctica clínica (GPC). Edición Gen Dir Nac Normatización – MSP [Internet]. 2017;1-87. Disponible en: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Diabetes-mellitus\\_GPC.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Diabetes-mellitus_GPC.pdf)
  14. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica. Guías Pract Clin [Internet]. 2018;1-111. Disponible en: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/10/guia\\_prevencion\\_diagnostico\\_tratamiento\\_enfermedad\\_renal\\_cronica\\_2018.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/10/guia_prevencion_diagnostico_tratamiento_enfermedad_renal_cronica_2018.pdf)
  15. Boell JEW, Silva DMGV da, Guanilo MEE, Hegadoren K, Meirelles BHS, Suplici SR. RESILIENCE AND SELF-CARE IN PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS. Texto Context - Enferm [Internet]. 2020 [citado 12 de noviembre de 2020];29:1-12. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072020000100327&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072020000100327&tlng=en)
  16. Martínez-Castelao A, Górriz JL, Ortiz A, Navarro-González JF. Guía ERBP sobre la diabetes en la enfermedad renal crónica estadio 3B o mayor: ¿metformina para todos? Nefrología [Internet]. noviembre de 2017 [citado 17 de noviembre de 2020];37(6):567-71. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211699517301364>
  17. Naranjo JLG, Sánchez OMM, Reyes MTC, Linares EC. Gestión del cuidado en Enfermería y su aporte a la economía en hospital de Cabinda. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2018;22(5):956-064. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v22n5/rpr14518.pdf>
  18. Arouca S. La historia natural de las enfermedades\*. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 26 de noviembre de 2020];44(4):220-8. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-)

34662018000400220&lng=es&nrm=iso&tlng=es

19. Sellarés VL. Enfermedad renal crónica. FMC Form Medica Contin en Aten Primaria [Internet]. 2020;16(SUPPL. 4):5-18. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-enfermedad-renal-cronica-136>
20. Gárate-Campoverde MB, Mena-De La Cruz R, Cañarte-Baque GC, Sarmiento-Cabrera MJ, Delgado-Janumis DA, Santana-Reyes MF. Patología desencadenante en la enfermedad renal crónica. Dominio las Ciencias [Internet]. 2019;5(1):218. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/858>
21. Cañarte-Baque GC, Neira-Escobar LC, Gárate-Campoverde MB, Samaniego-León LD, TupacYupanqui-Mera JC, Andrade-Ponce SS. La diabetes como afectación grave se presenta con complicaciones típicas. Dominio las Ciencias [Internet]. 2019;5(1):160. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6869925>
22. Cunha GH da, Fontenele MSM, Siqueira LR, Lima MAC, Gomes MEC, Ramalho AKL. Práctica insulino terapéutica realizada por personas con diabetes na Atención Primaria em Saúde. Rev da Esc Enferm da USP [Internet]. 2020 [citado 12 de noviembre de 2020];54. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342020000100467&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342020000100467&tlng=pt)
23. Perales-Quintana MM, Cordero-Pérez P, Waksman-Minsky NH, Pérez-Rodríguez E, Lucio-Gutiérrez JR, Saucedo-Yáñez AL. Estudio metabólico de la enfermedad renal crónica: Del modelo experimental al humano. Investig Clin [Internet]. 2017 [citado 30 de noviembre de 2020];58(2):197-222. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0535-51332017000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332017000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
24. Pretto CR, Winkelmann ER, Hildebrandt LM, Barbosa DA, Colet C de F, Stumm EMF. Quality of life of chronic kidney patients on hemodialysis and related factors. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2020 [citado 2 de diciembre de 2020];28:1-11. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692020000100372&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692020000100372&tlng=en)
25. Gómez M del CM, Espíndola AG, Mendoza IL, Cervantes SL, Ledezma JCR. Factores de riesgo para daño renal en pacientes con diabetes tipo 2 en el primer nivel de atención. J Negat No Posit Results [Internet]. 2018;3(10):825-37. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6571533>
26. Ramos YB, Martínez PYG, Acuña YC. Glomerulonefritis rápidamente progresiva asociada a nefritis lúpica en una paciente de mediana edad. MEDISAN [Internet]. 2017 [citado 3 de diciembre de 2020];21(8):1046-51. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192017000800011&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000800011&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
27. Montaña A, Patiño N, Larrate C, Zambrano FA, Martínez J, Lozano H, et al. Update on polycystic kidney disease. Rev Fac Med [Internet]. 2018;66(1):107-16. Disponible en: [55](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-</a></li></ol></div><div data-bbox=)

00112018000100107&lng=en&nrm=iso

28. Torres Rondón G, Bandera Ramos Y, Ge Martínez PY, Amaro Guerra I. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica en pacientes del municipio de II Frente. MEDISAN [Internet]. 2017 [citado 2 de diciembre de 2020];21(3):265-72. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192017000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
29. Suzanne C, Smeltzer B, Bare J, Hinkle K, Cheever H. Brunner y Suddarth Enfermería Médicoquirúrgica Volumen II. En: Philadelphia P 19106351, editor. 12° Edición. 2016. p. 1115-2240. Disponible en: <https://drive.google.com/drive/folders/1juDYXzIHZ5WHLO5uRJAsm5qu4FzXOvvA?usp=sharing>
30. Sánchez DG, Leiva-Santos JP, López MJM, Cuesta Vargas AI. Symptomatic profile of patients with chronic kidney disease stage 4 and 5. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2017 [citado 3 de diciembre de 2020];20(3):259-66. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842017000300259&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842017000300259&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
31. Martínez Pérez D, Pérez de Alejo Rodríguez L, Moré Chang CX, Rodríguez Viera R, Dupuy Nuñez JC. Estudios de laboratorio clínico para la detección de la enfermedad renal crónica en grupos poblacionales de riesgo. MEDISAN [Internet]. 2016 [citado 3 de diciembre de 2020];20(1):49-58. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192016000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
32. Lopera-Medina MM. La enfermedad renal crónica en Colombia: Necesidades en salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Rev Gerenc y Polit Salud* [Internet]. 30 de junio de 2016 [citado 2 de diciembre de 2020];15(30):212-33. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-70272016000100015](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272016000100015)
33. Gutiérrez Sánchez D, Leiva-Santos JP, Sánchez-Hernández R, Gómez García R. Prevalencia y evaluación de síntomas en enfermedad renal crónica avanzada. *Enferm Nefrol* [Internet]. septiembre de 2015 [citado 3 de diciembre de 2020];18(3):228-36. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842015000300010&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842015000300010&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
34. López S, López J, Montenegro L, Cerecero P, Vázquez G. Análisis de laboratorio para el diagnóstico temprano de insuficiencia renal crónica. *Rev Mex Urol* [Internet]. 2018;78(1):73-90. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2018/ur181n.pdf>
35. Leiva AM, Martínez MA, Petermann F, Garrido-Méndez A, Poblete-Valderrama F, Díaz-Martínez X, et al. Risk factors associated with type 2 diabetes in Chile. *Nutr Hosp* [Internet]. 2018;35(2):400-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29756975/>
36. Ruiz EL, Méndez LR, Medicentro MFB-, 2019 undefined. Chronic complications in patients recently diagnosed with type 2 diabetes mellitus. *MedigraphicCom* [Internet]. 2018;23(December 2017):136-9. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=86752>

37. Gonzalez Arteta IDC, Arroyo Carrascal D. Diabetes Mellitus, manifestaciones en cavidad oral. Rev Médica Risaralda [Internet]. 2019;25(2):115. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0122-06672019000200105](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672019000200105)
38. Sanamé FAR, Álvarez MLP, Figueredo EA, Estupiñan MR, Rizo YJ. Tratamiento actual de la Diabetes Mellitus tipo 2. Neuroimaging Pharmacopoeia [Internet]. 2015;96(1):289-92. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812016000100009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000100009)
39. Adrianzén RE, Rioja M, Manrique A. Frequency and severity of diabetic retinopathy in patients with type 2 diabetes mellitus at the regional institute of ophthalmology. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2019;36(2):260-4. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342019000200013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342019000200013&script=sci_arttext)
40. Jara-Sanabria F, Lizano-Pérez A. Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. Enfermería Univ [Internet]. octubre de 2016;13(4):208-15. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632016000400208](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000400208)
41. Naranjo-Hernández Y. Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. Rev Arch Médico Camagüey [Internet]. 2019;23(6):814-25. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552019000600814](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000600814)
42. ARCE PO, RIVERO RJB. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN MODELO DE DOROTHEA OREM EN LA CALIDAD DE VIDA DE USUARIOS DEL CENTRO DE HEMODIÁLISIS SERMEDIAL SAC. AREQUIPA 2019 [Internet]. Repositorio Institucional UNSA. UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA; 2019. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/10407>
43. Rivas-Espinosa G, Feliciano-León A, Verde-Flota E, Aguilera-Rivera M, Cruz-Rojas L, Correa-Argueta E, et al. Autopercepción de capacidades de autocuidado para prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes universitarios. Enfermería Univ [Internet]. 2019;16(1). Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632019000100004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000100004)
44. Rocha Rodríguez M del R, González Cristela A, Eufemia JQ, Olvera Martínez A, Márquez Ponce PA, Rosales Guevara S, et al. AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN ALUMNOS DE NUEVO INGRESO EN LA UNIDAD ACADÉMICA MULTIDISCIPLINARIA ZONA MEDIA. Cienc y enfermería [Internet]. abril de 2015;21(1):103-13. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532015000100010](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000100010)
45. Domínguez González A, Herrero Jaén S. Análisis del sistema de limitación de acción en los requerimientos de autocuidado: una aproximación a un nuevo

- paradigma de dependencia en salud. *Ene* [Internet]. 2018;12(1). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2018000100009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2018000100009)
46. Medeiros MOSF de, Meira M do V, Fraga FMR, Nascimento Sobrinho CL, Rosa D de OS, Silva RS da. Conflictos bioéticos nos cuidados de fim de vida. *Rev Bioética* [Internet]. 2020;28(1):128-34. Disponible en: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422020000100128&script=sci\\_arttext&tlng=es](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422020000100128&script=sci_arttext&tlng=es)
  47. Escobar-Castellanos B, Cid-Henriquez P. El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. *Acta Bioeth* [Internet]. 2018;24(1):39-46. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2018000100039](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2018000100039)
  48. Villacis Ramírez AE, Patiño Zambrano VP, Cedeño Ávila LM, Zambrano Solórzano AM. Observación de los principios Bioéticos y su aplicación en la investigación. *RECIMUNDO* [Internet]. 11 de febrero de 2018;2(Esp):157-76. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6732875>
  49. Elías-Viramontes A de C, González-Juárez L. Nursing educational intervention for foot self-care in persons living with type 2 diabetes. *Aquichan* [Internet]. 20 de septiembre de 2018 [citado 9 de diciembre de 2020];18(3):343-54. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972018000300343&lang=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972018000300343&lang=es)
  50. Durán AIG, Rodríguez YS, Cárdenas AAC. Cuidado de enfermería en el paciente con pie diabético a la luz de la teoría de Dorothea Orem. *FLEPS 2019 - IEEE Int Conf Flex Printable Sensors Syst Proc* [Internet]. 2019;6(1):1-46. Disponible en: <https://journals.uninavarra.edu.co/index.php/cinaresearch/article/view/181>
  51. Ulloa Sabogal IM. Proceso de Enfermería en la persona con diabetes mellitus desde la perspectiva del autocuidado. *Rev Cuba Enfermería* [Internet]. 2017;33(2):0-0. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192017000200019&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192017000200019&lng=es&nrm=iso)
  52. Aguayo-Verdugo N, Valenzuela-Suazo S, Luengo-Machuca L. Self-care, health literacy and glycemic control in people with diabetes mellitus type 2. *Cienc y Enferm* [Internet]. diciembre de 2019 [citado 12 de noviembre de 2020];25:0-0. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532019000100217&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532019000100217&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  53. Trevizani FA, Doreto DT, Lima GS, Marques S. Self-care activities, sociodemographic variables, treatment and depressive symptoms among older adults with Diabetes Mellitus. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 [citado 12 de noviembre de 2020];72(suppl 2):22-9. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672019000800022&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000800022&tlng=en)

# ANEXOS



## PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

<b>VALORACIÓN</b>	Signos y síntomas: Contusiones, Dolor, Ira debido a la Disminución de la Agudeza Visual							
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)</b>	<b>1</b>	<b>Dominio:</b> 5 Percepción/cognición			<b>Clase:</b> 3 Sensación/Percepción			
		(00122) Trastorno de la percepción sensorial (visual) R/C desequilibrio bioquímico M/P hormigueo en la vista						
<b>PLANIFICACIÓN (NOC)</b>	<b>Dominio</b>		<b>Clase</b>	<b>Resultado</b>				
	<b>1a</b>	II. Salud Fisiológica	Y: Función sensitiva	(2404) Función sensitiva: visión				
	<b>1b</b>	I Salud funcional	D. Autocuidado	(0313) Nivel de Autocuidado				
<b>INTERVENCIONES (NIC)</b>	<b>Campo</b>		<b>Clase</b>	<b>Intervención</b>				
	<b>1a</b>	4. Seguridad	V. Control de riesgos	(6610) Identificar Riesgos				
	<b>1b</b>	5. Familia	X. Familia	(7110) Fomentar la implicación familiar				
	<i><b>1a Actividades de Enfermería</b></i>							
	<b>1</b>	Determina estatus de las necesidades de la vida diaria.						
	<b>2</b>	Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo.						
	<b>3</b>	Fijar objetivos mutuos.						
	<b>4</b>	Comentar y planificar las actividades de reducción del riesgo en colaboración con el individuo o el grupo.						
	<b>5</b>	Aplicar las actividades de reducción de riesgo.						
	<i><b>1b Actividades de Enfermería</b></i>							
	<b>1</b>	Identificar los déficit de autocuidado del paciente.						
	<b>2</b>	Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse al cuidado del paciente.						
	<b>3</b>	Identificar con la familia los puntos fuertes y habilidades que tiene el paciente.						
	<b>4</b>	Animar a los miembros de la familia y al paciente a ayudar a desarrollar un plan de cuidados, incluidos los resultados esperados y la ejecución del plan.						
	<b>5</b>	Facilitar la comprensión de los aspectos médicos del paciente a la familia.						
<b>RESULTADOS (NOC)</b>	<b>Código - indicadores</b>		<b>Escala de medición</b>					<b>Puntuación Diana</b>  <i>x – mantener</i> <i>v - aumentar</i>
			<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
	<b>1a</b>	(240411) Visión borrosa	x	v				
	<b>1a</b>	(240415) Ceguera diurna	x	v				
	<b>1b</b>	(031304) Se alimenta			x	v		
<b>1b</b>	(031305) Mantiene higiene personal			x	v			

<b>VALORACIÓN</b>	Signos y síntomas: <b>Hiperglicemia post pandrial, visión borrosa, poliurea, polidipsia</b>							
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)</b>	<b>1</b>	<b>Dominio: 2 Nutrición</b>			<b>Clase: 4 Metabolismo</b>			
		(00179) Riesgo de Glucemia Inestable R/C falta de adhesión al régimen terapéutico M/P Hiperglicemia post pandrial.						
<b>PLANIFICACIÓN (NOC)</b>	<b>Dominio</b>		<b>Clase</b>		<b>Resultado</b>			
	<b>1a</b>	IV. Conocimiento y conducta de salud	S. Conocimiento sobre salud		Conocimiento: Fomento de la salud			
	<b>1b</b>	IV. Conocimiento y conducta de salud	S. Conocimiento sobre salud		(1820) Conocimiento: Control de la Diabetes			
<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)</b>	<b>Campo</b>		<b>Clase</b>		<b>Intervención</b>			
	<b>1a</b>	I Fisiológico Básico	D. Apoyo Nutricional		(5614) Enseñanza: dieta prescrita			
	<b>1b</b>	3. Conductual	S. Educación de los pacientes		(5602) Enseñanza: proceso de enfermedad			
	<b>1a Actividades de Enfermería</b>							
	<b>1</b>	Indicar al paciente el nombre propio de la dieta						
	<b>2</b>	Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud						
	<b>3</b>	Proporcionar planes de comidas por escrito según corresponda						
	<b>4</b>	Instruir al paciente sobre la forma de planificar las comidas adecuadas						
	<b>5</b>	Incluir a la familia al programa de la dieta						
	<b>1b Actividades de Enfermería</b>							
	<b>1</b>	Evaluar el nivel de conocimiento del paciente relacionado con el proceso de enfermedad.						
	<b>2</b>	Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas de los que debe informar al cuidador.						
	<b>3</b>	Fomentar el autocontrol de los niveles de glucosa.						
	<b>4</b>	Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad						
	<b>5</b>	Educar sobre una dieta correcta						
<b>RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)</b>	<b>Código - indicadores</b>		<b>Escala de medición</b>					<b>Puntuación Diana</b>  <i>x - mantener</i> <i>v - aumentar</i>
			<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
	<b>1a</b>	(182318) Practicas Nutricionales Saludables		x		v		
	<b>1a</b>	(182325) Relación entre dieta, ejercicio y peso		x		v		
	<b>1b</b>	(182024) Beneficios de controlar la Diabetes		x		v		
<b>1b</b>	(182003) Plan de comidas prescrito		x		v			

<b>VALORACIÓN</b>	Signos y síntomas: Hormigueo o entumecimiento de manos y pies, con frialdad al tacto y sensación de tipo urente en los pies.							
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)</b>	<b>1</b>	<b>Dominio:</b> 4. Actividad / reposo	<b>Clase:</b> 4. Respuestas cardiovasculares/ pulmonares					
		(00204) Perfusión tisular periférica ineficaz R/C Diabetes Mellitus M/P Parestesia, dolor en las extremidades, alteración de las características de la piel: frialdad.						
<b>PLANIFICACIÓN (NOC)</b>	<b>Dominio</b>		<b>Clase</b>		<b>Resultado</b>			
	<b>1a</b>	II Salud Fisiológica	E. cardiopulmonar		(0407) Perfusión tisular: periférica			
	<b>1b</b>	II Salud Fisiológica	L. Integridad		(1101) Integridad tisular: piel y membranas			
<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)</b>	<b>Campo</b>		<b>Clase</b>		<b>Intervención</b>			
	<b>1a</b>	2. Fisiológico: complejo	N. Control de la perfusión tisular		(4070) Precauciones Circulatorias			
	<b>1b</b>	1 Fisiológico básico	F. Facilitación del autocuidado		(5603) Enseñanza: cuidados de los pies			
	<b><i>1a Actividades de Enfermería</i></b>							
	<b>1</b>	Realizar una evaluación exhaustiva de la circulación periférica (pulso, edema, llenado capilar, color, temperatura de la extremidad)						
	<b>2</b>	Instruir al paciente sobre los signos y síntomas indicativo de la necesidad de cuidados urgentes (dolor que no mejora, complicaciones de heridas, pérdida de la sensibilidad)						
	<b>3</b>	Instruir al paciente sobre cuidados de la piel (hidratación, prestar atención rápida de las heridas, y posibles úlceras)						
	<b>4</b>	No aplicar presión ni realizar torniquetes en la extremidad afectada						
	<b>5</b>	Animar al paciente a caminar hasta el punto de claudicación y un poco más para ayudar a que se desarrolle circulación en las extremidades inferiores.						
	<b><i>1b Actividades de Enfermería</i></b>							
	<b>1</b>	Informar sobre la relación entre neuropatía, lesión y enfermedad vascular y el riesgo de ulceración y amputación de las extremidades inferiores en personas con diabetes.						
	<b>2</b>	Advertir posibles causas de lesión; calor, frío, corte de callos, productos químicos, uso de antisépticos, y astringentes fuertes, cinta adhesiva, y andar descalzo o usar calzado abierto o sandalias.						
	<b>3</b>	Enseñar la técnica adecuada para arreglarse las uñas de los pies (es decir, cortar relativamente rectas, seguir el contorno del dedo y limar los bordes afilados con lima de uñas.						
	<b>4</b>	Describir los zapatos adecuados (tacón bajo con una forma adecuada al pie y profundidad de la zona de los dedos; suelas realizadas con material que amortigüe los golpes; anchura ajustable con correas o cordones; suaves y flexibles.						
	<b>5</b>	Prevenir a cerca de las ropas o las actividades que provoquen presión sobre los nervios y los vasos sanguíneos, como bandas elásticas de los calcetines y cruzar las piernas.						
<b>RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)</b>	<b>Código - indicadores</b>		<b>Escala de medición</b>					<b>Puntuación Diana</b>  <i>x – mantener</i> <i>v - aumentar</i>
			<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
	<b>1a</b>	(040713) Dolor localizado en extremidades				x	v	
	<b>1a</b>	(040748) Parestesia				x	v	
	<b>1b</b>	(110113) Integridad de la piel			x	v		
<b>1b</b>	(110111) Perfusión tisular			x		v		

<b>VALORACIÓN</b>	Signos y Síntomas: Dolor, equimosis, Miedo, debido a técnica incorrecta para la colocación de la insulina							
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)</b>	<b>1</b>	<b>Dominio:</b> 1. Promoción de la salud	<b>Clase:</b> 2. Gestión de la Salud					
		(00078) Gestión de la salud R/C Conocimiento insuficiente del régimen terapéutico M/P Dificultad con el régimen terapéutico						
<b>PLANIFICACIÓN (NOC)</b>	<b>Dominio</b>		<b>Clase</b>	<b>Resultado</b>				
	<b>1a</b>	IV. Conocimiento y conducta de salud	S. Conocimiento sobre salud	(1813) Conocimiento: Régimen terapéutico				
	<b>1b</b>	IV. Conocimiento y conducta de salud	S. Conocimiento sobre salud	(1820) Conocimiento: Control de la Diabetes				
<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)</b>	<b>Campo</b>		<b>Clase</b>	<b>Intervención</b>				
	<b>1a</b>	2. Fisiológico Complejo	H. Control de fármacos	(5616) Enseñanza: Medicamentos prescritos				
	<b>1b</b>	2. Fisiológico Complejo	H. Control de fármacos	(2317) Administración de medicación subcutánea				
	<b><i>Ia Actividades de Enfermería</i></b>							
	<b>1</b>	Evaluar la capacidad del paciente para administrarse el medicamento él mismo.						
	<b>2</b>	Instruir al paciente a cerca de la posología, vía y duración de los efectos de cada medicamento.						
	<b>3</b>	Instruir al paciente sobre los signos y síntomas de sobredosificación o infradosificación						
	<b>4</b>	Instruir al paciente sobre la eliminación adecuada de jeringas y agujas en casa						
	<b>5</b>	Enseñar el almacenamiento correcto del medicamento (insulina)						
	<b><i>Ib Actividades de Enfermería</i></b>							
	<b>1</b>	Determinar el conocimiento de la medicación y comprensión del método de administración por parte del paciente						
	<b>2</b>	Enseñar a cerca del lugar de inyección adecuado						
	<b>3</b>	Palpar el lugar de inyección para valorar si hay edema, masas o hipersensibilidad dolorosa; evitar zonas con cicatrices, contusiones, abrasiones, o infecciones.						
	<b>4</b>	Aplicar una presión suave en el sitio de inyección, evitar masajearlo.						
	<b>5</b>	Educar al paciente y familia en la técnica de inyección						
<b>RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)</b>	<b>Código - indicadores</b>		<b>Escala de medición</b>			<b>Puntuación Diana</b>  <i>x – mantener</i> <i>v - aumentar</i>		
			<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>		<b>4</b>	<b>5</b>
	<b>1a</b>	(181301) Beneficios del tratamiento	x		v			
	<b>1a</b>	(181302) Responsabilidades de autocuidado para el tratamiento en curso	x		v			
	<b>1b</b>	(182027) Técnica adecuada para preparar y administrar la insulina		x			v	
<b>1b</b>	(182018) Plan de rotación y de las zonas de inyección		x		v			


### Infección de Vías Urinarias

<b>VALORACIÓN</b>	Signos: Fiebre de 38.3°C, rubor, orina colúrica, taquicardia 110 lpm Síntomas: disuria, dolor a nivel de región lumbar,							
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)</b>	<b>1</b>	<b>Dominio:</b> 11. Seguridad / protección			<b>Clase:</b> G termorregulación			
		(0007) Hipertermia R/C enfermedad (infección de vías urinarias) M/P alza térmica de 38.3 °C, taquicardia de 110 lpm						
<b>PLANIFICACIÓN (NOC)</b>	<b>Dominio</b>		<b>Clase</b>		<b>Resultado</b>			
	<b>1a</b>	II. Salud Fisiológica	I Regulación Metabólica		(0800) Termorregulación			
<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)</b>	<b>Campo</b>		<b>Clase</b>		<b>Intervención</b>			
	<b>1a</b>	2. Fisiológico Complejo	M. Termorregulación		(3786) Tratamiento de la hipertermia			
	<i><b>1a Actividades de Enfermería</b></i>							
	<b>1</b>	Observar el calor y temperatura de la piel						
	<b>2</b>	Aplicación de medios físicos para bajar la temperatura corporal						
	<b>3</b>	Aumentar la circulación de aire						
	<b>4</b>	Explicar a la paciente que debe descubrirse un poco para que así su cuerpo comience a regular la temperatura						
	<b>5</b>	Fomentar el consumo de líquidos para mantener hidratación en la paciente						
<b>6</b>	Administrar antipiréticos como el paracetamol preferiblemente intravenoso para ayudar a regular la temperatura corporal							
<b>RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)</b>	<b>Código - indicadores</b>		<b>Escala de medición</b>					
			<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>Puntuación Diana</b>
	<b>1a</b>	(080018) Disminución de la Temperatura			x		v	
<b>1a</b>	(080014) Deshidratación			x		v	<i>v - aumentar</i>	

### Insuficiencia Renal – Cetoacidosis Diabética

<b>VALORACIÓN</b>	Signos: vómitos, arcadas Síntomas: nauseas, vértigo, malestar, dolor abdominal, Dolor Abdominal vinculado a zona lumbar						
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)</b>	<b>1</b>	<b>Dominio:</b> 2 Nutrición	<b>Clase:</b> 5 Hidratación				
		Riesgo de desequilibrio Hidroelectrolítico R/C Insuficiencia Renal M/P nauseas que llevan al vomito					
<b>PLANIFICACIÓN (NOC)</b>	<b>Dominio</b>		<b>Clase</b>	<b>Resultado</b>			
	<b>1a</b>	II Salud Fisiológica	G: Líquidos y electrolitos	(0602) Hidratación			
	<b>2b</b>	II Salud Fisiológica	G: Líquidos y electrolitos	(0601) Equilibrio Hídrico			
<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)</b>	<b>Campo</b>		<b>Clase</b>	<b>Intervención</b>			
	<b>1a</b>	1 Fisiológico: Básico	E. Fomento de la comodidad física	(1450) Manejo de las Nauseas			
	<b>1b</b>	1 Fisiológico: Básico	E. Fomento de la comodidad física	(1570) Manejo del Vomito			
	<b><i>1a Actividades de Enfermería</i></b>						
	<b>1</b>	Realizar una valoración completa de las náuseas: frecuencia, intensidad, duración, factores desencadenantes					
	<b>2</b>	Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas: relajación					
	<b>3</b>	Administrar medicamentos: antieméticos para ayudar a disminuir los síntomas					
	<b>4</b>	Fomentar el descanso y sueño adecuado para el alivio de las nauseas					
	<b>5</b>	Administrar una dieta con alimentos líquidos					
	<b><i>1b Actividades de Enfermería</i></b>						
	<b>1</b>	Valorar el color, intensidad, presencia de sangre y duración de la emesis					
	<b>2</b>	Esperar como mínimo después de 30 minutos del episodio del vomito para poder administrar líquidos por vía oral					
	<b>3</b>	Pesar al paciente con regularidad					
	<b>4</b>	Educar al paciente sobre la enfermedad y sus síntomas					
	<b>5</b>	Proporcionar apoyo físico durante el vómito: ayudar a la persona a inclinarse y sujetar su cabeza					
<b>RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)</b>	<b>Código - indicadores</b>		<b>Escala de medición</b>			<b>Puntuación Diana</b>	
			<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>		<b>4</b>
	<b>1a</b>	Membranas mucosas húmedas				<i>x</i>	<i>v</i>
<b>1a</b>	Ingesta de líquidos				<i>x</i>	<i>v</i>	<i>v - aumentar</i>

**Fig.1.** Oficio de consentimiento informado de la paciente para poder realizar el presente estudio de caso.

  
**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA**  
D.L. NO. 69-04 DE 14 DE ABRIL DE 1969  
*Calidad. Pertinencia y Calidez*

Santa Rosa, 9 de Octubre del año 2020.

Sra.

Presente. -

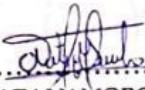
De mis consideraciones;

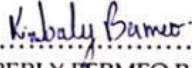
Yo, NATALY LEONOR MOROCHO BONILLA Y KIMBERLY BRIGITTE BERMEO RAMÓN con C.I. 0705724854 Y C.I. 0706682390, estudiantes del DECIMO SEMESTRE de la carrera de ENFERMERIA de la FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS Y DE LA SALUD, me dirijo a usted, para solicitar de la forma más comedida y respetuosa lo siguiente:

Es de mi interés se me conceda el consentimiento informado para utilizar la patología que presenta con fines expositivos e investigativos para el proceso de titulación correspondiente a la siguiente etapa de mi carrera profesional, por lo que me permito solicitar a usted, autorice llevar un seguimiento clínico a su caso inicialmente mencionado.

Agradeciendo su atención a la presente, hago propicia la ocasión para manifestarle los sentimientos de mi mayor estima personal.

Atentamente;

  
.....  
NATALY MOROCHO BONILLA  
C.I. 0705724854


  
.....  
KIMBERLY BERMEO RAMÓN  
C.I. 0706682390

.....  
**PACIENTE**  
.....

Dpto. An. Pariteroquina Int. 5 L/7 Via Machala Potosí Telf: 2983362 - 2983365 - 2983363 - 2983364

www.utmachala.edu.ec

**Fig. 2.** Oficio dirigido al Hospital Básico Santa Teresita, con el propósito de obtener el permiso correspondiente para el respectivo acceso a la historia clínica del paciente en estudio.

  
**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA**  
D.L. NO. 69-04 DE 14 DE ABRIL DE 1969  
*Calidad, Permanencia y Calidad*  
Santa Rosa, 11 de Noviembre 2020


Dr.  
Edwin Socasi  
DIRECTOR DEL HOSPITAL BASICO SANTA TERESITA  
Presente.-  
Santa Rosa

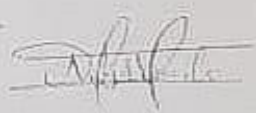
Por medio del presente,

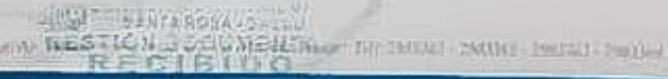
Yo **BERMEO RAMÓN KIMBERLY BRIGITTE** y **MOROCHO BONILLA NATALY LEONOR** portadora del número de cédula de ciudadanía N° 0706682390, y 0705724854 estudiantes del 10mo SEMESTRES PARALELO "A" de la carrera de ENFERMERÍA, de la UNIVERISDAD TÉCNICA DE MACHALA, en la asignatura de TITULACIÓN, solicito a usted se gestiona ante quien corresponda y se me permita el acceso a la **HISTORIA CLINICA N° [REDACTED]** de la paciente [REDACTED] con diagnóstico **INSUFICIENCIA RENAL NO ESPECIFICADA (CIE-10 N19), INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO (CIE-10 N390), DIABETES MELLITUS TIPO 2 CON COMPLICACIONES MÚLTIPLES (CIE-10 E117), ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO (CIE-10 D649), PANCREATITIS AGUDA MODERADAMENTE SEVERA (CIE-10 K85)** para nuestro trabajo de ANÁLISIS DE CASO con el tema "PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA A UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL, ASOCIADO A DIABETES MELLITUS Y COMPLICACIONES", para utilizar la patologia que presenta con fines expositivos e investigativos para el proceso de titulación correspondiente a la siguiente etapa de mi carrera profesional.

Por la atención que otorgue a la presente, le anticipo mis agradecimientos y le deseo éxito en sus funciones.

Atentamente:

  
**Bermeo Ramon Kimberly Brigitte**  
C.I.: 0706682390

  
**Morocho Bonilla Nataly Leonor**  
C.I.: 0705724854

  
www.utmachala.edu.ec

**NOTA:** Se ocultan datos referentes a la paciente en estudio con el propósito de mantener la confidencialidad.



**Fig.3.** Visita Domiciliaria: valorando la condición de salud, tomando los signos vitales: presión arterial, peso, talla, glicemia, temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno.



**Fig.4.** Lectura del oficio de consentimiento informado y firma del mismo, con presencia de cuidador responsable.




**NOTA:** Se ocultan los rostros referentes al objeto en estudio con el propósito de mantener la confidencialidad.

**Fig.5.** Intervención de Enfermería: charla educativa por medio de plataforma digital, debido a época de pandemia.



**Fig.6.** Dieta elaborada por las autoras del presente estudio, entregada al paciente con el fin de facilitar el cumplimiento de la misma, para mejorar su condición de salud.


UTMACH

Estudiantes-Titulación  
 Carrera de Enfermería  
 Kimberly Bermeo-Natahy Morecho

## DIETA DIABETICA

**ALIMENTOS PROHIBIDOS**

- ✗ Azúcares simples, azúcar de mesa, azúcar morena, panela, miel de abeja, mermelada, frutas en conserva.
- ✗ Grasas saturadas (frituras), mantequilla, manteca de cerdo, crema de leche.
- ✗ Embutidos, mortadela, salchichas, jamón, terneras, chorizos.
- ✗ Enlatados, condimentos artificiales.
- ✗ Bebidas Alcohólicas, tabaco.
- ✗ Café, colas, jugos procesados y gelatinas.
- ✗ Mayonesa, salsa de tomate, mostaza, salsa china.
- ✗ Dulces, chocolates, amasados de pastelería, helados cremosos, golosinas, caramelos.
- ✗ Maní, chocolates, lácteos enteros, productos de pastelería.
- ✗ Plátano verde-maduro, papas, yucas, sandía, uvas, veteraba, guineo verde-maduro, choclo.

**ALIMENTOS RECOMENDADOS**

- ✓ Se recomienda beber 2 litros de líquidos preferible que sea agua.
- ✓ Se recomienda tener un horario definido para su alimentación: desayuno 7am, colación 10am, almuerzo 1pm, colación 4pm, merienda 7pm.
- ✓ La preparación de los alimentos se hará preferentemente al horno, cocidos, a la plancha, al jugo, estofado, bistec, seco, asado, al vapor, escalfado, pero nunca frito, apanado, o brostizado.
- ✓ No debe utilizar otros alimentos que no estén incluidos en la dieta.
- ✓ Tome bebidas infusiones, jugos naturales.
- ✓ A sus comidas puede condimentar a su gusto con sal, vinagre, perejil, laurel, u hierbas aromáticas.
- ✓ Aceites, puede consumir 20 gr. (dos cucharadas soperas para todo el día, que puede ser de soja, maíz, oliva, girasol, pero no para freír sino para ensalada).
- ✓ Debe de realizar ejercicios cardiovasculares mínimo 30 minutos diarios (caminata, baile, ciclismo).



DESAYUNO 7AM
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 1 taza con leche descremada</li> <li>&gt; 1 pan integral</li> <li>&gt; 1 rodaja de queso descremado</li> <li>&gt; 1 fruta (manzana, pera, durazno, piña, melón, papaya)</li> </ul>
MEDIA MAÑANA 10 AM
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 1 Fruta (manzana, pera, durazno, piña, melón, papaya)</li> </ul>
ALMUERZO 1:00 PM
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 1 porción de Sopa y verduras y vegetales</li> <li>&gt; 1 porción de pollo sin piel, pescado, carne magra, vísceras (100 gr) menos frito.</li> <li>&gt; 1 porción de ensalada de verduras y vegetales crudas (1taza).</li> <li>&gt; ¾ porción de arroz</li> </ul>
MEDIA TARDE 4:00 PM
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 1 fruta (manzana, pera, durazno, piña, papaya, melón).</li> </ul>
MERENDA
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 1 porción de pollo sin piel, pescado, carne magra vísceras (100 gr)</li> <li>&gt; 1 porción de ensalada de verduras y vegetales crudas (1 taza)</li> <li>&gt; ¾ porción de arroz</li> </ul>

## Lista de intercambios

- Podemos intercambiar leche descremada por yogurt descremada, por soya, o bebida de almendras.
- Podemos intercambiar huevos d gallina, por tres huevos de codornizo por queso.
- Podemos intercambiar 1 pan, por 6 galletas, por 4 tostadas integrales, por 1 taza de cereal sin azúcar.



## TIPOS DE ENSALADAS VERDURAS

- Ensalada de cebolla, tomate, pimienta.
- Ensalada de pepino, cebolla, tomate, pimienta.
- Ensalada de lechuga, cebolla, tomate.
- Ensalada de aguacate, cebolla, cilantro.
- Ensalada de aguacate, cebolla, perejil, cilantro, tomate, perejil, cilantro.
- Ensalada de rábano, cebolla, tomate.
- Ensalada de col morada, cebolla, tomate.
- Ensalada de vainilla, cebolla, tomate, huevo.
- Ensalada de frejoles tiernos, cebollas.
- Ensalada de brócoli, coliflor con vinagreta.



## TIPOS DE SOPAS DE VERDURAS

- Crema de verduras.
- Crema de brócoli.
- Crema de espinacas.
- Crema de coliflor.
- Crema de zapallo.
- Crema de espárgos.
- Crema de habas.
- Crema de zambó.
- Crema de zanahoria.
- Crema de tomate.
- Crema de berenjena.
- Crema de nuez.
- Crema de champiñones.
- Crema de zucchini.
- Locro de verduras.
- Locro de acelga.
- Locro de nabo.
- Locro de frejoles tiernos.
- Locro de habas.
- Sopa de pollos (pechuga) con verduras.
- Sopa de carne con verdura.



**TABLA 4: ENTREVISTA A PACIENTE EN ESTUDIO.**

<p>Referente a la historia de la Enfermedad: ¿Qué enfermedad desarrolló primero?</p>	<p>Aproximadamente A los 27 años de edad se me presentó complicaciones en mi salud, diagnosticándome Diabetes Mellitus tipo 2, con el pasar del tiempo mi salud se deterioró, siendo allí informada que tengo Hipertensión arterial. Luego debido a que mi salud no se restableció por completo, presentaba vómitos constantes, no podía comer, mi familia me llevó al Hospital Santa Teresita donde fui internada.</p>
<p>¿Recibió anteriormente visita del personal sanitario del centro de salud de su domicilio, y actualmente la siguen visitando?</p>	<p>Cuando fui diagnosticada con Diabetes Mellitus, si me realizaban visitas, de hecho, me brindaron el tratamiento, pero debido a que yo trabajaba no me enfoqué mucho en mi salud. Actualmente existe un médico del barrio que me visita cada 15 días, para llevar un control de mi glicemia que se ha mantenido elevada en estos últimos días.</p>
<p>¿Desde que fue diagnosticada con Diabetes Mellitus, cambió su alimentación?, ¿Actualmente sigue una dieta?</p>	<p>Verdaderamente no cambió, seguí alimentándome como lo hacía siempre, ya que no contamos con recursos que a veces se requiere, siendo lo más común ingerir alimentos como plátano, yuca, papas, lo que me prohibían. Actualmente intento cuidarme en la alimentación, visité una nutrióloga, que me prohibió prácticamente todo, lo que no sé qué debo comer., siendo difícil que la cumpla. La alimentación cuesta, pero uno trata de hacerlo hasta donde se puede.</p>
<p>¿Realiza actividad física, como caminar?</p>	<p>Me sé ir a dar de comer a unas gallinitas que tengo en el patio de mi casa, pero de acuerdo</p>

	<p>a sus sugerencias veré si puedo salir a caminar en compañía de mi hija. Aunque el clima no sabe favorecer mucho, sabe hacer frío salir. Además que algunas veces se sentir dolor de piernas.</p>
<p>¿Realiza actividades de autocuidado, como revisar que sus pies no tengan ninguna herida, realizar una limpieza adecuada de los mismos?</p>	<p>Siempre he tenido cuidado de no lastimarme porque los médicos me han dicho que cuide mis pies más que nada. Pretendo evitar caminar descalza y revisar mis pies con frecuencia para evitar que pueda una herida infectarse.</p>
<p>¿Actualmente qué síntomas presenta?</p>	<p>Siento como entumecimiento de mis piernas, como que hormigueos en la planta del pie, cuando eso pasa se tener el azúcar elevada, a veces acompañado de dolor de cabeza.</p>
<p>¿Cuánto es la dosis de insulina que se coloca?</p>	<p>Me sé colocar 8 UI de insulina lenta, especialmente cuando siento que mis pies se hinchan o hormigueos intensos.</p>
<p>¿Cómo era su estilo de vida antes de desarrollar las enfermedades que actualmente tiene?</p>	<p>Pues yo trabajaba en una bananera, y siempre acostumbrada a sacar un parlante afuera de mi casa, me ponía a consumir alcohol y fumar cigarrillo, en cuanto a la alimentación nunca me he cuidado, pero desde que me detectaron la diabetes dejé de fumar y beber.</p>
<p>¿Recibe ayuda económica de su familia?</p>	<p>Mis hermanas siempre se han preocupado por mí, ellas me han comprado un aparato para que lleve un control de la glucosa, pero yo la verdad que no acostumbro a hacerlo constante, también tengo uno para poder controlar mi presión arterial.</p>