

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**TRAYECTORIA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL FORTALECIMIENTO DE
ESTILOS DE VIDA SALUDABLE - HOSPITAL AURELIO DÍAZ UFANO
Y PERAL – ESSALUD 2015 – 2016.**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN
EMERGENCIAS Y DESASTRES**

ROSALINDA FLORES ESPINOZA

**CALLAO - 2018
PERU**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|-----------------------------------|------------|
| ➤ DRA. ANGELICA DIAZ TINOCO | PRESIDENTA |
| ➤ DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI | SECRETARIA |
| ➤ DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA | VOCAL |

ASESORA: DRA. ANA MARÍA YAMUNAQUÉ MORALES

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 146

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 05/03/2018

Resolución Decanato N° 665-2018-D/FCS de fecha 26 de febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Marco Conceptual	10
2.3 Definición de Términos	20
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	22
3.1 Recolección de Datos	22
3.2 Experiencia Profesional	22
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	23
IV. RESULTADOS	28
V. CONCLUSIONES	34
VI. RECOMENDACIONES	35
VII. REFERENCIALES	36
ANEXOS	39

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus tipo 2 considerada como una de las principales enfermedades crónicas que afectan la salud a nivel mundial, no solo por las altas tasas de morbilidad, mortalidad e invalidez, sino también por su repercusión a nivel individual, familiar y comunitario.

La diabetes mellitus tipo 2 constituye un factor de riesgo de enfermedad coronaria, enfermedad cardiovascular periférica y lesiones cerebrales relacionados con la presencia de hipertensión dislipidemia y obesidad (5,6).

La mayoría de las causas de hospitalización del diabético se pueden prevenir con una buena educación, información sobre estilos de vida saludable y un adecuado programa de reconocimiento temprano de complicaciones. La principal causa de muerte de la persona con diabetes mellitus tipo 2 es cardiovascular. Prevenirla implica un manejo integral de todos los factores de riesgos tales como la hiper/hipoglicemia, dislipidemia, la hipertensión arterial (6).

La Federación Internacional dio a conocer el Atlas de la Diabetes donde realiza estimaciones sobre datos actuales del comportamiento de la Diabetes Mellitus y las previsiones para el 2,035. Nuevas cifras, estimaron que en 2,016 había 382 millones de personas con Diabetes en el mundo y que esta cifra se incrementará hasta 592 millones para el 2,035, siendo los países de bajos y medianos ingresos, los que se enfrentan a incremento de este padecimiento (3).

El presidente de la Sociedad Peruana de Endocrinología precisó que, según el Ministerio de Salud, la Diabetes Mellitus es la décimo tercera

causa de mortalidad en el país y debido a su alta prevalencia y ya es considerada como una epidemia a nivel mundial (6).

El presente informe esta descrito en 7 capítulos: Capítulo I contiene planteamiento del problema, capítulo II marco teórico, capítulo III experiencia profesional, capítulo IV resultados, capítulo V conclusiones, capítulo VI recomendaciones, VII referenciales y finalmente los anexos que demuestran evidencias de las intervenciones de enfermería en el servicio de emergencia del hospital Aurelio Díaz ufano y peral.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

La Organización Mundial de Salud (OMS) estima que en el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes. Y que el 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios (2). Así en el año 2016.

La organización mundial de la salud (OMS) realiza un informe estadístico donde reportó que existían más de 135 millones de personas con diabetes en el mundo, en la actualidad estas cifras siguen ascendiendo y se calcula que para el año 2030 serán 438 millones aproximadamente es decir, una de cada 11 personas (1).

Sin embargo, estas cifras pueden ser aún menores que la realidad, ya que se considera que la mitad de los afectados desconocen su situación, por padecer la enfermedad en grado leve y que cerca del 40% de las personas obesas sufre diabetes sin saberlo (2).

En América Latina y en los países en desarrollo, la diabetes mellitus tipo2 también va en ascenso ocupando el primer lugar Surinam con 11.76%, Guyana 11.02%, Uruguay con 9.14%, Chile 8.94%. Y en Perú 8.11% (3,5).

Clásicamente la DMT2 se desarrolla en la población mayor de 40 años de edad con estilo de vida sedentario y régimen nutricional inadecuado que asociados al antecedente familiar de DMT2 promueven el deterioro en el perfil metabólico (Intolerancia a la glucosa) cuya presentación oscila entre 4 y 7 años previos al inicio de la enfermedad (4).

Sin embargo a nivel de Perú el Instituto Nacional de **Estadística e Informática** (INEI), informó que a nivel nacional, en el año 2015, el

2,9% del total de la población de 15 y más años de edad reporta tener **diabetes** mellitus diagnosticada por un profesional de la salud, según el documento “Indicadores de Programas Presupuestales 2011 – 2015”(7).

Durante el 2016 se registraron más de 50 mil casos de pacientes con diabetes mellitus tipo de 39 a 50 años y más de 47 mil en mayores de 60 años, solo en los hospitales del ministerio de salud (7).

A nivel local en el hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral, en el servicio de Emergencia acuden mensualmente 120 – 130 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en estado crítico, descompensado, con hiperglicemia o hipoglicemia poniendo en riesgo su vida (8).

Sin embargo la experiencia en el servicio permitió la observación de los pacientes y familiares que ingresan al servicio de trauma shocks letárgicos, con trastornos de sensorio, somnolientos, diaforéticos etc... Posteriormente en la entrevista informal manifestaron: “señorita no pude completar el tratamiento porque me olvido de tomar las pastillas; ¡él se escapa de la casa y come de todo en la calle; no cumple con su alimentación adecuada”; “yo solo tengo diabetes emotiva por eso no hago dieta y no tomo esas pastillitas”; entre otros. Percibiendo ciertas debilidades por lo que es necesario que la enfermera enfatice y aplique los cuidados de enfermería en la promoción y prevención de la diabetes mellitus tipo 2, mediante la educación en estilos de vida saludable.

1.2 Objetivo

Describir la trayectoria del Cuidado de Enfermería al paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 en el fortalecimiento de Estilos de Vida Saludable del servicio de Emergencia del Hospital Aurelio Díaz ufano y peral periodo 2015 - 2016.

1.3 Justificación

Dado que la Diabetes Mellitus tipo II es un problema de salud pública a nivel mundial y que afecta tanto a hombres como a mujeres, sin distinción de raza, sexo etc., y debido a las repercusiones que tiene en el individuo y la sociedad, en el presente informe laboral se da a conocer la trayectoria de los cuidados de enfermería al paciente diabético que contribuyen a disminuir la incidencia de los casos de diabetes descompensados y complicados que frecuentemente llegan a la emergencia.

La esencia del cuidado integral es dirigido al paciente y familia orientando y fortaleciendo la autoestima del paciente mediante la educación en salud referente a su dieta y autocuidados en el hogar evitando la descompensación de la diabetes y por ende disminuir el reingreso al servicio de emergencia que influye directamente en la percepción que tengan de sí mismos y su calidad de vida.

Optimizar el Programa de Diabéticos en el Servicio de consulta externa, con el fin de empoderar a los pacientes de su enfermedad, para que sean ellos participes activos del manejo, logrando transformación de estilos de vida saludable.

Por lo tanto este informe laboral favorecerá a la institución la optimización de considerar las estrategias innovadoras para el cuidado del paciente en la consulta externa, tornándolos conscientes y participantes activos de su enfermedad.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes:

A continuación, se describen los siguientes hallazgos

A. ANTECEDENTES INTERNACIONAL:

Bautista, M., Zambrano, E. La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos Tipo 2. Tesis de Maestría en Enfermería con énfasis en Gerencia en Servicios de Salud. Universidad Francisco de Paula Santander, Cúcuta Colombia (2015). Realizaron dicho estudio con el objetivo de describir y comparar por sexo la calidad de vida percibida por los adultos con enfermedad diabética tipo 2, pertenecientes a instituciones de salud del primer nivel de atención, Metodología, Estudio cuantitativo descriptivo, transversal, con una muestra constituida por 287. Resultados: de los pacientes diabéticos tipo 2 que participaron en el estudio, el 62,3 % tenía una calidad de vida media, respecto a la percepción subjetiva del estado de salud, el 46,7 % consideró tener un estado de salud bueno. En la relación de las puntuaciones promedio obtenidas en cada una de las sub escalas, la más afectada es la del impacto en el tratamiento con una puntuación directa promedio de 41,1% y la menos afectada es la preocupación por los efectos futuros de la enfermedad, con 9,9%. El estudio mostró que los 287 pacientes diabéticos tipo 2 perciben que la calidad de vida no se afecta en gran medida por la presencia de la enfermedad (9).

Vásquez, A., Gaztambide, S. Estudio en Incidencia y factores de riesgo de diabetes mellitus Tipo 2. Lejona (Vizcaya) España (2013). El objetivo fue Conocer la incidencia y factores de riesgo, el método fue estudio prospectivo a 10 años realizado en Lejona (Vizcaya) España en una población de más de 30 años de edad (n = 584). Tras un estudio de prevalencia

efectuado en 2002, se revaluó 10 años más tarde a la misma población. Se recogieron datos sobre edad, sexo, índice de masa corporal, antecedentes familiares de diabetes, presión arterial sistólica y diastólica y glucemia en sangre capilar tras sobrecarga oral de glucosa que se valoró según criterios de la Organización Mundial de la Salud. Concluyendo que la incidencia acumulada de diabetes mellitus tipo 2 en Lejona fue similar a la encontrada en otros países europeos. La presencia de tolerancia anormal a la glucosa y cifras más elevadas de glucemia favorecen la progresión a diabetes mellitus tipo 2. El incremento del índice de masa corporal parece desempeñar un papel precipitante en la progresión a diabetes mellitus tipo 2(10).

B. ANTECEDENTES NACIONALES:

Alayo, I., Horna, J. Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado en adultos con Diabetes Mellitus Tipo 2 Hospital I Essalud. Florencia de Mora. Trujillo (2013). El objetivo fue de determinar el nivel de conocimiento y su relación con la práctica de autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo 2, Este estudio de investigación es de tipo descriptivo - correlacional, se realizó durante los meses de Marzo – Agosto del 2013 en el Hospital I Florencia de Mora Essalud Trujillo en el Programa de Diabetes, participaron 84 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se aplicaron 2 instrumentos: El primer cuestionario orientado hacia el nivel de conocimiento y el segundo hacia la práctica de autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo 2. Se observó que el 88.1% tiene un nivel de conocimiento bueno, el 11.9% regular y el 0% deficiente; un 85.7% tienen práctica de autocuidado bueno, el 14.3% regular y un 0% malo. Consecuentemente para el análisis estadístico se utilizó la prueba de chi cuadrado ($X^2= 11.824$, con nivel de significancia p

= 0.001) la cual es menor al 0.05 nivel estándar. Concluyendo que existe relación altamente significativa entre el Nivel de Conocimiento y Práctica de Autocuidado en Adultos con Diabetes Mellitus tipo 2. Hospital I Florencia de Mora - Essalud, Trujillo 2013. Palabras claves: Nivel de Conocimiento y práctica de Autocuidado (12).

Lagos. H., Flores, N. Funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el Hospital de Carlos La Hoz - Puente Piedra. Universidad San Martín de Porres. Lima (2012). El objetivo fue determinar la relación entre la funcionalidad familiar y el automanejo de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial en pacientes de 30-80 años, asistentes al consultorio de medicina interna en el hospital Carlos La Hoz de Puente Piedra-Lima; la Metodología fue un estudio cuantitativo, diseño correlacional, de corte transversal, con una población de 100 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial; se emplearon 2 instrumentos: apgar familiar y automanejo en enfermedades crónicas , obtuvieron los resultados que muestran una correlación positiva entre la funcionalidad familiar y el automanejo (Rho de Spearman=0,43); además, el 54% de familias de los participantes evaluados fueron moderadamente disfuncionales y el 7% gravemente disfuncionales. El automanejo de los pacientes fue regular en un 56% e inadecuado en el 9%. Llegaron a la siguiente conclusión que la funcionalidad familiar y el automanejo son variables que se encuentran asociados de forma directa, lo cual influye en los patrones del comportamiento de las personas que viven con diabetes mellitus de tipo 2 y la hipertensión arterial (11).

2.2. Marco Conceptual

2.2.1. Diabetes mellitus tipo 2

La diabetes DM2 es un trastorno metabólico que se caracteriza por hiperglucemia (nivel alto de azúcar en la sangre) en el contexto de resistencia a la insulina y falta relativa de insulina, en contraste con la diabetes mellitus tipo 1, en la que hay una falta absoluta de insulina debido a la destrucción de los islotes pancreáticos(13).

Los síntomas de la DM2 aparecen lentamente. Algunas personas ni siquiera los notan, como son: Tener mucha sed, Orinar frecuentemente, Sentirse hambriento o cansado, Perder peso sin proponérselo, Tener heridas que sanan lentamente, Visión borrosa (13,14).

La DM2 es controlada inicialmente con el aumento de ejercicio y cambios en la dieta. Si la glucemia no baja adecuadamente con estas medidas, pueden ser necesarios medicamentos como la metformina o la insulina. En los pacientes tratados con insulina, típicamente existe el requisito de revisar rutinariamente la glucemia (13).

La DM2 es típicamente una enfermedad crónica asociada con una disminución de la esperanza de vida de diez años. Las complicaciones a largo plazo de la hiperglucemia pueden incluir enfermedades del corazón, derrames cerebrales, retinopatía diabética (afecta la vista), insuficiencia renal que puede requerir diálisis y mala circulación en las extremidades que conduce a amputaciones. La cetoacidosis es una complicación aguda y característica de la diabetes tipo 1, es poco común, sin embargo puede ocurrir un coma hiperosmolar hiperglucémico (15,16).

Diagnóstico de la diabetes

El diagnóstico de diabetes se basa en la presencia de concentraciones sanguíneas de glucosa (glucemia) inusualmente altas. Se lleva a cabo una detección sistemática o cribado, dirigido a las personas consideradas de riesgo de diabetes, pero que no presentan síntomas (14).

Determinación de los niveles de glucosa en sangre

Para medir la glucemia, se obtiene una muestra de sangre en ayunas, es decir, sin haber comido nada desde la noche anterior. Sin embargo, es posible tomar muestras de sangre después de la comida. En este caso, se considera normal cierto aumento en la glucemia, pero incluso entonces los valores no deben ser muy altos. El valor de la glucemia en ayunas no debe superar los 126 mg/dl. Incluso después de comer, este valor no debe exceder los 200 mg/dl (14).

Hemoglobina A_{1c} o glucosilada

También se mide la concentración sanguínea de una proteína, la hemoglobina A_{1c} (llamada hemoglobina glucosilada o glicosilada). La hemoglobina es una sustancia de color rojo, que transporta el oxígeno en los glóbulos rojos (eritrocitos). Cuando la sangre está expuesta a hiperglucemia durante un tiempo, la glucosa se une a la hemoglobina y forma hemoglobina glucosilada. La concentración de hemoglobina A_{1c} (fracción de la hemoglobina sujeta a A_{1c}) refleja la tendencia de la glucemia a largo plazo y no su comportamiento ante cambios rápidos. Si la concentración de hemoglobina A_{1c} es del 6,5% o más, se padece diabetes, pero si la concentración se encuentra entre el 5,7% y el 6,4%, se diagnostica prediabetes(13).

Prueba de tolerancia oral a la glucosa

Se puede realizar otro tipo de análisis de sangre, una prueba de tolerancia oral a la glucosa, en ciertas situaciones, como cuando se efectúan pruebas de cribado de la diabetes gestacional en mujeres embarazadas o si se trata de personas de edad avanzada que tienen síntomas de diabetes, pero cuya glucemia en ayunas es normal. No obstante, no es una prueba que se realice de forma rutinaria para detectar la diabetes, ni siquiera en las mujeres embarazadas con poco riesgo, ya que es muy engorrosa (13).

Consiste en obtener una muestra de sangre para medir la glucemia en ayunas y, a continuación, dar a beber al paciente una solución especial que contiene una cantidad alta y precisa de glucosa. Durante las 2 o 3 horas siguientes se obtienen varias muestras de sangre, que se analizan para determinar si la glucemia aumenta de forma anómala (13).

Pruebas de detección de la diabetes

A menudo, la glucemia se comprueba en el transcurso de una exploración física periódica. La comprobación anual de la glucemia es especialmente importante a edad avanzada, ya que la frecuencia de la diabetes aumenta en este grupo etario. Es posible tener diabetes, en particular del tipo 2, e ignorarlo.

No existen pruebas rutinarias para la detección de la diabetes tipo 1, pero es particularmente importante hacer las pruebas de detección en personas con riesgo de diabetes tipo 2, incluyendo personas de más de 45 años de edad, personas con sobrepeso, personas con la presión arterial alta y/o un trastorno de los lípidos como el colesterol alto, personas con antecedentes familiares de diabetes,

mujeres que presentaron diabetes durante el embarazo o tuvieron un bebé que pesó más de 4 kg al nacer, personas de ascendencia afroamericana, nativa americana, latinoamericana o asiático-americana(14).

Complicaciones de la diabetes

La diabetes daña los vasos sanguíneos, haciendo que se estrechen y por lo tanto se restrinja el flujo sanguíneo. Dado que los vasos sanguíneos de todo el cuerpo se ven afectados, las personas pueden presentar muchas complicaciones de la diabetes. Muchos órganos pueden verse afectados, en particular los siguientes órganos: En el Cerebro, riesgo de accidente cerebrovascular, Ojos (retinopatía diabética), riesgo de ceguera, Corazón riesgo de problemas cardiovasculares, Riñones (nefropatía diabética) riesgo de insuficiencia renal y Nervios (neuropatía diabética), puede causar sensibilidad en los pies (13).

Tratamiento de la diabetes: Para el tratamiento de la diabetes según la asociación Latinoamérica de diabetes es la dieta bajo en calorías, ejercicios, educación, en la diabetes tipo 2 se administran fármacos por vía oral y a veces inyecciones de insulina (13).

2.2.2. Estilos de vida saludable

Los estilos de vida saludable hacen referencia a un conjunto de comportamientos o actitudes cotidianas que realizan las personas, para mantener su cuerpo y mente de una manera adecuada.

De igual modo, el estilo de vida es la base de la calidad de vida, concepto que la Organización Mundial de la Salud OMS- define como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del

sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes (18).

Los estilos de vida están relacionados con los patrones de consumo del individuo en su alimentación, de tabaco, así como con el desarrollo o no de actividad física, los riesgos del ocio en especial el consumo de alcohol, drogas y otras actividades relacionadas y el riesgo ocupacional. Los cuales a su vez son considerados como factores de riesgo o de protección, dependiendo del comportamiento, de enfermedades transmisibles como de las no transmisibles (Diabetes, Enfermedades Cardiovasculares, Cáncer, entre otras).

La calidad de vida está relacionada con los aspectos de: satisfacción en las actividades diarias, satisfacción de las necesidades, logro de metas en la vida, participación de factores personales y socio ambientales (18).

La estrategia para desarrollar estilos de vida saludables radica esencialmente, según Bassetto (2013), en el compromiso individual y social que se tenga, sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona (19). Algunos ejemplos de estilos de vida saludable son: Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación, Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción, brindar afecto y mantener la integración social y familiar, Tener acceso a seguridad social en salud, el autocuidado de la salud, controlar factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes, realizar actividades

en tiempos libres y disfrutar del ocio, mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad(19).

2.2.3. Los cuidados de Enfermería

Vera Regina Waldow define el cuidado en Enfermería como “todos los comportamientos y actitudes que se demuestran en las acciones que le son pertinentes, o sea, aseguradas por derecho, y desarrolladas con competencia para favorecer las potencialidades de los sujetos a quienes se cuidan (incluyendo su familia), para mantener o mejorar la condición humana en el proceso de vivir y morir”, por competencia entiendo todas “las cualidades necesarias al desarrollo de las actividades de enfermería traducidas en conocimiento, habilidades y destreza manual, creatividad, sensibilidad, pensamiento crítico, juicio y capacidad de toma de decisiones”.(27)

Los cuidados de enfermería están fundamentados en cuatro conceptos fundamentales. El primer concepto refiere al ser humano, es decir que los cuidados se centran en todas las funciones biológicas, psíquicas y emocionales del paciente. El segundo de estos conceptos consiste en la salud, lo cual alude a la ausencia de enfermedad física y moral de una persona. El tercer concepto hace referencia al entorno, para lo cual se tiene en cuenta todos aquellos factores que componen el entorno más cercano del paciente. Y el último concepto es el de los cuidados de enfermería en sí mismos, cuidados preventivos, paliativos, curativos (24).

2.2.4. Calidad del cuidado de Enfermería

La calidad de los cuidados de Enfermería es un concepto que consiste en poner en marcha el máximo de elementos

posibles para garantizar a los pacientes una calidad de seguimiento diagnóstico y terapéutico adaptado. Cuando la calidad de los cuidados es buena el paciente se beneficia de los mejores resultados posibles en función de su patología. La calidad de los cuidados es óptima si se respetan los criterios de presupuesto y cuando los riesgos de complicaciones o de las enfermedades que pueden derivarse de los cuidados de estos pacientes (patologías iatrogenas) están limitadas al máximo.

2.2.5. Intervención de Enfermería

Las Intervenciones (actividades o acciones enfermeras), son las encaminadas a conseguir un objetivo previsto, de tal manera que en el Proceso de Atención de Enfermería, debemos de definir las Intervenciones necesarias para alcanzar los Criterios de Resultados establecidos previamente, de tal forma que la Intervención genérica, llevará aparejadas varias acciones.

N.I.C. (Nursing Interventions Classification)

C.I.E. (Clasificación de Intervenciones de Enfermería)

Definición de Intervenciones:

Se define como una Intervención Enfermera a “Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”.

Las Intervenciones de Enfermería pueden ser directas o indirectas.

Intervención de Enfermería directa es un tratamiento realizado directamente con el paciente y/o la familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo.

Estas acciones de enfermería directas, pueden ser tanto fisiológicas como psicosociales o de apoyo.

Intervención de Enfermería indirecta es un tratamiento realizado sin el paciente pero en beneficio del mismo o de un grupo de pacientes.

2.2.6. Teoría de Dorothea Orem

Dorothea Elizabeth Orem (Baltimore, 15 de julio de 1914 – Savannah, 22 de junio de 2007) fue una de las enfermeras teóricas estadounidenses más destacadas. Fue una teórica de la enfermería Moderna y creadora de la Teoría enfermera del déficit de autocuidado, conocida también como Modelo de Orem.

Ha descrito la Teoría General del Autocuidado, la cual trata de tres subteorías relacionadas:

La teoría del autocuidado

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo (20):
Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua,

eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana, Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez, Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud (20).

La teoría del déficit de autocuidado:

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera (20).

La teoría de sistemas de enfermería:

En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas: Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo, la acción de la enfermera es que cumple con el autocuidado terapéutico del paciente; Compensa la incapacidad del paciente; da apoyo al paciente y le protege: Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados mediante la acción de la enfermera que desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente; compensa las limitaciones de

autocuidado; ayuda al paciente, y también la acción del paciente es desempeñar la actividad de autocuidado; acepta el cuidado y ayuda a la enfermera (20,21).

Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda de la enfermera que regula el ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado y el accionar del paciente es que cumple con el autocuidado.(20,21)

Naturaleza del autocuidado:

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Orem contempla el concepto auto como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él (20).

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar, el cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos; El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado (21).

Al hacer referencia al autocuidado, Dorotea E. Orem señala que la enfermería se caracteriza por realizar acciones que

permiten a la persona mantener su salud, bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida y la salud, curar las enfermedades y hacer frente a sus efectos. Por otro lado afirma que el autocuidado es una actividad del individuo aprendido por este y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficios de la vida salud y bienestar. Afirmación, que es asumida por los profesionales de enfermería quienes al brindar su cuidado se encuentran con seres humanos que tienen diversas necesidades, desde las más simples hasta las más complejas (20, 21). Define el objetivo de enfermería como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener así mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. Esta teoría está constituida en tres teorías relacionadas entre sí: teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado, teoría de los sistemas de enfermería. La persona diabética, debe asumir la responsabilidad del manejo de la enfermedad día a día. Esto incluye no sólo la administración de insulina o la ingesta de hipoglucemiantes orales, sino también la colaboración en el control y análisis de la concentración de glucosa en la sangre, en la dieta, régimen de ejercicio indicado por el médico, en la higiene y cuidado de sus pies (22,23).

2.3. Definición de términos

- a) **Cuidado.-** Es más que un acto singular o actitud, es “un modo de ser”, es la forma como la persona humana se estructura y se

realiza en el mundo con los otros, podríamos decir que es “un modo de ser en el mundo”, que funda las relaciones que se establecen con todas las cosas, significa una forma de existir y coexistir; en esta coexistencia y convivencia el ser humano va construyendo su propio ser, su auto conciencia y su auto identidad (24).

- b) **Cuidar en Enfermería.-** Es la ciencia del cuidado cuya práctica se orienta en el abordaje humanístico, considerando los cuidados instrumentales, referidos a la atención de las necesidades más relacionadas al aspecto físico y biológico del usuario, y el cuidado expresivo es considerado la dedicación, la paciencia y el respeto mutuo.(25).
- c) **Cuidado de enfermería en el paciente adulto.-** Es la esencia de la profesión y pertenece a dos esferas distintas: una objetiva, que se refiere al desarrollo de técnicas y procedimientos y otra subjetiva que se basa en la sensibilidad, creatividad e intuición, consiste en tener una visión paradigmática de la atención humanizada al paciente y su familia respetando sus características e individualidades 26).
- d) **Estilos de vida saludable:** Hace referencia a un conjunto de comportamientos o actitudes cotidianos que realizan las personas para mantener su cuerpo y mente de una manera adecuada (27).

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos:

Estudio cuantitativo, descriptivo, explorativo en el que se utilizó la observación, entrevista informal, libro de registros del servicio de Emergencia y base de datos de la oficina de estadística (unidad de planeamiento y calidad) Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral.

3.2. Experiencia Profesional:

La experiencia profesional se inicia en el año 2009 con el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS), donde asumí mayores responsabilidades como coordinadora de los programas preventivos de salud (Programa del control de tuberculosis, programa de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones). Afianzando en la educación en salud.

En el año 2010 ingreso a laborar en la Clínica Particular Lima tambo, sede San. Juan de Lurigancho desempeñando funciones de Enfermera asistencial y rotando por las áreas.

En octubre del 2012 empiezo a laborar en el hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral Essalud rotando por los por los diferentes servicios de Consulta Externa, Tópico de curaciones e inyectables, Salud del Adulto Mayor, Programa de Control de Tuberculosis, Hospitalización de Cirugía y Medicina, Centro Quirúrgico y Sala de Operaciones; en el año 2013 paso al Servicio de Emergencia hasta el día de hoy. Durante toda esta experiencia extra e intra hospitalaria y hasta la actualidad ha fortalecido el objetivo de estudio de la enfermera que es el cuidado al paciente diabético, en casos muy graves que peligran la vida del paciente que frecuentemente acuden al servicio de Emergencia, además que la labor educativa en salud desarrollada por la enfermera es un instrumento de construcción para la participación de los actores sociales en los servicios de salud y al

mismo tiempo profundizar la intervención de la ciencia en la vida cotidiana de las familias y sociedad contribuyendo en la mejora de los estilos de vida saludable.

Haciendo un análisis en paralelo de la experiencia desde el a 2010 a la fecha se han incrementado los casos de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que acuden de forma, cada vez más frecuente, a la Emergencia, muchas veces descompensados con hiperglicemia o hipoglicemia, al conversar con el paciente en una entrevista informal al paciente, familia y/o cuidador manifestaron: ***“señorita no pude completar el tratamiento porque me olvido de tomar las pastillas”***; el familiar refiere ***“él se escapa de la casa y come de todo en la calle no cumple con su alimentación adecuada”***; ***“yo solo tengo diabetes emotiva por eso no hago dieta y no tomo pastillas”***; ***“hay me provoco comer dulces y gaseosa” entre otros.***

Ante esta situación, el equipo de enfermería se fortalece incorporando al servicio de Emergencia estrategias sobre promoción y prevención de la diabetes mellitus mediante las charlas educativas, consejerías de estilos de vida saludable que se brindan a los pacientes y familiares que acuden al servicio.

3.3. Procesos Realizados en el tema de informe:

En la actualidad, como enfermera asistencial del servicio de Emergencia puedo percibir la complejidad del sistema de salud, así como las necesidades tanto del personal asistencial como del paciente diabético y sus familiares que tienen que tener modificaciones y transformaciones de saberes como cuidar/cuidado de la salud en la vida cotidiana.

Ya que los pacientes diabéticos que acuden al servicio de emergencia son aquellos que no lograron obtener una cita para ingresar al programa preventivo de salud del adulto mayor.

En el servicio de Emergencia labora 21 Enfermeras atendiendo 180 pacientes diarios en las diferentes áreas por lo que se evidencia una recargada labor, así mismo la disponibilidad de cupos que oferta el hospital no logra la cobertura de los pacientes que esperan ser atendidos, por tener una extensa población de asegurados adscritos a este hospital, considerando que el distrito de San Juan de Lurigancho es uno de los distritos más poblados del Perú.

Observando esta situación álgida, la coordinación, los comités de capacitación y el grupo de enfermeros del servicio plantearon estrategias al equipo de gestión; Logrando que una enfermera más sea designada como responsable del programa de síndrome metabólico que consta en captar pacientes en el tiraje de emergencia para ser evaluados oportunamente y no llegar a complicaciones severas. También se realiza educación sanitaria sobre los cuidados de enfermería en pacientes diabéticos mediante las charlas educativas, consejerías, de estilos de vida saludable.

Descripción del área laboral

El hospital Aurelio Díaz y peral fue creado el 15 de marzo del 2000 con resolución de Minsa- Essalud N° 0012-13- 2000, se encuentra ubicado en el jirón Rio Majes s/n de la asociación pro vivienda los pinos San Juan de Lurigancho; El servicio de Emergencia se encuentra ubicado en el primer piso, que cuenta con cuatro tópicos como son: tópico de Medicina Interna, tópico de cirugía, tópico de ginecología, tópico de pediatría y la unidad de shock trauma; en el área de observación cuenta con 8 camas para observación de adultos y 6 cunas para pediatría además cuenta con el área de unidad de vigilancia intensiva que comprende 4 camas.

Recursos humanos:

En el servicio de Emergencia trabajamos 21 enfermeras y 16 técnicos de enfermería en turnos rotativos.

Funciones desarrollados en la actualidad en el servicio de Emergencia

a. En el área asistencial:

Laboramos 21 enfermeros que formamos parte del equipo interdisciplinario e intersectorial participando en el cuidado integral de los asegurados y su familia cuidando la salud del individuo en forma personalizada, integral y continúa teniendo en cuenta sus necesidades y respetando sus valores, costumbres, creencias cumpliendo los principios de asepsia, antisepsia y bioseguridad, con principios éticos y legales en los contextos de desempeño, realizamos el cuidado de Enfermería, como método científico de la profesión registrando en la historia clínica las intervenciones de enfermería realizadas según las técnicas y procedimientos como indica en el Manual de organización y funciones ver anexo 3.

- Colocación de catéter endovenoso, para la administración de los diferentes fármacos indicados por el medico aplicando los diez correctos.
- Se ejecuta la preparación y administración de fármacos por diferentes vías.
- Se realiza control de funciones vitales para identificar alteraciones hemodinámicas.
- Colocación de sonda nasogástrica, sonda vesical y sonda rectal según la necesidad del paciente.
- Se realiza la preparación física preoperatorio del paciente según el tipo de intervención y las normas del servicio.
- Se realiza la recepción del paciente revisando en la historia clínica antecedentes personales y familiares, y complementarios en correspondencia con el motivo de ingreso.

- Se identifica reacciones adversas de los fármacos y otras sustancias para detener la aplicación y participar en la valoración y la toma de decisiones de forma autónoma o en colaboración con el médico, para ejecutar acciones según el caso.
- Identificamos signos y síntomas en emergencias tales como: sangrado, shock hipovolémico hiperglicemia, shock, convulsiones, infecciones, paro cardiorespiratorio y participar en la valoración y la toma de decisiones de forma autónoma o en colaboración con el médico, para ejecutar acciones según el caso.
- Se participa en Reanimación Cardiopulmonar básica y avanzada
- Se realiza cuidados post mortum con el fallecido entre otros.

b. En el área administrativa:

En el servicio de Emergencia contamos con una coordinadora quien realiza las actividades administrativas, sin embargo en las guardias nocturnas y/o feriados se asume y se realiza actividades administrativas.

c. En el área docente:

Se desarrolla actividades de docencia ya que en el hospital llegan practicantes de enfermería e internos de medicina, también se capacita a los técnicos de enfermería.

Caso clínico

Paciente varón de 48 años con 90 kilos de peso ingresa al servicio de trauma shock, en camilla traído por familiar quien refiere "A mi hermano le encontré tirado en el suelo y no me responde"; "No sé si tiene alguna enfermedad"; Al examen el paciente se encuentra con trastorno de sensorio, responde al

estímulo del dolor, diaforético hiperventilando, se coloca al monitor de funciones vitales P/A:135/80mgh, FC: 124xmin, SatO2: 96%, T°: 39°C , HGT: HI

Seguidamente se canaliza catéter endovenoso y se inicia la infusión de cloruro de sodio al 9% 2000cc, además se administra insulina 10UI S/C y metamizol 1gr vía IM, de inmediato se cursa exámenes de laboratorio, radiografía de tórax, que pasado 2 horas se vuelve a controla HGT: HI, se continua con hidratación de cloruro de sodio y agua destilada al medio, percibiendo que el paciente no mejora la fiebre persiste, el medico continua con la evaluación de resultados de laboratorio donde se muestra la glucosa 800mg/dl, alteraciones en los resultados de aga y electrolitos; llegando al Diagnostico medico: cetoacidosis metabólica, diabetes mellitus tipo 2, trastorno de sensorio, paciente se encuentra en mal estado general escala de Glasgow disminuye, paciente es entubado y se inicia infusión de insulina por vía ev , pasaron 2 horas paciente continua en mal estado, médico de guardia decide referir al paciente a otro hospital de mayor nivel de atención, ya que se ha brindado los cuidados pertinentes agotando todas las capacidades resolutivas de nuestro hospital, puesto que este es un hospital de nivel II.

Después de 8 horas de ingreso del paciente, continua en mal estado y es trasladado al hospital Almenara, al siguiente día reportan que el paciente falleció.

IV. RESULTADOS

Durante el tiempo que laboro en el servicio de emergencia pude observar que los pacientes con diabetes mellitus se va incrementado y por tanto acuden al servicio de emergencia con mucha frecuencia en estados descompensados.

Tabla N° 4.1

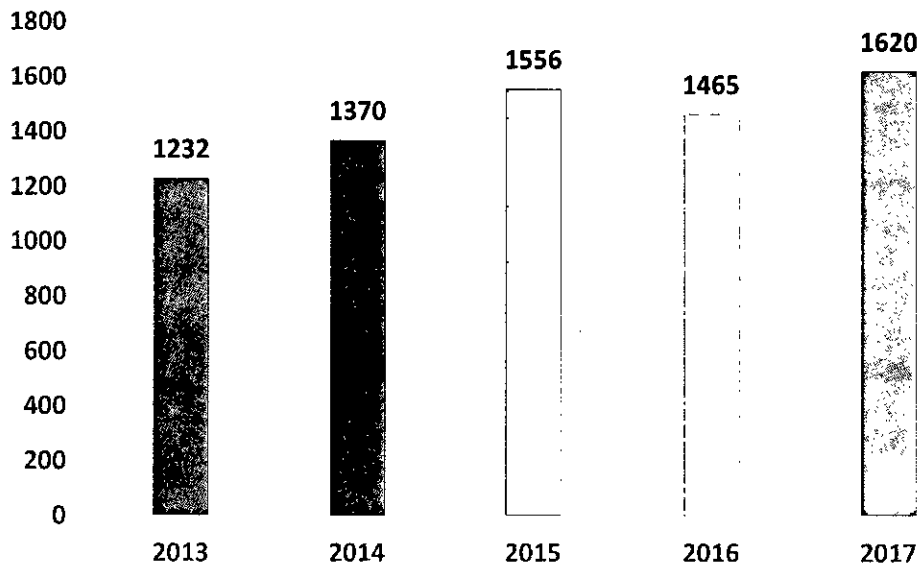
Pacientes atendidos en los diferentes tópicos de emergencia con diagnósticos de diabetes mellitus, hipoglicemia e hiperglicemia

AÑOS	PACIENTES NUEVOS
2013	1232
2014	1370
2015	1556
2016	1465
2017	1620

Fuente: Oficina de estadística, unidad de planeamiento y calidad. Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral.

Gráfico N° 4.1

Pacientes atendidos en los diferentes tópicos de emergencia con diagnósticos de diabetes mellitus, hipoglicemia e hiperglicemia



Fuente: Oficina de estadística, unidad de planeamiento y calidad. Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral.

En el gráfico 4.1 se puede observar que de los 7234 pacientes que fueron atendidos durante los 5 últimos años, en el 2017 fue el mayor número de pacientes que acudieron a servicio de Emergencia en comparación al año 2013 que fue el de menor número de atenciones, demostrando la descompensación del paciente con DM2 por las múltiples visitas a la Emergencia.

Tabla N° 4.2

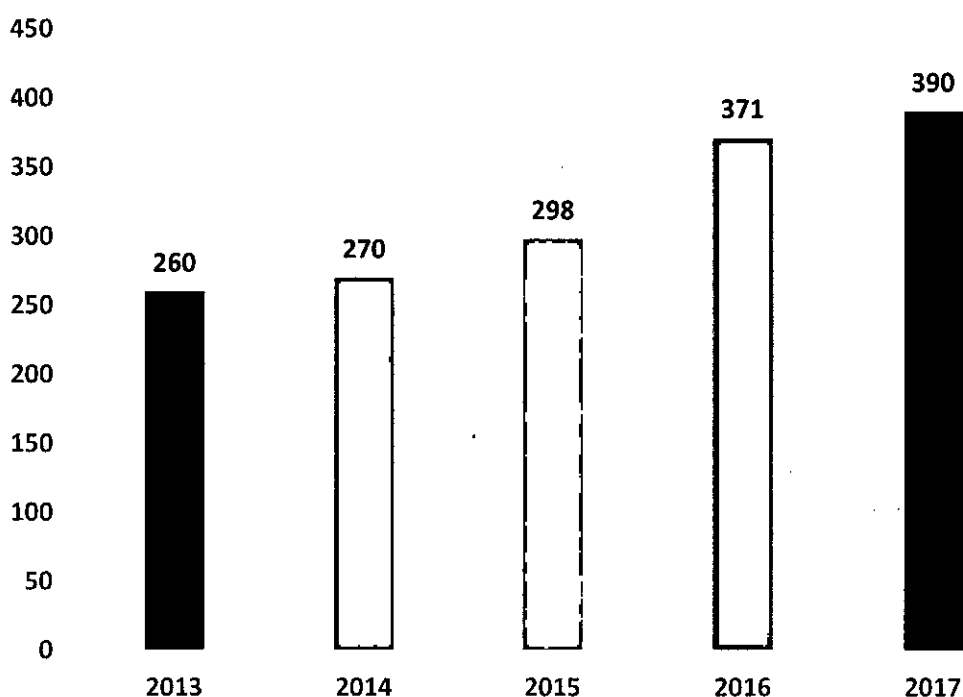
Pacientes nuevos ingresados con diabetes mellitus al programa preventivo del adulto mayor del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral

AÑOS	PACIENTES NUEVOS
2013	260
2014	270
2015	298
2016	371
2017	390

Fuente: Oficina de estadística, unidad de planeamiento y calidad.
Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral.

Gráfico N° 4.2

Pacientes nuevos ingresados con diabetes mellitus al programa preventivo del adulto mayor del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral



Fuente: Oficina de estadística, unidad de planeamiento y calidad. Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral.

En el cuadro 4.2 se puede observar que en el año 2017 hubo 390 paciente nuevos que ingresaron al programa preventivo del adulto mayor de consulta externa, y en el año 2013 se observa que es el menor número de pacientes, coincidiendo con los informes de la OMS que esta enfermedad es un problema mundial que va en ascenso. Por lo que es de vital importancia la educación del paciente y familia en estilos de vida saludable para no llegar a complicaciones graves que incapacitan a la persona.

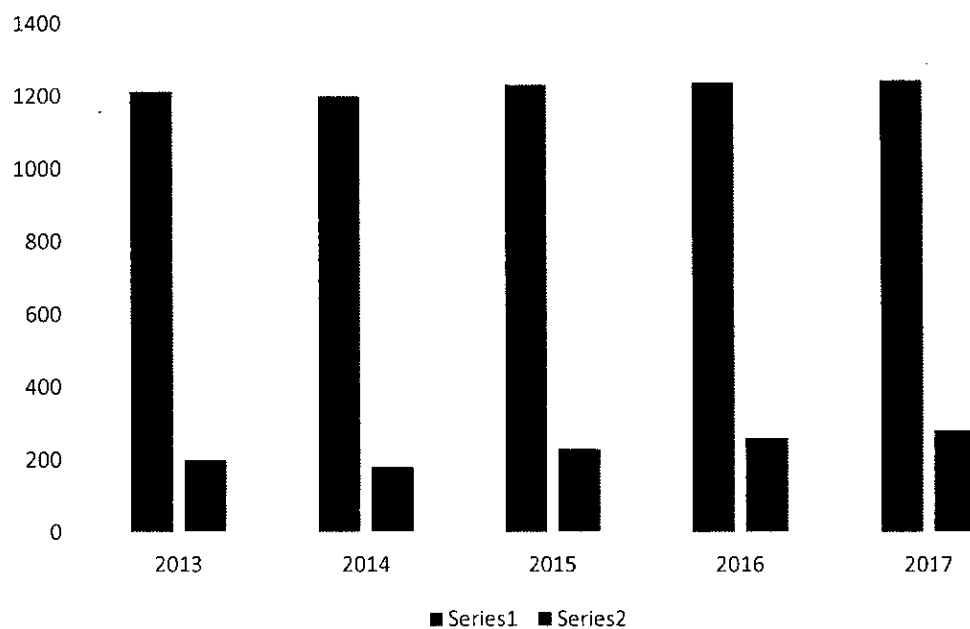
CUADRO N° 4.3

ACTIVIDADES EDUCATIVAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Total
Consejerías y/o orientaciones	1214	1200	1230	1235	1240	6119
Charlas educativas	200	180	230	260	280	1150

Fuente: Cuaderno de registros de educación sanitaria.

GRAFICO N° 4.3



En el cuadro se muestra las actividades preventivas promocionales que se realiza con la finalidad de capacitar a los pacientes y familia en los cuidados de la diabetes mediante los estilos de vida saludable, se brinda charlas y consejerías a los usuarios en las diferentes salas de espera.

V. CONCLUSIONES

- a) Según las estadísticas se puede revelar que la visión de la educación en salud a los pacientes es aún limitada porque no se logra que los pacientes con diabetes mellitus tomen conciencia de su enfermedad y mejoren los estilos de vida saludable; las enfermeras deben entender que el acto educativo es una acción continua, que en la práctica pasa solo a través de orientación, transferencia de conocimientos y responder a las preguntas planteadas por los pacientes con diabetes mellitus.

- b) Se puede observar que el mayor número de pacientes con diabetes mellitus que acuden al servicio de Emergencia son pacientes descompensados con hiperglicemia e hipoglicemia, por desconocimiento de los cuidados de la enfermedad como el abandono del tratamiento, la dieta inadecuada.

- c) Las actividades realizadas por las enfermeras se dan a través de las consejerías, orientaciones y charlas educativas a los pacientes con diabetes y su familia, al mismo tiempo para lograr el cuidado de su salud.

- d) En algunas oportunidades se carece de material educativo para la actuación en la promoción y prevención del cuidado del paciente diabético.

VI. RECOMENDACIONES

- a) A los profesionales de enfermería se recomienda explorar las competencias del cuidado en la dimensión física, emocional y espiritual, además de tener el dominio del método y de la variedad de estrategias educativas para cuidar en situaciones de alegría y tristeza, entendiendo así que una buena recuperación no depende solo del tratamiento terapéutico sino también de las nuevas formas de enseñar al paciente y familia innovando los cuidados de Enfermería.
- b) A la institución para que elabore nuevas estrategias de educación como (Estilos de vida saludable), para el paciente y su familia y que contribuyan a la mejora de su calidad de vida y disminuyan las visitas a la emergencia en estadios complicados.
- c) Enseñar y educar a los pacientes y familia crea oportunidades de discusiones y reflexiones al respecto del régimen terapéutico además de proporcionar el aprendizaje de los mismos, los pacientes verán a la enfermera como una facilitadora y no solo como la responsable del tratamiento y prevención de las complicaciones de la diabetes mellitus.
- d) A los actores sociales que brinden facilidades para la aplicación de estrategias sanitarias proporcionando materiales educativos para la mejor difusión.

VII. REFERENCIALES

1. American Health Organization. Día mundial de la diabetes. 2017. Recuperado de [http:// www.paho.org](http://www.paho.org)
2. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la diabetes: Resumen de Orientación. 2016; Pág. 4.
3. Organización Mundial de la Salud. Datos sobre la Diabetes Mellitus. Who Media Centre. 2011; 8(2): 10-15.
4. Organización Panamericana de la Salud. Diabetes en Las Américas. Boletín epidemiológico. 2009; 22(2): 3.
5. Vargas Uricocha H, Casas Figueroa L. (2015) Epidemiología de la Diabetes Mellitus en Sudamérica: La experiencia de Colombia. Pág. 246.
6. XVII Congreso de Endocrinología. (Agosto del 2017). Organizado por la sociedad peruana de Endocrinología. Recuperado de <http://www.alad-americalatina.org>
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Indicadores de Programas Presupuestales 2011 – 2015; Pag.7
8. Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral (Essalud). Unidad de estadística 2017.
9. Bautista, M., Zambrano, E. (2015). La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos Tipo 2. Tesis de Maestría en Enfermería con énfasis en Gerencia en Servicios de Salud. Universidad Francisco de Paula Santander, Cúcuta.

10. Vázquez, A., Gaztambide, S. (2013). Estudio en Incidencia y factores de riesgo de diabetes mellitus Tipo 2. Lejona (Vizcaya).
11. Lagos. H., Flores, N. (2012). Funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el Hospital de Carlos La Hoz - Puente Piedra. Universidad San Martín de Porres. Lima.
12. Alayo, I., Horna, J. (2013) Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado en adultos con Diabetes Mellitus Tipo 2 Hospital I Essalud. Florencia de Mora. Trujillo.
13. Kumar F, Abbas, Abul R, Robbins S. *Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease* (7 edición). Philadelphia. 2005; pp.1194-1195.
14. Gardner D. *Greenspan's basic & clinical endocrinology* (9 Edición). New York: McGraw-Hill Medical. 2011; pp. Chapter 17.
15. *Williams textbook of endocrinology*. (12 edición). Philadelphia. pp. 1371-1435.
16. Fasanmade, Odeniy, Ogbera (2008). Diabetic ketoacidosis: diagnosis and management. *African journal of medicine and medical sciences*. 37 (2): 99-105.
17. Ripsin C, Kang H, Urban R (2009). Management of blood glucose in type 2 diabetes mellitus. *Am Fam Physician* 79 (1): 29-36.
18. Del Águila R. Promoción de estilos de vida saludable y prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor. Organización Panamericana de la Salud.

19. Basseto G (2013). Estilos de vida saludable. Mejorando la calidad de vida. Pág. 16.
20. Orem, D. E. (2013) Modelos enfermeros. <http://caldas.blogspot.com>
21. Asociación Latinoamericana de Diabetes. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. 1999; 1(2):48-80.
22. Pender, N. (2010) Modelo de Promoción de la Salud. Conferencia - Taller dirigido a profesionales de Enfermería y Profesionales de la Salud. 1(1): 79-95.
23. Boff L. (2009) Saber Cuidar: Ética do humano, Compaxio pela terra, Vozes. Metropolis - Brasil.
24. Watson J. (1988) The Theory of Human Caring: retrospective and prospective. Nursing Science. USA.
25. Neves E. (2002). Las Dimensiones de cuidar en enfermería: concepciones teórico filosóficas. Escuela Anna Nery 6(1):79-92.
26. Doktuz. (2010). Estilos de vida saludable, <https://www.doktuz.com>
27. Waldow, R. (2012) Cuidar: Expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis.

ANEXOS

ANEXO N° 1

**PACIENTES ATENDIDOS EN LOS DIFERENTES TÓPICOS DE EMERGENCIA CON DIAGNÓSTICOS DE DIABETES MELLITUS,
HIPOGLICEMIA Y HIPERGLICEMIA PERIODO 2015**

CODIGO	DESCRIPCION DE DIAGNOSTICO	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total general
E10.1	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, CON CETOACI			1			1	1				1		4
E10.2	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, CON COMPLIC								1					1
E10.3	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, CON COMPLIC								2			2		4
E10.4	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, CON COMPLIC								1					1
E10.5	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, CON COMPLIC				1							1		2
E10.7	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, CON COMPLIC							1						1
E10.9	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCION	1			3	1				1		2		8
E11.0	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, CON COMA					1								1
E11.1	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, CON CETO			1						2				3
E11.4	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, CON COMP							1	1				1	3
E11.5	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, CON COMP												1	1
E11.7	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, CON COMP	4	3	1	3	6	3	1	2	2	3	4	3	35

E11.8	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, CON COMP			1					5				2	8
E11.9	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, SIN MENC	46	54	65	59	55	58	58	44	43	57	79	40	658
E16.2	HIPOGLICEMIA, NO ESPECIFICADA	5	12	8	5	4	8	2	6	4	5	4	3	66
R73.9	HIPERGLICEMIA, NO ESPECIFICADA	70	56	63	41	67	47	67	72	72	75	77	53	760
	Total general	121	122	136	105	126	113	127	122	119	137	160	96	1556

ANEXO N° 2

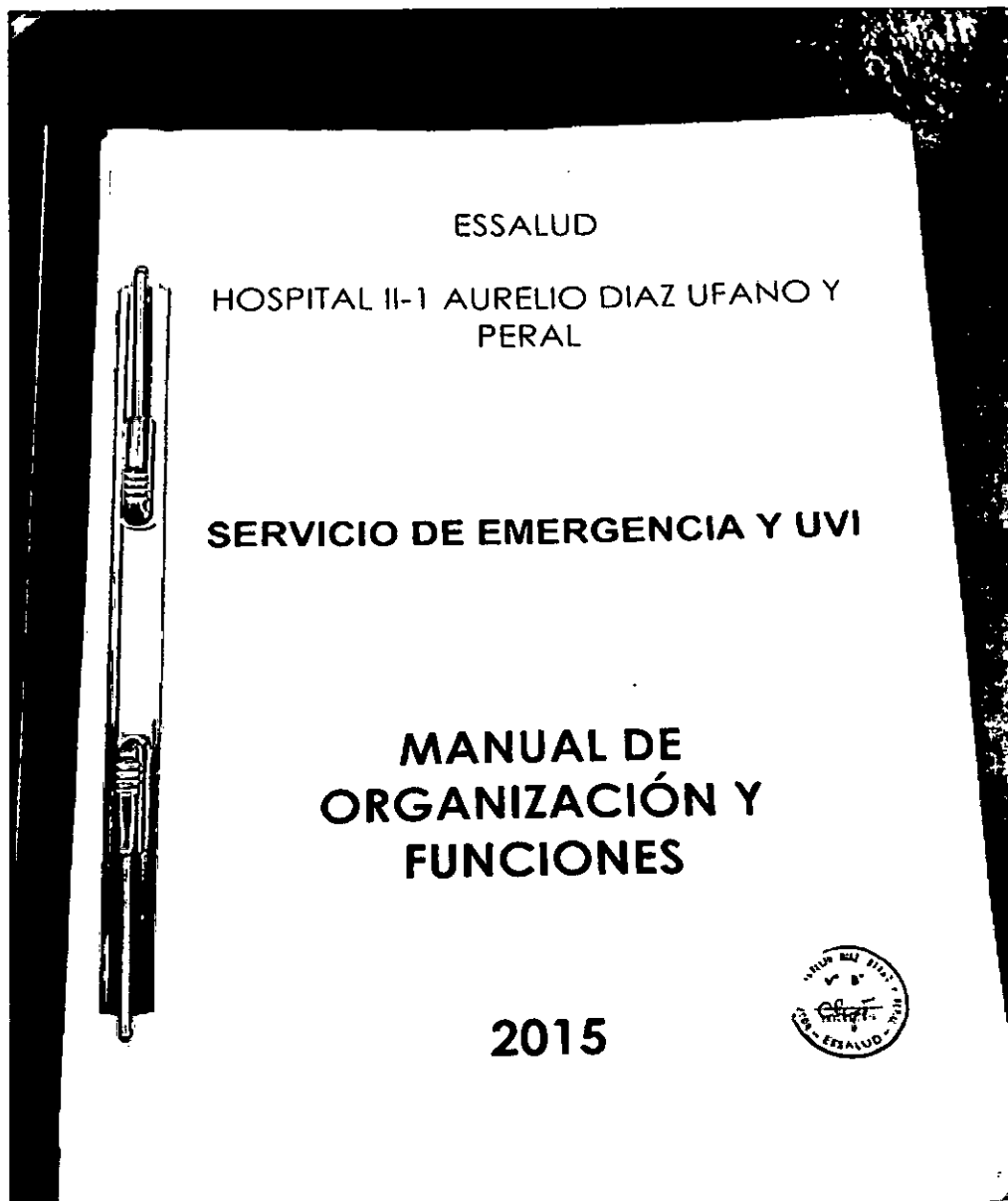
PACIENTES ATENDIDOS EN LOS DIFERENTES TÓPICOS DE EMERGENCIA CON DIAGNÓSTICOS DE DIABETES MELLITUS,
HIPOGLICEMIA Y HIPERGLICEMIA PERIODO 2016 .

CODIGO	DESCRIPCIÓN DE DIAGNOSTICO	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total general
E10.2	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, CON COMPLIC		1								2			3
E10.3	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, CON COMPLIC		1											1
E10.4	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, CON COMPLIC										1			1
E10.7	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, CON COMPLIC									1				1
E10.8	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, CON COMPLIC		1								1		1	3
E10.9	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCION			2	4		4	1			1	2		14
E11.1	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, CON CETO						1							1
E11.4	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, CON COMP		1		2					1				4
E11.5	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, CON COMP				1	1	4							6
E11.7	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, CON COMP	4	5	3	1	1	7	4	2	4	2	3	1	37
E11.8	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, CON COMP	2	8	1					7	1				19
E11.9	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, SIN MENC	46	57	51	55	46	46	72	78	58	68	73	55	705

E16.2	HIPOGLICEMIA, NO ESPECIFICADA	5	6	11	6	6	4	5	5	7	1	8	10	74
R73.9	HIPERGLICEMIA, NO ESPECIFICADA	64	32	79	57	41	36	48	44	62	50	52	31	596
	Total general	121	112	147	126	95	102	130	136	134	126	138	98	1465

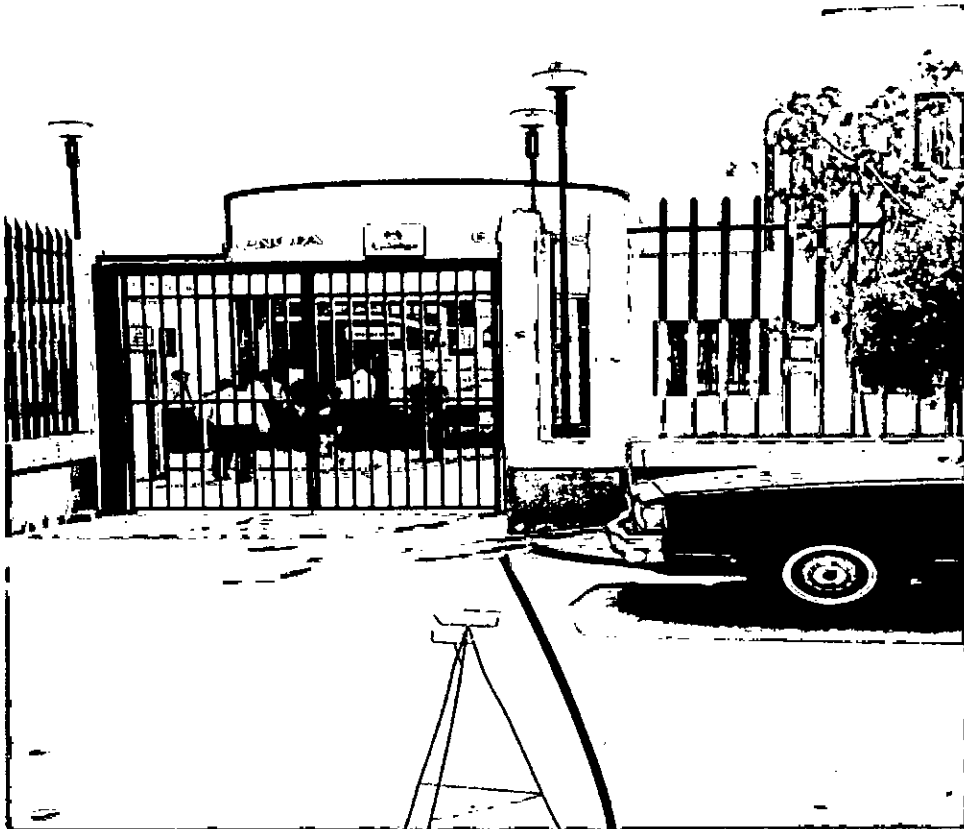
Fuente: Oficina de Estadística. Unidad de Planeamiento y Calidad. Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral.

ANEXO 3



ANEXO 4

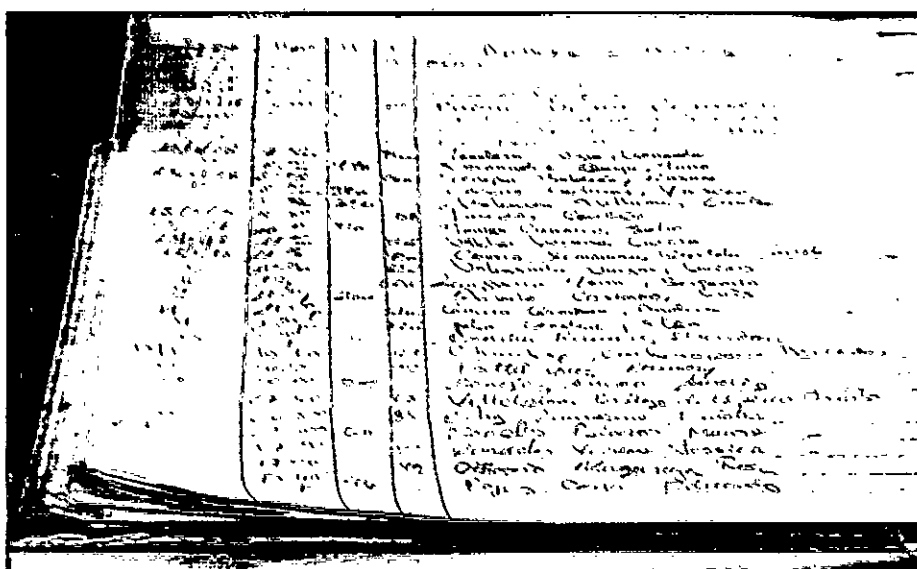
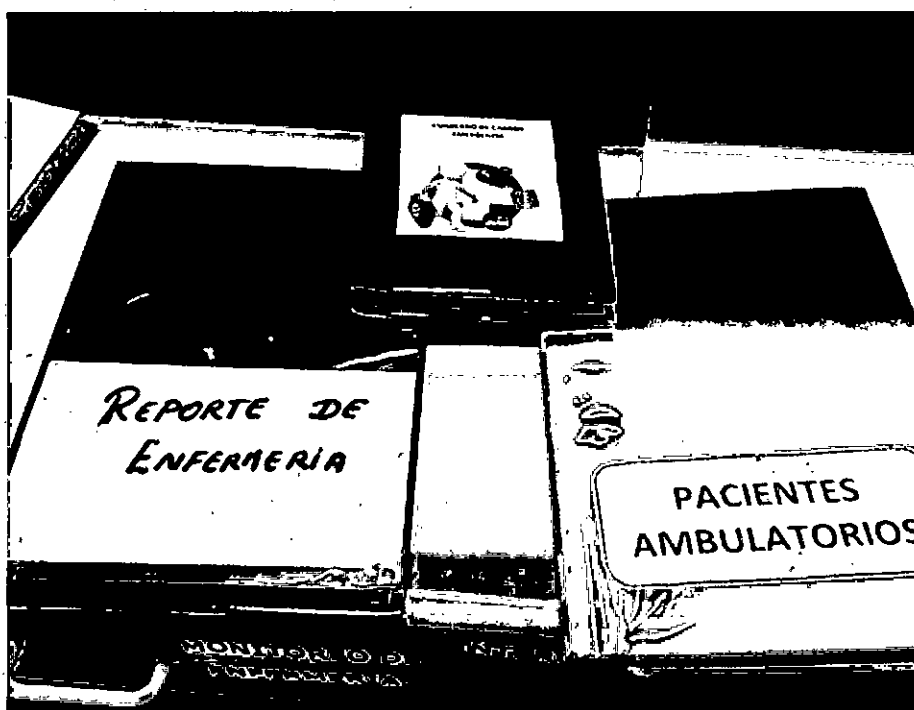
Hospital Aurelio Diaz Ufano y Peral ESSALUD San Juan de Lurigancho



Este hospital es mi centro de trabajo donde actualmente laboro en el servicio de Emergencia.

ANEXO 5

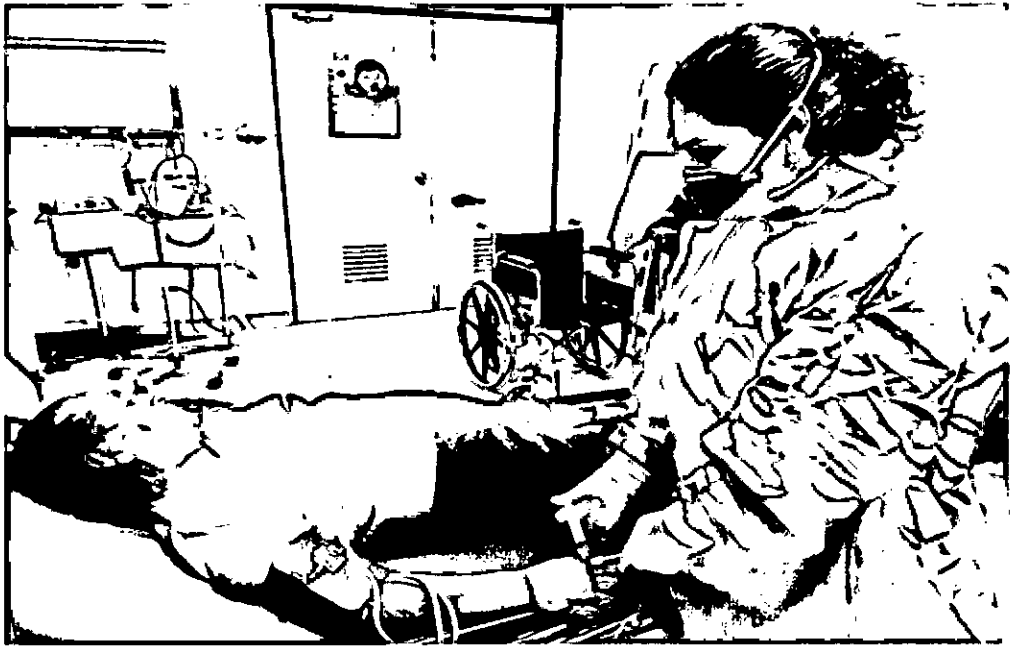
CUADERNOS DE REGISTROS DIARIOS DE LOS PACIENTES



Fuente: Elaboración Propia

ANEXO 6

IMÁGENES DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA



Cateterismo de vía endovenosa de la paciente que ingresa al servicio de trauma shock con diagnóstico de diabetes mellitus 2, hipertensión arterial.



ANEXO 7

IMÁGENES DE PACIENTES DIABETICOS



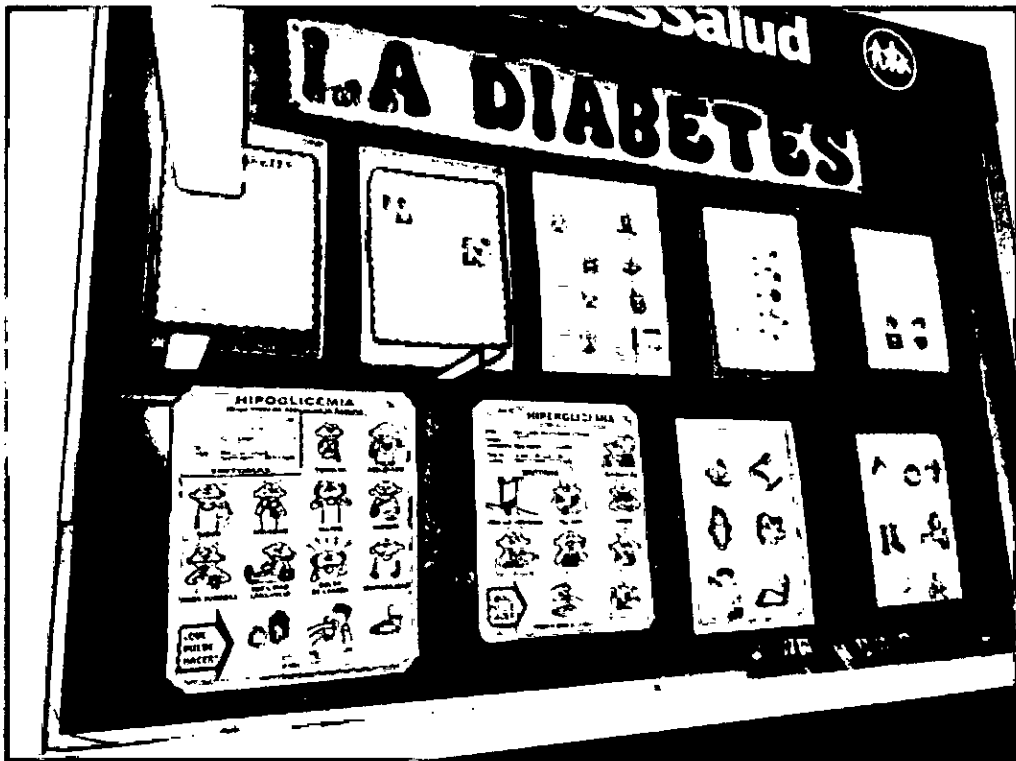
Pacientes con diabetes mellitus descompensados (Hiperglicemia), en el área de Observación ambulatorios del servicio de Emergencia recibiendo hidratación.



Controlando la glucosa a los pacientes.

ANEXO 8

IMAGEN DE MARQUESINA MOSTRANDO LOS CUIDADOS DE LA DIABETES



Fuente: Elaboración Propia