

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DIABETES
MILLETUS TIPO 2, EN EL ADULTO MAYOR, SERVICIO DE
EMERGENCIA, HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, LIMA, 2019.**

TRABAJO ACADÉMICO

PRESENTADO POR:

LIC. ENF. YOLANDA VICENTA MAMANI PAUCAR

**PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

ASESOR: Dr. EDGAR LUCAS ALVIZURI GÓMEZ

Lima, Perú

2019

Dedicatoria

A mis familiares que son mi motor y motivo, por su apoyo incondicional.

Agradecimiento

A Dios, por conservar y mantenerme con salud.

A los docentes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Inca Garcilaso por sus conocimientos que me brindaron.

Indice

	Pág
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Indice	iv
Resumen	v
Abstract	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPÍTULO I	
MARCO TEÓRICO	
	9
1.1 Base Teórica	9
1.1.1 Diabetes Milletus	9
1.2 Teoría de enfermería de que aplica al trabajo académico de Dorothea Orem	22
1.3 Cuidados de enfermería en pacientes Diabetes Mellitus	23
1.4 Antecedentes de estudio	25
CAPÍTULO II	
APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	
BASADAS EN EVIDENCIAS	
	31
2.1. Situación problemática:	31
2.2. Valoración según Dominios	35
2.4 Planteamiento; Ejecución de las intervenciones; Evaluación de los resultados	45
CAPÍTULO III.	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
	66
3.1 Conclusiones	66
3.2 Recomendaciones	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
ANEXOS	73

Resumen

El presente trabajo académico se llevó a cabo en el Hospital María Auxiliadora, Lima, 2019, con pacientes con diabetes mellitus en el adulto Mayor con asistencia del cuidado enfermero como una forma de trabajo, el mismo que se sustentó en variadas fuentes bibliográficas que nos ayudó a evidenciar el aspecto clínico en sus etapas desde el inicio y luego el proceso de tratamiento médico así como el cuidado que aplican los enfermeros. El presente estudio hace uso de la metodología científica en pacientes con diabetes mellitus con el propósito de establecer ciertos protocolos en la atención en el servicio de emergencia para evitar complicaciones de mayor gravedad, ya que es una enfermedad silenciosa y su diagnóstico es de manera incidental y cuando llegan al hospital son pacientes con una serie de complicaciones de allí que es necesario establecer medidas preventivas para evitar dificultades y mejorar su calidad de vida.

Para terminar el cuidado de los enfermos debe ser una respuesta al lado humano con los pacientes con esta enfermedad desde que se da el diagnóstico, la realización del trabajo del enfermero, la asistencia que se da al paciente en situaciones muy complejas, la evaluación que se hace al profesional de salud en el servicio de emergencia y finalmente ejecutar las conclusiones y recomendaciones.

Palabras clave: Relación Genética, Neuropatía Diabética, Pie Diabético, Renitopatía Diabética, Alteración Bioquímica.

Abstract

This academic work was carried out at the Maria Auxiliadora Emergency Hospital, Lima, 2019, with patients with diabetes mellitus in the elderly with nursing care assistance as a form of work, which was supported by various bibliographic sources which helped us to demonstrate the clinical aspect in its stages from the beginning and then the medical treatment process as well as the care that nurses apply. The present study makes use of the scientific methodology in patients with diabetes mellitus with the purpose of establishing certain protocols in the emergency service to avoid more serious complications, since it is a silent disease and its diagnosis is incidental and When they arrive at the hospital they are patients with a series of complications from there that it is necessary to establish preventive measures to avoid difficulties and improve their quality of life.

To end the care of the patients must be a response to the human side with patients with this disease since the diagnosis is given, the work of the nurse, the assistance given to the patient in very complex situations, the evaluation that is It makes the health professional in the emergency service and finally execute the conclusions and recommendations.

Keywords: Genetic Relationship, Diabetic Neuropathy, Diabetic Foot, Diabetic Renitopathy, Biochemical Alteration.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo muestra como se da la enfermedad de la diabetes Mellitus por una alteración bioquímica de los nutrientes del organismo, que de forma silenciosa aqueja a diferentes órganos de manera sistematizada.

La evolución de esta enfermedad es lenta y en la que las células betas del páncreas son destruidas lo que hace de que exista baja producción de insulina, es en el momento que la destrucción del páncreas es en un 80% y se evidencia la diabetes, con un promedio de 10 a 15 años anteriores la característica será la hiperglicemia. (Sociedad Española de diabetes, 2016).

Cuando la glucosa está elevada en la sangre después de las comidas es la primera variación bioquímica en el cuerpo, luego aparece la hiperglicemia en ayunas, se evidencia en el momento que el páncreas en sus células betas están muy comprometidos. (Ramón, J.. 2016)

Por otro lado existe algunos determinantes sociales que se relacionan con la diabetes, como es el sedentarismo, que es una forma de vida en algunas personas, es decir consumen muchas calorías sin realizar ningún tipo de ejercicio lo que lleva a la obesidad y por ende a la diabetes que va deteriorando de manera progresiva órganos vitales como son: la vista, el corazón, los riñones, entre otros. Esta enfermedad se puede controlar más no curar, pero llevando una vida metódica y teniendo una dieta adecuada. Entre las complicaciones más comunes están: Enfermedad renal crónica terminal, pie diabético, neuropatía diabética, retinopatía diabética, problemas cardio vasculares, que los llevan a la hospitalización.

Dentro de los factores que se tienen en cuenta también para la aparición de la enfermedad es la migración de las personas de la zona rural a las zonas urbanas, lo que inciden en el cambio de estilos de vida, es decir consumen alto contenido de hidratos de carbono y el uso de grasas

saturadas, lo que genera un riesgo de la obesidad como una primera etapa de riesgo (Barceló, A. 2011) .

Es necesario que las personas actúen de manera responsable en el consumo de alimentos, ya que la mayoría de problemas que se presentan en nuestra salud es por la ingesta de alimentos, ya que no tenemos en cuenta que nuestra alimentación debe ser balanceada si queremos mantener un estilo de vida saludable.

El trabajo estuvo distribuido en dos capítulos, en el primer capítulo se detalla las bases teóricas relacionadas con el tema, luego las teorías de enfermería de Marjory Gordon , los cuidados que deben dar los enfermeros y los antecedentes que tienen que ver con el estudio. En el segundo capítulo los problemas que se hallaron al respecto, la valoración en relación a los profesionales de enfermería, así como las maneras de diagnóstico, el planteamiento de los objetivos e intervenciones. Finalmente se realizó las conclusiones, recomendaciones y referencias bibliográficas.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Base Teórica

1.1.1 Diabetes Milletus

La diabetes en la actualidad se constituye como un problema de Salud Pública, cuya característica se constituye como una alteración en el metabolismo de los nutrientes carbohidratos, lípidos y proteínas, que de manera silenciosa afecta a otros órganos de manera sistematizada. La estimación para los próximos 10 años en latinoamerica estará bordeando el 25% de la población adulta.(Villegas, 2014)

Como se incrementa todo los años la notificación de la diabetes, también las complicaciones son en mayor cuantía, es así la vista encontramos mayor cantidad de pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal, Pie diabéticos, Neuropatía diabética, retinopatía diabética, problemas cardio vasculares, hospitalizados en los diferentes nosocomios en el mundo entero (Gasteiz, 2014) .

La realidad es que es una enfermedad crónica y silenciosa, usualmente de diagnóstico de forma incidental y a destiempo, cuando llegan a los hospitales por las manifestaciones clínicas producto de la complicación, pacientes con infección generalizada, heridas que no sanan, pérdida progresiva de la agudeza visual, abundante micción, son algunas manifestaciones clínicas de la Diabetes, sin embargo en la actualidad es un reto y desafío para los órganos rectoros de la salud, llegar a establecer tan pronto la diabetes, luego establecer medidas preventivas y promocionales sobre la Diabetes para evitar las complicaciones y mejorar la calidad de vida, para todos es conocido es que existe una asociación de la diabetes con la obesidad por consumo de harinas y grasas saturadas, el sedentarismo, estilos de vida no saludable en personas mayores de 40 años, otros casos que se notifican también es cuando existe una relación genética están dispuestos y predispuestos .(Untiveros, 2014)

En realidad, la evolución de la enfermedad es lenta y progresiva, pueden existir manifestaciones clínicas y subclínicas, donde las células betas del páncreas son destruidas lo que se traduce con la escasa o nula producción de la insulina, o resistencia a la insulina, de tal manera cuando la destrucción de l páncreas en su función es alrededor de 80%, inica el debut de la Diabetes, para tal caso es probable que haya pasado un promedio de 10 a 15 años previos, su característica siempre será la hiperglicemia. (Sociedad Española de diabetes, 2016) .

En la actualidad solo existen métodos indirectos para realizar un estudio de la integridad de la anatomía y fisiología de la glandula pancreática, por lo que se realiza el dosaje de la insulina por otra parte se puede realizar la prueba de la tolerancia a la glucosa, encontrar niveles bajos de la producción de la hormona insulina significara que las células betas se están deteriorando como tal esto puede tardar mucho tiempo (ADA, 2017) .

La glucosa elevada en la sangre luego de las comidas es la primera alteración bioquímica en el organismo, posteriormente aparece la hiperglicemia en ayunas, se manifiesta cuando el páncreas en sus células betas están muy comprometidos. (Ramón, 2016)

1. Epidemiología

La prevalencia de la diabetes en el mundo según la organización mundial de la salud es aproximadamente 175 millones de personas con diabetes, se estima para el año 2030 el numero de casos duplicara la cifra, para el 2050, de cada 3 nacidos vivos uno desarrollará la diabetes, estas estimaciones en la actualidad hace que esta enfermedad sea una amenaza mundial en la salud publica, la población comprometida es en el mundo entero con mayor carga en los países empobrecidos, como Sudamerica, Asia, America y el Africa. (ALAD, 2015) .

La prevalencia de la diabetes en promedio en los países Europeos esta en el orden de 10%, el que tiene menor proporción en la población

mundial, todo ello esta determinado con la practica de estilos de vida saludable, (Ortiz, 2010).

La tasa de morbilidad, en America es similar a la de otros continentes, sin embargo la tasa más alta se registra en Estados Unidos, donde la los casos nuevos se duplica en relación a otros países que lo integran, es Los Estados Unidos el país que reporta mayor caso de diabéticos con una cifra de de 21 millones de afectados con la Diabetes, mientras en Sudamerica, el país que reporta mayor caso de diabetes es el Brasil, Argentina, Colombia, Perú y Venezuela. (Ramos, 2015)

En el Perú la prevalencia esta en el orden de 8.4% de la población general se estima aproximadamente 2.5 millones de habitantes, con mayor registro en Lima y la ciudades mas grandes como Piura, Trujillo, Arequipa, Iquitos, Ica (Ramos, 2015)

Uno de los factores importante a tener en cuenta es la migración de la población de la zona rural a las zonas urbanas, que influyen en la modificación de estilos de vida, como la alimentación copiosa con alto contenido de hidratos de carbono y la utilización de grasas saturadas, lo que constituye un riesgo de la obesidad como una primera fase de factor de riesgo (Barceló, 2011) .

El desarrollo de la ciencia y tecnología influyen en la prolongación de la esperanza de vida, como tal la prevalencia de la diabetes en los adultos mayores también es mayor, se estima en la actualidad el 20% de la poblador mayor de 75 años tiene diabetes, con toda las complicaciones que acarrea la enfermedad.

En España la diabetes mellitos alcanza en mayores de 70 años el orden del 35 %, A pesar de las inmensas campañas de prevención que se despliega el Ministerio de Salud Español. (Salvador, y Escalada, ...2018)

Otro de los determinantes sociales asociado a la diabetes es el sedentarismo, como parte de un estilo de vida nocivo, con mayor

anabolismo, mayor consumo kilocalórico en relación a la demanda, que conlleva a la obesidad, en los últimos años, niños realizando juegos en Red, o conectados al celular sin actividad física, con presencia de niños obesos (Barrio, 2013).

Por otro lado es importante acoger la recomendación del autor, donde señala lo más importante para el control de la diabetes es modificar los estilos de vida en relación al consumo dietético, con el cálculo de calorías necesarias de acuerdo a su demanda. (Soriguer, 2014) .

En el Perú existen dos factores importantes a tomar en cuenta en el control de la diabetes, una de ellas es que no se genera conciencia en los diabéticos para su control glicémico, los pacientes mantienen niveles altos de glucosa; Otros tienen diagnosticado la diabetes y están medicados, sin embargo no cumplen con el tratamiento y como tal la enfermedad no controlada con riesgo de enfermar, por ello la estrategia sanitaria de control de la diabetes cobra importancia en realizar campañas para sensibilizar a los pacientes con temas relacionados a la diabetes y sus complicaciones además para modificar actitudes más responsables en los pacientes en su control médico y mejorar sus estilos de vida, en su autocuidado para lograr su bienestar (López, 2012).

2. Clasificación

Según la Asociación Americana de Diabetes (ADA), responde a la siguiente clasificación. (ADA, 2017):

Diabetes mellitus tipo 1 o insulino dependiente

Diabetes mellitus tipo 2 o adquirida

Otros tipos específicos de Diabetes

Diabetes gestacional

Intolerancia a la glucosa y glicemia en ayunas alterada.

A. Diabetes mellitus tipo 1:

Es también es conocido como la diabetes insulino dependiente, juvenil, que su característica es el deterioro del páncreas en la producción de la insulina, los mismos se subclasifica. Representa menos del 10% del total de diabéticos, con amplia posibilidad de presentar cetoacidosis diabética.

Diabetes autoinmune: La presencia en la sangre de anticuerpos anti islotes, el cual serán un indicador que representa el 90% de la diabetes tipo 1.

Diabetes idiopática: El 10% de la diabetes tipo 1 se manifiesta sin marcador de anticuerpo en sangre anti islote, solo se encuentra anticuerpos antinsulina (Cabrera, y Perich, 2016) .

B. Diabetes mellitus tipo 2:

Es la mas representativa de la diabetes, representa aproximadamente el 90% de de los casos, esta asociado a adultos, aunque en los últimos años se observa diabetes tipo 2 en jóvenes o niños, su característica principal es la hiperglicemia manifiesta a consecuencia de la insulino resistencia, con producción disminuida de insulina, además esta asociado a la obesidad, factores genéticos, metabólicos, gestacional, sedentarismo. Otro caso que observar es que en la actualidad mas del 50 porciento de diabeticos aun no son diagnosticado a pesar de ser portador de la diabetes (Cabrera, y Perich, 2016)

C. Otros tipos específicos de diabetes:

Estan comprendido la diabetes por una falla genética en la células betas, como MODY (maturity onset diabetes of the young); todo hecho que altera la producción de la diabetes, u otros casos como por consumo de medicamentos que aumentan la glucosa generando una diabetes secundaria, factores ambientales, infecciosas por virus o bacterias. Mientras los tipo 1 y 2 son primarios por su presentación clinica (ADA, 2017).

D. Diabetes gestacional:

Es la diabetes que aparece durante la gestación debido al desorden metabólico que se caracteriza por hiperglicemias, con el riesgo de permanecer con glucosas elevadas después del término de la diabetes con porcentaje del 60 % , otros sin embargo otros desaparece al término de la gestación, (ALAD, 2015).

Uno de los criterios más importante es luego de la post tolerancia de la glucosa, el cual de controla de manera seriada, el momento recomendado es realizar la prueba a las 24 a 28 semanas de gestación. (ALAD, 2015) .

3. Diagnóstico

El diagnóstico de la diabetes pasa sustancialmente por criterios a observar para confirmar la existencia.

- A. Glucosa de 126 mg/Dl en ayunas, debe repetirse si fuera el caso y complementar estudios y criterios clínicos
- B. Glucosa en ayunas mayor o igual a 200 mg/Dl es diagnóstico absoluto y criterios clínicos.
- C. Glucosa mayor a 200 mg/Dl luego de una carga de 75 gramos de glucosa a dos horas de su carga y criterios clínicos
- D. Hemoglobina glicosilada mayor a 6.5 % (HbA1C). (ADA, 2017)

4. Patologías Asociadas

A. Hipertensión Arterial

Es una de las enfermedades cardiovasculares de mayor notificación que afecta a la quinta parte del adulto mayor, en cuanto de refiere a los pacientes diabéticos esto abarca a la mitad de los paciente diabéticos, es parte de lo que se conoce como síndrome metabólico, se presenta como una manifestación clínica de lo que se conoce como pre diabetes, de por si los pacientes con hipertensión arterial son sensibles a desarrollar diabetes. (Gasteiz, 2014)

La relación de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus son considerados causas básicas de desarrollar la Enfermedad renal crónica terminal, como tal se incrementa exponencialmente el riesgo de presentar complicaciones y mortalidad, erogando gastos mayores al paciente y la familia en su tratamiento y control. (Instituto Mexicano de Seguro Social, 2015) .

Las cifras de la hipertensión arterial en paciente diabéticos debe considerarse por debajo de lo normal, hasta 130/80 mmHg. Pues la presión arterial sistólica de 130 o más es un mal predictor en la salud del paciente diabético. (ALAD, 2015).

B. Obesidad

Es el incremento del índice de masa corporal por encima del valor normal, por acumulo sostenido de reservas en forma de grasa, en la actualidad es la obesidad se constituye como el elemento más peligroso para la diabetes sobre todo cuando la grasa se acumula en el nivel central, vale decir a nivel de abdomen (Alegría, 2018)

La presencia de la obesidad implica concentración de radicales libres que se traduce en la resistencia a la insulina, que interfiere en la captación y su adecuado del metabolismo de la glucosa, como consecuencia aparece la diabetes tipo 2. (Gonzales, 2011)

El acumulo de la grasa corporal se define a través del índice de masa corporal, en los varones el peso mayor del 25 % y en mujeres el 35% de su peso ideal, sin embargo es importante medir la circunferencia abdominal que en varones debe ser menor de 90 cm y mujeres menores de 80 cm, tiene relación con el riesgo de enfermedad cardiovascular (Gonzales, 2011)

C. Dislipidemia

Se refiere a acumulo del nivel del colesterol por encima de los valores normales, además de los triglicéridos, es una característica en pacientes diabéticos que los valores normales siempre están elevados constituyéndose un riesgo cardiovascular, muchas veces existe

inconsistencia entre los valores, definitivamente el colesterol y los triglicéridos deben estar menor a los 180, la terapia médica siempre tiene meta por reducir los niveles de colesterol y triglicéridos, para ello se tiene que valor al paciente en su real contexto incidiendo en encontrar datos significativos en los malos estilos de vida, en cuanto se refiere a su régimen alimentario, el sedentarismo, alimentos que son precursores de la glucosa. (Gasteiz, 2014)

5. Tratamiento

La terapéutica al paciente con diabetes mellitus tiene que ser integral, de ninguna manera se puede reducir a la administración farmacológica.

A. Dieta

La dieta del paciente debe responder a su requerimiento calórico del paciente con diabetes mellitus, con dieta hipocalórica con alto contenido de fibra, con restricción de grasa y sal.

Consumo de agua libre, evitar el consumo de bebidas alcohólicas y alimentos con preservantes, conservantes y estabilizadores

Dentro del régimen dietético debe incluirse el control de peso diario y su control de glucosa capilar.

El paciente básicamente tiene que aprender a convivir con su enfermedad de tal manera reconozca los estadios de hiperglicemia e hipoglicemia.

B. Actividad física

Los ejercicios físicos que se indican a los pacientes diabéticos tienen la finalidad sustantiva de mejorar la circulación sanguínea, consumo adecuado del oxígeno y glucosa a nivel tisular, promover actividades de desarrollo anaeróbico, mejorar el gasto cardíaco de forma regular y cotidiana.

Dentro de la actividad física se incluye los masajes en las partes más distales para el riego sanguíneo y los cuidados de la piel y pies entre ellos el recorte de las uñas como una prolongación de la piel.

C. Medicamentos

La insulina. para ello tiene que diagnosticarse que tipo de diabetes tiene, si son del tipo 1, con seguridad tiene que utilizar, sin embargo es importante conocer el requerimiento de la insulina para ajustar los detalles terapéuticos, requiere de la administración de parte del profesional de enfermería con el tiempo el paciente puede adquirir competencia para su autoadministración. Las variedades de las insulinas pueden estar según su uso, en Ultrarapidas, Rapidas, Intermedias y lentas la vías de administración dependerá de la indicación del facultativo.

Hipoglucemiantes orales. En el mercado de la industria farmacológica se encuentra una amplia gama de medicamentos de uso oral cada uno con sus propias particularidades entre ellos se encuentra las Sulfonilureas - Biguanidas: metformina - Secretagogos de acción rápida: glinidas repaglinida y nateglinida, entre otros. Es importante supervisar su uso individual para cada caso, con la indicación de una respuesta individual a los efectos adversos.

6. Complicaciones de la diabetes

A. Complicaciones Agudas de la Diabetes Mellitus

1. Cetoacidosis Diabética

Es la complicación más peligrosa en paciente con diabetes mellitus tipo 1, donde la ausencia de la insulina, adicionada al estrés y la activación de la contraregulación de la glucosa, exacerba la cetoacidosis de la diabetes notificándose la polidipsia, polifagia, poliuria, pérdida de peso, náuseas vómitos con signos clásicos de una acidosis respiratoria, con polipnea profunda que requiere más esfuerzo, es una característica encontrar cuerpos cetónicos en sangre y orina.

2. Síndrome Hiperosmolar

Es una de las complicaciones de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, debido a su mal control dietético, o el incumplimiento del régimen terapéutico medicamentoso, también puede estar asociado al consumo de drogas y alcohol, su característica particular es la deshidratación y una glucosa concentrada y elevada, dentro del tratamiento esta considerar la hidratación para manejar el cuadro de hipernatremia y regular la glucosa capilar administrando insulina en infusión continua.

B. Complicaciones Crónicas de la Diabetes Mellitus

Basicamente se circunscribe al compromiso o deterioro del sistema circulatorio y el sistema nervioso, que se resume y la vascularización y la inervación de los órganos o tejidos, como tal pueden resumirse en microangiopatía y macroangiopatía, cada caso es independiente los cuadros de hiperglicemia que genera las complicaciones de presentan en diabetes tipo 1 antes de los 40 años, mientras en diabetes tipo 2 generalmente ocurre luego de los 40 años de edad. (ADA, 2017):

1. Microangiopatía Diabética

Retinopatía diabética:

Es una de las complicaciones mas frecuentes en pacientes con diabetes, usualmente se manifiesta con compromiso de la agudeza visual luego de la coexistencia de la enfermedad al menos de 10 años, es la primera causa de ceguera en mayores de 60 años, mientras en los paciente con diabetes mellitus tipo dos esta asociado al desprendimiento de la retina. (ALAD, 2015) .

Catarata diabética

Es consecuencia de la hiperglicemia no controlada, que por ausencia de niveles adecuadas de insulina que participa en el metabolismo de la glucosa en el cristalino no puede atravesar la barrera plasmática, logra

opacar el cristalino, sin embargo puede presentarse a cualquier edad. (Chávez, 2017) .

Nefropatía diabética

Es una de las complicaciones con mayor notificación en la actualidad, los pacientes por la característica de la hiperglicemia, general injuria inicialmente luego se constituye en lesión a nivel del glomérulo que progresa hasta una insuficiencia renal crónica terminal, cuya característica es la proteinuria, , sin embargo para esta lesión puede estar al orden de 15 hasta 20 años de coexistencia de la diabetes, estos pacientes requieren la sustitución renal, unos requieren diálisis peritoneal de manejo domiciliario con alta capacitación, hemodialisis en hospitales y centros de diálisis con participación de profesionales calificados de enfermeras y médicos y finalmente un grupo reducido en espera de un trasplante renal, los pacientes con microalbuminuria progresa a nefropatía clínica y de éstos un 20% llega a insuficiencia renal terminal al cabo de 20 años, son aspectos importante considerar el nivel de creatinina, urea y glucosa como marcadores bioquímicos para valorar el riñón y la tasa de filtración glomerular para valorar los estadios de la nefropatía renal. (Gómez y Beltrán, 2014) .

Neuropatía diabética:

Su característica en el compromiso del sistema nervioso periférico, su reporte de esta complicación esta al orden del 90% de diabéticos tienen cierto grado de neuropatía, sin embargo no hay compromiso mayor en el sistema nervioso central, salvo que sea una complicación macroangiopatía como es el caso de las disfunciones cerebro vasculares.

Como evidencia se pone de manifiesto la polineuropatía distal, con compromiso usual de los miembros inferiores con dolor de tobillo, rodillas y sensación de quemazón en la planta de los pies, cuando es grave puede significar un hormigeo permanente. Otras lesiones pueden presentarse por desmielinización y pérdida de axones que compromete al sistema simpático

y parasimpatico, donde los paciente pueden tener infarto sin dolor, transtorno sensitivo motor. (ADAL, 2015)

2. Macroangiopatía Diabética

Es una complicación mas representativa de la diabetes mellitus tipo 2, sin embargo también se observa en pacientes con diabetes mellitus tipo 1, en este tipo de complicación se presenta por lesión de vasos sanguíneos de mayor calibre determinada por la aterosclerosis, en ello están presente en pacientes con ictus cerebral, cardiopatía miocárdica, llegan a comprometer al 80% de los diabéticos con desorden metabólico con: resistencia a la insulina, hiperglucemia, microalbuminuria, hipertensión, hiperlipidemia, tabaquismo y obesidad.

Enfermedad Coronaria

Esta asociado al deterioro funcional de la arteria coronaria, como tal los pacientes diabéticos tienen el riesgo alto de desarrollar infarto agudo es cuatro veces mayor que una persona que no tenga diabetes, de la misma manera tener la hemoglobina glicosilada por encima del valor normal también es un factor de riesgo, así mismo el 50% de diabéticos presentan infartos de miocardio, sobre todo los pacientes en periodo de estar recibiendo hemodialisis (Gasteiz, 2014).

Accidente Cerebro Vascular

El envejecimiento e indurecimiento de las arterias cerebrales, en la actualidad es un tópico importante a tratar, porque es la causa de los eventos cerebro vasculares, las lesiones pueden ser dentro del cerebro otras veces en la periferie, como tal puede haber compromiso en el propio corazón al no bombear sangre suficiente, otras veces en el trayecto como es el caso de las arterias carotidas que no permite un flujo adecuado de sangre. (Tejada, 2014).

Vasculopatía Periférica

Es una realidad que los pacientes con diabetes mellitus tengan ateroescrosis en las arterias de los miembros inferiores, que se constituye como un factor de riesgo la presencia de aterotrombosis que concluye con amputación de los miembros inferiores, su diagnóstico es a través de un ecodopler de los miembros inferiores para determinar la permeabilidad o la claudicación de la circulación (ALAD, 2015)

Otras Complicaciones

Disfunción Eréctil

Es una complicación frecuente que llega al orden del 60% de pacientes, mas aun cuando atraviesa con hiperglicemia manifiesta, esta asociada a la neuropatía, estrés, consumo de drogas, y los niveles de triglicéridos y colesterol, vale decir es multifactorial y su enfoque de atención tiene que merecer el mismo tratamiento.. (Alegría, 2018)

Pie Diabético

Es la consecuencia de las lesiones en la estructura vascular de los miembros inferiores, que es producido por la presencia de la neuropatía por lesiones vasculares y neurológicas. A menudo aparece cambios en la estructura de la piel con escamaciones y algunas lesiones que alteran la integridad sin amenaza real, otras veces pueden ser por lesiones traumáticas o físicas, infecciones que generan mayor deterioro ulcerativa con presencia de pus que evolucionan hasta la gangrena, donde los especialistas correctivamente asumen la tarea de realizar amputación parcial y total de acuerdo a un examen medico profundo, estudio angiograficos y ecodopper, las zonas de presentación pueden ocurrir usualmente en el áreas metatarsiana, tarsiana, tobillos y talones. (Alegría, 2018)

1.2 Teoría de enfermería de que aplica al trabajo académico de Dorothea Orem

Es una de la teorista mas reconocida que resalta el cuidado y autocuidado, en tal sentido propone a los enfermeros la "Teoría de enfermería del déficit de autocuidado" los mismos que se sustenta por tres componentes básicos. La primera fundamente filosóficamente el porque y como las personas diabéticas tienen que asumir su propio cuidado, la segunda que tiene el propósito de relatar las características de cuidado además enseña a las enfermeras como deben realizar el cuidado al paciente diabetico y tercero la teoría de sistemas que nos enseña como debemos mantener las relaciones interpersonales como parte del proceso del cuidado, tanto la persona con diabetes mellitus y los enfermeros. (Smeltzer y Cols, 2013)

Metaparadigmas de Dorotea Orem Persona:

La persona. Las personas con diabetes tienen que tener la responsabilidad de asumir sus propios cuidados en merito a su capacidad de organizar sus ideas, de reconocer sus limitaciones y virtudes. Finalmente reflexionar, compartir experiencias, dotar de conocimiento y nutrirse de todo acto que significa cuidarse para no enfermar sea dependiente o independiente.

El Entorno: Se refiere al conjunto de factores internos y externos, a observar el control de la diabetes, muchas veces es importante involucrar o comprometer en el cuidado a los familiares y amigos, que las personas con quienes se relaciona tienen que generar condiciones física, sociales, adecuadas para que el paciente perciba que su entornos es lo mas adecuado para covivir con la enfermedad.

Salud: Lo que corresponde a la salud es imperativo que todo los actores del proceso de la enfermedad y salud se busque el equilibrio de la salud, procurando en lo posible el bienestar, mermando el impacto de la diabetes como enfermedad, integrando a la familia al paciente como parte de la red de salud, como ejes transversales en el cuidado.

La Enfermera: Como profesional del cuidado es el responsable de brindarle insumos del cuidado tanto en la parte preventiva y promocional de la salud en su conjunto, sin embargo cuando ya la persona tiene la enfermedad de la diabetes, la enfermera valora al paciente y aplica el proceso de cuidado enfermero que incluya utilizar las capacidades del paciente para asumir con su cuidado personal en el control de su diabetes, incluir a la familia y amigos, brindar cuidados directos cuando así lo requiera sobre todo cuando existe complicaciones en el ámbito hospitalario (Raile y Cols. 2011)

Según la teorista el fin supremo de la enfermera es "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Es en todo momento ayudar a utilizar sus capacidades del paciente, brindar un soporte emocional durante la etapa inicial y ayudar a afrontar y que el paciente acepte que tiene una enfermedad incurable que solo se puede controlar, motivar al paciente en su planes del futuro, estar cerca en cada proceso de la enfermedad (Raile, y Cols. 2011)

1.3 Cuidados de enfermería en pacientes Diabetes Mellitus

El régimen de autocuidado del diabético incluye:

Para la atención integral del paciente es importante entender que todo inicia en la valoración del paciente, para ello es indispensable la aplicación del proceso de atención de enfermería como herramienta de trabajo enfermero, ello implica la valoración para llegar a un diagnóstico enfermero, planificar cuidado enfermero, realizar la intervenciones con fundamento científico y finalmente nos permite evaluar el proceso. Para dicho fin es importante entender pasa por generar confianza de parte del paciente, que pasa por el interés recíproco entre el paciente y la enfermera, con una escucha activa, sin censurar al paciente diabético, ayudar en todo sea posible en la restauración de su enfermedad, promover hábitos en su cuidado personal, rompiendo paradigmas.

El cuidado relacionado a la alimentación el paciente debe entender que la dieta es uno de los pilares fundamentales para el control de la diabetes, que es una dieta balanceada, con los componentes necesarios de los oligoelementos que determina la nutricionista, que es por lo general una dieta hipocalórica, con restricción sustancial de carbohidratos sobre todo los refinados, incluido las frutas y sumos de fruta, grasas saturadas, inclusive el consumo de la proteína tiene que estar de acuerdo a la función renal, se debe fomentar el consumo fraccionado de 4 hasta 6 dietas durante el día para evitar la subida súbita de niveles de glucosa post prandial los mismos deben ser conjugados con control de glucosa capilar y control de peso.(MINSa, 2015)

La actividad física del paciente diabético debe responder a la promoción y la practicas de ejercicios físicos de moderada intensidad, es útil los ejercicios respiratorios anaeróbicos, para mejorar un gasto cardiaco adecuado y consecuentemente lograr una circulación periférica y contribuir con el metabolismo de la glucosa, los esfuerzos sobre dimensionados son contraindicación, además las personas con glicemias mayores de 300 mg/dl deben abstenerse de realizar los ejercicios. (MINSa, 2015).

En cuanto se refiere a los medicamentos para el control de la diabetes, necesariamente debe responder a una indicación de parte del Endocrinologo, la dosis debe ajustarse al nivel de glucosa, es responsabilidad de la enfermera y del paciente asumir el compromiso de respetar el cumplimiento como parte de su adherencia al tratamiento y el cuidado, es importante respetar la dosis el horario y la via de administración del medicamento, los mismos por seguridad deben ser registrado.

Otro de los cuidados básicos de parte de la enfermera es llevar un registro estricto del control de nivel de glucosa capilar, cifrando los datos obtenidos en un cuadernillo, los mismos tienen que ser notificado al medico tratante, dentro de ello se considera que el paciente tiene que saber reconocer y manejar las complicaciones agudas tanto en la hipoglicemia y la hiperglicemia.

La higiene y cuidado de la integridad de la mucosa y piel y sobre todo de los pies es básico, incluyendo dentro del cuidado el reconocimiento de la integridad, el cuidado higiénico, reconocimiento de alteraciones tróficas y lesiones ulcerativas y finalmente la sensibilidad, muchas personas tienen la particularidad de comprometer el sistema nervioso y circulatorio que pueden llegar a desarrollar infecciones, hasta la gangrena. (OMS, 2015)

El cuidado de la salud oral es básico, sin embargo en los diabéticos se produce gingivitis por la hiperglicemia, las caries dentales y finalmente puede coadyuvar la aparición de enfermedades coronarias como un factor de riesgo (Gomez, 2012).

Finalmente es importante la evaluación psicológica del paciente diabético, porque muchos de los órganos entran en deterioro y como tal los pacientes requieren la intervención del profesional para evitar la ansiedad, angustia, depresión. Es meritorio la participación de la familia para brindar el soporte necesario en el control y tratamiento de la enfermedad. (ALAD, 2013)

1.4 Antecedentes de estudio

A Nivel Nacional

Rivero, (2016) en la tesis titulada Conocimiento sobre autocuidado en pacientes adultos mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2 en El Hospital de Ventanilla, en Lima. Este estudio tuvo como objetivo general determinar los conocimientos de autocuidado en los pacientes adultos mayores con DM2. El estudio fue de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, diseño no experimental y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 50 pacientes. La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Resultados: El 60% de adultos mayores presenta un nivel de conocimiento medio con tendencia a alto 22% sobre el autocuidado en la Diabetes Mellitus tipo 2. El nivel de conocimiento fue medio en las dimensiones alimentación 56%, actividad física 70%, cuidado de los pies 70% y tratamiento farmacológico 46%. Conclusión: Los adultos mayores

con DM2 tienen conocimiento medio sobre las prácticas de autocuidado sobre Diabetes Mellitus tipo 2.

Cornelio (2018) en la tesis titulada Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del paciente con Diabetes Mellitus Tipo II en el Consultorio de Endocrinología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2018 Objetivo: Identificar la relación que existe entre apoyo familiar y las prácticas de autocuidado que realizan los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en el consultorio de endocrinología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Enero-Marzo del 2018. Materiales y métodos: la investigación tiene un enfoque del tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional y corte transversal. La muestra fue de 114 pacientes con diagnóstico diabetes tipo 2, conformada por 32 personas de género masculino y 82 de género femenino. La técnica utilizada fue la entrevista, el instrumento utilizado fue de 56 preguntas de las cuales 29 apoyo familiar y 27 de prácticas de autocuidado. Resultados: Se halló que el 27.19% (31) presentaron un nivel de autocuidado deficiente, el 50.88% (58) un nivel de autocuidado regular y el 21.93% (25) un nivel de autocuidado bueno, por otro lado para la variable apoyo familiar el 50.9% (35) pacientes presentaron un apoyo informacional adecuado y el 49.1% (33) pacientes presentaron un apoyo informacional inadecuado, y el 51.8%(24) presentaron un apoyo instrumental adecuado y el 40.4%(22) presentaron un nivel inadecuado. Para analizar la relación entre las variables autocuidado y apoyo familiar se encontró sobre la base de la prueba chi-cuadrado con un valor $X^2 = 6.04$ y un valor de significancia $p_{valor} = 0.034$. Conclusiones: Existe una relación significativa entre el apoyo familiar y prácticas de autocuidado del paciente con diabetes tipo 2.

Custodio, (2015) en la tesis titulada Factores de riesgo de complicaciones en pacientes con diabetes tipo II en el Servicio de Medicina del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano – Huanuco, OBJETIVO: Identificar los factores de riesgo relacionados con las complicaciones de la diabetes tipo II en el servicio de Medicina del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano. MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio correlacional

con 80 pacientes con diabetes tipo II del servicio de Medicina del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2015. En la recolección de datos se utilizó una guía de entrevista. Para el análisis inferencial de los resultados se utilizó la Prueba Chi cuadrado de independencia. RESULTADOS: El 62,5% (50 pacientes) presentaron complicaciones de la diabetes tipo II. Por otro lado, los factores de riesgo fueron la ocupación jubilado, grado de instrucción superior, consumo de alimentos no saludables, consumo abundante de azúcar, falta de control de glucosa, falta de control de peso, falta de actividad física, falta de baño y cuidado de zonas de pliegues, ingles y ombligo, falta de conocimiento de los factores de riesgo y las complicaciones de la diabetes tipo II, todas con significancia estadística ($p \leq 0,05$). CONCLUSIONES: Los factores de riesgo, sociales, alimentación, autocuidado y cognitivos se relacionan con las complicaciones en pacientes con diabetes tipo II de Servicio de Medicina del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco.

Vega (2015) en la tesis titulada Calidad de vida y los factores biosociales del adulto mayor con Diabetes Mellitus Tipo II. EsSALUD. Cajamarca, La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar y analizar la relación entre la Calidad de vida y los factores biosociales del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II. EsSalud Cajamarca-2015. Estudio no experimental, descriptivo, corte transversal y correlacional, la muestra estuvo conformada por 132 usuarios atendidos en la cartera del adulto mayor del Hospital EsSalud - Cajamarca. La recolección de datos fue mediante un cuestionario sobre la calidad de vida del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II y para determinar la significancia se utilizó la prueba de chi-cuadrado. La calidad de vida del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II es mala en 25.8%, regular en 50.8% y buena en 23.5%. Según la dimensión física 23.8% mala, 56.1% es regular y 23.5% buena. En la dimensión social, 18.2% es mala, 66.7% es regular y 15.2% su calidad de vida es buena. En cuanto a los factores biosociales, la mayoría de los adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo II tienen edades de 60 a 80 años, son del sexo masculinos, casados,

jubilados o cesantes; profesan a la religión católica, y tienen como grado de instrucción superior. Según la prueba del chi-cuadrado se ha demostrado que existe relación significativa entre la calidad de vida, edad, sexo, estado civil, ocupación, y grado de instrucción del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II en EsSalud - Cajamarca 2015.

A Nivel Internacional

Cortes (2015) en la tesis titulada Cuidado del paciente con diabetes mellitus tipo 2: un análisis cualitativo de tesis elaboradas en la Escuela Militar de Enfermeras en Mexico, Objetivo: describir las aportaciones propuestas al cuidado del adulto con diabetes mellitus tipo 2, obtenidas de tesis realizadas por egresadas de la Licenciatura en Enfermería Militar. Material y método: estudio exploratorio-cualitativo efectuado mediante el análisis de tesis (discursos) de egresadas de la Escuela Militar de Enfermeras entre 2005 y 2015. El análisis consistió en describir las variables (dimensiones): nivel educativo, tema, tipo de aportación y difusión. Resultados: se registraron 23 tesis relacionadas con diabetes tipo 2. La variable “nivel” indicó una diferencia entre Técnico Superior Universitario y Licenciada en Enfermería respecto del rigor con el que se elabora la tesis. El “tema” reportó la experiencia de elaborar un *Proceso de Atención de Enfermería* con la metodología NANDA o, bien, el análisis de factores que influyen en el cuidado del paciente con diabetes tipo 2. La “aportación” demostró el diseño de una hoja de enfermería para el ingreso del paciente con diabetes tipo 2 y elaborar estrategias de apoyo para. La “difusión” señaló la trascendencia de la tesis, al propagar información derivada de ésta. Conclusión: la educación en salud requiere incorporarse al cuidado y seguimiento a través de hojas específicas para el cuidado del paciente. La Escuela Militar de Enfermeras debe incrementar el rigor científico, mediante la innovación para la formación académica, para transformar el pensamiento técnico-operativo en científico-técnico e influya en el desarrollo científico de las egresadas.

Matias (2017) en la tesis titulada Intervenciones de enfermería en la atención a pacientes con diabetes tipo II en el primer nivel de atención. Distrito de Xalbal Ixcán, Elquiché, Guatemala. Año 2017. El presente estudio titulado: Intervención de Enfermería en la Atención a Pacientes con Diabetes Tipo II, en el Primer Nivel de Atención. Distrito de Salud de Xalbal Ixcán el Quiché, en Guatemala. Con objetivo general de determinar las Intervenciones de enfermería en la atención a pacientes con diabetes tipo II en el Primer Nivel de Atención en el Distrito de Salud de Xalbal año 2017. De diseño cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, cuya unidad de análisis fueron 15 Auxiliares de enfermería y 5 enfermeros profesionales que laboran en el primer nivel de atención. El instrumento consistió en un cuestionario de 12 ítems de selección múltiple los resultados fueron: El Personal de Enfermería del Distrito de Salud de Xalbal realiza aisladamente intervenciones educativas de enfermería, algunos se inclinan sobre beneficios de una alimentación saludable; siendo estas acciones el pilar fundamental del tratamiento y manejo de la diabetes. Toman en consideración que con intervenciones educativas, se previenen complicaciones y logra cambio de actitudes del paciente diabético hacia la enfermedad. Cabe resaltar que algunos cumplen con los criterios de la visita domiciliaria al proporcionar información sobre estilo de vida saludable. Realizan acciones de promoción como el reforzamiento de conocimientos básicos, la coordinación de las actividades de promoción y educación a nivel local. Además utilizan medios de comunicación para educar, orientar y prevenir a la población contra la diabetes, los afiches y volantes. Además el Personal de Enfermería fomenta “Seguir el tratamiento médico” como seguimiento de las acciones de autocuidado en pacientes diabéticos.

Chisaguano (2015) en la tesis titulada Estilos de vida en los pacientes con diabetes tipo ii que asisten al club de diabeticos del Centro de Salud N.- 1 de la Ciudad de Latacunga en Ecuador, Se realizó un estudio de tipo descriptivo y transversal, cuyo objetivo fue identificar el estilo de vida de los pacientes con diabetes tipo II que asisten al club de diabéticos del centro de salud N.- 1 Latacunga con el propósito de mejorar los procesos

de autocuidado. La muestra se constituyó de 30 pacientes con Diabetes tipo II que asisten regularmente a las actividades del Club de diabéticos de Julio-Agosto del 2015. Para la recolección de la información se utilizó cuestionario para pacientes. Se concluyó que el sexo femenino es más afectado con un 60%, las edades mayores promedio de los pacientes oscila entre los 50 años y el 50% solo culminaron la instrucción primaria. Dentro de las complicaciones más frecuentes que presentaron se encuentran el 53% que presento retinopatía diabética. Se evidencio que el 50% realizan actividad física, el 23% siguen instrucciones médicas y acuden al control médico periódicamente y la alimentación no es adecuada.

Gerrero (2018) en la tesis titulada Cuidado de enfermería en personas con diabetes mellitus tipo 2, según la Teoría de la Atención Burocrática, en Chile. Objetivo: describir las características de la práctica de enfermería en el cuidado de personas con diabetes mellitus tipo 2 en la atención primaria de salud, según la Teoría de la Atención Burocrática. Material y método: investigación cualitativa que exploró la práctica de enfermería en el cuidado del paciente con diabetes mellitus tipo 2, por medio de la observación no participante; se realizó durante tres semanas en dos centros de salud familiar en la región de Atacama, Chile; se utilizaron notas de campo y se analizó la información por medio de comparación constante, según el referente filosófico seleccionado. Resultados: el cuidado de enfermería en personas con diabetes mellitus tipo 2 en los centros de salud familiar se encuentra vinculado a todos los factores señalados en la Teoría de la Atención Burocrática, es decir, factores educativos, físicos, socioculturales, legales, tecnológicos, económicos y políticos. Conclusiones: por medio de la Teoría de la Atención Burocrática es posible describir la práctica del cuidado de enfermería en personas con diabetes mellitus tipo 2. Enfermería debe considerar los factores propios a la burocracia de toda organización, especialmente al momento de gestionar el cuidado en este tipo de pacientes.

CAPÍTULO II

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BASADAS EN EVIDENCIAS

2.1. Situación problemática:

Paciente mujer TPI de 66 años de edad, natural del Departamento de Huanuco, procedente del distrito de Villa el Salvador, casada, con ocho hijos, ama de casa, ingresa el día 6 de junio por el servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora, 13/06/2019 a las las 08.15 por presentar, nausea, vomitos alimentarios, con temperatura de 37.4°C, con una frecuencia respiratoria de 32 X', saturación 88%, discreto compromiso de sensorio, Escala de coma de Glasgow de 12/15 puntos,. (RO 3, RV 4, RM 5) Pupilas 2.5 mm. Se instala acceso venoso periférico pasando cloruro de sodio al 0.09 %, se coloca su Sonda nasogástrica numero 14, Sonda a gravedad drenando secreción de contenido bilioso, Foley N° 16 a circuito cerrado con orina colurica y sedimentosa, soporte de oxigeno por canula binasal a 36%, la piel y mucosas secas (++) , tiene lesión ulcerativa profundo en la zona plantar del dedo mayor, con borde nacarados y desprende mal olor, en cuanto se refiere a su aseo personal en mal estado de conservación, cabello desordedado, piel sucia y grasos, con halitosis y presencia de cerumen, las uñas largas y sucias, paciente tiene un peso de 74 Kg y una talla de 1.52 cm IMC 31.8 el cual denota una obesidad grado I.

Paciente refiere que desde hace 6 meses tener mucha sed, por lo que consumia gasesosa, refiere tener mucha ansiedad por comer refiere tener hambre, que no le calma sed, de noche orina a cada rato, en los últimos 06 meses perdió por lo menos 10 kilos. Refiere que no puede permanecer mucho tiempo de pie porque se cansa, tiene dolor y quemazón en la planta de los pies, cuando duerme le duele las piernas y por ciertos momentos tiene calambres, refiere que le bajo la visión, no puede reconocer, desde hace una semana le aparecio una herida en la planta del pie y no sana.

Familiar, la Hija con Iniciales ADP, refiere que su madre consume alimentos de manera muy copiosa, con preferencias harinas, desde que su padre falleció, ella vive sola, todos mis hermanos tienen su propia familia, ella eventualmente vende frutas, en verdad la hemos descuidado mucho.

Los resultados de los exámenes auxiliares se encuentran Hemograma Leucocitos de 16,328, Hto. 31 %, Hb. 10.3 g/dl, Bioquímica: Glucosa 288 mg/dl. Urea 88 mg/dl, Creatinina de 1.8 mg/dl AGA y Electrolitos: PH 7.22, PO₂ 81 mmHg, PCO₂ 49, HCO₃ 18, Acido láctico en 1.8. Examen de orina presencia de leucocitos de 12 XC. Hematíes 4 – 5 XC. Radiografía de tórax con radiopacidad mal definida en el lóbulo derecho compatible con una neumonía, Eco doppler de Miembros inferiores con compromiso al 62% de oclusión trófico por aterosclerosis, perfil lipídico Colesterol 194, triglicéridos de 243.

Signos vitales:

- Temperatura: 38.5.°C
- Frecuencia respiratoria: 32 x'
- Frecuencia cardíaca: 112 x'
- Presión Arterial: 164/92 mmHg PAM 116 mmHg.
- Presión arterial media: 116 mmHg
- Sat O₂: 88 %

Medición Antropométrica:

- Peso: 74 Kg
- Talla: 1.52 m
- Índice masa corporal: 31. 8

Exámenes auxiliares:

Hemograma	
Parámetro	Valores
Hemoglobina	10.3. g/dl
Hematocrito	31 %
Plaquetas	243 000 x mm ³
Leucocitos	16,328 x mm ³

Perfil bioquímico

Parámetro	Valores
Ácido úrico	3.3 mg/dL
Albúmina	4.6 gr/dL
Calcio	6.2 mg/dL
Colesterol total	194 mg/dL
Triglicéridos	243 mg/dL
Creatinina	1.8 mg/dL
Fósforo	2.76 mg/dL
Glicemia	288 mg/dL
Nitrógeno ureico	58.4 mg/dL
Bilirrubina total	1.22 mg/dL

Examen de orina

Parámetro	Resultado
Ph	Acido
Color	Amarillo
Aspecto	Transparente
Proteínas	Negativo
Glucosa	Negativo
Leucocitos	12 x c
Hematies	4 - 5 x c
Células epiteliales	3 -4 x c

Gasas arteriales

Parámetro	Valores
Ph	7.22
pO ₂	81 mmHg
pCO ₂	49 mmHg
HCO ₃	18 mmEq/L
Acidod láctico	1.82

Examen Físico

Cabeza: normocelafico, buena implantación de cabellera, con buena implantación de cabello, tiene cicatriz antigua en la región temporal izquierda, presencia de cabellos canoso, piel grasosa y de aspecto sucio, conducto auditivo externo con secreción de cerumen, tiene caspa, ojos simétricos, fosas nasales permeable, cavidad oral con mucosas secas, falta alguna presencia de piezas dentales, presencia de caries, portador de una sonda nasogástrica al momento a gravedad con secreción biliosa, tiene cuello corto, ausencia de adenopatías, con gran acumulo de tejido adiposo

Tórax: Simetria de pared toraxica, murmullo vesiculares pasan en ambos campos pulmonares, con disminución en hemitorax izquierdo en la zona basal, ruidos cardiacos rítmicos, signos de pliegue en torax superior de (++)

Abdomen: Blando depresible, voluminoso por obesidad, presenta ruidos hidroaereos, refiere que puede eliminar flatos.

Genitales: Con características normales para su edad, sonda Foley de secreción continua a bolsa colectora.

Piel: piel palida, tibia a la palpación, con signos de pliegue positivo (++)

Neurológico: Escala de coma de Glasgow 12/15. . (RO 3, RV 4, RM 5)
Pupilas 2.5.

2.2. Valoración según Dominios

Valoración de enfermería por dominios

Tipos de datos	Dominios
<p>DATOS SUBJETIVOS verbalización de tener control médico, preferencia por comidas copiosas, bebidas azucaradas, incumplimiento de las indicaciones médicas</p> <p>DATOS OBJETIVOS Resultados de Glucosa 288 mg/dl. Urea 88 mg/dl, Creatinina de 1.8 mg/dl AGA y Electrolitos: PH 7.22, PO₂ 81 mmhg, PCO₂ 49, HCO₃ 18, Ácido láctico en 1.8. Examen de orina presencia de leucocitos de 12 XC. Hematíes 4 – 5 XC</p>	<p>Código 00078 Dominio : Promoción de la salud Clase: toma de conciencia de la salud Diagnóstico. Gestión ineficaz del régimen terapéutico de la propia salud R/C deficiencia de competencias en el control de la diabetes E/P verbalización de tener control médico, preferencia por comidas copiosas, bebidas azucaradas, incumplimiento de las indicaciones médicas resultados de exámenes Glucosa 288 mg/dl. Urea 88 mg/dl, Creatinina de 1.8 mg/dl AGA y Electrolitos: PH 7.22, PO₂ 81 mmhg, PCO₂ 49, HCO₃ 18, Ácido láctico en 1.8. Examen de orina presencia de leucocitos de 12 XC. Hematíes 4 – 5 XC</p>
<p>DATOS SUBJETIVOS Preferencias por comidas copiosas de predominio de hidratos de carbono y bebidas azucaradas, poca actividad física, desconocimiento de hábitos de alimentación saludable</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p>	<p>Código 00001 Dominio: Nutrición Clase: Ingestión Diagnóstico. Desequilibrio nutricional por exceso R/C Aporte excesivo al requerimiento calórico E/P peso de 74 Kg y una talla de 1.52 cm IMC 31.8 el cual denota una obesidad grado I. Preferencias por comidas copiosas de predominio de hidratos de</p>

<p>peso de 74 Kg y una talla de 1.52 cm IMC 31.8 el cual denota una obesidad grado I.</p>	<p>carbono y bebidas azucaradas, poca actividad física, desconocimiento de hábitos de alimentación saludable</p>
<p>DATOS SUBJETIVOS: tengo sed y mucha hambre DATOS OBJETIVOS: vómitos de restos alimentarios, poliuria, piel y mucosa secas, signos de pliegue positivo (++), sodio sérico de 156 mEq</p>	<p>Código 00027 Dominio: Nutrición Clase: Ingestión Diagnóstico. Déficit del volumen de líquidos y electrolitos R/C pérdidas activas E/P tengo sed y mucha hambre, vómitos de restos alimentarios, poliuria, piel y mucosa secas, signos de pliegue positivo (++), sodio sérico de 156 mEq</p>
<p>DATOS SUBJETIVOS Refiere que se cansa, tiene la sensación que le falta aire. DATOS OBJETIVOS . PO2 82, PH. 7.22, PCO2 49, Saturación de oxígeno de 88%, polipnea FR 32 X', Rx. Con Radiopacidad en lóbulo izquierdo a nivel basal, presencia de vómitos bilioso +- 200 cc en 2 horas.</p>	<p>Código 00030 Dominio : Eliminación Clase: Sistema Urinario Diagnóstico. Deterioro del intercambio gaseoso R/C alteración del mecanismo ventilatorio perfusión E/P PO2 82, PH. 7.22, PCO2 49, Saturación de oxígeno de 88%, polipnea FR 32 X', Rx. Con Radiopacidad en lóbulo izquierdo a nivel basal, presencia de vómitos bilioso +- 200 cc en 2 horas, refiere que se cansa, tiene la sensación que le falta aire.</p>
<p>DATOS SUBJETIVOS Refiere hormigueo en miembros inferiores y quemazón plantar. DATOS OBJETIVOS</p>	<p>Código 00024 Dominio : Actividad / Reposo Clase: Respuestas cardiovasculares/Respiratorias. Diagnóstico.</p>

<p>Cambios tróficos en los miembros inferiores con estigma de circulación insuficiente, informe de Eco doppler Arterial de Miembros Inferiores con compromiso del 62% de flujo arterial de la arteria poplítea izquierdo,</p>	<p>Perfusión tisular periférica ineficaz R/C aterosclerosis arterial en miembros inferiores E/P Cambios tróficos en los miembros inferiores con estigma de circulación insuficiente, informe de Eco doppler Arterial de Miembros Inferiores con compromiso del 62% de flujo arterial de la arteria poplítea izquierdo, refiere hormigueo en miembros inferiores y quemazón plantar.</p>
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>Refiere que hace dos semanas empezó formarse una herida en la planta del pie que no sana y tiene mal olor.</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Lesión abierta Wagner II, profunda de bordes nacarados de 2x2 cerca al dedo mayor, con secreción serosa, bordes irregulares y nacarados</p>	<p>Código 00046</p> <p>Dominio 11 :Seguridad y protección</p> <p>Clase: Infeccion</p> <p>Diagnóstico.</p> <p>Deterioro de la Integridad cutánea R/C</p> <p>Hipoperfusión de miembros inferiores E/P Lesión abierta Wagner II, profunda de bordes nacarados de 2x2 cerca al dedo mayor, con secreción serosa, bordes irregulares y nacarados, refiere que hace dos semanas empezó formarse una herida en la planta del pie que no sana y tiene mal olor.</p>

<p>DATOS SUBJETIVOS No evidencias DATOS OBJETIVOS No evidencias</p>	<p>Código 00179 Dominio: Nutricion Clase :Metabolismo Diagnóstico. Riesgo de glicemia inestable R/C manejo inadecuado y desconocimiento en el control de la glucosa.</p>
<p>DATOS SUBJETIVOS No evidencias DATOS OBJETIVOS: No evidencia</p>	<p>Código 00004 Dominio 11 :Seguridad y protección Clase: Infeccion Diagnóstico. Riesgo de Infección R/C procedimiento invasivos</p>
<p>DATOS SUBJETIVO No evidencia DATOS OBJETIVOS: No evidencia</p>	<p>Código 00035 Dominio 11 : Seguridad/Proteccion Clase : Infeccion Diagnóstico. Riesgo de lesión R/C descompensación del metabolismo de la glucosa.</p>
<p>DATOS SUBJETIVOS: Manifiesta expresiones negativas de si mismo, no tiene mucho fe y esperanza que va mejorar.</p> <p>DATOS OBJETIVOS: Mal estado de higiene piel mucosas sucia, cabello desordenado, ropa sucia e inadecuada para la estación.</p>	<p>Código 00120 Dominio 06 :Autopercepcion Clase :Autoconcepto Diagnostico Baja Autoestima situacional R/C experimentar cambios en su rol social E/P Mal estado de higiene piel mucosas sucias, cabello desordenado, ropa sucia e inadecuada para la estación, Manifiesta expresiones negativas de si mismo, no tiene mucha fe y esperanza que va mejorar.</p>
<p>DATOS SUBJETIVOS Refiere que, si se va sanar, tengo miedo que me corten el pie DATOS OBJETIVOS Tiene la mirada perdida, expresa y repite frases a todo</p>	<p>Código 00146 Dominio 09 :Afrontamiento y tolerancia al estrés Clase :Respuesta post traumatica Diagnóstico. Ansiedad R/C amenaza de cambios en su estado de salud, E/P Refiere que, si</p>

momento, se muerde las uñas, tiene las manos temblorosas, voz entrecortadas	se va sanar, tengo miedo que me corten el pie, tiene la mirada perdida, expresa y repite frases a todo momento, se muerde las uñas, tiene las manos temblorosas, voz entrecortadas
DATOS SUBJETIVOS No evidencia	Código 00075 Dominio 09 :Afrontamiento y tolerancia al estrés.
DATOS OBJETIVOS No evidencia	Clase :Comunicación Diagnóstico. Disposicion para mejorar el afrontamiento R/C Conductas favorables para cumplir con sus cuidados.

Datos de filiación:

- Nombre del paciente: T P I
- Sexo: Femenino
- Etapa de vida: adulta Mayor
- Edad Cronológica: 66 años
- Lugar de nacimiento: Huanuco
- Fecha de nacimiento: 19/04 /1953
- Grado de Instrucción: Primaria incompleta
- Ocupación: Su casa
- Estado Civil: Viuda
- Número de historia clínica: 012988
- Cama: 4
- Fecha de Ingreso a Emergencia: 13/06/2019
- Fecha de Valoración: 13/06/2019
- Domicilio: Urbanizacion Pachacamac, Brisas de Villa del Salvadors Mz. J21, Grupo32, Villa El Salvador.
- Responsable: (Hija)

Antecedentes:

Tuberculosis tratamiento completo en el año 2009

Hipertensiòn Arterial no controlada.

Diagnósticos médicos actuales:

- Diabetes Mellitus tipo 2, Estado hiperosmolar.
- Pie Diabetico en MMII izquierdo (Wagner 2)

Tratamiento médico:

1. NPO con sonda nasogástrica a gravedad
2. Cloruro al 9% 1000cc + Kalium 20% EV 160 cc/ hora
3. Dextrosa al 5% 100cc+ Insulina C 100 Ui EV a 5cc/hora titulable
4. Ciprofloxacino 400 mg EV C/12 horas
5. Metronidazol 500 mg EV C/8 horas
6. Levosulperide 25 mg EV C/8 Horas
7. Aspirina 100 mg VO C/24 Horas
8. Enalapril 10 mg VO C/12 Horas
9. Clonazepam 2 mg C/24 horas en la noche.
10. Soporte de oxigeno por canula binasal 4 LPM
11. Control de glucosa Capilar C/Hora
12. Curaciòn de pie diabético.

2.3. Diagnostico de Enfermería.

1. Gestión ineficaz del régimen terapéutico de la propia salud **R/C**
deficiencia de competencias en el control de la diabetes **E/P**
verbalización de tener control médico, preferencia por comidas copiosas, bebidas azucaradas, incumplimiento de las indicaciones

médicas resultados de exámenes Glucosa 288 mg/dl. Urea 88 mg/dl, Creatinina de 1.8 mg/dl AGA y Electrolitos: PH 7.22, PO₂ 81 mmhg, PCO₂ 49, HCO₃ 18, Ácido láctico en 1.8. Examen de orina presencia de leucocitos de 12 XC. Hematíes 4 – 5 XC.

2. Desequilibrio nutricional por exceso **R/C** Aporte excesivo al requerimiento calórico **E/P** peso de 74 Kg y una talla de 1.52 cm IMC 31.8 el cual denota una obesidad grado I. Preferencias por comidas copiosas de predominio de hidratos de carbono y bebidas azucaradas, poca actividad física, desconocimiento de hábitos de alimentación saludable.
3. Déficit del volumen de líquidos y electrolitos **R/C** pérdidas activas **E/P** tengo sed y mucha hambre, vómitos de restos alimentarios, poliuria, piel y mucosa secas, signos de pliegue positivo (++), sodio sérico de 156 mEq.
4. Deterioro del intercambio gaseoso **R/C** alteración del mecanismo ventilatorio perfusión **E/P** PO₂ 82, PH. 7.22, PCO₂ 49, Saturación de oxígeno de 88%, polipnea FR 32 X', Rx. Con Rad opacidad en lóbulo izquierdo a nivel basal, presencia de vómitos antes de su hospitalización, refiere que se cansa, tiene la sensación que le falta aire.
5. Perfusión tisular periférica ineficaz **R/C** aterosclerosis arterial en miembros inferiores **E/P** Cambios tróficos en los miembros inferiores con estigma de circulación insuficiente, informe de Eco doppler Arterial de Miembros Inferiores con compromiso del 62 de flujo arterial de la arteria poplítea izquierdo, refiere hormigueo en miembros inferiores y picazón plantar.
6. Deterioro de la Integridad cutánea **R/C** Hipoperfusión de miembros inferiores **E/P** Lesión abierta Wagner II, profunda de bordes nacarados de 2x2 cerca al dedo mayor, con secreción serosa, bordes irregulares y nacarados, refiere que hace dos semanas empezó formarse una herida en la planta del pie que no sana y tiene mal olor.

7. Riesgo de glicemia inestable **R/C** manejo inadecuado y desconocimiento en el control de la glucosa.
8. Riesgo de Infección **R/C** procedimiento invasivos.
9. Riesgo de lesión **R/C** descompensación del metabolismo de la glucosa
10. Baja Autoestima situacional **R/C** experimentar cambios en su rol social **E/P** Mal estado de higiene piel mucosas sucia, cabello desordenado, ropa sucia e inadecuada para la estación, Manifiesta expresiones negativas de sí mismo, no tiene mucha fe y esperanza que va mejorar.
11. Ansiedad **R/C** amenaza de cambios en su estado de salud, **E/P** Refiere que, si se va sanar, tengo miedo que me corten el pie, tiene la mirada perdida, expresa y repite frases a todo momento, se muerde las uñas, tiene las manos temblorosas, voz entrecortadas.
12. Disposición para mejorar el afrontamiento **R/C** Conductas favorables para cumplir con sus cuidados.

Priorización de los diagnosticos

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	N° DE ORDEN
Deterioro del intercambio gaseoso R/C alteración del mecanismo ventilatorio perfusión E/P PO2 82, PH. 7.22, PCO2 49, Saturación de oxígeno de 88%, polipnea FR 32 X', Rx. Con Radiopacidad en lóbulo izquierdo a nivel basal, presencia de vómitos antes de su hospitalización, refiere que se cansa, tiene la sensación que le falta aire.	1
Déficit del volumen de líquidos y electrolitos R/C perdidas activas E/P tengo sed y mucha hambre, vómitos de restos alimentarios, poliuria, piel y mucosa secas, signos de pliegue positivo (++), sodio sérico de 156 mEq.	2
Ansiedad R/C amenaza de cambios en su estado de salud, E/P Refiere que, si se va sanar, tengo miedo que me corten el pie, tiene la mirada perdida, expresa y repite frases a todo momento, se muerde las uñas, tiene las manos temblorosas, voz entrecortadas.	3
Perfusión tisular periférica ineficaz R/C aterosclerosis arterial en miembros inferiores E/P Cambios tróficos en los miembros inferiores con estigma de circulación insuficiente, informe de Ecodoppler Arterial de Miembros Inferiores con compromiso del 62 de flujo arterial de la arteria poplítea izquierdo, refiere hormigueo en miembros inferiores y picazón plantar.	4
Desequilibrio nutricional por exceso R/C Aporte excesivo al requerimiento calórico E/P peso de 74 Kg y una talla de 1.52 cm IMC 31.8 el cual denota una obesidad grado I. Preferencias por comidas copiosas de predominio de hidratos de carbono y bebidas azucaradas, poca actividad física, desconocimiento de hábitos de alimentación saludable.	5

Deterioro de la Integridad cutánea R/C Hipoperfusión de miembros inferiores E/P Lesión abierta Wagner II, profunda de bordes nacarados de 2x2 cerca al dedo mayor, con secreción serosa, bordes irregulares y nacarados, refiere que hace dos semanas empezó formarse una herida en la planta del pie que no sana y tiene mal olor	6
Gestión ineficaz del régimen terapéutico de la propia salud R/C deficiencia de competencias en el control de la diabetes E/P verbalización de tener control médico, preferencia por comidas copiosas, bebidas azucaradas, incumplimiento de las indicaciones médicas resultados de exámenes Glucosa 288 mg/dl. Urea 88 mg/dl, Creatinina de 1.8 mg/dl AGA y Electrolitos: PH 7.22, PO ₂ 81 mmhg, PCO ₂ 49, HCO ₃ 18, Ácido láctico en 1.8. Examen de orina presencia de leucocitos de 12 XC. Hematíes 4 – 5 XC.	7
Baja Autoestima situacional R/C experimentar cambios en su rol social E/P Mal estado de higiene piel mucosas sucia, cabello desordenado, ropa sucia e inadecuada para la estación, Manifiesta expresiones negativas de sí mismo, no tiene mucha fe y esperanza que va mejorar.	8
Riesgo de glicemia inestable R/C manejo inadecuado y desconocimiento en el control de la glucosa.	9
Riesgo de Infección R/C procedimiento invasivos.	10
Riesgo de lesión R/C descompensación del metabolismo de la glucosa.	11
Disposición para mejorar el afrontamiento R/C Conductas favorables para cumplir con sus cuidados.	12

2.4 Planteamiento; Ejecución de las intervenciones; Evaluación de los resultados

Datos	Diagnostico	Objetivos	Intervenciones (NIC)	Resultados (NOC)
<p>DATOS</p> <p>SUBJETIVOS</p> <p>Refiere que se cansa, tiene la sensación que le falta aire.</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>PO2 82, PH. 7.22, PCO2 49, Saturación de oxígeno de 88%, polipnea FR 32 X', Rx. Con Radiopacidad en lóbulo izquierdo a nivel basal, presencia de</p>	<p>Deterioro del intercambio gaseoso R/C alteración del mecanismo ventilatorio perfusión E/P PO2 82, PH. 7.22, PCO2 49, Saturación de oxígeno de 88%, polipnea FR 32 X', Rx. Con Radiopacidad en lóbulo izquierdo a nivel basal, presencia de vómitos antes de su hospitalización, refiere que se cansa, tiene la</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Paciente lograra un adecuado intercambio gaseoso durante el turno con ayuda de la enfermera.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Paciente mantendrá las vías aéreas permeables durante el turno con ayuda de la enfermera.</p> <p>Paciente recibirá soporte de oxígeno según requerimiento gasométrico durante</p>	<p>Extremar las medidas de bioseguridad que garantice un trabajo hospitalario optimo.</p> <p>Valorar los constantes vitales, en especial la respiratoria.</p> <p>Revisar, mantener limpio y libre las vías aéreas.</p> <p>Brindar soporte emocional permanente.</p> <p>Colocar las en paciente en posecion semi fowler.</p>	<p>Paciente al termino del turno queda con: PH. 7.35, PCO2 44, Sat. 94 %, FR 26 X', HCO3 23 mEq, presencia de murmullos vesciculares de pasaje de aire en ACP y en control radiológico de evidencia mayor traslucidez de aire.</p>

<p>vómitos bilioso +- 200 cc en 2 horas</p>	<p>sensación que le falta aire.</p>	<p>el turno con ayuda de la enfermera.</p>	<p>Hidratar al paciente con cloruro de sodio al 0.09% a razón de 160cc/Hora</p> <p>Administrar soporte de oxigeno por canula nasal 3 LPM.</p> <p>Monitorizar la saturación de oxigeno a través de gases arteriales y el pulsoxímetro.</p> <p>Coordinar con el medico sobre la posibilidad de un control radiológico.</p> <p>Nebulizar con suero fisiológico 5cc y fenoterol 8 gotas cada 6 horas.</p>	
---	---	--	---	--

			<p>Realizar fisioterapia respiratoria como capotaje, drenaje postural.</p> <p>Realizar el registro de enfermería como evidencia de trabajo enfermero.</p>	
--	--	--	---	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Oliveira, M.	2015	http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/es_0104-1169-rlae-0269-2581.pdf	Deterioro del intercambio gaseoso: precisión de las características definitorias en niños con infección respiratoria aguda	IV

1.5 Planteamiento; 2.4 Ejecución de las intervenciones; 2.5 Evaluación de los resultados

Datos	Diagnostico	Objetivos	Intervenciones (NIC)	Resultados (NOC)
<p>DATOS SUBJETIVOS: tengo sed y mucha hambre DATOS OBJETIVOS: vómitos de restos alimentarios, poliuria, piel y mucosa secas, signos de pliegue positivo (++) , sodio sérico de 156 mEq</p>	<p>Déficit del volumen de líquidos y electrolitos R/C perdidas activas E/P tengo sed y mucha hambre, vómitos de restos alimentarios, poliuria, piel y mucosa secas, signos de pliegue positivo (++) , sodio sérico de 156 mEq</p>	<p>Objetivo General Paciente lograda compensar el déficit de líquidos y electrolitos durante el turno con apoyo de la enfermera. Objetivos Especificos Paciente recibirá reposición de las pérdidas de líquidos y electrolitos de volumen a volumen durante el turno, con apoyo de la enfermera.</p>	<p>OXIGENOTERAPIA (3320) Realizar la practicas de las medidas de bioseguridad prolija en el trabajo enfermero. Brindar apoyo emocional al paciente indicando cada procedimiento. Instalar un acceso venoso periférico y permeable de gran calibre para la reposición de líquidos y electrolitos. Administrar dieta blanda suave + líquidos a voluntad, según tolerancia oral.</p>	<p>Al término del turno paciente se encuentra: Piel y mucosa hidratada, no se reporta vómitos, sodio sérico en 152 mEq/ dl, tolera líquidos orales a demanda inicia con alimentación enteral, balance hídrico positivo de 1255 cc.</p>

		<p>Paciente recibirá líquidos y electrolitos según requerimiento metabólico durante el turno con apoyo de la enfermera.</p>	<p>Administrar fluidos de solución salina al 0.09 %.</p> <p>Valorar a razón de 160 cc/hora.</p> <p>Administrar procinéticos EV Levosulperide 25 mg EV C/ 8 horas</p> <p>Controlar y valorar los signos vitales horario, en especial la frecuencia cardíaca y la presión arterial.</p> <p>Realizar un balance hídrico estricto que registra los ingresos y egresos de manera puntual.</p> <p>Reponer el volumen a volumen las pérdidas activas del momento.</p>	
--	--	---	--	--

			<p>Valorar el volumen urinario horario.</p> <p>Realizar el control de sodio serico para valorar el estado metabolico e hidratación del paciente.</p> <p>Valor permanentemente la turgencia de la piel y mucosa oral.</p> <p>Registra el trabajo en historia clínica .</p>	
--	--	--	---	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Cadenas, M.	2016	enfermeriaemergencia/deficit-de-volumen-de-liquidos	Déficit de volumen de líquidos	III

1.3 Planteamiento; 2.4 Ejecución de las intervenciones; 2.5 Evaluación de los resultados

Datos	Diagnostico	Objetivos	Intervenciones (NIC)	Resultados (NOC)
<p>DATOS SUBJETIVOS Refiere que, si se va sanar, tengo miedo que me corten el pie. DATOS OBJETIVOS Tiene la mirada perdida, expresa y repite frases a todo momento, se muerde las uñas, tiene las manos temblorosas, voz entrecortadas</p>	<p>Ansiedad R/C amenaza de cambios en su estado de salud, E/P Refiere que, si se va sanar, tengo miedo que me corten el pie, tiene la mirada perdida, expresa y repite frases a todo momento, se muerde las uñas, tiene las manos temblorosas, voz entrecortadas</p>	<p>Objetivo General Paciente permanecerá libre de los efectos de la ansiedad durante su permanencia en el hospital con apoyo de la enfermera. Objetivos Específicos Paciente aceptara su estado de salud actual en el turno con apoyo de la enfermera.</p>	<p>Ofrecer un ambiente físico terapéutico libre de efectos estresores con luz tenue, poca bulla o ruidos desagradable. Mantener informado de su estado de salud al paciente y la familia. Respetar su espacio y desiciones personales en cuanto a su preferencia de su reposo y descanso. Practicar una escucha activa en todo momento para comprender y despejar sus dudas,</p>	<p>Paciente al termino del turno se encuentra: Tranquila, comunicativa, con buena disposición a colaborar, permanece en compañía de su hija, refiere que se encuentra informado de su enfermedad y las consecuencias.</p>

		<p>Paciente lograra el control de los efectos de la ansiedad utilizando habilidades sociales en el turno con apoyo de la enfermera.</p>	<p>temores sin censura y códigos valorativos.</p> <p>Favorecer una conducta de afrontamiento de su propia salud y su entorno con participación activa de la familia.</p> <p>Brindar un soporte emocional efectiva e eficiente de parte de las enfermeras y equipo de salud.</p> <p>Administrar clonazepam 2 mg vo oral a las 10 de la noche para favorecer un sueño reparador.</p> <p>Brindar asesoramiento efectivo en técnicas en el uso de las técnicas de</p>	
--	--	---	---	--

			relajación para disminuir el nivel de ansiedad. Restringir las visitas de amigos o personas que considere nocivo.	
--	--	--	--	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Ferreyro, M.	2013	http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_artte	Ansiedad en los cuidados. modelo de Mishel	III

1.4 Planteamiento; 2.4 Ejecución de las intervenciones; 2.5 Evaluación de los resultados

Datos	Diagnostico	Objetivos	Intervenciones (NIC)	Resultados (NOC)
<p>DATOS SUBJETIVOS Refiere hormigueo en miembros inferiores y quemazón plantar</p> <p>DATOS OBJETIVOS Cambios tróficos en los miembros inferiores con estigma de circulación insuficiente, informe de Ecodoppler Arterial de Miembros Inferiores con compromiso del</p>	<p>Perfusión tisular periférica ineficaz R/C aterosclerosis arterial en miembros inferiores E/P Cambios tróficos en los miembros inferiores con estigma de circulación insuficiente, informe de Ecodoppler Arterial de Miembros Inferiores con compromiso del 62 de flujo arterial de la arteria poplítea izquierdo, refiere</p>	<p>Objetivo General Paciente lograra un adecuado perfusión tisular periférica efectiva miembro inferiores durante su estancia hospitalaria con apoyo de la enfermera.</p> <p>Objetivo Específico Paciente recibirá cuidados de la úlcera en los miembros inferiores con ayuda de la enfermera en el</p>	<p>Valorar la permeabilidad de la circulación periférica a través del pulso poplíteo y pedál del miembro inferior izquierdo.</p> <p>Coordinar con el medico la realización de un Ecodoppler de los Miembros inferiores.</p> <p>Realizar la valoración gasométricas de los electrolitos y gases arteriales.</p> <p>Valorar la ulcera por presión sus aspectos y características y estigma de la circulación colateral</p>	

<p>62% de flujo arterial de la arteria poplítea izquierdo,</p>	<p>hormigueo en miembros inferiores y picazón plantar</p>	<p>turno.</p> <p>Paciente recibirá un monitoreo de las características de la lesión y circulatorio de los miembro inferiores durante el turno.</p>	<p>Controlar los signos vitales las veces que sean necesarias</p> <p>Administrar antiagregante plaquetario Aspirina 100 mg VO después del almuerzo.</p> <p>Brindar soporte emocional para controlar la ansiedad.</p> <p>Realizar el registro enfermero como evidencia en historia clínica.</p>	
--	---	--	--	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
<p>Dominguez , M.</p>	<p>2018</p>	<p>www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-perfusion-inefectiva</p>	<p>Cuidados de Enfermería en un paciente con perfusión tisular inefectiva</p>	<p>IV</p>

1.5 Planteamiento; 2.4 Ejecución de las intervenciones; 2.5 Evaluación de los resultados

DATOS	DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES (NIC)	RESULTADOS (NOC)
<p>DATOS SUBJETIVOS Preferencias por comidas copiosas de predominio de hidratos de carbono y bebidas azucaradas, poca actividad física, desconocimiento de hábitos de alimentación saludable.</p> <p>DATOS OBJETIVOS: peso de 74 Kg y una talla de 1.52 cm</p>	<p>Desequilibrio nutricional por exceso R/C Aporte excesivo al requerimiento calórico E/P peso de 74 Kg y una talla de 1.52 cm IMC 31.8 el cual denota una obesidad grado I. Preferencias por comidas copiosas de predominio de hidratos de carbono y bebidas azucaradas, poca actividad física,</p>	<p>Objetivo General Paciente lograra un equilibrio nutricional con aporte calórico y proteico durante su permanencia en el hospital con apoyo de la enfermera.</p> <p>Objetivos Especificos Paciente recibirá dieta hospitalaria hipoglucida segun requerimiento durante el turno con ayuda de la enfermera.</p>	<p>Valorar el estado nutricional real, determinar peso y talla para hallar el índice de masa corporal.</p> <p>Fomentar en el paciente el desarrollo de actividad física después de su alta para mejorar una circulación eficaz y ayudar el metabolismo de la glucosa en reserva.</p> <p>Educar al paciente en el uso racional y correcta de</p>	<p>Al termino del turno paciente recibió dieta según requerimiento calórico.</p> <p>Refiere que recibió información en compañía de su familia sobre la importancia de la dieta en control de su diabetes.</p> <p>Muestra disposición para su control de glucosa capilar en horario.</p> <p>Acepta someterse en un programa de</p>

<p>IMC 31.8 el cual denota una obesidad grado I.</p>	<p>desconocimiento de hábitos de alimentación saludable.</p>	<p>Paciente recibirá una evaluación de su peso y talla para hallar su Índice de masa corporal con ayuda de la enfermera.</p>	<p>los principios nutritivos con restricción de hidratos de carbono y grasas, aumento de alimento con fibra.</p> <p>Administrar insulina corriente en bomba de infusión para control glicémico.</p> <p>Monitorizar la glicemia capital C/ horas</p> <p>Coordinar con la nutricionista del servicio, para estructurar un plan de régimen de alimentación después del alta para disminuir el peso y un control metabólico adecuado.</p>	<p>control de régimen dietético para bajar de peso y control metabólico.</p>
--	--	--	---	--

			<p>Supervisar la ingesta de la dieta hipograsa e hipoglucida según prescripción medica.</p> <p>Restringir dieta complementaria que no sean proporcionado por indicación medica</p> <p>Promover en el paciente el consumo de dieta hipocalórica, asumiendo conductas que modifiquen cambios en estilos de vida.</p> <p>Socializar con el paciente y la familia en la prescripción de alimentos de alto contenido calórico</p>	
--	--	--	--	--

			con los hidratos de carbono refinados y alimentos con preservantes y conservantes con alto contenido de grasas saturadas y sodio.	
--	--	--	---	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Campo, Z.	2018	.www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/desequilibrio-nutricional-coma-inducido.	Desequilibrio nutricional por defecto en un paciente en coma inducido.	III

1.6 Planteamiento; 2.4 Ejecución de las intervenciones; 2.5 Evaluación de los resultados

Datos	Diagnostico	Objetivos	Intervenciones (NIC)	Resultados (NOC)
<p>DATOS</p> <p>SUBJETIVOS</p> <p>Refiere que hace dos semanas empezó formarse una herida en la planta del pie que no sana y tiene mal olor.</p> <p>DATOS OBJETIVOS</p> <p>Lesión abierta Wagner II, profunda de bordes nacarados de 2x2 cerca al dedo mayor, con secreción serosa,</p>	<p>Deterioro de la Integridad cutánea</p> <p>R/C Hipoperfusión de miembros inferiores E/P Lesión abierta Wagner II, profunda de bordes nacarados de 2x2 cerca al dedo mayor, con secreción serosa, bordes irregulares y nacarados, refiere que hace dos semanas empezó formarse una herida en la planta del pie</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Paciente recupera la integridad cutánea durante su permanencia en el hospital con apoyo de la enfermera.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Paciente conocerá su estado nutricional actual de su estado salud y nutricional durante el turno.</p> <p>Paciente recibirá curación de las úlceras por presión de los</p>	<p>Estremar las medidas de bioseguridad en el trabajo hospitalario</p> <p>Realizar el uso correcto y adecuado de las soluciones antisépticas y sustancia hidrocoloide.</p> <p>Administrar Antibioticos Ciprofloxacino 40 Mg EV C/ 12 horas y Metronizazol 500 mg EV C/ 8 horas</p> <p>Realizar la curación de la úlcera pie diabético</p>	<p>Paciente al termino de turno:</p> <p>Con ulcera en pie de MMII izquierdo cubierta de gasa luego de la curación con sustancia hidrocoloide.</p> <p>Continua desprendiendo mal olor, inicio tratamiento antibiótico.</p> <p>Paciente recibió información sobre</p>

<p>bordes irregulares y nacarados</p>	<p>que no sana y tiene mal olor.</p>	<p>miembros inferiores durante el turno.</p>	<p>según técnicas asépticas correcta.</p> <p>Valorar y describir las características específicas del pie diabético.</p> <p>Mantener libre de cualquier presión o roce la el pie diabético</p> <p>Garantizar los cuidados de los pies en toda su extensión incluido cuidado en recorte de las uñas.</p> <p>Notificar la evolución del pie diabético.</p>	<p>su enfermedad y las consecuencias.</p>
---------------------------------------	--------------------------------------	--	---	---

			<p>Brindar soporte a la familia y cuidadores sobre técnicas de curación del pie diabético.</p> <p>Realizar el registro del trabajo enfermero como evidencia de su función .</p>	
--	--	--	---	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
De las casas, L.	2015	http://www.index-f.com/de_lascasas/documentos.pdf	ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA	II

1.7 Planteamiento; 2.4 Ejecución de las intervenciones; 2.5 Evaluación de los resultados

Datos	Diagnostico	Objetivos	Intervenciones (NIC)	Resultados (NOC)
<p>DATOS SUBJETIVOS verbalización de tener control médico, preferencia por comidas copiosas, bebidas azucaradas, incumplimiento de las indicaciones médicas</p> <p>DATOS OBJETIVOS Resultados de Glucosa 288 mg/dl. Urea 88 mg/dl,</p>	<p>Gestión ineficaz del régimen terapéutico de la propia salud R/C deficiencia de competencias en el control de la diabetes E/P verbalización de tener control médico, preferencia por comidas copiosas, bebidas azucaradas, incumplimiento de las indicaciones médicas resultados de exámenes</p>	<p>Objetivo General Paciente lograra una gestión eficaz se su propia salud durante su permanecia en el hospital con ayuda de la enfermera.</p> <p>Objetivos Específicos .</p> <p>Paciente y familiar lograra una adaptación social que fomente cambio en estilos de vida durante el turno.</p>	<p>Motivar al paciente diabético para promover cambios en su estilo de vida sobre todo en la parte nutricional del paciente. General en el paciente una conducta de autoresponsabilidad en sus cuidados personales, referente a su alimentación, ejercicios y aseo personal.</p> <p>Fomentar una cultura y adherencia al tratamiento medico y cuidados</p>	<p>Paciente al termino de la jornada laboral manifiesta: Su mejor disposición para mejorar su control de peso, metabólico, cambiar en su estilo de vida saludable. Familiares se comprometen asumir su control y supervisión de la salud del paciente.</p>

<p>Creatinina de 1.8 mg/dl AGA y Electrolitos: PH 7.22, PO₂ 81 mmhg, PCO₂ 49, HCO₃ 18, Ácido láctico en 1.8. Examen de orina presencia de leucocitos de 12 XC. Hematíes 4 – 5 XC.</p>	<p>Glucosa 288 mg/dl. Urea 88 mg/dl, Creatinina de 1.8 mg/dl AGA y Electrolitos: PH 7.22, PO₂ 81 mmhg, PCO₂ 49, HCO₃ 18, Ácido láctico en 1.8. Examen de orina presencia de leucocitos de 12 XC. Hematíes 4 – 5 XC.</p>	<p>Paciente y familiar asumirá una conducta favorables a favor de la salud durante el turno.</p> <p>Paciente y familiar recibirán información de parte de la enfermera sobre conductas sanitarias a practicar en el futuro.</p>	<p>personales de manera efectiva y eficiente</p> <p>Apoyar al paciente en la toma de sus decisiones de cuidado siempre que sean favorable.</p> <p>Promover la participación del paciente en el programa de control del pie diabético.</p> <p>Otorgar una educación sanitaria continua con ejemplos practicos para su comprensión.</p> <p>Educación sanitaria</p> <p>Cumplir con los preceptos que se establecen en las guías del control de pacientes diabéticos.</p>	<p>Agradece a las enfermeras por las diferentes consejerías .</p>
--	--	---	---	---

			Registro del trabajo enfermero en historia clínica.	
--	--	--	---	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Diaz, M.	2011	http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-139.pdf	Proceso Enfermero Basado en el Modelo de Promoción de la Salud	II

CAPÍTULO III.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1 Conclusiones

- Primera. El proceso de atención de enfermería como metodología científica para brindar cuidado humanizado, es aplicado parcialmente, existe resistencia de los enfermeros mas antiguos en el servicio de emergencia, Hospital Maria Auxiliadora, mientras los enfermeros jóvenes se muestran mas proactivos, sociabilizan y sintonizan mejor con los formatos de atención de enfermería que se encuentra en pleno implementación.
- Segunda. El servicio de emergencia del Hospital Maria Auxiliadora no cuenta con herramientas como Manual de Procedimientos actualizado, protocolo de atención para atender a un paciente con Diabetes Mellitus Descompensado.
- Tercera. Existe déficit de enfermeras del servicio de emergencia, la demanda supera la oferta, los pacientes en tópicos de medicina Hospital Maria Auxiliadora, llegan con complicaciones, el caso específico es un paciente con Diabetes Mellitus tipo 2, con complicación de Crisis hiperosmolar, que requiere manejo de bomba de infusión para la administración de Insulina, control seriado y horario de glucosa, completar los exámenes auxiliares.
- Cuarta. Se aprecia deficiencia en la comunicación terapéutica de todo los elementos de cuidado en el servicio de emergencia, Hospital Maria Auxiliadora existe poca capacidad de coordinación entre enfermeros, los pacientes y familiares son informados de manera parcial, muchas veces no se utiliza los canales correspondientes para informar al paciente, la familia y el personal a mando.

3.2 Recomendaciones

Primero. A las enfermeras del servicio de emergencia Hospital Maria Auxiliadora , realizar un ciclo de capacitación intensivo en la utilización del proceso de atención de enfermería para utilizar el nuevo formato en vigencia, que tiene la estructura completa y sistematizada con un lenguaje universal, que responde a la necesidad del enfermero.

Segundo. Las enfermeras del servicio de emergencia en coordinación con la jefa de enfermeras del Hospital Maria Auxiliadora, deben procurar actualizar el manual de organización y funciones, elaborar guías de atención a pacientes con diabetes mellitus con componente académico, administrativo y científico, que permitan brindar un cuidado eficiente, eficaz y sobre todo humano..

Tercera. El jefe del servicio de emergencia en coordinación con el Director del Hospital Maria Auxiliadora, gestionar de manera urgente mayor dotación de enfermeros y la logística completa para brindar un cuidado con alta calidad, a los pacientes diabéticos.

Cuarta. A Jefe de la oficina de docencia y capacitación organizar cursos de actualización que promueva trabajo en equipo, desarrollo de nuevas competencias de intervención que responda a la realidad del Servicio de Emergencias Hospital Maria Auxiliadora.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, J. (2016). *Prevalencia de Neuropatía periférica en miembros inferiores en personas con diabetes mellitus tipo 2* 2016.
- Asociación Americana de Diabetes. (2017). *Expert Committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. Report of the Experts Diabetes Care. The United States, 2017.*
- Asociación Latinoamericana de diabetes. (2015). *Guías de Diagnóstico, Control y Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. (ALAD) Editorial Edimédicas. Colombia, 2015.*
- Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD). (2013). *“Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.*
- Alegría, E. (2018). *Obesidad, síndrome metabólico y diabetes: Implicaciones cardiovasculares y actuación terapéutica. Departamento de Cardiología Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona. Revista Española de Cardiología, 2018.*
- Barrio, R. (). *Diabetes tipo 2 en la edad pediátrica. Unidad de Diabetes Pediátrica. Hospital Ramón y Cajal. Revista de Pediatría Integral. Madrid, 2013.*
- Barceló, A. (2011). *La diabetes en las Américas. Boletín epidemiológico. Organización. Panamericana de la Salud-OPS. 2011*
- Cabrera, E. y Perich, P. (2016). *Diabetes autoinmune del adulto en diabéticos tipo 2: Frecuencia y características. Revista Cubana de Endocrinología, 2016*
- Cornelio, C. (2018). *En la tesis titulada Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del paciente con Diabetes Mellitus Tipo II en el*

Consultorio de Endocrinología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2018.

Cortes, S. (2015). *En la tesis titulada Cuidado del paciente con diabetes mellitus tipo 2: un análisis cualitativo de tesis elaboradas en la Escuela Militar de Enfermeras en México.*

Cooper, D. (2014). *Manual de Terapéutica Médica. Washington University School of Medicine. Department of Medicine. Editorial Wolters Kluwer. Estados Unidos, 2014*

Custodio, B. (2015). *En la tesis titulada Factores de riesgo de complicaciones en pacientes con diabetes tipo II en el Servicio de Medicina del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano – Huánuco.*

Chávez, J. (2010). *Principales Factores de Riesgo y Características Clínicas epidemiológicas de los pacientes con Retinopatía Diabética atendidos en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguían Escobedo de EsSalud. Marzo, abril y mayo del 2010.*

Chisaguano E. (2015). *En la tesis titulada Estilos de vida en los pacientes con diabetes tipo II que asisten al club de diabéticos del Centro de Salud N.- 1 de la Ciudad de Latacunga en Ecuador.*

Federación Internacional de Diabetes (FID). (2015). *Perspectivas mundiales de la diabetes. Revista Diabetes Voice. España, 2015*

Gerrero, S. (2018). *En la tesis titulada Cuidado de enfermería en personas con diabetes mellitus tipo 2, según la Teoría de la Atención Burocrática, en Chile.*

Gasteiz, V. (2012). *Guía de Práctica Clínica sobre diabetes tipo 1. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. España, 2014.*

Gómez D. (2012). *Guía de manejo de diabetes.PDF 2012.*

- Gómez, J. y Beltrán, S. (2014). *Cambios inducidos por la enfermedad renal crónica en los pacientes con diabetes. Avances en Diabetes España, 2014.*
- Gonzales, M. (2011). *Obesidad y diabetes tipo 2. Investigación en salud. México, 2011.*
- González, R. y et al.(2010). *Características clínicas de la diabetes mellitus en un área de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. Cuba, 2010.*
- Instituto Mexicano de Seguro Social Guía de Práctica Clínica (GPC). (2015). *Diagnóstico y de la diabetes mellitus tipo 2. España, 2015.*
- Ministerio de Salud. (2015). “*Guía técnica: guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención*”
- Matías, R. (2017). *En la tesis titulada Intervenciones de enfermería en la atención a pacientes con diabetes tipo ii en el primer nivel de atención. Distrito de Xalbal Ixcan, Elquiché.*
- López, M. (2015). *Riesgo cardiovascular en la diabetes mellitus tipo 2. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. España, 2015.*
- López, T. Diabetes un problema de Salud Pública. Boletín epidemiológico. MINSA Dirección General de Epidemiología. Lima, 2016.
- López, T. (2012). *Vigilancia epidemiológica de diabetes resultados del piloto en 5 hospitales. Boletín epidemiológico. MINSA- Dirección General de Epidemiología. Lima, 2012*
- Organización Mundial de la Salud. (2015). “*Centro de Prensa*” *Nota descriptiva N°312.*
- Ortiz, A. (2010). *Prospectivas de la diabetes tipo 2 en México, en la población de más de 60 años (2010-2030)”. Tijuana, B.C., México, 2010.*

- Organización Mundial de la Salud. (2015). *“Calidad de vida y diabetes”*
- Ramón, J. (2016). *“Reserva pancreática y control metabólico en la diabetes mellitus”*. Departamento de Medicina de Madrid. España, 2016.
- Rivero, R. (2016). *En la tesis titulada Conocimiento sobre autocuidado en pacientes adultos mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2 en El Hospital de Ventanilla, en Lima*
- Raile, M. Y Cols. 2011. *“Modelos y teorías en enfermería”*. 7ma edición, edición libros – España.
- Ramos, W. (2015). *Vigilancia epidemiológica de diabetes en hospitales piloto al III trimestre. Boletín epidemiológico. MINSA- Dirección General de Epidemiología. Lima, 2015.*
- Soriguer, F. y et al. (2014). *Prevención de la diabetes mellitus tipo 2. Medicina Clínica Barcelona. España, 2014.*
- Salvador, J. y Escalada, J. (2018). *Importancia el control del peso en el deterioro metabólico de la diabetes tipo 2. Avances en Diabetología. España, 2018.*
- Seclén, S. (2014). *Prevalencia de Obesidad, diabetes mellitus e hipertensión Arterial en Perú. Acta Médica Peruana Julio- Setiembre 2014.*
- Smeltzer, S. Y Cols. (2013). *“Enfermería médico quirúrgico”*. 12va edición, Mc. Graw- HILL, Interamericana – México.
- Sociedad Española de diabetes. (2016). *Prediabetes y diabetes tipo 1 de reciente diagnóstico. Editorial Mayo. Madrid, 2016.*
- Tejada, J. (2014). *Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en los pacientes con diabetes. Avances en Diabetes. España, 2014.*
- Untiveros, M. y et al. (2014). *Diabetes mellitus tipo 2 Revista Médica Heredia. Perú, 2014;*

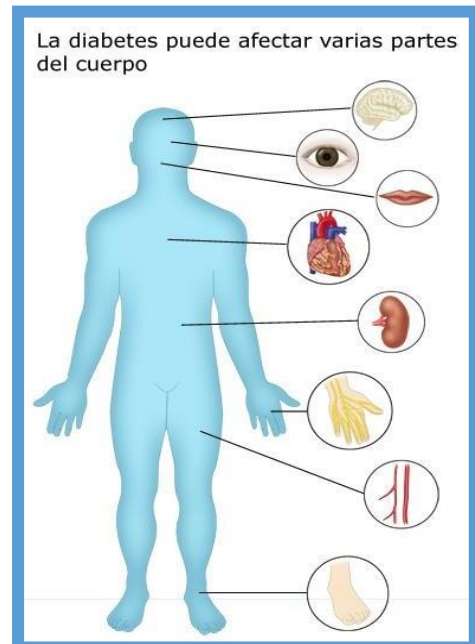
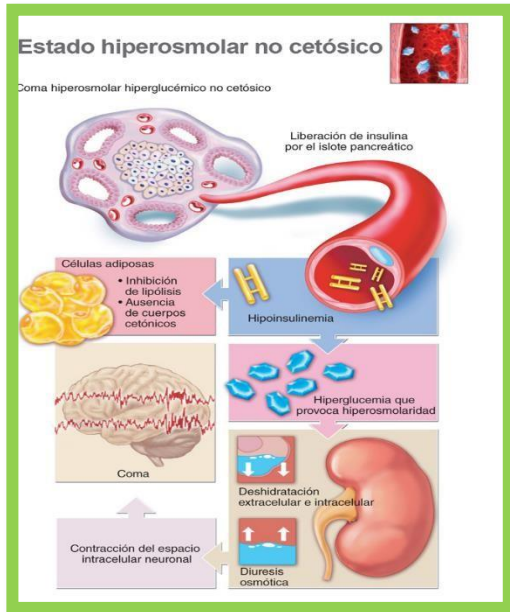
Universidad Autónoma de Nuevo León. (2004). *Dirección General de Bibliotecas. España, 2004.*

Vega, M. (2015) En la tesis titulada Calidad de vida y los factores Biosociales del adulto mayor con Diabetes Mellitus Tipo II. EsSALUD. Cajamarca.

Villegas, A. (). *Control y complicaciones crónicas de la diabetes mellitus en EsSALUD, 2014.*

Zubizarreta, K. y et al. (2014). *Relación entre características antropométricas y su repercusión en diabéticos tipo 2. Revista Ciencias Médicas. Cuba, 2014*

ANEXOS







COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS

Micro vasculares

Ojos

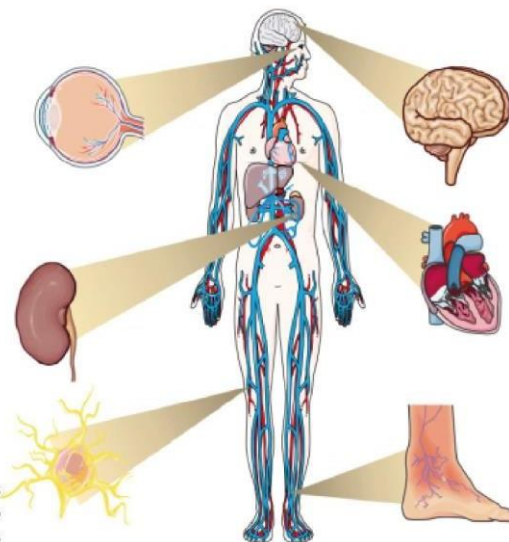
Los niveles altos de glucosa en sangre y la presión arterial alta pueden dañar tus vasos sanguíneos causando retinopatía, cataratas y glaucoma.

Riñón

La presión arterial alta puede dañar pequeños vasos sanguíneos y representa una sobrecarga de trabajo para el riñón lo que resulta en nefropatía.

Neuropatía

La hiperglucemia daña los nervios del sistema nervioso periférico, lo que resulta en dolor. Las heridas en los pies pueden ser indetectables lo que puede llevar a una infección y a desarrollar gangrena.



Macro vasculares

Cerebro

Aumento de riesgo de accidentes cardiovasculares, enfermedad cerebrovascular, incluyendo ataque isquémico transitorio, deterioro cognitivo.

Corazón

La presión arterial alta y la resistencia a la insulina aumenta el riesgo de enfermedad coronaria.

Extremidades

La enfermedad vascular periférica provoca estrechamiento de los vasos sanguíneos, lo que ocasiona disminución del flujo sanguíneo en las piernas. Las heridas en los pies cicatrizan más lento, lo que puede contribuir a desarrollar gangrena y otras complicaciones.

Autorización para la ejecución del estudio.



Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú
"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

CONSTANCIA

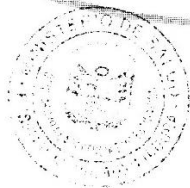
El que suscribe, el Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital María Auxiliadora, **CERTIFICA**, Que el **TRABAJO ACADÉMICO**, Versión del 05 de agosto del presente; Titulado: **"CUIDADO DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DIABETES MILLITUS TIPO 2 EN EL ADULTO MAYOR SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2019"**; con Código Único de Inscripción: HMA/CIEI/040/19, presentado por el Investigador Principal: Lic. Yolanda Vicenta MAMANI PAUCAR, ha sido **REVISADO**.

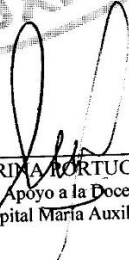
Asimismo, concluyéndose con la **APROBACIÓN** expedida por el **Comité Institucional de Ética en Investigación**. No habiéndose encontrado objeciones de acuerdo con los estándares propuestos por el Hospital María Auxiliadora.

Esta aprobación tendrá **VIGENCIA** hasta el **04 de agosto del 2020**. Los trámites para su renovación deben iniciarse por lo menos a 30 días hábiles previos a su fecha de vencimiento.

San Juan de Miraflores, 05 de agosto del 2019.

Atentamente




LUZ MARINA CORTUGAL ROJAS
Jefe de la Oficina Apoyo a la Docencia e Investigación
Hospital María Auxiliadora

LMPR/abf.
c.c. Investigador Principal.
c.c. Archivo.