

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON
CETOACIDOSIS DIABETICA HOSPITAL NACIONAL CAYETANO
HEREDIA LIMA, 2018**

TRABAJO ACADEMICO

PRESENTADO POR:

Lic. MARIANELA YADIRA MURILLO SOLIS

**PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN
EMERGENCIAS Y DESASTRES**

ASESOR: Dr. EDGAR LUCAS ALVIZURI GÓMEZ

LIMA – PERÚ

2018

Dedicatoria

El presente trabajo académico está dedicado a mi familia por apoyo incondicional para Seguir superándome profesionalmente y a mi docente por impartir sus conocimientos.

Agradecimiento

Agradezco a Dios por la salud que día a día me otorga y a mi docente por impartir sus conocimientos siendo mi guía para la elaboración de mi trabajo académico para poder obtener mi título de especialista en Emergencias y Desastres.

INDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Bases Teóricas	10
1.2 Teorías de Enfermería.....	21
1.3 Cuidados de Enfermería.....	23
1.4 Estudios Relacionados con el tema	30

CAPITULO II

APLICACIÓN DEL PAE – EBE

2.1 Situación Problemática.....	34
2.2 Valoración Según Dominios	35
2.3 Diagnostico de Enfermería	47
2.4 Planeamiento de Objetivo y Prioridades.....	48
2.5 Ejecución de las Intervenciones.....	50
2.6 Evaluación De Los resultados	54

CAPITULO III

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1 Conclusiones del Trabajo	67
3.2. Recomendaciones.....	68
Referencias Bibliográficas.....	69

RESUMEN

El trabajo académico, Cuidados de enfermero a paciente con cetoacidosis diabética en el Servicio de Emergencia, Hospital Nacional Cayetano Heredia; es producto de una revisión teórica y su aplicación práctica en el abordaje de emergencias en pacientes diabéticos y sus complicaciones agudas, tiene como objetivo: presentar a un paciente con las manifestaciones clínicas de una Cetoacidosis diabética, distinguir las necesidades modificadas, rectificar, mantener y restablecer al paciente mediante el uso de información y técnicas; teniendo en cuenta que no se cura , solo se puede controlar la enfermedad. Actualmente, las enfermedades metabólicas entre ellas la diabetes constituyen como un problema de salud pública donde las complicaciones agudas y crónicas erogan gastos enormes al paciente, familia y la sociedad.

La intervención de enfermería está orientado a mantener la glicemia dentro de los valores normales, para ello es imperativo mejorar los estilos de vida del paciente diabético. La priorización de un plan de cuidados es el manejo integral del paciente; utilizando las taxonomías internacionales para la valoración, diagnóstico, planificación, intervenciones y las evaluaciones. Los resultados obtenidos fueron satisfactorios, se logró controlar el cuadro clínico agudo de la Cetoacidosis diabética. Las manifestaciones clínicas desaparecieron paulatinamente, signos vitales conservados y se logró integrar la familia; finalmente se presenta las conclusiones y recomendaciones.

PALABRAS CLAVE: Cuidado enfermero, diabetes, complicaciones y Cetoacidosis diabético.

ABSTRACT

Academic work, Nursing care for patients with diabetic ketoacidosis in the Emergency Service, Hospital Nacional Cayetano Heredia; It is the product of a theoretical review and its practical application in the approach of emergencies in diabetic patients and their acute complications, aims to: present a patient with the clinical manifestations of a diabetic ketoacidosis, in it distinguish the needs modified, rectify, maintain and re-establish the patient through the use of information and techniques; all together that the patient recovers in the most conceivable brief time considering that it is not cured, only the disease can be controlled. Currently, metabolic diseases, including diabetes, constitute a public health problem where acute and chronic complications incur enormous costs to the patient, family and society.

Nursing intervention is aimed at maintaining glycemic control within normal values, for this it is imperative to improve the lifestyles of the diabetic patient. The prioritization of a care plan is the integral management of the patient; using international taxonomies for assessment, diagnosis, planning, interventions and evaluations. The results obtained were satisfactory, it was possible to control the acute clinical picture of diabetic ketoacidosis. Clinical manifestations disappeared gradually, vital signs preserved and the family was integrated; finally the conclusions and recommendations are presented.

KEY WORDS: Nursing care, diabetes, complications and diabetic ketoacidosis.

INTRODUCCIÓN

La diabetes es una enfermedad sin fin que ocurre cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el cuerpo no usa con destreza la insulina que produce. Existen tres tipos principales de diabetes: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2 y diabetes gestacional. La diabetes tipo 2 se debe a un derroche de insulina. Esta composición responde al 90% de los casos en todo el mundo y se debe al alto peso corporal y la inactividad física. (OMS, 2015)

Las últimas evaluaciones muestran que el 9% de los adultos - 382 millones de personas en las cercanías de 40 y 59 años tienen diabetes, y el número de personas con la enfermedad aumenta en más de 592 millones en menores de 25 años. Específicamente, la diabetes tipo 2, causa 5,1 millones de pasajes y habla en algún lugar en el rango de 548,000 millones de dólares en usos de bienestar (11% del gasto agregado en todo el mundo). (OMS, 2013)

Las enfermedades degenerativas sin fin son una razón para la diabetes en todo el mundo, dentro de la diabetes mellitus tipo 2 o no, la insulina depende de un territorio dentro de la población peruana, particularmente en adultos jóvenes, con más casos en jóvenes hace años. Los patrones dietéticos y la expansión de los elementos nutritivos con cantidades elevadas de azúcar en su sustancia, y además la ausencia de acción física y peso son los desencadenantes de esta patología.

Es propósito de trabajo académico socializar e interiorizar conocimientos actualizados referente a conocer la sintomatología, etiología, tratamiento, la intervención de enfermería y plantear algunas estrategias orientadas a mejorar las medidas preventivas, finalmente concluir como una guía de atención o convención de atención institucionalizada en relación con el paciente con diabetes mellitus 2 que ingresa en la sala de crisis.

Según la OMS en 2014, el 8.5% de los adultos (18 años o más establecidos) tenían diabetes. En 2012, 1.5 millones de personas fallecieron como resultado

inmediato de la diabetes y los altos niveles de glucosa en sangre fueron la razón de otros 2.2 millones de pases. (OMS, 2016)

Como lo indicó la OMS, la satisfacción personal es la impresión de una persona sobre su situación a lo largo de la vida, en el entorno social y en el marco en el que vive, en relación con sus objetivos, metas, deseos, valores y preocupaciones. Comúnmente se influye en la impresión del individuo diabético sobre su satisfacción personal, como apareció en una investigación en la que la gran mayoría exhibe un modesto gran discernimiento, seguido de una buena observación y en una medida base de reconocimiento negativo, que más tarde causa una reacción física rápida debilitamiento mental y social (Muñoz, 2013)

La rutina, el movimiento físico, mantener un peso corporal y mantenerse alejado del consumo de tabaco evita la diabetes tipo 2 o difiere su comienzo. Según lo indicado por la Sociedad Peruana de Endocrinología en 2016, la mitad de los pacientes con diabetes tienen neuropatía diabética, 30% de retinopatía y 20% de pie diabético. Del total de pacientes con pie diabético medio completado con la eliminación de alguna parte. (Diario Perú 21, 2016)

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), detalló que, en todo el país, en 2015, el 2,9% de la población total de 15 años y más informó haber analizado la diabetes mellitus por un experto en bienestar (INEI, 2016)

Según lo indicado por el INEI en 2014, se determinó que el 3,2% de la población de 15 años o más tenía diabetes mellitus. Según lo indicado por sexo, la población femenina tiene 3.6% diabetes y la población masculina 2.9%. Por área regular, el nivel más elevado de personas con diabetes se encuentra en Lima Metropolitana con 4.5% y la tasa más baja en la Sierra con 2.0%. (INEI 2015)

El estudio se desarrolló en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en un paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 descompensada, con Cetoacidosis Diabética así como el Estudio Basado en Evidencias, el día que llegó a la unidad de Trauma Shock, pasando a observación.

El mismo está constituido en tres partes: La primera donde se detalla con precisión la parte teórica de la Enfermedad y sus complicaciones, producto de una revisión bibliográfica para su manejo en los servicios de emergencia y las intervenciones de enfermería en los diferentes niveles de atención básicamente orientado a mejorar los estilos de vida de los pacientes diabéticos; en la segunda parte se detalla el proceso de atención de enfermería con un lenguaje sencillo y universal con toda sus etapas que inicia con la valoración, diagnósticos de enfermería, planeación, intervención y evaluación del trabajo enfermero y finalmente se plantea algunas conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Bases Teóricas

DIABETES

Es un conjunto de problemas metabólicos descritos por hiperglucemia debido a imperfecciones en la descarga de la actividad de la insulina o ambos. Existen numerosas formas fisiopatogénicas asociadas con su aparición, que van desde el obstáculo del sistema de defensa de las células beta del páncreas hasta los ajustes que provocan protección contra la actividad de la insulina. (Asociación Latinoamericana de Diabetes, ALAD 2013).

La diabetes es una enfermedad en la cual los niveles de glucosa (azúcar) en la sangre son altos. La glucosa se origina a partir de los nutrientes que come. La insulina es una hormona que estimula la entrada de glucosa en las células para darles vitalidad. En la diabetes tipo 1, el cuerpo no administra insulina. En la diabetes tipo 2, la más reconocida, el cuerpo no crea ni usa insulina de manera apropiada. Dado que la medida de la insulina es inadecuada, la glucosa permanece en la sangre. (MedlinePlus.com)

Etiología

La insulina es una hormona creada por el páncreas para controlar la glucosa. La diabetes probablemente es ocasionada por casi ninguna generación de insulina, oposición a la insulina o ambos.

Para comprender la diabetes, es imperativo comprender primero el procedimiento ordinario mediante el cual el cuerpo cambia y utiliza la nutrición para la vitalidad. Algunas cosas suceden cuando se procesa el sustento:

o Azúcar llamada glucosa ingresa al sistema de circulación. La glucosa es un manantial de vitalidad para el cuerpo.

Un órgano llamado páncreas produce insulina. La parte de la insulina es transportar la glucosa desde el sistema de circulación a las células musculares, grasas y hepáticas, donde se puede guardar o utilizar como fuente de vitalidad.

Las personas con diabetes tienen altos niveles de glucosa que pueden influir en la creación de grasa y la diabetes es un misterio en la sangre. Esto se basa en que:

- El páncreas no administra suficiente insulina.
- Las células no reaccionaron regularmente a la insulina.
- Ambas razones pasadas. (Castillo J.2017)

Fisiopatología

En la fisiopatología de la diabetes mellitus tipo 2, algunas deformidades se consolidan para finalmente decidir la hiperglucemia, la primera es la protección contra un nivel de hígado, músculo liso y tejido adiposo; se discute la protección de la insulina marginal de la que ocurre en el músculo estriado, disminuye el consumo de glucosa y la digestión; y de protección de insulina focal de la que se crea en el hígado, donde genera la generación de glucosa al decidir la hiperglucemia en ayunas.

En el momento en que se mantiene la hiperglucemia, incluso a nivel directo, produce glicolipototoxicidad en la célula beta, que modifica la emisión de insulina

y se expande a partir de esta hormona en el hígado y el músculo; Por lo tanto, la ausencia de un tratamiento adecuado para el movimiento dinámico de la diabetes, este tipo de diabetes se analiza para que su próximo ojo no pueda presentar manifestaciones desde el principio. (Ramírez V, 2006).

La diabetes mellitus se identifica con el estado de fortaleza y, en consecuencia, con la oposición a la insulina (IR), sin embargo requiere un mayor control del trabajo de células B pancreáticas. Para vencer a RI, la célula b comienza el procedimiento que termina en la expansión de la masa celular, creando la medida de insulina más sorprendente (hiperinsulinismo), que compensa el RI y mantiene los niveles normales de glucosa en sangre; en cualquier caso, después de un tiempo, la célula pierde su capacidad para mantener la hiperinsulinemia compensatoria, lo que genera una deficiencia relativa de la contaminación con respecto a la RI. La hiperglucemia aparece por fin, al principio en los estados postprandiales y después de ese ayuno, a partir del cual se establece la conclusión de la Diabetes. (Castillo J. 2017)

Tipos

Se propuso una clasificación que está vigente. Se incluyen 4 categorías de pacientes y un 5º grupo de individuos que tienen glicemias anormales con alto riesgo de desarrollar diabetes (también tienen mayor riesgo cardiovascular):

- a) Diabetes Mellitus tipo 1
- b) Diabetes Mellitus tipo 2
- c) Diabetes Gestacional
- d) Otros tipos específicos de diabetes (La Asociación Americana de Diabetes 2015 ADA),

Diabetes tipo 1

Las edades más continuas en las que aparece, la pubertad y los principales tramos largos de la vida adulta. Por lo general, se presenta repentinamente y, a menudo, autónomo de la historia familiar. Las razones para la diabetes tipo 1 son principalmente la demolición dinámica de las células del páncreas, que produce insulina. Esto debe ser controlado falsamente desde el punto inicial más temprano de la enfermedad. Sus manifestaciones específicas aumentan la necesidad de beber y aumentan la medida del pis, el sentimiento de agotamiento y la reducción de peso a pesar del deseo expandido de comer.

Diabetes tipo 2

Por lo general, aparece a edades más establecidas y es diez veces más sucesiva que la anterior. Comúnmente, la diabetes tipo 2 también se analiza o ha sido soportada por otras personas en la familia. Comienza debido a la baja creación de insulina, junto con la utilización inadecuada de esta sustancia por las células. Dependiendo de la imperfección de los dos, el paciente ha sido tratado con tabletas antidiabéticas o con una combinación de ambos. En estos casos, el paciente no puede presentar ningún tipo de malestar, o manifestación particular, por qué no puede pasar desapercibido para el individuo.

Diabetes gestacional

Se considera una diabetes periódica que se puede controlar simplemente como diferentes tipos de diabetes. En medio del embarazo, la tinta aumenta para aumentar la vitalidad. Aquí y allá, esta expansión no ocurre y puede provocar diabetes en el embarazo. Tampoco tiene efectos secundarios y el descubrimiento se realiza a menudo después del examen estándar que cada mujer embarazada se acerca después de 24 semanas de desarrollo. Sin embargo, el peligro de crear diabetes después de un par de años se está expandiendo enormemente. (MINSA, 2014)

Sintomas:

Los cuatro síntomas que son más comunes en la diabetes son:

- Aumento de la sed.
- Orina frecuente.
- Tener mucha hambre.
- Pérdida de peso sin motivo aparente.

A continuación, se explica el porqué de estos síntomas:

Cada una de las células del cuerpo necesita imperatividad para sobrevivir. Las personas toman la imperatividad al cambiar la subsistencia que proviene de las grasas y los azúcares (glucosa). Esta glucosa cruza el marco circulatorio como un fragmento estándar de la sangre. Las plaquetas para entonces toman algo de glucosa de la sangre para usarla como imperativo. La sustancia que permite que el teléfono tome glucosa de la sangre es una proteína llamada insulina. La insulina es el efecto posterior de las células beta que se encuentran en el páncreas. El páncreas es un órgano que se encuentra cerca del estómago. Cuando se forma glucosa en la sangre, las células beta producen insulina en el marco de flujo y el respaldo de la cantidad considerable de células en el cuerpo. La insulina se adhiere rápidamente a las proteínas en la superficie de la célula y permite que el azúcar pase de la sangre a la célula, donde se convierte en imperativo. (Fernández, 2004)

Diabetes tipo I

- Constante necesidad de orinar.
- Sed inusual
- Hambre extrema
- Pérdida inusual de peso
- Fatiga e irritabilidad externas.

Diabetes tipo 2:

- Cualquiera de los síntomas de la diabetes tipo 1
- Infecciones frecuentes
- Visión borrosa.
- Cortes/ moretones que tardan en sanar
- Hormigueos o entumecimiento en las manos y los pies.

- Infecciones recurrentes de la piel, encías o vejiga. (Walker, 2006)

FACTORES DE RIESGO

Es la elevación crónica de la glucemia y puede resultar de la acción de factores genéticos y ambientales, que actuarían a veces de forma conjunta, como:

- Antecedentes familiares (tendencia familiar)
- Obesidad
- Embarazo
- Situaciones de estrés
- Otras enfermedades (por la propia enfermedad o por los tratamientos farmacológicos utilizados). (La Organización Mundial de la Salud, 2015)

SÍNTOMAS

Los síntomas que clásicamente se indican en la diabetes mellitus tipo 2 son:

- Poliuria: elevación de la cantidad de orina total
- Polidipsia: aumento de la ingesta de agua
- Polifagia: aumentó del apetito e ingesta de alimentos

Existen otros signos y síntomas que les acompañan como:

- Fatiga y debilidad
- Cambios visuales repentinos
- Hormigueo o parestesias en manos o pies
- Piel seca, heridas que tardan en cicatrizar e infecciones recurrentes.
- Partos con recién nacidos con excesivo peso y tamaño

COMPLICACIONES CRÓNICAS:

Influyen en los dos trastornos notables: vascular e hipocondríaco, a lo largo de estas líneas los organizamos en dos reuniones, neuropatías y angiopatías.

a. Neuropatía: alude a la acumulación de infecciones que influyen en una amplia gama de nervios, entre otros, borde (sensorial-motor), autonómico y espinal. Las modificaciones y los cambios clínicos y el área de las células nerviosas dañadas.

b. Antipatia: es la amistad de los vasos, en caso de que influya en los vasos grandes, lo llamamos macroangiopatía, enmarcando las placas ateroscleróticas en ellos y causando efectos secundarios que se extienden desde la enfermedad coronaria, la infección cerebrovascular, hasta la enfermedad vascular periférica.

En el caso de que se hablen de pequeños vasos, discutiremos la microangiopatía, que ocurre con el engrosamiento de los vasos del medidor de hojarasca, que influye principalmente en el riñón.

La "nefropatía diabética", que causa una decadencia dinámica de la capacidad renal, causa decepción renal sin fin; y al globo ocular "Retinopatía diabética", que se muestra con una nitidez visual perdida.

COMPLICACIONES AGUDAS:

Las confusiones incluyen hipoglucemia, cetoacidosis y letargias extremas hiperosmolares.

- a. **Hipoglucemia:** la disminución de los niveles de glucosa en plasma por debajo del límite inferior común (70-100 mg / dl) se acompaña de una sintomatología clínica particular y se desvanece en glucosa u otros líquidos hipoglucemiantes.
- b. **Cetoacidosis:** la deficiencia de insulina provoca ajustes en la digestión de los almidones y las grasas, la creación de hiperglucemia y la acidosis metabólica.
- c. **Coma hiperosmolar:** Inconveniente grave de la diabetes mellitus 2, especialmente en los ancianos. El paciente muestra una hiperglucemia esencial, arrastrada por la falta de hidratación y alta osmolaridad, sin la cercanía de la cetosis. En caso de que el procedimiento continúe, causará una apariencia de modificaciones neurológicas, logrando un estado similar al de un trance. (Smeltzer s. y Cols.2013).

1.1. DIAGNÓSTICO

Los criterios analíticos para diabetes mellitus tipo 2, glucosa plasmática en ayunas y glucosa plasmática a las 2 horas después de aplicar 75 g de glucosa anhidra, son las estrategias más endosadas. La prueba de glucosa fina con polo no se usó como método demostrativo. Para el hallazgo de diabetes mellitus puede ser cualquiera de los criterios que lo acompañan.

- a. Glucosa en sangre en ayunas estimada en plasma venoso, equivalente o más notable que 126 mg / dl, en dos eventos, sin pasar más de 72 horas entre las dos pruebas. El ayuno se caracteriza como un período sin admisión calórica de no menos de 8 horas. El paciente puede estar asintomático.
- d. Manifestaciones secundarias de diabetes, además de una glucemia tolerante estimada en plasma venoso equivalente o más notable que 200 mg / dL se caracteriza como la estación del día sin conexión con el tiempo transcurrido desde la última fiesta. Los grandes efectos secundarios de la diabetes incluyen poliuria, polidipsia y reducción de peso inexplicable.
- a. Glucemia se estima en plasma venoso equivalente o superior a 200 mg / dl dos horas después de un montón de 75 gr. de glucosa anhidra por vía oral en medio de una prueba de resistencia oral a la glucosa (OGTT).
- b. Hemoglobina glicosilada A1c $\geq 6,5\%$, realizada en un centro de investigación que utilizó una técnica institucionalizada por NGSP (Asociación Estadounidense de Diabetes, 2013).

Tratamiento

Tratamiento de la diabetes no farmacológico

La reducción de peso es el factor clave para disminuir el riesgo de diabetes en personas con alto riesgo y sobrepeso. Sin alcanzar un peso perfecto, una disminución directa del 5 al 10% puede ser excepcionalmente ventajosa para el control de la diabetes. El control dietético, mantenerse alejado de los azúcares refinados, la restricción de fumar si se fuma y el movimiento físico, son

Tratamiento de la diabetes farmacológico

El tratamiento de la diabetes farmacológica depende del uso de "píldoras", algunas veces relacionadas con la insulina. El tranquilizante antidiabético de referencia para el tratamiento de la diabetes es metformina. Existen otros tipos de nutrición cuyo trato ha sido estimado por el especialista para cada situación; Estas son sulfonilureas, por ejemplo, gliclazida, glibenclamida, glinidas y tiazolindionas o glitazonas.

También se puede acceder a dos nuevas reuniones de medicamentos que tienen un lugar con otra clase de tratamiento para la diabetes. Algunos son los inhibidores de DPP-4, por ejemplo, sitagliptina, vidagliptina; y los otros, los análogos pretendidos de GLP-1, por ejemplo, exenatida y liraglutida.

Las insulinas

En el momento en que no se puede controlar la diabetes con las medidas sugeridas, se requiere el uso de insulina. Alrededor del 5-10% de las personas con problemas diabéticos, tratamiento con contaminación desde la conclusión. Fundamentalmente, las insulinas se organizan por su modo de actividad en:

- Insulina regular (rápida): comienza de 30 a una hora - la más extrema de 2 a 4 horas - dura de 5 a 7 horas.
- Intermedio (actividad moderada): comienza de 1 a 2 horas - el más extremo 5-7 horas - duración de 12 a 13 horas.
- Mezcla, compartiendo cualidades de los pasados.
- Análogos rápidos (comienzan 15 min / dur 4 h), en medio de la carretera (comienzan 2 h / dur15 h) y moderados (comienzan 2 h / duración 18 h).

Todos son confiables para enterrar y la fluctuación intraindividual, por lo que la dosis debe ser particular para cada paciente, como lo indica la estimación de los niveles de glucosa en sangre. (Rosado, 2013)

Medidas preventivas

- Reduzca la ingesta calórica: Consuma menos alimentos con un alto contenido de grasas y azúcares.
- Evite el consumo de bebidas alcohólicas y el tabaco.
- Haga ejercicio como parte de su rutina diaria: 30 minutos que requieran esfuerzo físico, además contribuye a mantener un adecuado sistema cardiovascular.
- Controle su peso.
- Aprenda a relajarse y controle la tensión emocional.
- Visite periódicamente al médico y realice sus exámenes de rutina.

1.2 Teorías de Enfermería

Teoría del Déficit de Autocuidado: Dorotea Orem

Esta hipótesis es el centro de la exposición de Orem, construye que los individuos son responsables de las pautas relacionadas con su bienestar o que obtienen de él, que los debilita para tener una mente propia constante, o que la autoimpresión es ineficaz o inadecuada. Existe una ausencia de autoconciencia cuando el interés por la actividad es más prominente que la capacidad de acción del individuo, es decir, el punto en el cual el individuo no tiene el límite y / o no desea intentar las actividades requeridas para cubrir las solicitudes de auto-mente

La presencia de un déficit de auto-mente es la condición que legitima el requerimiento de cuidado de enfermería.

Las personas que están restringidas o paralizadas para cubrir su autoestima son normales entre los asistentes médicos. Los cuidadores médicos descubren qué prerrequisitos son adecuados para el paciente, cómo elegir los enfoques adecuados para cubrirlos y decidir el plan de juego adecuado, evaluar las capacidades y capacidades del paciente para satisfacer las necesidades y la capacidad del paciente para desarrollar las habilidades requeridas para la actividad.

Al examinar la hipótesis de la deficiencia mental propia, coincidimos con Orem, que es una conexión entre la responsabilidad humana por el remedio de la mente propia y la acción de la mente propia en la que las aptitudes de la mente propia del movimiento de la mente propia no se crean o no suficiente para conocer y cubrir algunos o la mayor parte de los segmentos del requisito actual útil para la auto-mente. Esto incorpora a aquellos pacientes que requieren la ayuda completa del asistente médico debido a su impotencia agregada para realizar ejercicios de cuidado individual, ej. Cuadripléjico Pero también esos valores se pueden ejecutar como una reunión tranquila de enfermería, por ejemplo. La ducha y los ejercicios en los que el paciente puede realizarlos y debe averiguar cómo realizarlos con un poco de ayuda, por ej. El cuidado de un paciente postoperatorio con enfermedad coronaria intrínseca. En el momento en que hay una ausencia de autoconciencia, los asistentes médicos pueden remunerar a través del Sistema de Enfermería, que puede ser: completamente compensatorio, incompletamente compensatorio e instructivo. El tipo de marco discute el nivel de apoyo de la persona para desarrollar su atención personal, directa o de despedida. Un hombre o una reunión pueden cambiar comenzando con un Sistema de Enfermería y luego con el siguiente en cualquier condición, o puede promulgar algunos marcos mientras tanto.

En el cual he aclarado la idea de la mente propia como un compromiso constante de la persona con su propia realidad: "La mente propia es un movimiento aprendido por las personas, organizado hacia un objetivo, es una conducta que existe en circunstancias sólidas de la vida , coordinados por la población en general sobre sí mismos, hacia los demás o hacia la naturaleza, para gestionar los elementos que influyen en su propio avance particular y que trabajan en beneficio de su vida, bienestar o prosperidad ".

Caracterice otros prerrequisitos de la mente propia, entendiendo por historias los destinos o resultados que se lograrán con la mente propia:

- Requisitos para la autoestima general: el movimiento mundial, la aversión al azar y la conexión de la acción humana son normales para todas las personas e incorporan la protección del aire.

- Desarrollo de prerrequisitos propios de la mente: avanzar las condiciones importantes para siempre y el desarrollo, mantener la presencia de condiciones poco amistosas o moderar estas circunstancias, en varias instantáneas del procedimiento de transformación o la mejora del individuo: juventud, inmadurez, adulto y antigüedad.

Dorothea Orem, en su hipótesis de la enfermería sobre la mente propia, la caracteriza como "el acto de ejercicios que un hombre comienza y realiza por sí solo a través de la libertad de cuidar la vida, el bienestar y la prosperidad". Afirma, que la autoimagen es una conducta que se descubre y surge de mezclas de encuentros psicológicos y sociales.

Reclamar la manifestación de la persona para apoyar la vida, el bienestar y la prosperidad a través de un conjunto de prácticas concentradas en la diferencia de tradiciones y propensiones sociales y sociales que coordinan a los individuos con su condición social y les permite mantener su material, físico y prosperidad apasionada (Prado L.2014)

1.2 Cuidados de Enfermería

1. Control Médico

Anualmente, se debe realizar una anamnesis, un examen físico completo y una garantía científica para evaluar la presencia de complejidades. A intervalos regulares o multianuales, debe tener una evaluación de los destinos de control y la disposición útil y ajustar si es esencial.

La periodicidad de los ejercicios con el peso en pesos diabéticos como un reloj y anual, registro de peso, control de signos cruciales, control de la glucosa de hemoglobina y perfil lipídico de ejercicio, investigación de creatinina, evaluación de cimientos, investigación de empanadas, electrocardiograma. Las visitas fueron influenciadas en vista del nivel de control metabólico, los requisitos del procedimiento instructivo y la temporada de desarrollo de la diabetes. Después del hallazgo, como un mecanismo de relojería hasta el punto en que el tratamiento y el avance del programa de entrenamiento esencial esté

equilibrado. La insulinización + requiere una repetición diaria de visitas en la semana principal. Después del año principal de la conclusión, en diabéticos estables o sin cambios en el tratamiento, las visitas se realizarán con la recurrencia que lo acompaña: tal vez un par de visitas al especialista cada año; tres o cuatro visitas de enfermería por cada año, incluida la mediación instructiva. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (2008)

2. Cuidado dietético

El régimen alimenticio en un individuo diabético depende de una rutina de alimentación ajustada y sólida con dos cualidades cruciales:

Confinamiento y control en el uso de azúcar (glucosa) para asimilación y adsorción rápida (tortas, azúcar, algunos productos naturales, jugos, etc.).

La difusión de azúcares en el régimen de alimentación, se prescribe de 4 a 6 cenas todos los días, teniendo en cuenta el objetivo final para evitar subidas de glucosa en sangre después de la ingestión y mantener una distancia estratégica del peligro de hipoglucemia entre varias cenas. Para la diabetes, estos suplementos se deben administrar en un nivel de kilocalorías (Kcal). Buen control del peso y la glucosa en sangre:

Almidones (azúcares), 50-55% de Kcal / día (con ocultación de azúcares básicos).

Lípidos (grasas), 30-35% de Kcal / día (manténgase alejado de la abundancia de grasas insaturadas sumergidas).

Proteínas, 15% de Kcal / todos los días (mantener una distancia estratégica de los sustentantes de proteínas grasas).

Significa mantener el nivel de glucosa normal, o casi normal durante todo el día. Mantenga el nivel de colesterol, triglicéridos y lípidos, particularmente el nivel de LDL (lipoproteína de bajo grosor) dentro de los puntos ordinarios de confinamiento ya que el aumento de los lípidos constituye elementos fortuitos para la dolencia cardiovascular. Mantenga el peso corporal, el supuesto "peso perfecto".

- El diseño del régimen de alimentación del diabético debe centrarse alrededor del nivel de calorías de almidones, proteínas y grasas. Cada individuo debe obtener pautas dietéticas según su edad, sexo, estado metabólico, circunstancia orgánica (embarazo, etc.), acciones físicas, enfermedades intercurrentes, propensiones socioculturales, circunstancias monetarias y accesibilidad al sustento en su lugar de inicio.
- Debe ser fraccionado. El sustento se asignará de cinco a seis porciones diarias de la siguiente manera: desayuno, almuerzo o bocadillo, almuerzo, mordida o almuerzo, cena o mordisco nocturno (el último para los pacientes que aplican insulina durante la noche). Con la adherencia a la mejora del fraccionamiento a la rutina de alimentación, las tapas glicémicas postprandiales están disminuidas, y es particularmente valiosa en pacientes en tratamiento con insulina.
 - La sal debe consumirse en una suma directa (de seis a ocho gramos) y limitarse solo cuando hay enfermedades asociativas (hipertensión, decepción cardíaca, decepción renal).
 - El uso constante de bebidas mezcladas no es sugerido (salvaguardia). Cuando se consume, se agrega constantemente con un poco de alimento, ya que el exceso de licor puede causar hipoglucemia en individuos que usan hipoglucemiantes orales o insulina. Está contraindicado en personas con hipertrigliceridemia. Los embarazos, por ejemplo, expreso, té, olor dulce y mate no tienen calorías naturales y se pueden gastar sin reservas.
 - Los jugos tienen un calor significativo y su utilización debe considerarse que no supera los prerequisites saludables. Es ideal que el producto orgánico total sea devorado en lugar del jugo. Los jugos se pueden llevar al área de trabajo sin embargo, nunca para extinguir la sed. La mayoría de las veces, la sed muestra que la deshidratación cuyo principal impulsor es un hombre con diabetes es la hiperglucemia. En estos casos, debe leer en el agua. Las bebidas con cafeína contienen azúcar y no se aplican para extinguir la sed (alerta).

- Se recomienda: Comer alimentos variados: frutas frescas, verdura, pescado, carne, huevos.
- La admisión más notable de azúcares complejos, por ejemplo, pan integral, granos, arroz y pasta; ya que procesan más rápido que diferentes alimentos y se transforman rápidamente en glucosa. La utilización de filamentos, por ejemplo, vegetales, avena y algunos productos naturales, vegetales, pan y granos integrales disminuye la glucosa y los lípidos en sangre y previene el bloqueo, expande la saciedad y se pone más en forma y reduce el azúcar y la grasa en la sangre. Es esencial para devorar sustento en un momento específico, para mantener una distancia estratégica de las confusiones, por ejemplo, hipoglucemia. Sugerencias nutritivas de la Asociación Estadounidense de Diabetes para la ingestión de ácidos grasos poliinsaturados Omega 3, desde ángulos y diferentes sustentos de origen marino, que respaldan la capacidad de coagulación de pacientes con diabetes tipo 2. Servicio DE SALUD. (2015)

3. Ejercicio físico

Todos los días se ejercitan: las personas con diabetes mellitus deben realizar no menos de 150 min / siete días de movimiento físico extraordinario que consuma oxígeno, no menos de tres días a la semana y sin más de dos días consecutivos sin ejercicio. No se realizó actividad si la glucosa en sangre era superior a 300 mg / dl.

Se debe recordar que La reducción de peso es el factor clave para disminuir el riesgo de diabetes en personas con alto riesgo y sobrepeso. Sin alcanzar un peso perfecto, una disminución directa del 5 al 10% puede ser excepcionalmente ventajosa para el control de la diabetes. El control dietético, mantenerse alejado de los azúcares refinados, la restricción de fumar si se fuma y el movimiento físico.

En 1991, La Asociación Norteamericana de Diabetes consideró el ejercicio físico como una parte fundamental del tratamiento de la diabetes mellitus. El ejercicio es básico para el tratamiento de la diabetes ya que los niveles de glucosa en la sangre son, además, imprescindibles. La actividad descubrió cómo disminuir la glucosa en sangre al expandir la absorción de glucosa por parte del sistema.

- La actividad está organizada, organizada y tediosa. Debe cumplir los objetivos que lo acompañan:
- por el momento, cambie la propensión inactiva, a través de paseos diarios al ritmo del paciente.
- En el mediano plazo, la recurrencia base debe ser tres veces por semana en días de intercambio, con un lapso base de 30 minutos cada vez.
- En el largo plazo, incremento en recurrencia y fuerza, protección de las etapas de calentamiento, mantenimiento y enfriamiento. Se sugiere una práctica de alto impacto (pasear, correr, nadar, andar en bicicleta, etc.)

Efectos generales del ejercicio

- Hiper respiración (Oxigenación)
- Aumento de la función cardiovascular
- Aumento del flujo circulatorio macro y micro vascular.
- Mejora el perfil de lípidos disminuyendo los triglicéridos y el colesterol (LDL)
- Aumento del gasto energético.
- Sensación de bienestar general
- Control de peso
- Mejora la presión arterial.

Efectos endocrinológicos:

- ✓ Disminución de los niveles de Insulina.
- ✓ Disminución de los niveles de glucosa por un consumo extraordinario de glucosa por el tejido muscular.
- ✓ Aumento de la proteína ligadora del factor de crecimiento insulínico.
- ✓ Mejora la sensibilidad de los tejidos a la insulina.

El ejercicio o el deporte competitivo requieren de medidas preventivas, así:

- ✓ Evaluación del estado cardiovascular en pacientes mayores de 30 años o con diabetes de más de diez años de evolución (hay riesgos mayores en casos de existir retinopatía, neuropatía autonómica y otras)

- ✓ Las personas insulino-requieren, por el riesgo de hipoglucemia, deben consumir una colación rica en carbohidratos complejos antes de iniciar el deporte y tener a su disposición una bebida azucarada.

Eventualmente el médico indicara un ajuste de la dosis de insulina.

No se sugieren prácticas de alto riesgo cuando el paciente no puede obtener ayuda rápidamente

La acentuación debe establecerse en la modificación de los pies antes de cada movimiento físico

La acción física está contraindicada en pacientes descompensados.

4. Cuidado de los pies

Las personas con diabetes pueden desarrollar problemas en los pies debido a daños en los nervios y las venas. Estos problemas pueden ocurrir debido al grado de dolencia y ulceración, lo que aumenta el peligro de fin.

Es necesario comprobar los zapatos todos los días buscando cualquier indicación de enrojecimiento, asperezas, grietas, callosidades, úlceras; Puede usar un espejo para verificar la base de sus pies o solicitar que un familiar lo haga. Trate de no caminar descalzo, ni siquiera en casa. En el caso de que tenga la piel seca, debe extender la grasa hasta la crema siguiente para lavar los pies y secarlos. Trate de no poner crema de engrase entre los dedos de los pies. Las uñas de los pies deben cortarse una vez por semana, cuando deben usarse después de ducharse, cortarse las uñas y la migraña. Trate de no cortar los bordes a la luz del hecho de que la piel podría cortarse. En caso de que las esquinas estén afiladas, pueden causar una lesión que puede terminar contaminada. Registre sus uñas con un documento de cartón. Continuamente use zapatos o zapatitos. Trate de no caminar descalzo, ni siquiera en casa.

5. Cuidado Oftalmológico

El oftalmólogo debe ser aconsejado a menudo, a la luz del hecho de que permite el hallazgo temprano de la retinopatía. En cualquier caso, una vez al año, el examen de la vista debe hacerse sin importar si no tiene problemas de visión,

para distinguir el pasado concebible y las dificultades rápidas y evadir problemas importantes. (Flores, I. Y Cols. 2014).

1.4 Estudios Relacionados con el tema

Yancha L. (2013) Ecuador, desarrolló una Clasificación II diabetes mellitus dispareja en mujeres de 40 a 75 años en el Área de Medicina Interna del Hospital Universitario Ambato Regional de enero a 2012. Dentro del proceso de evaluación de enfermería, el 67% no importó la priorización de los requisitos en pacientes con tipo descompensado II diabetes mellitus, debido a la alta tasa de pacientes ingresados en el centro, y no presentó un informe de enfermería en los registros clínicos. Que en medio de los estudios conectados y las guías de percepción finalizadas dentro del camino hacia la evaluación de enfermería, el 67% no marca la diferencia en la priorización de necesidades en pacientes con diabetes mellitus tipo II descompensada, debido a la alta tasa de pacientes ingresados en el centro, y don Poner en práctica un informe de enfermería en los registros terapéuticos El 60% del personal de enfermería no imparte instrucción con respecto al avance, la acción contraria, la recuperación y la recuperación El Mellitus descompensado tipo II no existe debido a la carga de trabajo y la ausencia de preparación incesante de la administración .

Tobar E. (2010) Ecuador, dirigió una exploración sobre la evaluación de la asistencia de enfermería en pacientes diabéticos descompensados, Servicio de Urgencias del Hospital Carlos Andrade Marín, Guayaquil - Ecuador. El tipo de estudio fue claro y transversal, 734 pacientes diabéticos que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital "Carlos Andrade Marín", en el momento del examen. El instrumento utilizado fue una encuesta, que permitió adquirir los datos requeridos para lograr los objetivos propuestos. Entre los efectos secundarios significativos del examen, el 69% de los pacientes diabéticos mostraron el tipo de diabetes II, el 65% usaron hipoglucemiantes orales, el 72% el adelgazamiento recomendado, el 47% presentaron parestesia y el 52% de la hipertensión arterial de los vasos sanguíneos como patología relacionada , la mitad se distingue como angiopatías de pequeña escala o escala completa que la evaluación de la enfermedad se completa de manera efectiva y el 49.6%

supone que el 50.4% es insuficiente. La mayoría de los asistentes médicos tienen largos períodos de participación con un 8% y cursos con un 33%.

CONTRERAS, A. y COLS. (2013). Colombia. En su trabajo titulado, "Límite de autodefensa en pacientes diabéticos que van a una instalación ambulatoria". Su meta podría haber sido en el límite de autocuidado de pacientes diabéticos, el ejemplo compuesto por 27 pacientes, un estudio fascinante con esquema correlacional también sección transversal, 88. 89% podría haber sido descubierto en la clase estándar para la capacidad de auto - cuidado.

MUÑOZ, D. (2013). Chile. Realizó el estudio "Calidad de vida en pacientes diabéticos tipo 2", cuyo análisis podría haber sido contrastes en el calibre sobre la vida de los pacientes tratados por pastillas y píldoras sin insulina, esas pruebas pudieron haber sido 100 pacientes, estudio observacional, correlacional transversal, de los efectos que lograron satisfacción personal para la vida junto con pacientes tratados sin integumento en el calibre para el término en la medición de la influencia sobre el análisis y profesional - preocupación social, al mismo tiempo anteriormente, los pacientes contraindicados por la naturaleza más reducida de reclamar existencia en el tamaño de la preocupación por la diabetes.

A Nivel Nacional

Chávez G. (2016) Lima, dirigió una exploración titulada "Conocimientos y prácticas del individuo con diabetes tipo 2": Implicaciones para la atención de enfermería. Las tres (03) clasificaciones tópicos: datos sobre familiares con dm 2 sobre el proceso de bienestar / enfermedad, brilla por el control de la enfermedad. Lo que es más flujo sobre sentimientos y relación con esos datos y honesto sobre la persistencia con dm 2. Últimas consideraciones: dm 2 a pesar de saber lo que deberían tener al administrar la glucosa típica, necesitan ejemplos de comportamiento confusos, junto con su estilo de consumo, realizar poca actividad física e insuficiente adherencia al trabajo, lo que influye en su estado de ánimo. Enfermedad los efectos certifican que el fortalecimiento y las actividades que aquellos individuos para la diabetes esperan en relación con su dolencia no permiten el control de la misma. Es fundamental que los asistentes se den cuenta de lo que piensan, lo que es más importante es que se atienda a

las personas que ingresan con dm 2. Diálogo para ellos será permitido en la transformación en la asistencia avanzar en el estilo de vida que necesita una gran satisfacción personal de reclamar la existencia.

Valencia Flavia, (2016) Lima en su trabajo e investigación titulado Conocimiento sobre autocuidado y su relación con las características sociodemográficas y morbilidad en pacientes con diabetes, Hospital Daniel Alcides Carrión Objetivo: Determine la asociación de la mitad del nivel sobre la información sobre el cuidado personal de los pacientes reclamados por diabetes mellitus y una parte de las cualidades sociodemográficas y de horrible en la instalación de endocrinología de la clínica nacional Daniel Alcides Carrión (marzo-abril de 2016). Material y método: enfoque cuantitativo, alcance fascinante, correlación, corte transversal, esbozo prospectivo. Esas pruebas comprendieron alrededor de 150 pacientes para la diabetes mellitus, elegidos para el muestreo no probabilístico, que acudieron a las instalaciones de endocrinología externa. A lo largo de esos meses desde marzo hasta abril de 2010. Los encuestados. Esos cuestionarios podrían haber sido una prueba del coeficiente alfa de Cronbach (0.753). Resultado: 53. 3% introducido Un nivel de información bajo en las extensiones de aprendizaje con respecto a su enfermedad además información sobre sustento. Una relación crítica entre el grado también se pudo haber encontrado el nivel de la información de reclamación. Conclusiones: el nivel de información sobre el autocuidado del diabético tolerante podría haber sido bajo, constituyendo un alto riesgo para la naturaleza sobre la existencia del tolerante. El nivel de información podría haber estado libre de las horribles cualidades de tolerancia a la diabetes.

FLORES, I. Y COLS. (2014). Perú. En su exploración "Límite con respecto a la auto-mente y la reacción versátil en adultos con diabetes mellitus tipo II del programa de pacientes diabéticos H.R.H.D.E. Arequipa", Su objetivo podría haber sido el establecimiento de la relación media de límite de autocuidado y respuesta versátil, la población compuesta por 60 pacientes, será un estudio fascinante, para el diseño correlacional y transversal, adquiriendo como efecto posterior el 80% de Los encuestados tienen una gran capacidad de autocuidado 56. 7% tienen una reacción suficientemente versátil.

ROMERO Camila (2015) Lima en su tesis titulado Percepción de Enfermedad y Calidad de Vida Relacionada con la Salud en un Grupo de Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 esos objetivos del examen disponible pueden realizarse en esas asociaciones, la mitad de esos reconocimientos de la infección y el calibre de la termogénesis con bienestar (CVRS). Anteriormente, una agregación sobre pacientes diagnosticados para diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Con este fin, se evaluaron 44 pacientes de edad media de 44 y 80 un tiempo considerable ($M = 64.64$, $sd = 8,81$) utilizando una interpretación del cuestionario IPQ-R. Eventualmente, la lectura de Moss-Morris et al. . (2002) para reconocimientos de enfermedad en pacientes por DM2. Y el ajuste español del SF-36 hacia Alonso, Prieto y Antó (1995) debería medir la CVRS. Se podría haber encontrado que esos reconocimientos de bajo control de personajes sobre la diabetes, reacciones entusiastas negativas. También una concurrencia de la enfermedad necesita resultados genuinos de una agregación que está conectada con una naturaleza deteriorada de reclamar vida en medidas distintivas. Junto con la adición, aquellos miembros destacaron que trabajaron muy bien en los índices mundiales para reclamar física también bienestar mental reflejando una CVRS protegida. Del mismo modo, habría enormes contrastes en los constructos primarios en relación con los elementos sociodemográficos y de enfermedad, por ejemplo, tales como el sexo, la edad, el estado conyugal, la presencia de reclamos de dificultades de restauración y el nivel de reclamo de HbA1c.

CAPITULO II

2.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Paciente de 46 años, de iniciales L.D.P. De sexo Masculino natural de Huánuco y procedente del distrito de San Martín, con Domicilio en la AV. Perú 1132, de ocupación obrero de construcción civil, ingresa por el servicio de emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia, el día 03 de enero del 2018, a horas 06.15 am. Acompañado por su esposa e hijo por haber presentado, vomito alimentario, disturbio sensorial, poli artralgia, dolor abdominal generalizado de causa inespecífica, deposiciones líquidas hasta en 3 cámaras en 24 horas, dificultad para respirar, quejumbroso es evaluado por el médico internista a quien manifiesta taquipnea 29 RPM, PA 90/50 mmHg, piel y mucosas secas, cianosis distal moderado y por historia clínica es paciente con 10 años con Diabetes Mellitus tipo II, utiliza insulina 20 UI a las 08.00 horas y 12 UI a las 18 horas.

Actualmente, 03/01/2018 09.00, A la entrevista: paciente manifiesta no tengo mucha fuerza, tengo aliento a fruta madura en la boca, tengo náuseas, creo que me voy a morir, siento que me falta el aire y me ahogo, tengo sed, orino demasiado, tengo la boca seca, estoy cansado y no he podido dormir la noche

anterior, lleva un tratamiento irregular con la administración de la insulina en el horario establecido, muchas veces se olvida colocárselo y tampoco no usa sus inhaladores para controlar su asma bronquial, le gusta consumir comidas copiosas: Mucha harinas, grasas, preservantes y colorantes, tiene predilección por la coca cola, su médico le había prohibido en fechas anteriores sin embargo no cumplió, y cree que son las consecuencias, la esposa acota que su esposo lleva un control inadecuado de su diabetes, un día antes llegó con semblante de cansado, irritado con dificultad para respirar y con un poco de tos, lo que comunica al hijo mayor de (22), con quien toma la decisión de llevar al hospital.

A la evaluación: Paciente con moderada dificultad para respirar, FR 29 X', FC 122 X', T° 37.8°C, en posesión sentado, con tos moderado, moviliza escasa secreción bronquial, tiene sensación de ahogos, y falta de aire, aleteo nasal, cianosis en los dedos, sibilancia en ambos campos pulmonares y poca disposición a realizar actividades, hiperventilando con soporte de oxígeno por cánula binasal a 5LPM, piel y mucosas secas, signo de pliegue positivo (++) , se instala su catéter venoso central, PVC 4 CC de Agua, se perfunde solución salina al 0.045 % a 126 cc/Hora, se coloca sonda vesical a circuito cerrado con débito urinario a 2.56 cc/kg/hora (1152 de orina en 6 horas) inicia con dieta Hipoglucida e hidratación, permanece con monitoreo hemodinámico en parámetro múltiple, saturación d oxígeno 93%, que logra mejorar gradualmente, continua con ruidos adventicios de los campos pulmonares, estertores y roncales, paciente preocupado, por su salud, familiares ansioso por el estado clínico de paciente, reitera su sensación de pérdida de control de la vida, en estado de letargia, respuesta negativa a procedimiento y tratamiento desconocido para el paciente y familia. Ambiente hospitalario desconocido, con reglas propias, sonidos que emiten los equipos biomédicos, ruido que genera el trabajo de la enfermera y el cumplimiento de la terapéutica en sus horarios. En los exámenes de radiografía de Tórax: imagen de consolidación basal derecha con tramas ensanchadas. Reportes de laboratorio: Hb: 13,8 g/dl, Hto: 41,3%, plaquetas: 269.000/ul, leucocitos: 14,800, Glicemia de ingreso: 418 mg/dl, urea 64 mg/ dl, Creatinina: 1.93mg/dl, Colesterol 284, Triglicéridos de 254, Sodio: 150,8 mEq/L, Potasio: 2,84mEq/l, cloruro: 103.9 mEq/L, densidad urinaria de 1020, Gases Arteriales del ingreso: pH: 7.25, PCO2: 10.9 mmHg, PO2: 78.3

mmHg, SO₂: 93%, HCO₃: 12.4 mmol/L, lactato 2.2, Examen de orina reporta Glucosa 500 mg / dl, Cuerpos cetonicos de 15 mg /dl, Hematuria 200 mg /UI. Tiene resultado de Uro cultivo de 10 días antes: positivo – Identificándose E. coli. En base a los hallazgos anteriores se inicia terapia con Hidratación con solución salina al 0.045 % a 126cc/hora, Insulina cristalina en bomba de infusión continua a 4 cc/ Hora Dextrosa al 5% a 100cc titulable a resultado de control de hemoglucotex. Se inicia antibioticoterapia con Meropenen 1g cada 8 horas, Clindamicina 600 mg EV C/ 6 horas.

1 VALORACIÓN SEGÚN NECESIDADES BASICAS

I. VALORACIÓN

1.- Datos de Filiación:

Nombre del Paciente : L.D.P.
Fecha Nacimiento : 02/04/1971
Servicio : emergencias
No de /cama : 04
H. Clínica : 184234
Fecha de Ingreso :03/01/18

2.- Datos Generales:

Edad : 46 años
Peso : 75 Kilos
Talla : 1.65 metros
IMC : 27.57
Estado civil : Casado
Sexo : Masculino
Ocupación : Obrero de construcción civil
Raza : Mestizo
Lugar de nacimiento : Huánuco
Lugar de procedencia : San Martin de Porres
Domicilio : Av. Perú N° 1132
Religión : católico
Grado de instrucción : Primaria completa

MOTIVO DE INGRESO:

El paciente ingresa a la Emergencia del hospital Cayetano Heredia el día 03/01/18, hora: 06.15 am caminando por presentar deposiciones líquidas, signos de fatiga a pequeños esfuerzos, dolor articular, dolor abdominal inespecífica, sensación de pérdida de la vida, ahogo, cianosis distal es atendido en el tópico de Emergencia Medicina.

Antecedentes Patológicas:

Diabetes Mellitus Tipo II, por Historia Clínica 10 años
Asma bronquial

Diagnostico Medico actual:

1. CETOACIDOSIS DIABÉTICA
2. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA TIPO I

Tratamiento Médico actual:

1. Dieta Hipoglusida + Agua Libre
2. Agua destilada 1000cc + cloruro de sodio 20 % (1/2 ampolla) 250cc hora si la Glucosa es mayor a 250 mg/dl
3. Dextrosa al 5% AD 1000cc + H(1) K(1) 120 cc/h si Glicemia es menor de 250 mg/dl
4. Insulina Corriente 100UI en NaCl 0.9%100CC a 4cc Hora titulable.
5. Meropenen 1 gr. mg EV C/8 horas
6. Clindamicina 600 mg EV C/ 8 Horas
7. Reto de potasio I, II y III
8. Gluconato de calcio C/ 8 horas
9. Bicarbonato de sodio 8.4 % 2amp EV C/ 8 horas
10. Omeprazol 40 mg EV C/24 horas
11. Enoxaparina 60 mg C/24 horas
12. Salbutamol 3 PUFF C/ 6 horas
13. Alprazolam 0.5 mg a las 10 noche.
14. Nebulización 5cc SF Y FNT 8 Gotas C/6 horas
15. Oxigeno por cánula Binasal 4LPM.
16. Metamizol 1 mg. PRN temperatura Mayor o igual a 38.5°C
17. Control de glicemia cada 2horas.
18. CFV + BHE

Exámenes Auxiliares

EXAMEN	VALOR	VALORES REFERENCIALES
Glucosa HGLT	418 mg/dl	70 – 110 mg/dl
Hemoglobina	13.8 mg/dl	(11.0-16.0)
Hematocrito	41.3	(37.0-54.0)
Leucocitos	14800 x cc	
Eosinofilos	3	(0 – 2)
Bilirrubina total	1.1 mg/dl	(0.000-1.000)
Bilirrubina directa	0.98 mg/dl	(0.000-0.300)
Bilirrubina indirecta	0,13 mg/dl	(0.000-0.500)
PH:	7.25	
NA	150.8 meq/l	(135-145)
K	2.84 meq/l	(3.5-5.0)
CA	1.1 mmol/l	(2.1-2.6)
CL	103.9 meq/l	(96-106)

HCO3	12.5 meq/l	(21-26)
HIV prueba rápida	No solicitado	
PH:	7.24	(7.35 -7.45)
PO2	78.3 mmhg	(83.0 -108)
PCO2	10.9 mmhg	(35 – 48)
Lactato	2.2.	(menos de 2)

AL EXAMEN GENERAL:

Posición	: Sentado
Facie	: Angustia.
Conciencia	: LOTEPE ECG 14/15
Forma de andar	: Marcha normal
Movimientos Corporales	: Adecuado
Higiene	: Regular estado de higiene

SIGNOS VITALES:

Pulso	: 122 xm
Presión arterial	: 90/50 mmhg
Frecuencia respiratoria	: 29
T°	: 37.8°C
Sao2	: 93 %

Piel:	
- Color	: Cianosis distal moderado

- Hidratación : Deshidratado Signos de pliegue (++)
- Temperatura : Subfebril
- Textura : Complexión robusto
- Turgencia : Elástico

AL EXAMEN FISICO:

1. CRANEO: Normo cefálico, se observa cabello de color negro de buena implantación.

OJOS: Simétricos. Pupilas isocóricas y reactivas, mirada fija vaga.

NARIZ : Con aleteo nasal, presencia de secreciones y Congestionado Con cánula nasal de oxígeno

BOCA : Mucosas seca piezas dentarias incompletas

OIDOS : Pabellones auriculares simétricos.

2. CUELLO: de forma largo cilíndrico no se evidencia nódulos, deformaciones, tumoraciones, edemas, en posición central, con movilidad de cuello flexo extensión, rotación, lateralización.

3. TORAX: Normal, cilíndrico y simétrico. Con presencia de electrodos para monitoreo multiparametro, se aprecia discreto tiraje de los músculos intercostales, sub costales, presencia de ruidos adventicios, sibilancia, estertores y roncós, respiración de kussmaul

4. ABDOMEN: blando y depresible, no se palpan viceromegalias, con ruidos aéreos aumentados

Inspección: asimetría en toda su extensión

5. MIEMBROS SUPERIORES: simétricos, con fuerza muscular disminuido, dolor articula en las extremidades a predominio en miembros inferiores, manifiesta que tiene dolores en miembros inferiores tipo tirones, no puede mantenerse parado por mucho tiempo, algunas veces tiene calambres, presenta un acceso venoso periférico permeable, adecuado tejido celular

sub cutáneo, tiene cicatriz antigua en brazo derecho sin ninguna relevancia por el momento, mala turgencia de piel.

- 6. **ESPALDA:** Columna vertebral de apariencia normal con sus curvaturas primarias y secundarias conservado.
- 7. **AREA PERINEAL:** Adecuado para su edad
- 8. **ANO:** orificio anal conservado sin lesiones
- 9. **MIEMBROS INFERIORES:** En miembros inferiores adecuado.

2.2 VALORACIÓN SEGÚN DOMINIOS

TIPOS DE DATOS	DOMINIO	DIAGNOSTICO
<u>DATOS SUBJETIVOS</u>	1	Disposición para mejorar la gestión de la propia salud
<u>DATOS OBJETIVOS</u>	PROMOCION DE LA SALUD Código 00162	

VALORACIÓN SEGÚN DOMINIO

TIPOS DE DATOS	DOMINIO	DIAGNOSTICO
<u>DATOS SUBJETIVOS</u> Refiere la esposa del paciente que “muchas veces el paciente se olvida colocárselo la insulina , le gusta consumir comidas copiosas: Mucha harinas, grasas, perseverantes y colorantes, tiene predilección por la coca cola”	1 PROMOCIÓN DE LA SALUD Código 00080	Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar R/C elecciones de la vida diaria ineficaces a cumplir con el régimen terapéutico E/P Refiere la esposa del paciente que “muchas veces el paciente se olvida colocárselo la insulina, le gusta consumir comidas copiosas: Mucha harinas,
<u>DATOS OBJETIVOS</u>		

Glucosa elevado 418 mg/dl, presencia de cuerpos cetonicos en orina tratamiento irregular con la administración de la insulina en el horario establecido		grasas, perseverantes y colorantes, tiene predilección por la coca cola". Tiene la glucosa elevado 418 mg/dl, presencia de cuerpos cetonicos en orina tratamiento irregular con la administración de la insulina en el horario establecido
---	--	--

VALORACIÓN POR DOMINIO

TIPOS DE DATOS	DOMINIO	DIAGNOSTICO
<p><u>DATOS SUBJETIVOS</u></p> <p>Refiere la esposa que al paciente le "gusta consumir comidas copiosas: Mucha harinas, grasas, preservantes y colorantes, tiene predilección por la coca cola"</p> <p><u>DATOS OBJETIVOS</u></p> <p>Colesterol total 284, triglicéridos 254, IMC 27.57</p>	<p>2 NUTRICION</p> <p>Código 00001</p>	<p>Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades R/C aporte por encima de los requerimientos basales E/P Refiere la esposa que al paciente le "gusta consumir comidas copiosas: Mucha harinas, grasas, perseverantes y colorantes, tiene predilección por la coca cola" además tiene el Colesterol total 284, triglicéridos 254, IMC 27.57</p>

VALORACIÓN POR DOMINIO

TIPOS DE DATOS	DOMINIO	DIAGNOSTICO
<p><u>DATOS SUBJETIVOS</u></p> <p>Paciente y la familia refiere "desconocimientos sobre elecciones saludables de</p>	<p>2 NUTRICION</p>	<p>Riesgo de nivel de glicemia inestable R/C Falla pancreática en la segregación de insulina E/P Paciente y la familia refiere</p>

alimentos e estilos de vida saludable y actividad física y medicación, tengo mucha sed y orino demasiado”	Código 00179	“desconocimientos sobre elecciones saludables de alimentos e estilos de vida saludable y actividad física y medicación, tengo mucha sed y orino demasiado” presenta Glucosas séricas elevadas 418 mg/dl, piel y mucosas secas, disturbio sensorial, Irritado, aumento de lactato 2.2., cuerpos cetónicos en orina 15 mg/dl, falla en adhesión del régimen terapéutico.
<p><u>DATOS OBJETIVO</u> Glucosas séricas elevadas 418 mg/dl, piel y mucosas secas, disturbio sensorial, Irritado, aumento de lactato 2.2., cuerpos cetónicos en orina 15 mg/dl, falla en adhesión del régimen terapéutico.</p>		

VALORACIÓN POR DOMINIO

TIPOS DE DATOS	DOMINIO	DIAGNOSTICO
<p><u>DATOS SUBJETIVOS</u> ”.</p> <p><u>DATOS OBJETIVOS</u></p>	<p>2 NUTRICION Código 00160</p>	<p>Disposición para mejorar el equilibrio de líquidos</p>

VALORACIÓN POR DOMINIO

TIPOS DE DATOS	DOMINIO	DIAGNOSTICO
<p><u>DATOS SUBJETIVOS</u> Paciente refiere “tener sed mucha sed y que orina demasiado, tengo la boca seca”</p> <p><u>DATOS OBJETIVOS</u> Piel y mucosa seca (++) , PVC 4 cc de agua, poliuria debito urinario de</p>	<p>2 NUTRICIÓN Código 00027</p>	<p>Déficit de volumen de líquidos R/C alteración del mecanismo de eliminación, diuresis osmótica E/P Paciente refiere “tener sed mucha sed y que orina demasiado, tengo la boca seca” también presenta piel</p>

<p>2.56 cc/kilo/hora (1152 cc de orina en 6 horas), sodio de 150.8, densidad urinaria de 1020, hiperglucemia, Presión Arterial 90/50 mmHg</p>		<p>y mucosa seca (++) , PVC 4 cc de agua, poliuria debito urinario de 2.56 cc/kilo/hora (1152 cc de orina en 6 horas), sodio de 150.8, densidad urinaria de 1020, hiperglucemia, Presión Arterial 90/50 mmHg</p>
---	--	--

VALORACIÓN POR DOMINIO

TIPOS DE DATOS	DOMINIO	DIAGNOSTICO
<p><u>DATOS SUBJETIVOS</u></p> <p>Paciente refiere tener “sensación ahogos, que le falta el aire”</p> <p><u>DATOS OBJETIVOS</u></p> <p>Aumento de la frecuencia respiratoria 29 X', PH 7.25, PCO2 de 10.9, PO2 78.3, Bicarbonato de sodio de 12.4, disminución de la saturación de oxígeno 93%, soporte de oxígeno 5 LPM por CBN, sibilancia, cianosis distal, respiración Kussmaul</p>	<p>3</p> <p>ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO</p> <p>Código 00030</p>	<p>Deterioro del intercambio de gases R/C alteración del mecanismo ventilatorio perfusión E/P Paciente refiere tener “sensación ahogos, que le falta el aire”. Además presenta aumento de la frecuencia respiratoria 29 X', PH 7.25, PCO2 de 10.9, PO2 78.3, Bicarbonato de sodio de 12.4, disminución de la saturación de oxígeno 93%, soporte de oxígeno 5 LPM por CBN, sibilancia, cianosis distal, respiración Kussmaul</p>

VALORACIÓN POR DOMINIO

TIPOS DE DATOS	DOMINIO	DIAGNOSTICO
<p><u>DATOS SUBJETIVOS</u></p> <p>Paciente refiere “me agito cuando hago pequeño esfuerzo “no puedo respirar, me falta aire” “me canso mucho” “no puedo caminar, me agito demasiado” “me duele las piernas, no puedo permanecer parado mucho tiempo”</p> <p><u>DATOS OBJETIVOS</u></p> <p>Aumento de la FR 28 X' de la frecuencia cardíaca 122 X' y fatiga a pequeños movimientos, movimientos, Saturación de oxígeno 93%.</p>	<p>4</p> <p>ACTIVIDAD/REPOSO</p> <p>Código 00092</p>	<p>Intolerancia a la actividad R/C desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno E/P Paciente refiere “me agito cuando hago pequeño esfuerzo “no puedo respirar, me falta aire” “me canso mucho” “no puedo caminar, me agito demasiado” “me duele las piernas, no puedo permanecer parado mucho tiempo”. Además presenta aumento de la FR 28 X' de la frecuencia cardíaca 122 X' y fatiga a pequeños movimientos, movimientos, Saturación de oxígeno 93%.</p>

VALORACIÓN POR DOMINIO

TIPOS DE DATOS	DOMINIO	DIAGNOSTICO
<p><u>DATOS SUBJETIVOS</u></p> <p><u>DATOS OBJETIVOS</u></p>	<p>4</p> <p>ACTIVIDAD/SUEÑO</p> <p>Código 00182</p>	<p>Disposición para mejorar el autocuidado</p>

VALORACIÓN POR DOMINIO

TIPOS DE DATOS	DOMINIO	DIAGNOSTICO
<p><u>DATOS SUBJETIVOS</u></p> <p>Paciente refiere “creo que me voy a morir, me alta aire, ayúdenme, no puedo respirar, hagan algo” “sensación inminente de muerte” “dolor articular de los miembros inferiores” “sensación de percepción de control de la vida y su independencia”</p> <p><u>DATOS OBJETIVOS</u></p> <p>Facies de angustia, sensación inminente de muerte, disnea FR 29 respiraciones por minuto, monitoreo no invasiva y equipos desconocidos, ambiente terapéutico desconocido con sus propias normas monitoreo no invasiva y equipos desconocidos, dolor articular en miembros inferiores de EVA 5/10, ambiente terapéutico desconocido con sus propias normas</p>	<p>9 AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS</p> <p>Código 00146</p>	<p>Ansiedad R /C Amenaza en cambios de estilo de vida E/P: Paciente refiere “creo que me voy a morir, me alta aire, ayúdenme, no puedo respirar, hagan algo” “sensación inminente de muerte” “dolor articular de los miembros inferiores” “sensación de percepción de control de la vida y su independencia” tiene Facies de angustia, sensación inminente de muerte, disnea FR 29 respiraciones por minuto, monitoreo no invasiva y equipos desconocidos, ambiente terapéutico desconocido con sus propias normas monitoreo no invasiva y equipos desconocidos, dolor articular en miembros inferiores de EVA 5/10, ambiente terapéutico desconocido con sus propias normas</p>

VALORACIÓN POR DOMINIO

TIPOS DE DATOS	DOMINIO	DIAGNOSTICO
----------------	---------	-------------

VALORACIÓN POR DOMINIO

TIPOS DE DATOS	DOMINIO	DIAGNOSTICO
<u>DATOS SUBJETIVOS</u> No aplica	10 PRINCIPIOS VITALES	Riesgo de sufrimiento espiritual r/ c baja autoestima y cambios vitales
<u>DATOS OBJETIVOS</u> No aplica	Código 00067	

VALORACIÓN POR DOMINIO

TIPOS DE DATOS	DOMINIO	DIAGNOSTICO
<u>DATOS SUBJETIVOS</u> paciente "Refiere que le falta el aire", "tiene tos con flema"	11	Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C Acumulo de secreciones traqueo bronquiales E/P paciente
<u>DATOS OBJETIVOS</u> Presenta roncales y estertores en ACP, Rx. de tórax consolidación basal derechas con tramas ensanchadas.	SEGURIDAD Y PROTECCIÓN Código 00031	"Refiere que le falta el aire", "tiene tos con flema", se aprecia ruidos roncales y estertores en ACP, Rx. de tórax consolidación basal derechas con tramas ensanchadas.

2.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	N° DE ORDEN
Deterioro del intercambio de gases R/C alteración del mecanismo ventilatorio perfusión E/P Paciente refiere tener “sensación ahogos, que le falta el aire”. Además presenta aumento de la frecuencia respiratoria 29 X', PH 7.25, PCO2 de 10.9, PO2 78.3, Bicarbonato de sodio de 12.4, disminución de la saturación de oxígeno 93%, soporte de oxígeno 5 LPM por CBN, sibilancia, cianosis distal, respiración Kussmaul	1
Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C Acumulo de secreciones traqueo bronquiales E/P paciente “Refiere que le falta el aire”, “tiene tos con flema”, se aprecia ruidos roncales y estertores en ACP, Rx. de tórax consolidación basal derechas con tramas ensanchadas.	2
Déficit de volumen de líquidos R/C alteración del mecanismo de eliminación, diuresis osmótica E/P Paciente refiere “tener sed mucha sed y que orina demasiado, tengo la boca seca” también presenta piel y mucosa seca (++) , PVC 4 cc de agua, poliuria debito urinario de 2.56 cc/kilo/hora (1152 cc de orina en 6 horas), sodio de 150.8, densidad urinaria de 1020, hiperglucemia, Presión Arterial 90/50 mmHg	3
Nivel de glicemia inestable R/C Falla pancreática en la segregación de insulina E/P Paciente y la familia refiere “desconocimientos sobre elecciones saludables de alimentos e estilos de vida saludable y actividad física y medicación, tengo mucha sed y orino demasiado” presenta Glucosas séricas elevadas 418 mg/dl, piel y mucosas secas, disturbio sensorial, Irritado, aumento de lactato 2.2., cuerpos cetónicos en orina 15 mg/dl, falla en adhesión del régimen terapéutico	4
Nivel de glicemia inestable R/C Falla pancreática en la segregación de insulina E/P Paciente y la familia refiere “desconocimientos sobre elecciones saludables de alimentos e estilos de vida saludable y actividad física y medicación, tengo mucha sed y orino demasiado” presenta Glucosas séricas elevadas 418 mg/dl, piel y mucosas secas, disturbio sensorial, Irritado, aumento de lactato 2.2., cuerpos	5

<p>cetónicos en orina 15 mg/dl, falla en adhesión del régimen terapéutico.</p>	
<p>Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades R/C aporte por encima de los requerimientos basales E/P Refiere la esposa que al paciente le “gusta consumir comidas copiosas: Mucha harinas, grasas, persegantes y colorantes, tiene predilección por la coca cola” además tiene el Colesterol total 284, triglicéridos 254, IMC 27.57</p>	6
<p>Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar R/C elecciones de la vida diaria ineficaces a cumplir con el régimen terapéutico E/P Refiere la esposa del paciente que “muchas veces el paciente se olvida colocárselo la insulina, le gusta consumir comidas copiosas: Mucha harinas, grasas, persegantes y colorantes, tiene predilección por la coca cola”. Tiene la glucosa elevado 418 mg/dl, presencia de cuerpos cetonicos en orina tratamiento irregular con la administración de la insulina en el horario establecido</p>	7
<p>Ansiedad R /C Amenaza en cambios de estilo de vida E/P: Paciente refiere “creo que me voy a morir, me alta aire, ayúdenme, no puedo respirar, hagan algo” “sensación inminente de muerte” “dolor articular de los miembros inferiores” “sensación de percepción de control de la vida y su independencia” tiene Facies de angustia, sensación inminente de muerte, disnea FR 28 respiraciones por minuto, monitoreo no invasiva y equipos desconocidos ambiente terapéutico desconocido con sus propias normas monitoreo no invasiva y equipos desconocidos, dolor articular en miembros inferiores de EVA 5/10, ambiente terapéutico desconocido con sus propias normas</p>	8
<p>Riesgo de Infección R/C Procedimientos invasivos</p>	9
<p>Riesgo de compromiso de la resiliencia R/C Cronicidad de la crisis existente</p>	10

Disposición para mejorar el autocuidado expresa su independencia de deseo mejorar el mantenimiento de su salud, cuidado personal y su desarrollo personal	11
Riesgo de sufrimiento espiritual r/ c baja autoestima y cambios vitales	12
Disposición para mejorar el equilibrio de líquidos	13
Disposición para mejorar la gestión de la propia salud Manifiesta deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad (tratamiento luego del alta, prevención de secuelas)	14

Valoración, Diagnóstico, Planeamiento, Ejecución y Evaluación

Valoración	Diagnóstico	Planificación	Intervención	Evaluación
<p>DATOS</p> <p>SUBJETIVOS:</p> <p>Paciente refiere tener “sensación ahogos, que le falta el aire”.</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Presenta aumento de la frecuencia respiratoria 29 X', PH 7.25, PC02 de 10.9, P02 78.3, Bicarbonato de sodio de 12.4, disminución de la saturación de oxígeno 93%, soporte de oxígeno 5 LPM por CBN, sibilancia, cianosis distal, respiración Kussmaul</p>	<p>Deterioro del intercambio de gases R/C alteración del mecanismo ventilatorio perfusión E/P</p> <p>Paciente refiere tener “sensación ahogos, que le falta el aire”. Además presenta aumento de la frecuencia respiratoria 29 X', PH 7.25, PC02 de 10.9, P02 78.3, Bicarbonato de sodio de 12.4, disminución de la saturación de oxígeno 93%, soporte de oxígeno 5 LPM por CBN,</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Paciente logrará un adecuado intercambio gaseoso durante el turno, con apoyo del personal de enfermería</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO</p> <p>Paciente recibirá soporte de oxígeno durante el turno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Mantener al paciente en posición semi sentado. Mantener oxigenoterapia por cánula binasal 5LPM x min. Realizar nebulización con 5cc Suero fisiológico y 8 gotas fenoterol C/ 6 horas. Realizar inhalaciones con salbutamol 3 puff cada 6 horas Valorar la Frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca y la saturación de oxígeno en el paciente. Aspirar secreciones oro faríngeo y nasofaríngeo. 	<p>Paciente mantiene adecuado intercambio gaseoso.</p>

	sibilancia, cianosis distal, respiración Kussmaul		<ul style="list-style-type: none"> • Valorar presencia y características de las secreciones bronquiales • Valorar resultados de gases arteriales. • Registrar el trabajo enfermero en Historia Clínica como evidencia de trabajo. 	
--	---	--	--	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
DE OLIVEIRA	2015	http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/es_0104-1169-rlae-0269-2581.pdf	DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO	III

Valoración, Diagnóstico, Planeamiento, Ejecución y Evaluación

Valoración	Diagnóstico	Planificación	Intervención	Evaluación
<p>DATOS</p> <p>SUBJETIVOS: paciente “Refiere que le falta el aire”, “tiene tos con flema”</p> <p>DATOS OBJETIVOS Presenta ruidos roncales y estertores en ACP, Rx. de tórax consolidación basal derechas con tramas ensanchadas.</p>	<p>Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C</p> <p>Acumulo de secreciones traqueo bronquiales E/P</p> <p>paciente “Refiere que le falta el aire”, “tiene tos con flema”, se escucha ruidos roncales y estertores en ACP, Rx. de tórax consolidación basal derechas con tramas ensanchadas</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Paciente mantendrá las vías aéreas permeables durante el turno con apoyo del personal de enfermería</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO</p> <p>Paciente recibirá aspiración de las secreciones bronquiales a demanda, las veces que sean necesario durante el turno de parte de las enfermeras.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aspiración de secreciones orofaríngeas. • Mantener posición semifowler. • Cambiar de posición a tolerancia del paciente. • Realizar fisioterapia respiratoria, palmoteo y capotages para desprender las secreciones bronquiales • Nebulizar al paciente para fluidificar o humedecer las secreciones bronquiales. • Brindar líquidos por via oral según tolerancia. • Vigilar los signos de alarma 	<p>Paciente mantiene vías aéreas permeables, no hay evidencia de secreciones traqueobronquiales.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> • Observar y registrar cantidad y características de las secreciones y el trabajo enfermero. 	
--	--	--	--	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Martínez	2014	www.google.com.pe/search?q=limpieza+ineficaz	Proceso de Atención de Enfermería a una lactante con neumonía basado en patrones funcionales de Marjory Gordon	III

Valoración, Diagnóstico, Planeamiento, Ejecución y Evaluación

Valoración	Diagnóstico	Planificación	Intervención	Evaluación
<p>DATOS</p> <p>SUBJETIVOS:</p> <p>Paciente refiere “tener sed mucha sed y que orina demasiado, tengo la boca seca”</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Presenta piel y mucosas secas (++), PVC 4 cc de agua, poliuria debito urinario de 2.56 cc/kilo/hora (1152 cc de orina en 6 horas), sodio de 150.8, densidad urinaria de 1020, hiperglucemia,</p>	<p>Déficit de volumen de líquidos R/C</p> <p>alteración del mecanismo de eliminación, diuresis osmótica E/P</p> <p>Paciente refiere “tener sed mucha sed y que orina demasiado, tengo la boca seca” también presenta piel y mucosa seca (++), PVC 4 cc de agua, poliuria debito urinario de 2.56 cc/kilo/hora (1152 cc de orina en 6 horas), sodio de 150.8, densidad urinaria de</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Paciente logrará un balance hídrico positivo durante el turno con apoyo del personal de enfermería</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO</p> <p>Paciente recibirá infusiones de solución salina hipotónica durante el turno con apoyo de la enfermera.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar funciones vitales con énfasis la presión arterial. • Valorar el flujo urinario horario a través de una sonda vesical a circuito cerrado • Mantener catéter venoso central permeable perfundiendo solución hipotónica de 0.045% a 226cc por hora en bomba de infusión. • Valorar exámenes de gases arteriales y Electrolitos. • Valorar características de la piel y mucosas. • Controlar presión venosa central. 	<p>Paciente mantiene adecuado volumen de líquidos.</p>

Presión Arterial 90/50 mmhg	1020, hiperglucemia, Presión Arterial 90/50 mmhg		<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar líquidos enterales a demanda. • Realizar balance hídrico estricto. • Registro del trabajo enfermero en hoja de monitoreo. 	
-----------------------------	--	--	--	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
ARANDA	2016	codem.es/Documentos/Informaciones/Publico	Déficit de volumen de líquidos	IV

Valoración, Diagnóstico, Planeamiento, Ejecución y Evaluación

Valoración	Diagnóstico	Planificación	Intervención	Evaluación
<p>DATOS</p> <p>SUBJETIVOS:</p> <p>Paciente y la familia refiere “desconocimientos sobre elecciones saludables de alimentos e estilos de vida saludable y actividad física y medicación, tengo mucha sed y orino demasiado”</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>presenta Glucosas séricas elevadas 418 mg/dl, piel y mucosas secas, disturbio sensorial, Irritado,</p>	<p>Nivel de glicemia inestable R/C Falla pancreática en la segregación de insulina E/P</p> <p>Paciente y la familia refiere “desconocimientos sobre elecciones saludables de alimentos e estilos de vida saludable y actividad física y medicación, tengo mucha sed y orino demasiado” presenta Glucosas séricas elevadas 418 mg/dl, piel y mucosas secas, disturbio</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Paciente logrará estabilizar su nivel de glucosa sérica durante el turno con apoyo del personal de enfermería</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO</p> <p>Paciente recibirá infusión continua de insulina para logra que la glucosa en sangre logre metabolizarse durante el turno, con apoyo del personal de enfermería.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar insulina cristalina 100 UI en 100cc de cloruro de sodio al 0.9% en bomba de infusión continua a 3cc hora titulable a respuesta. • Controlar glicemia cada dos horas. • Vigilar la presencia de cuerpos cetonicos en orina y sangre. • Concientizar al paciente y a la familia acerca de su enfermedad y sus cuidados. • Explicar en forma breve y clara acerca de sus cuidados. 	<p>Paciente queda con ultimo control de 222mg/dl.</p>

<p>aumento de lactato 2.2., cuerpos cetónicos en orina 15 mg/dl, falla en adhesión del régimen terapéutico</p>	<p>sensorial, Irritado, aumento de lactato 2.2., cuerpos cetónicos en orina 15 mg/dl, falla en adhesión del régimen terapéutico</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con el servicio de nutrición acerca del tipo de dieta a recibir según indicación médica. • Brindar líquidos por vía oral a voluntad. • Valorar signos de alarma. 	
--	---	--	--	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TÍTULO	NIVEL
MAGALLANES	2017	http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169	Riesgo de nivel de glucemia inestable: revisión integradora de los factores de riesgo del diagnóstico de enfermería	IV

Valoración, Diagnóstico, Planeamiento, Ejecución y Evaluación

Valoración	Diagnóstico	Planificación	Intervención	Evaluación
<p>DATOS</p> <p>SUBJETIVOS: Refiere la esposa que al paciente le “gusta consumir comidas copiosas: Mucha harinas, grasas, perseverantes y colorantes, tiene predilección por la coca cola”</p> <p>DATOS OBJETIVOS además tiene el Colesterol total 284, triglicéridos 254, IMC 27.57</p>	<p>Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades R/C aporte por encima de los requerimientos basales E/P Refiere la esposa que al paciente le “gusta consumir comidas copiosas: Mucha harinas, grasas, perseverantes y colorantes, tiene predilección por la coca cola” además tiene el Colesterol total 284, triglicéridos 254, IMC 27.57</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Paciente recibirá dieta según requerimiento kilo calórico durante el turno con apoyo de la enfermera</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO</p> <p>Paciente recibirá dieta hipocalórica durante el turno con apoyo del personal de enfermería durante el turno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Control de funciones vitales. • Control de peso diario. • Valorar piel y mucosas. • Coordinar con el departamento de nutrición para su evaluación de requerimiento kilo calórico (dieta hipocalórica). • Explicar acerca de los hábitos saludables. • Integrar a la familia para el cuidado del paciente explicando de forma clara los alimentos que si puede consumir. • Incentivar el consumo de líquidos. • Brindar soporte emocional. • Valorar signos de alarma. 	<p>Paciente mantiene equilibrio nutricional.</p>

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Pérez A.	2012	Users/use/Downloads/974-1184-1-PB%20(1).pdf	Análisis del desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades	IV

Valoración, Diagnostico, Planeamiento, Ejecución y Evaluación

Valoración	Diagnóstico	Planificación	Intervención	Evaluación
<p>DATOS</p> <p>SUBJETIVOS:</p> <p>Refiere la esposa del paciente que “muchas veces el paciente se olvida colocárselo la insulina, le gusta consumir comidas copiosas: Mucha harinas, grasas, persevantes y colorantes, tiene predilección por la coca cola”.</p>	<p>Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar R/C elecciones de la vida diaria ineficaces a cumplir con el régimen terapéutico E/P Refiere la esposa del paciente que “muchas veces el paciente se olvida colocar la insulina, le gusta consumir comidas copiosas: Mucha harinas,</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Paciente recibirá información necesaria para organizar su régimen terapéutico durante el turno con apoyo de la enfermera</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO</p> <p>Paciente recibirá consejería de las diferentes especialidades sobre nutrición, actividad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Interactuar con el paciente y la familia a fin que participe activamente en reconocer las manifestaciones clínicas del paciente con hiperglicemia y la importancia del tratamiento. • Motivar al paciente y la familia a aceptar la limitación que genera la enfermedad, afrontar con realismo los problemas sociales y económicos. • Brindar información actualizada a la familia y el paciente para mejorar los estilos de vida en relación a la dieta, ejercicios físicos y medicación. 	<p>Paciente mantiene gestión eficaz del régimen terapéutico familiar.</p>

<p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Tiene la glucosa elevado 418 mg/dl, presencia de cuerpos cetonicos en orina tratamiento irregular con la administración de la insulina en el horario establecido</p>	<p>grasas, perseverantes y colorantes, tiene predilección por la coca cola". Tiene la glucosa elevado 418 mg/dl, presencia de cuerpos cetonicos en orina tratamiento irregular con la administración de la insulina en el horario establecido.</p>	<p>física y medicación y mejorar sus estilos de vida, durante el turno con apoyo de la enfermera.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con el servicio de psicología para el soporte emocional. • Concientizar al paciente y familia acerca de sus cuidados y su importancia. • Coordinar con servicio social y nutrición para el soporte de información e integración de la familia y el paiente. 	
---	--	---	---	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Hueso , F.	2004	index-f.com/lascasas/documentos/lc0013.pdf	El manejo inefectivo del regimen terapéutico en los pacientes que acuden a consulta de enfermeria de crónicos en navarra	II

Valoración, Diagnóstico, Planeamiento, Ejecución y Evaluación

Valoración	Diagnóstico	Planificación	Intervención	Evaluación
<p>DATOS</p> <p>SUBJETIVOS:</p> <p>Paciente refiere “creo que me voy a morir, me alta aire, ayúdenme, no puedo respirar, hagan algo” “sensación inminente de muerte” “dolor articular de los miembros inferiores” “sensación de percepción de control de la vida y su independencia”</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>tiene Facies de angustia, sensación inminente de muerte, disnea FR 28</p>	<p>Ansiedad R /C</p> <p>Amenaza en cambios de estilo de vida E/P: Paciente refiere “creo que me voy a morir, me alta aire, ayúdenme, no puedo respirar, hagan algo” “sensación inminente de muerte” “dolor articular de los miembros inferiores” “sensación de percepción de control de la vida y su independencia” tiene Facies de angustia, sensación inminente de muerte, disnea FR 28 respiraciones</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Paciente permanecerá libre de efectos estresores durante el turno con apoyo de la enfermera</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO</p> <p>Paciente estará libre de efectos de los estresores, mejor afrontamiento, apoyo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar sedante de acuerdo a prescripción médica Alprazolam de 0.25 mg C/24 horas • Explicar al paciente y a su familia su situación actual de salud, proceso de la enfermedad, tratamiento, normas del servicio. • Explicar al paciente y a la familia todo procedimiento que se le realice y el porqué de cada uno de ellos, buscando brindarle seguridad. • Organizar el trabajo enfermero para garantizar la atención y el cuidado oportuno a fin de garantizar un cuidado de calidad. • Incentivar a la familia tiempo disponible para interactuar con el paciente y su familia, teniendo en 	<p>Paciente disminuye nivel de ansiedad quedando más tranquilo.</p>

<p>respiraciones por minuto, monitoreo no invasivo y equipos desconocidos ambiente terapéutico desconocido con sus propias normas monitoreo no invasivo y equipos desconocidos, dolor articular en miembros inferiores de EVA 5/10, ambiente terapéutico desconocido con sus propias normas</p>	<p>por minuto, monitoreo no invasivo y equipos desconocidos ambiente terapéutico desconocido con sus propias normas monitoreo no invasivo y equipos desconocidos, dolor articular en miembros inferiores de EVA 5/10, ambiente terapéutico desconocido con sus propias normas</p>		<p>cuenta que el aspecto emocional no debe dejarse de lado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar al paciente y a su familia oportunidad de verbalizar sus inquietudes, dudas y preocupaciones y sentimientos respecto a su situación actual de salud. • Identificar las etapas emocionales de negación, ira, negociación, depresión y aceptación, en el paciente para que las actividades planeadas se logren los objetivos planeados. • Motivar al paciente tomar decisiones sobre el plan de cuidado para proveerle un sentimiento de control. • Informar al paciente y a su familia sobre la ansiedad que produce los ambientes de emergencia 	
---	---	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con el equipo multidisciplinario, médico y Psicólogo para el soporte psicológico. • Brindar el soporte emocional de parte del profesional de enfermería manteniendo una comunicación fluida que genere empatía. • Contribuir a la disminución de los efectos estresores que pudieran general exacerbar su ansiedad 	
--	--	--	--	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
CANO	2011	http://www.ansiedadestres.org/que-es-el-trastorno-de-ansiedad-generalizada	REVISTA ANSIEDAD Y ESTRES	III

Valoración, Diagnóstico, Planeamiento, Ejecución y Evaluación

Valoración	Diagnóstico	Planificación	Intervención	Evaluación
<p>DATOS</p> <p>SUBJETIVOS:</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p>	<p>Riesgo de infección</p> <p>R/C Procedimiento Invasivos</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Paciente se mantendrá libre de signos de infección post procedimiento invasivo durante su estancia hospitalaria con soporte de la enfermera.</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO</p> <p>Paciente permanecerá con monitoreo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener medidas de bioseguridad • Valorar precozmente la aparición de los signos de inflamación e infección. • Se controla e interpreta los valores de los signos vitales. • Valorar análisis de laboratorio verificando si hay presencia de leucocitosis. • Verificar el número de visitas y los que lo hacen tienen que estar con medidas de bioseguridad en ambas direcciones. • Valorar las zonas de veno punción. 	<p>Paciente disminuye riesgo de infección.</p>

		<p>hemodinámico constante.</p> <p>Se extremará las medidas de bioseguridad de parte del personal y la visita de familiares</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar funciones vitales haciendo énfasis en la temperatura corporal. 	
--	--	--	--	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
MAGALLANES	2009	http://www.monografias.com/trabajos100/proceso-atencion-de-enfermeria/proceso-atencion-de-enfermeria.shtml	Monografías de riesgo de infección	II

Valoración, Diagnóstico, Planeamiento, Ejecución y Evaluación

Valoración	Diagnóstico	Planificación	Intervención	Evaluación
DATOS SUBJETIVOS: DATOS OBJETIVOS	Riesgo de sufrimiento espiritual r/ c baja autoestima y cambios vitales	OBJETIVO GENERAL Paciente recibirá soporte espiritual y de la familia durante su rehabilitación OBJETIVO ESPECIFICO	<ul style="list-style-type: none"> • Respetar sus creencias y necesidades espirituales • Establecer una comunicación efectiva y asertiva durante su hospitalización generando empatía. • Apoyar para que acepte las diferencias culturales de existir. • Motivar su empoderamiento y confianza, a pesar de las limitaciones que pudieran existir. • Reforzar su sentido de Fe, y que viva con sentido de esperanza en la medicina y los cuidados especializados en la UCI. Que todo va ir bien. 	Paciente disminuye riesgo de sufrimiento espiritual.

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
BAYES	2005	http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/resumida/apartado05/apoyo02.html	NECESIDAD ESPIRITUAL	II

CAPITULO III
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. Paciente recibe una atención integral en el Hospital Cayetano Heredia, se hidrata sostenidamente por vía oral y parenteral, recibe su insulino terapia como piloto en su tratamiento, mejora sus funciones vitales, su clínica tiende a estabilizarse.
2. Se evidencia la aplicación de guías y protocolos en la atención de enfermería en el Hospital Cayetano Heredia para brindar cuidados seguro, oportuno, eficiente y seguro.
3. Paciente y familia recibe sesión de estilos de vida saludable, esposa e hijos se integraron fácilmente en el cuidado y cumplimiento de la terapia hospitalaria y el compromiso de cumplir con el control ulterior a su alta.
4. Existen limitaciones de personal y recursos materiales para brindar un cuidado personalizado, las cas de observación, equipos biomédicos se utilizan a demanda, el ratio enfermero paciente es alto.

RECOMENDACIONES

1. Al jefe del servicio de emergencia, mantener la alta calidad de profesionales del equipo multidisciplinario en los turnos de emergencia, con especialidad en Emergencia y Desastre para que brinden un cuidado de calidad a pesar de las limitaciones.
2. Al jefe de enfermeros del servicio de emergencia, quien debe promover la elaboración de protocolos de atención a pacientes con Cetoacidosis Diabético, mantener la calidad de trabajo que demuestra el personal profesional y técnico en base a su experiencia que falta documentar.
3. A los directivos de Hospital Cayetano Heredia, fomentar una cultura de que la familia participe en los cuidados básicos en los servicio de Emergencia, mantener informados al paciente y familia, así acercan el proceso de integración y compromiso en el cuidado ulterior. A los enfermeros y trabajadores del sector salud, copiar modelos de integrar al familiar en el proceso de cuidado enfermero estrechando vínculo familiar sólido que merman efectos de rechazo, temor y ansiedad.
4. A las autoridades del Hospital Cayetano Heredia, gestionar dotación de recursos humanos para mejorar el ratio enfermero paciente a los estándares internacionales que garantice un cuidado humanizado y personalizado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

AGENCIA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS DEL PAÍS

VASCO. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes Tipo 2. 2008 ED. Victoria Gasteiz- España. Pág. 117- 119.

ASOCIACIÓN AMERICANA DE DIABETES (ADA). 2015. “Las normas de atención médica en la diabetes

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. 2013. “La guía completa y actualizada para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las complicaciones de la diabetes mellitus”. Medicina interna. Universidad Nacional de Colombia

ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE DIABETES (ALAD). 2013. “Guías ALAD de diagnóstico, control y tto. de la diabetes mellitus tipo 2

CASTILLO J. Fisiopatología de la diabetes mellitus tipo 2. 2017, PDF

CONTRERAS, A. y COLS. (2013). Colombia. En su investigación titulada, “Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa”

CHÁVEZ G. (2016) Lima, realizó una investigación titulada Saberes y prácticas de la persona con diabetes tipo 2

DIARIO PERÚ 21. Día Mundial de la Diabetes: En el Perú el 50% no está diagnosticado. [Publicado. Lunes 14 de noviembre del 2016]. Lima. 2016.

EGEA A, ROMERO E. Guía Básica de enfermería para personas con diabetes en atención primaria. Editorial Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. España. 2009.

FERNÁNDEZ F, HURTADO NÚÑEZ, MARTÍNEZ G, MUÑOZ B, OLEA A; ORTEGA M. Guía para personas con diabetes y sus cuidadores. Sevilla: consejería de salud 2003; pg7 - 130.

INEI. Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles 2014. Lima. 2015

FLORES, I. Y COLS. (2014) Perú, En su investigación “Capacidad de Autocuidado y Respuesta Adaptativa en Adultos con Diabetes Mellitus tipo II del Programa de Pacientes Diabéticos H. R. H. D. E. Arequipa”

INEI. En el Perú 3 de cada 100 personas de 15 a más años reportan diabetes. Lima. 2016

MEDLINEPLUS.COM. Diabetes. [Sede web]. [Fecha de acceso el 31 de diciembre del 2017]. URL <https://medlineplus.gov/spanish/diabetes.html>

MINSA. Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2. Dirección General de Salud de las personas. Editado por la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y control de daños no transmisibles – ESNPCDNT. Lima. 2014.

MINISTERIO DE SALUD. (2015). “Guía técnica: Guía de practica para el diagnóstico, tratamiento y control del pie diabético”

MUÑOZ D. (2013) Chile “Calidad de vida en pacientes Diabéticos Tipo2”

OMS. Diabetes. Centro de Prensa. Ginebra. 2016

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2015) “Centro de Prensa” Nota descriptiva N°312.

PRADO L. Teoría de déficit del autocuidado: Dorotea Orem. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Rev. Med. Electron. Vol. 36. N° 6. Cuba. 2014

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, (2013), “Situación mundial de la diabetes mellitus”

RAMIREZ VEGA D. 2006. “Clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus”. Nueva León

ROSADO J. Diabetes. España. 2013.

ROMERO CAMILA (2015) Lima en su tesis titulado Percepción de Enfermedad y Calidad de Vida Relacionada con la Salud en un Grupo de Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

SMELTZER, S. Y COLS. 2013. “Enfermería médico quirúrgico”.12va edición, Mc. Graw- HILL, Interamericana - México pág.1266-1319

TOBAR E. Evaluación de los cuidados de enfermería a pacientes diabéticos descompensados departamento de emergencia del Hospital Carlos Andrade Marín. Guayaquil. 2010.

VALENCIA FLAVIA, (2016) Lima en su trabajo e investigación titulado Conocimiento sobre autocuidado y su relación con las características sociodemográficas y morbilidad en pacientes con diabetes, Hospital Daniel Alcides Carrión

VINACCIA S. Y COLS. 2006.”Calidad de vida y conducta de enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”

WALKER R, JILL R. Diabetes. Manual práctico para el cuidado de su salud: actividad física, Perú. 2006, Grupo la república. p. 52-56.

YANCHA L. Proceso de valoración de enfermería aplicados a pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II descompensada en mujeres de 40 a 75 años en el Área de Medicina Interna en el Hospital Regional Docente Ambato de Enero a Junio del 2012. Guayaquil.