

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ADULTO MAYOR  
CON DIABETES MELLITUS TIPO II DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL  
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA EN GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

**ROSSANA HEDDY ASTORGA CONTRERAS**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rossana', is located to the right of the author's name.

**Callao, 2017**  
**PERÚ**

## **HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO**

### **MIEMBROS DEL JURADO:**

- MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA                      PRESIDENTA
- MG. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA                              SECRETARIA
- DRA. TERESA ANGÉLICA VARGAS PALOMINO      VOCAL

### **ASESORA: MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ**

Nº de Libro: 03

Nº de Acta de Sustentación: 357-2017

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 26/10/2017

Resolución Decanato N° 2719-2017-D/FCS de fecha 23 de Octubre del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	7
1.3 Justificación	7
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco Conceptual	10
2.3 Definición de Términos	20
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	22
3.1 Recolección de Datos	22
3.2 Experiencia Profesional	22
3.3 Procesos Realizados del Informe	24
<b>IV. RESULTADOS</b>	26
<b>V. CONCLUSIONES</b>	28
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	29
<b>VII. REFERENCIALES</b>	30
<b>ANEXOS</b>	32

## INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia profesional laboral titulado "Intervención de enfermería en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo II hospitalizados en el pabellón 8 - I del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2016", describe las experiencias del profesional de enfermería asistencial que brinda cuidados a los pacientes adulto mayores diagnosticados con diabetes mellitus tipo II hospitalizados en el servicio de medicina interna pabellón 8 - I.

El Hospital Loayza es un hospital General de alta complejidad de tercer nivel, cuya Misión es proteger la dignidad personal, promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de salud. Dentro de su estructura institucional se ubica el departamento de medicina interna, con nueve servicios y un promedio de 27 camas por cada uno de ellos. Entre estos pabellones de medicina encontramos el pabellón de Medicina 8 - I, con capacidad de 24 camas para pacientes de sexo masculino entre 18 a 100 años con diferentes patologías, dentro de las más comunes la Diabetes Mellitus tipo II, asociada con otras enfermedades. El equipo de enfermería asignado brinde cuidado preventivo promocional, mediante charlas enfatizadas en temas de autocuidado dirigidas a pacientes diabéticos, y controles rigurosos de glicemia a pacientes adultos mayores diabéticos con el fin de reducir futuras complicaciones propias de la enfermedad.

En la actualidad, las exigencias en la atención a los usuarios obligan al personal de salud mantenerse actualizado de acuerdo a los avances tecnológicos, sin perder el trato humanizado.

Por eso para brindar cuidados con calidez y calidad y para homogenizar los cuidados debemos especializarnos donde el beneficiario es nuestro paciente.

Es así que enfatizados en el mejoramiento de la intervención de enfermería del adulto mayor con diabetes mellitus tipo II, se realizó el presente informe.

El informe consta de 7 capítulos los cuales se detallan a continuación: El capítulo I describe el planteamiento del problema; el capítulo II incluye el marco teórico; el capítulo III considera la experiencia profesional; el capítulo IV resultados; capítulo V conclusiones; capítulo VI las conclusiones y el capítulo VII referenciales y contiene un apartado de anexos.

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción de la Situación Problemática**

Latinoamérica (LA) incluye 21 países con casi 500 millones de habitantes y se espera un aumento del 14% en los próximos 10 años. Existe alrededor de 15 millones de personas con DM en LA y esta cifra llegará a 20 millones en 10 años, mucho más de lo esperado por el simple incremento poblacional. Este comportamiento epidémico probablemente se debe a varios factores entre los cuales se destacan la raza, el cambio en los hábitos de vida y el envejecimiento de la población. La mayoría de la población latinoamericana es mestiza (excepto Argentina y Uruguay), pero todavía hay algunos países como Bolivia, Perú, Ecuador y Guatemala donde más del 40% de los habitantes son indígenas. Estudios en comunidades nativas americanas han demostrado una latente pero alta propensión al desarrollo de diabetes y otros problemas relacionados con resistencia a la insulina, que se hace evidente con el cambio en los hábitos de vida, lo cual está ocurriendo en forma progresiva. De hecho, entre un 20 y un 40% de la población de Centro América y la región andina todavía vive en condiciones rurales, pero su acelerada migración probablemente está influyendo sobre la incidencia de la DM2. La prevalencia en zonas urbanas oscila entre 7 y 8%, mientras en las zonas rurales es apenas del 1 al 2%. Se presentan algunas cifras de prevalencia de la DM2 en diferentes localidades latinoamericanas, derivadas principalmente de estudios hechos por miembros del Grupo Latinoamericano de Epidemiología de la Diabetes (GLED) y publicadas en la revista de la ALAD o presentadas durante congresos de la ALAD y de la IDF. El aumento de la expectativa de vida también contribuye. En la mayoría de los países de la tasa anual de crecimiento de la población mayor de 60 años es del orden del 3 al 4% mientras que en Estados Unidos no pasa del 0.5%. La prevalencia de DM2 en menores de 30 años

es menor del 5% y después de los 60 sube a más del 20%. Por otro lado la altura parece ser un factor protector. La prevalencia de DM2 en poblaciones ubicadas a más de 3.000 m sobre el nivel del mar tienen proporcionalmente una prevalencia que es casi la mitad de la encontrada en poblaciones similares desde los puntos de vista étnicos y socioeconómicos pero ubicados a menor altura. La DM2 se diagnostica tarde. Alrededor de un 30 a 50% de las personas desconocen su problema por meses o años (en zonas rurales esto ocurre casi en el 100%) y en los estudios de sujetos con DM2 recién diagnosticada, la prevalencia de retinopatía oscila entre 16 y 21%, la de nefropatía entre 12 y 23% y la de neuropatía entre 25 y 40%. La DM2 ocupa uno de los primeros 10 lugares como causa de consulta y de mortalidad en la población adulta. Los estudios económicos han demostrado que el mayor gasto de atención a la persona con diabetes se debe a las hospitalizaciones y que ese gasto se duplica cuando el paciente tiene una complicación micro o macro vascular y es cinco veces más alto cuando tiene ambas. La mayoría de las causas de hospitalización del diabético se pueden prevenir con una buena educación y un adecuado programa de reconocimiento temprano de las complicaciones. La principal causa de muerte de la persona con DM2 es cardiovascular. Prevenirla implica un manejo integral de todos los factores de riesgo tales como la hiperglucemia, la dislipidemia, la hipertensión arterial, el hábito de fumar, etcétera. Todos estos factores, excepto el hábito de fumar, son más frecuentes en los diabéticos y su impacto sobre la enfermedad cardiovascular también es mayor.

Según el informe mundial sobre diabetes dado por la Organización Mundial de la Salud OMS, 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980. La prevalencia mundial (normalizada por edades) de la diabetes casi se ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4,7% al 8,5% en la población adulta.(1)

En 2012, la diabetes provocó 1,5 millones de muertes. Un nivel de glucosa en la sangre superior al deseable provocó otros 2,2 millones de muertes, al incrementar los riesgos de enfermedades cardiovasculares y de otro tipo. Un 43% de estos 3,7 millones de muertes ocurren en personas con menos de 70 años. El porcentaje de muertes atribuibles a una glucemia elevada o la diabetes en menores de 70 años de edad es superior en los países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos. Puesto que se requieren sofisticadas pruebas de laboratorio para distinguir entre la diabetes de tipo 1 (que exige inyecciones de insulina para la supervivencia del paciente) y la diabetes de tipo 2 (en la que el organismo no puede utilizar adecuadamente la insulina que produce), no se dispone de estimaciones mundiales separadas sobre la prevalencia de la diabetes de tipo 1 y de tipo 2. La mayoría de las personas afectadas tienen diabetes de tipo 2.

Según 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".(2)

Así mismo La Costa es la región con mayor población que reportó tener diabetes. El 4,0% de la población que reside en la Costa reportó tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud, siendo la zona urbana donde se registra mayor incidencia de esta enfermedad (4,1%) y en el área rural solo el 2,7%. Le siguen las regiones de la selva con 1,9%, la zona urbana registra el 2,7% y rural el 1,1%, en tanto que la sierra figura con 1,6%, el área urbana 2,5% y rural con 1,0%.

Por último la oficina de estadística del Hospital Nacional Arzobispo Loayza reporta que durante el año 2016 se registró un total de 153 atenciones en el área de hospitalización, siendo la población femenina la de mayor incidencia con 106 casos y una población masculina equivalente a 47 casos; de los cuales la población adulta mayor, considerados en el rango



de 60 a más, con una cantidad de casos mayor al 50% del total de casos, equivalente a 78 casos, 56 casos en el género femenino y 22 casos los de género masculino. Así mismo en el pabellón 8 – I se registró un total de 18 atenciones a pacientes con diabetes mellitus tipo II. (3)

## **1.2 Objetivo**

Describí el informe de experiencia laboral en la intervención de enfermería en el paciente adulto mayor con diabetes mellitus tipo II del servicio de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza- 2016

## **1.3 Justificación**

El presente informe de experiencia profesional se realiza porque actualmente una de las enfermedades que han incrementado en 50%, es la diabetes mellitus tipo II , según el informe de estadística del Hospital Arzobispo Loayza que a su vez afecto a la población adulta comprendida entre 60 años a más.

El mismo tiene por finalidad dar a conocer las intervenciones de enfermería en pacientes que padecen esta enfermedad que se encuentran hospitalizados en el servicio de medicina durante el periodo 2016, con el propósito de identificar y tratar en forma oportuna complicaciones que puedan presentar los pacientes diabéticos ocasionadas por el mal manejo en casa.

Dicha información podrá ser difundida entre profesionales de enfermería de los otros servicios de medicina de este nosocomio, así mismo ser extensivo a otros profesionales de la salud de los diversos hospitales del territorio nacional, de tal manera que el principal beneficiario sea la persona adulta mayor por consiguiente su familia.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

ÁVILA Alpírez, Hermelinda; Meza Guevara, Susana; Frías Reyna, Barbarita; Sánchez Andrade, Ernestina ; Vega Alanís, Carmen; Hernández Saldivar, María Antonia (2006) en su investigación titulada "Intervención de enfermería en el autocuidado con apoyo educativo en personas con diabetes mellitus tipo 2" cuya población tenía en promedio de edad estuvo en el rango 50-59 años y la distribución por género predominó el sexo femenino, cuyo resultado de pre prueba y post prueba de la intervención de enfermería se obtuvo significancia estadística en la capacidad de autocuidado después de recibir apoyo educativo de enfermería. Discusión: En la segunda medición se observó que existe significancia estadística en las intervenciones de enfermería post prueba.(4)

GÓMEZ Huelgas, Ricardo; Díez Espino, Javier; Francesc Formiga, Lafita Tejedor, Javier; Rodríguez Mañas, Leocadio; González Sarmiento, Enrique; Menéndez Edelmiro y Sangros Javier (2012) en su investigación titulada "Tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente anciano" nos dice que dada la gran heterogeneidad de la población anciana, que incluye a sujetos con muy diferente capacidad funcional y cognitiva, diversa comorbilidad y con muy diferente expectativa de vida. La estrategia terapéutica en el anciano con diabetes tipo 2 debe individualizarse y consensuarse con el paciente y sus cuidadores, en función del objetivo planteado. Mejorar la calidad de vida, preservar la seguridad del paciente y evitar los efectos adversos del tratamiento antidiabético deben ser objetivos básicos. Dada la mayor predisposición de los ancianos a las

hipoglucemias y sus graves consecuencias en esta población, deberían priorizarse las terapias antidiabéticas que minimicen el riesgo de episodios hipoglucémicos.(5)

BAÑUELOS Barrera, Patricia en su investigación titulada “Autocuidado y control glucémico en adultos mayores con diabetes tipo 2”, cuyo objetivo se centró en examinar la influencia de los factores condicionantes básicos, las capacidades para realizar operaciones estimativas de autocuidado y las acciones de autocuidado en el control glucémico del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2. El diseño fue descriptivo, correlacional y explicativo. Se llegó a la conclusión que existe una relación significativa entre años de diagnosticada la diabetes y las complicaciones y se encontró relación inversa entre la agudeza visual de lejos y complicaciones por la diabetes. El estudio contribuyó teóricamente al conocimiento del comportamiento de las capacidades para realizar operaciones estimativas de autocuidado en los adultos mayores. Contribuye a la práctica, ya que aporta conocimientos sobre factores que afectan el apego al tratamiento de la diabetes, que pueden servir para planear intervenciones de enfermería.(6)

CAMERO Machín, Julio C; Curbelo Fajardo, Juan Carlos; Martínez Núñez, Midaliz; Novales Amado, Alfredo; Trasanco Delgado, Maricelo (2007) en su investigación cuyo título es “Efectividad de una intervención educativa en adultos mayores diabéticos: Policlínico "Raúl Sánchez", Pinar del Río 2007”. Con el objetivo de mostrar los resultados de una acción educativa en ancianos diabéticos e incrementar el nivel de conocimientos, se realizó un estudio de intervención educativa en ancianos del Policlínico "Raúl Sánchez", durante el año 2007. El proceso de intervención se desarrolló con un corte inicial para determinar el grado de conocimientos de pacientes sobre la enfermedad; una intervención educativa de

capacitación sobre lo diagnosticado inicialmente donde se impartió un programa de actividades educativas y un corte final para determinar y validar el efecto de la acción de intervención. Para el análisis comparativo del estudio se empleó la prueba de Chi Cuadrado de Mc Nemar al 95% y prueba de Fisher. El mayor grupo estuvo entre los 60 y 74 años, con predominio del sexo femenino y la DM tipo 2, con tiempo de evolución  $\pm$  15 años y el tratamiento fue hipoglucemiantes orales. Se detectó al inicio, que existían dificultades con los conocimientos sobre las pruebas de control y dieta, pero una vez concluida la intervención educativa; se obtuvieron cambios significativos relacionados con las respuestas correctas y desarrollo de destrezas. El curso mostró ser eficaz para lograr una mejor comprensión de la enfermedad y desarrollar habilidades para afrontar el cuidado diario.(7)

## **2.2 Marco Conceptual**

### **Diabetes Mellitus**

La **Diabetes Mellitus** es un conjunto de síndromes de etiología multifactorial caracterizados por la presencia de hiperglucemia crónica. Se trata pues, de una enfermedad crónica definida por una alteración en el metabolismo de la Insulina de tal manera que, bien su producción pancreática es insuficiente, o los tejidos periféricos son resistentes a su acción. Atendiendo a su etiología, se clasifica en dos tipos:

**DIABETES Tipo I:** Conocida también como insulino dependiente

**DIABETES Tipo II:** En la que centraremos nuestra atención. La cual tiene su origen en la incapacidad del cuerpo para utilizar eficazmente la insulina, lo que a menudo es consecuencia del exceso de peso o la inactividad física. Su característica más importante es la presencia en la sangre de niveles elevados de glucosa y constituye uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, hasta el punto de que si no se trata adecuadamente pueden desarrollarse complicaciones muy graves. (8)

## **Complicaciones de la Diabetes**

- **Complicaciones Agudas**

- a. Cetoacidosis diabética**

Los niveles bajos de insulina ocasionan que el hígado transforme ácidos grasos en cetonas para generar energía en forma de cuerpos cetónicos; estos no causan ningún problema si se producen periódicamente, pero cuando esta transformación es sostenida se puede convertir en un grave problema. Los niveles elevados de cuerpos cetónicos en la sangre disminuyen el pH de la misma, ocasionando cetoacidosis diabética. Cuando un paciente diabético ingresa al hospital con esta complicación es normal que presente deshidratación, taquipnea y dolor abdominal, este último es común y generalmente muy intenso. El nivel de consciencia suele ser normal, este se puede ver alterado en una etapa tardía en donde se puede observar letargo, cuando se llega a una fase más avanzada, puede causar coma. La cetoacidosis puede avanzar de una manera tal que provoque hipotensión, shock e incluso la muerte. Para detectarla, un análisis de orina puede revelar niveles altos de cuerpos cetónicos (los cuales han excedido su límite de absorción en riñones, apareciendo así en la orina regularmente antes de otros síntomas evidentes). Administrando un tratamiento adecuado, se puede tener una completa recuperación, sin embargo, un tratamiento retrasado o inadecuado, puede resultar en complicaciones como edema cerebral o la muerte. La cetoacidosis es más común en diabetes tipo 1 diabetes que en diabetes tipo 2.

- b. Estado hiperosmolar hiperglucémico**

Estado hiperosmolar hiperglucémico (HNS) Es una grave complicación que comparte síntomas con DKA, pero tiene un origen completamente diferente, al igual que su tratamiento. Una persona con muy altos niveles

de glucosa en la sangre (considerado por arriba de los 300 mg/dl (16 mmol/L)), en donde el agua, osmóticamente sale de las células hacia la sangre y los riñones, que por lo general, terminará excretándose glucosa en la orina. Esto tendrá como resultado, la falta de agua y un incremento en la osmolaridad de la sangre. Si los fluidos no son reemplazados, (por vía intravenosa o por vía oral), el efecto osmótico de altos niveles de glucosa, combinados con la falta de agua, llevarán a un estado de deshidratación. Cada célula del cuerpo comenzará a deshidratarse progresivamente. Los desbalances electrolíticos son también comunes y peligrosos. El letargo puede progresar a coma, aunque esta evolución es más común en diabetes tipo 2 que en diabetes tipo 1.

### **c. Hipoglucemia**

La hipoglucemia o los niveles anormalmente bajos de glucosa en la sangre, es una complicación aguda de varios tratamientos de diabetes. El paciente suele llegar a estar agitado, sudoroso, débil y tener muchos síntomas de activación simpática del sistema nervioso autónomo teniendo como resultado sensaciones semejantes al temor y pánico inmovilizaste. La conciencia puede ser alterada o incluso pérdida en casos extremos, conduciendo a un coma, ataques epilépticos, daño cerebral o incluso la muerte. En pacientes con diabetes esto puede ser causado por diversos factores, como la sobredosis de insulina o su suministro a destiempo, demasiado ejercicio o su práctica a destiempo (el ejercicio disminuye los requerimientos de insulina) o por la falta de alimentación (especialmente alimentos que contienen glucosa). La variedad de interacciones hace que la identificación de la causa sea difícil en muchas instancias.

Es más acertado notar que la hipoglucemia iatrogénica normalmente es el resultado de la interacción del exceso relativo o absoluto de insulina y la contra regulación de glucosa comprometida en la diabetes tipo 1 y casos avanzados de diabetes tipo 2. La disminución de insulina, aumento de

glucagón, ausencia de este último, e incremento de epinefrina son los principales factores de contra regulación de glucosa que normalmente previenen o corrigen (más o menos rápido) la hipoglucemia. En la diabetes (exógena) o de deficiencia de insulina, los niveles de insulina no decrecen aun si los niveles de glucosa bajan, y la deficiencia combinada de glucagón y epinefrina son las causas responsables de una inefectiva contra regulación de glucosa.

Además, la disminución de respuestas simpáticas pueden causar hipoglucemia asintomática. El concepto de hipoglucemia asociada a deficiencia autonómica (HAAF) en la diabetes propone que incidentes recientes de hipoglucemia causan tanto deficiencia de contra regulación de glucosa como hipoglucemia asintomática. Al cambiar los umbrales glucémicos por el simpático (incluyendo epinefrina) y el resultante neurogénico ocasiona una menor concentración de glucosa en el plasma, antecedentes de hipoglucemia conducen a un círculo vicioso de hipoglucemia frecuente y futuro impedimento de contra regulación de glucosa.

#### **d. Coma diabético**

Se denomina al coma diabético como una emergencia médica en la cual una persona que padece de Diabetes Mellitus cae en coma (inconsciente) en consecuencia a una de las complicaciones agudas de la diabetes

#### **e. Severa hipoglucemia diabética**

Cetoacidosis diabética en etapa avanzada a causa de la combinación de hiperglicemia, deshidratación, shock circulatorio y fatiga.

Coma hiperosmolar hiperglucémico en el cual una extrema hiperglicemia y deshidratación, son causa suficiente para quedar inconsciente.

#### **f. Infecciones Respiratorias**

La respuesta inmune en pacientes con diabetes Mellitus es muy variable. Estudios celulares han mostrado que la hiperglucemia reduce la función inmune de la célula e incrementa inflamación. Los efectos vasculares de la diabetes tienden a alterar la función de los pulmones y esto te lleva a un incremento en la susceptibilidad de infecciones respiratorias como neumonía e influenza en los individuos con diabetes. Estudios demuestran que la recuperación de enfermedades respiratorias en pacientes diabéticos es demasiado lenta.

#### **g. Enfermedad Periodontal**

La diabetes es asociada con la enfermedad periodontal (enfermedad en encías) y esto hace que la enfermedad sea más difícil de tratar. Enfermedad en las encías se relaciona frecuentemente con infecciones de los organismos como Porphyromonas gingivalis y Actinobacillus actinomycetemcomitans. Diferentes ensayos han encontrado un aumento en los niveles de azúcar en la sangre de los pacientes con diabetes tipo 2 que hubiesen sufrido tratamientos para las enfermedades en las encías.

#### **• Complicaciones Crónicas**

En la evolución de la Diabetes, generalmente a partir de los 15-20 años desde el diagnóstico, es frecuente que aparezcan una serie de complicaciones secundarias, si bien esto no se cumple en todos los casos. En otras ocasiones, las complicaciones ya estarán presentes en el momento del diagnóstico, tal es el caso de la DM II, en la que su presentación insidiosa, inespecífica y de larga evolución favorece que ésta pase desapercibida, con el subsiguiente progresivo daño tisular en diferentes localizaciones. Las complicaciones crónicas de la Diabetes son:



- **Vasculares**

### **Microangiopáticas**

Se debe a un daño progresivo de los capilares, y afecta a dos lechos vasculares: Retina y Riñón. Evoluciona poco a poco y, en fases avanzadas, da lugar a fenómenos isquémicos con la consiguiente repercusión funcional del órgano afectado.

a. **Retinopatía.** Está causada por el deterioro progresivo de los vasos sanguíneos de la retina que puede dar lugar a una serie de complicaciones que derivan en la pérdida de visión.

b. **Nefropatía:** La hiperglucemia mantenida es nefrotóxica y produce daños en las nefronas (unidad funcional del riñón). Es mucho más frecuente en la DM II que en la DM I (relación DM I:DM II de 1:10), por lo que el diagnóstico precoz en aquellos es fundamental para el mantenimiento de la función renal a largo plazo. Evoluciona a Insuficiencia Renal Crónica.

c. **Neuropatía:** Presenta una evolución lenta y los síntomas dependerán de los nervios afectados. Puede producirse en extremidades (síntomas de hormigueo), a nivel digestivo (dificultades de digestión), cardíaco (mareos, taquicardia), u otros.

### **MACROANGIOPÁTICAS**

En los pacientes diabéticos, la arteriosclerosis se produce mucho más rápido que en la población general, debido a la presencia simultánea de hiperglucemia y otros factores de riesgo como Hipertensión arterial, dislipemias, obesidad, sedentarismo y hábito tabáquico.

a. **Cardiopatía isquémica:** Los pacientes con Diabetes pueden desarrollar Infarto Agudo de Miocardio Silente, con lo que deberá sospecharse siempre que haya síntomas de insuficiencia cardiaca izquierda (disnea de esfuerzo, de reposo, paroxística nocturna).

b. **Enfermedad Cerebrovascular:** La Diabetes aumenta el riesgo de Ictus.

c. **Enfermedad Arterial Periférica:** Se trata de una entidad en la que las Arterias de las piernas o los brazos se obstruyen como consecuencia de un Trombo, con lo que el flujo sanguíneo se reduce, constituyendo una complicación grave que puede llevar a la amputación del miembro si no es tratada a tiempo. Conocida como la “Enfermedad de los escarpatos”, se caracteriza por cansancio, dolor y calambres de piernas, y es muy frecuente que aparezca en mayores que van dando un paseo y deben pararse a mirar un escarpatos a causa de la claudicación de la pierna.

- **NO VASCULARES**

a. **Gastroenteropatía Diabética:** Dentro del marco de la neuropatía diabética, tal y como hemos comentado, se trata de una alteración de la motilidad gástrica, con la consiguiente repercusión sobre el proceso digestivo normal.

b. **Afectaciones de la piel:** Existen muchas alteraciones cutáneas consecuencia de la diabetes. Uno de los problemas más frecuentes que aparecen en pacientes diabéticos es el Pie Diabético, caracterizado por la aparición de úlceras en el pie. Como hemos comentado, la Diabetes produce neuropatía, con lo que disminuye la sensibilidad de la extremidad, dando lugar en muchas ocasiones a una distribución anómala de la carga. Además, las lesiones macro vasculares provocan que la perfusión tisular se vea disminuida. El resultado es la aparición de heridas en el pie, provocadas por cuerpos

extraños y que pasan desapercibidas para el paciente como consecuencia de la neuropatía. Esta situación requiere de un tratamiento precoz, pues debido a la gran probabilidad de complicaciones, puede derivar en una amputación del pie.

## **DIABETES EN EL ADULTO MAYOR**

La diabetes es una enfermedad cuya prevalencia aumenta al llegar a la tercera edad, aunque la tendencia del siglo XX a llevar un estilo de vida sedentario, junto con el consumo excesivo de productos ricos en azúcares y grasas, está provocando que cada vez haya más niños y jóvenes con esta patología, en concreto la diabetes tipo II, la diabetes sigue considerándose una enfermedad de mayores, ya que el pico de incidencia aumenta con los años. En concreto, se estima que el 15% de los adultos mayores de 70 años padece esta enfermedad metabólica, cifra que aumenta al 20% cuando se sobrepasan los 80 años, según indica la Sociedad Española de Diabetes (SED).

Es común que aparezca en la tercera edad entre las personas que han mantenido unos hábitos de vida inadecuados durante muchos años, y llega un momento en el que el páncreas no es capaz de segregar la cantidad suficiente de insulina para regular los niveles de glucosa. Sin embargo, un reciente estudio realizado en el Instituto Salk (Estados Unidos) indica que el propio envejecimiento es una causa de la aparición de la diabetes, incluso en personas sanas y activas.

### **Dificultades en el manejo de la diabetes en la tercera edad**

Las personas que han desarrollado la diabetes en la juventud o en la edad adulta están totalmente familiarizados con la enfermedad y saben convivir con ella. Sin embargo, a quien se la diagnostican en la tercera edad, cuando se tienen adquiridos unos hábitos alimenticios o un estilo de vida inadecuados, o no se dispone de los medios y la capacidad para cambiarlos, le resulta más difícil controlar el índice glucémico. Adoptar unas correctas pautas nutricionales, permanecer activo, y seguir el

tratamiento y los controles pautados por el médico, son las claves para el manejo de la enfermedad, pero pueden resultar complicadas de cumplir a una persona mayor.

Para pautar el tratamiento adecuado a los mayores recién diagnosticados de diabetes, no sólo se debe tener en cuenta su estado de salud, sino también su situación familiar, económica y social, y su estado físico y anímico. Por ello, en estos casos es muy importante que haya una buena comunicación con el profesional sanitario, pudiendo ser necesario que el mayor siempre vaya acompañado de otra persona para que apunte las pautas que debe seguir. Teniendo en cuenta estos factores, el facultativo médico valorará el tratamiento más adecuado a seguir, y es que la administración de insulina, o la toma de diferentes fármacos, como opciones terapéuticas, puede ser difícil de seguir para una persona mayor que vive sola. Valorando la situación de la persona, su edad, y su estado de salud general, el objetivo y tipo de tratamiento puede variar, pero en cualquier caso se centrará en evitar descompensaciones glucémicas agudas, y la pérdida de capacidades funcionales, por medio de la opción terapéutica más simple, pero a la vez eficaz. (9)

## **CUIDADO DE ENFERMERÍA SEGÚN DOROTHEA OREM**

Teoría General del Déficit de Autocuidado: Orem (1995).

La TGDAC se compone de cinco conceptos centrales relacionados entre sí:

- 1) Capacidades de autocuidado
- 2) Acciones de autocuidado
- 3) Demanda de autocuidado terapéutico
- 4) Déficit de autocuidado
- 5) Agencia de enfermería

Además se introduce el concepto periférico factores condicionantes básicos. Esta teoría explica que las personas poseen capacidades especializadas necesarias para conocer y satisfacer sus requerimientos de autocuidado. La forma en que los individuos satisfacen estos requerimientos es por medio de acciones de autocuidado, las que repercuten en su estado de salud y bienestar. Tanto las capacidades como las acciones de autocuidado tienen como finalidad satisfacer los requisitos de autocuidado, entre los que se encuentran los de desviación de la salud. El conjunto de acciones necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado en un punto específico del tiempo, constituye la demanda terapéutica de autocuidado. Cuando la demanda terapéutica es mayor que las capacidades, se dice que existe déficit de autocuidado. Cuando se presenta dicho déficit es necesaria la intervención de enfermería especializada para proporcionar atención que ayude a los individuos a superar las deficiencias de autocuidado para recuperar o mantener su salud. La cantidad y tipo de autocuidado que realiza el individuo puede verse influido por factores internos y externos a él; a estos factores se les denomina factores condicionantes básicos. La TGDAC está formada por tres teorías: la del autocuidado, la del déficit de autocuidado y la del sistema de enfermería. Este informe se centró en la teoría del déficit de autocuidado. La idea central de esta teoría establece que los adultos tienen limitaciones en las acciones relacionadas al cuidado de su salud, éstas limitaciones los hacen incapaces total o parcialmente para conocer los requisitos o necesidades de cuidado que requieren. Si no conocen estas limitaciones no pueden comprometerse con acciones de autocuidado; al no realizar estas acciones se ve afectado su desarrollo o estado de salud integral. Entonces necesitan cuidados especializados de enfermería (Orem, 1995). Las hipótesis de investigación se derivan de cuatro proposiciones de ésta teoría:

1. El autocuidado contribuye a y es necesario para la integridad de una persona como un organismo psicofisiológico con una vida racional.
2. Las personas que llevan a cabo acciones para cuidarse a sí mismas cuentan con capacidades especializadas para dichas acciones.
3. Las capacidades de los individuos para comprometerse con su autocuidado están condicionadas por la edad, estado de desarrollo, experiencia de vida, orientación sociocultural, salud y recursos disponibles.
4. El autocuidado en situaciones concretas implica el uso de recursos materiales necesarios para el funcionamiento y desarrollo interno, y para satisfacer y mantener relaciones satisfactorias con el medio.(10)

### 2.3 Definición de Términos

- **Cuidados de Enfermería** Es la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.
- **Adulto Mayor.-** La Organización Panamericana de la Salud considera como personas adultas mayores, a aquellas que tienen 60 años de edad a mas, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento.

Según la OMS(Organización Mundial de la Salud) dice que las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad.

- **Diabetes Mellitus.-** según la OMS es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1 Recolección de Datos**

La oficina de estadística del Hospital Nacional arzobispo Loayza facilito los consolidados de enfermedades frecuentes periodo enero – diciembre 2016 (ver anexo). Así mismo proporciono el consolidado de causas más frecuentes de morbilidad en hospitalización del servicio de medicina interna pabellón 8 – I periodo enero – diciembre 2016 (ver anexo)

De igual manera se recurrió al informe anual sobre orientación, charlas y cuidados dirigidos a pacientes y familiares.

#### **3.2 Experiencia Profesional**

El Hospital Nacional Arzobispo Loayza es un centro hospitalario de nivel de atención III, administrado por el ministerio de salud, el cual atiende a la población que en su mayoría es del interior del país, así como de los distritos cercanos al distrito de Breña.

El Hospital Nacional Arzobispo Loayza está ubicado en la "Avenida Alfonso Ugarte 848, Lima. Los límites distritales son: Sus límites distritales son: Al norte con los distritos de San Martín de Porres y el Rímac, al oeste con los distritos de Carmen de la Legua, Callao y Bellavista, al este con el distrito de El Agustino, al sur con los distritos de Breña, La Victoria, Jesús María, Pueblo Libre, San Miguel y Lince. En relación a las vías de acceso al Hospital: Por vía terrestre, el acceso a Lima por el norte, se da a través de la carretera Panamericana Norte, siguiendo por la Av. Alfonso Ugarte; por el sur, el acceso a Lima se da a través de la Panamericana Sur. La población de la provincia de Lima puede trasladarse por transporte público o particular; en el transporte público, es importante mencionar que desde mediados del año 2010, viene funcionando el sistema de transporte Metropolitano, el cual cubre la ruta desde la Av. Túpac Amaru y pasa por la Av. Alfonso Ugarte; por el sur, el Metropolitano parte desde Chorrillos por la Vía Expresa, pasando por la Av. Alfonso



Ugarte; por el centro la ruta más accesibles corresponde a la Vía Expresa de Grau.

Egresada en el año 1996 de la Universidad Particular San Martín de Porres, siendo destacada por el Ministerio de Salud a la ciudad de Huaraz para realizar mi Servicio Rural Urbano Marginal de Salud SERUMS, trabajo por CLASS en El Puesto de Salud Paltay, luego en El Hospital Víctor Ramos Guardia en Huaraz como enfermera asistencial en las diferentes áreas como: Emergencia, Medicina, Cirugía, Pediatría, etc. También en entidades particulares. Etc.

En el año 2002 ingreso al Hospital Nacional Arzobispo Loayza para laborar en el servicio de medicina interna pabellón 8-I.

El servicio de medicina interna pabellón 8-I se encuentra ubicado en el extremo sur del nosocomio, tiene capacidad para 24 pacientes de diversos diagnósticos, así mismo cuenta con un ambiente de aislamiento para casos infectocontagiosos, de igual manera cuenta entre sus instalaciones un ambiente de tóxico, servicios higiénicos para pacientes y otro para el personal de salud asistencial.

Este servicio brinda atención a pacientes adultos y adultos mayores con diversas patologías, encontrándose entre las más frecuentes, la diabetes mellitus tipo 2. Es así que en coordinación con la jefatura del servicio y del departamento de enfermería, se logró reducir significativamente la tasa de incidencia de complicaciones ocasionadas por el mal manejo de la diabetes mellitus en pacientes adulto mayores, mediante una serie de actividades como talleres, charla educativas, controles minuciosos de glicemia en horarios programados, coordinación con el servicio de nutrición y comunicación continua con los familiares, ya que ellos son los que traen alimentos no recomendados en la dieta de los pacientes.

Actualmente cuento con 15 años de experiencia profesional laborando en dicha institución, es por ello que para mejorar la calidad del cuidado del paciente adulto mayor estude la especialidad en gerontología y geriatría.

He desempeñado roles como docente de practica de pre grado en la Universidad Norbert Wiener, administrativo reemplazando jefatura en diferentes servicios de medicina.

### **3.3 Procesos realizados en la intervención de enfermería del adulto mayor con diabetes mellitus**

Durante estos 15 años que estoy laborando en esta institución ,el problema de la diabetes mellitus del adulto mayor fue aumentando y los reingresos continuos con complicaciones , en la que era necesario fortalecer los conocimientos sobre al enfermedad y evitar mayor daño en el paciente .

#### **Caso relevante**

Paciente adulto mayor con diagnóstico diabetes mellitus tipo II ingresa al servicio de Medicina del Hospital Arzobispo Loayza en la que se le observa somnoliento con sudoración profusa hipotenso, se comunica a emergencia para evaluación médica, se le controla glucosa y tenía como valor 45 mg/dL en lo que se le actúa colocándole 5 ampollas de dextrosa al 33% y observando que el paciente despierta hasta que el médico de emergencia llegó y después del paciente ya estaba con glucosa de 95 mg/dL, es así que se estabilizó el paciente con las acciones y cuidados que le brindé.

#### **APORTES E INNOVACIONES**

Conjuntamente con el personal de salud del servicio de medicina se pidió apoyo al servicio de endocrinología para capacitación y últimos avances en lo que es la diabetes mellitus.

Es así que se desarrollan programas de educación continua dos veces al mes, en lo que no solo participa el paciente si no también la familia y personas de su entorno. La enfermera se inserta de esta manera con su propia perspectiva en el cuidado integral del adulto mayor

su intervención varia según sus necesidades del usuario, el reto en el manejo es garantizar una buena calidad de vida, cambiar la actitud del paciente hacia su enfermedad, lograr un buen control metabólico y así evitar complicaciones tardías.

En realidad enfermería es "la ciencia del cuidado profesional", lo que significa que la enfermera guía el cuidado planificado de los seres humanos a través de un proceso intencional que abarca aspectos de promoción y prevención de las enfermedades.

Con la educación continua que se le brinda a los pacientes y familia se logró que ellos tomaran conciencia sobre la enfermedad reducir los reingresos de pacientes y posibles complicaciones.

En mi desempeño profesional en la solución de esta problemática en el servicio de medicina 8-I me sustentó en una teoría de enfermería Hildegard E. Peplau, quien centra el cuidado en la relación interpersonal, su modelo es la relación humana entre un individuo enfermo o que requiere atención de salud y una enfermera educada especialmente para reconocer y responder a la necesidad de ayuda, un proceso interactivo donde la persona co-participa o co-interviene y por tanto todo tipo de ayuda se ha de hacer con la persona.

## IV. RESULTADOS

**Cuadro 4.1**  
**CANTIDAD DE CHARLAS REALIZADAS DURANTE PERIODO 2016**

<b>Temática de Charlas</b>	<b>I trimestre</b>	<b>II Trimestre</b>	<b>III Trimestre</b>
- Conceptos de Diabetes Mellitus - Complicaciones - Cuidados en la administración de insulinas - Tipos de Insulinas - Temas sobre Nutrición (Dietas) - Uso del Glucómetro - Tipos de Ejercicios - Importancia de Administración de Medicamentos	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>14</b>

**TOTAL DE CHARLAS: 38**

**FUENTE: CUADERNO DE CHARLAS Y ORIENTACION AL PACIENTE Y FAMILIA**

**Cuadro N° 4.2**  
**CUADRO DE PACIENTES DADOS DE ALTA SIN PRESENTAR**  
**COMPLICACIONES PABELLON 8 – I**  
**PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2016**

	<b>PACIENTES ADULTO MAYORES CON DM II</b>	<b>PACIENTES AM SIN PRESENTAR COMPLICACIONES</b>
<b>NUMERO DE PACIENTES</b>	<b>27</b>	<b>12</b>
<b>PORCENTAJE</b>	<b>100%</b>	<b>44.4%</b>

**TOTAL DE PACIENTES:**

**FUENTE:** Cuaderno de ingreso y egreso de pacientes pabellón 8 - I

## V. CONCLUSIONES

- a. En mi experiencia profesional me permitió capacitarme en lo que es la enfermedad de Diabetes Mellitus y así brindar un cuidado de calidad, eficiencia oportuna del paciente adulto mayor.
- b. En mi servicio hay una gran demanda de pacientes afectados por esta patología y se pudo lograr concientizar sobre la diabetes mellitus para así evitar complicaciones tardías.
- c. La educación y prevención fue dirigida al paciente y familia y gracias a las charlas continuar se logró que siguieran sucediendo los reingresos de pacientes adultos mayores con diabetes mellitus.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- a) Implementar programas de cuidado de enfermería al adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 en los servicios hospitalarios.
- b) Socializar con el resto de servicios de medicina los resultados obtenidos luego de realizados los cuidados
- c) Realizar talleres prácticos con los familiares y cuidadores primarios sobre cuidados de la persona adulta mayor con diabetes.

## VII. REFERENCIALES

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). "Informe mundial sobre diabetes". 2016
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). "Diabetes mellitus en el Perú" - "Indicadores de Programas Presupuestales 2011 – 2015".
3. Unidad de estadística HNAL. 2016. "Causas de morbilidad en hospitalización según grupos de edad y sexo. "Hospital nacional arzobispo Loayza". 2016
4. ÁVILA Alpirez, Hermelinda; Meza Guevara, Susana; Frías Reyna, Barbarita; Sánchez Andrade, Ernestina ; Vega Alanís, Carmen; Hernández Saldivar, María Antonia (2006) en su investigación titulada "Intervención de enfermería en el autocuidado con apoyo educativo en personas con diabetes mellitus tipo 2"
5. GÓMEZ Huelgas, Ricardo; Díez Espino, Javier; Francesc Formiga, Lafita Tejedor, Javier; Rodríguez Mañas, Leocadio; González Sarmiento, Enrique; Menéndez Edelmiro y Sangros Javier (2012) en su investigación titulada "Tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente anciano
6. BAÑUELOS Barrera, Patricia en su investigación titulada "Autocuidado y control glucémico en adultos mayores con diabetes tipo 2", cuyo objetivo se centró en examinar la influencia de los factores condicionantes básicos, las capacidades para realizar operaciones estimativas de autocuidado y las acciones de autocuidado en el control glucémico del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2.



7. CAMERO Machín, Julio C; Curbelo Fajardo, Juan Carlos; Martínez Núñez, Midaliz; Novales Amado, Alfredo; Trasanco Delgado, Maricelo (2007) en su investigación cuyo título es "Efectividad de una intervención educativa en adultos mayores diabéticos: Policlínico "Raúl Sánchez", Pinar del Río 2007".
8. LÖE H. Periodontal Disease, The sixth complication of diabetes mellitus. Diabetes Care. 1993; 16(Suppl 1).
9. ZERÓN AGUSTÍN. La enfermedad periodontal y la Diabetes, Conceptos actuales. Rev. Diabetes Hoy, Para el Médico. 1998; 15:80-3.
10. Dorothea Orem, D.E. Conceptos de enfermería en la práctica. Ediciones científicas y técnicas, S.A. Versión española de la cuarta edición. 1995

# **ANEXOS**

**GRAFICO 1**

**DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE EN SERVICIO DE  
HOSPITALIZACION SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO  
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA  
PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2016**

COD CIE 10	GRUPO DE EDAD												TOTAL		
	< 1 AÑO		1 – 11 AÑOS		12 – 17 AÑOS		18 – 29 AÑOS		30 – 59 AÑOS		60 A MAS AÑOS				
E117	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	
	0	0	0	0	0	0	3	1	22	49	27	51	52	101	153

**GRAFICO N°2**  
**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DE HOSPITALIZACION POR SEXO**  
**PERU - AÑO 2015**


ORD	CAUSA DE MORBILIDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
		CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
	<b>TOTAL</b>	<b>222,789</b>	<b>100.0</b>	<b>676,491</b>	<b>100.0</b>	<b>899,280</b>	<b>100.0</b>
01	EMBARAZO TERMINADO EN ABORTO (O00 - O08)	0	0.0	46,157	6.8	46,157	5.1
02	TRASTORNOS DE LA VESICULA BILIAR, DE LAS VIAS BILIARES Y DEL PANCREAS (K80 - K87)	7,777	3.5	25,151	3.7	32,928	3.7
03	ENFERMEDADES DEL APENDICE (K35 - K38)	17,247	7.7	15,204	2.2	32,451	3.6
04	OTROS TRASTORNOS MATERNOS RELACIONADOS PRINCIPALMENTE CON EL EMBARAZO (O20 - O29)	0	0.0	26,681	3.9	26,681	3.0
05	TUMORES (NEOPLASIAS) MALIGNOS (C00 - C97)	9,743	4.4	14,723	2.2	24,466	2.7
06	INFLUENZA (GRIPE) Y NEUMONIA (J09 - J18)	10,229	4.6	10,244	1.5	20,473	2.3
07	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES (A00 - A09)	6,689	3.0	7,788	1.2	14,477	1.6
08	INFECCIONES ESPECIFICAS DEL PERIODO PERINATAL (P35 - P39)	7,581	3.4	6,500	1.0	14,081	1.6
09	HERNIA (K40 - K46)	7,237	3.2	6,606	1.0	13,843	1.5
10	TRASTORNOS NO INFLAMATORIOS DE LOS ORGANOS GENITALES FEMENINOS (N80 - N98)	0	0.0	13,274	2.0	13,274	1.5
11	ATENCION MATERNA RELACIONADA CON EL FETO Y CAVIDAD AMNIOTICA Y CON POSIBLES PROBLEMAS DE PARTO (O30 - O48)	0	0.0	12,173	1.8	12,173	1.4
12	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO (N30 - N39)	3,018	1.4	9,084	1.3	12,102	1.3
13	TRASTORNOS HEMORRAGICOS Y HEMATOLOGICOS DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO (P50 - P61)	5,934	2.7	5,946	0.9	11,880	1.3
14	TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA DURACION DE LA GESTACION Y EL CRECIMIENTO FETAL (P05 - P08)	5,690	2.6	4,986	0.7	10,676	1.2
15	ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES (J40 - J47)	5,131	2.3	5,215	0.8	10,346	1.2
16	INFECCIONES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO (L00 - L08)	5,229	2.3	4,697	0.7	9,926	1.1
17	TRAUMATISMOS DE LA CABEZA (S00 - S09)	6,759	3.0	3,117	0.5	9,876	1.1
18	DIABETES MELLITUS (E10 - E14)	3,351	1.5	4,657	0.7	8,008	0.9
19	TUMORES (NEOPLASIAS) BENIGNOS (D10 - D36)	1,117	0.5	6,552	1.0	7,669	0.9
20	TRASTORNOS RESPIRATORIOS Y CARDIOVASCULARES ESPECIFICOS DEL PERIODO PERINATAL (P20 - P29)	4,400	2.0	3,131	0.5	7,531	0.8
21	TRAUMATISMOS DE LA RODILLA Y DE LA PIERNA (S80 - S89)	4,855	2.2	2,343	0.3	7,198	0.8


22	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES (I60 - I69)	3,655	1.6	3,371	0.5	7,026	0.8
23	ENFERMEDAD RENAL TUBULOINTERSTICIAL (N10 - N16)	1,239	0.6	5,368	0.8	6,607	0.7
24	OTRAS FORMAS DE ENFERMEDAD DEL CORAZON (I30 - I52)	3,112	1.4	3,292	0.5	6,404	0.7
25	COMPLICACIONES DEL TRABAJO DE PARTO Y DEL PARTO (O60 - O75)	0	0.0	6,294	0.9	6,294	0.7
26	OTRAS INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES (J20 - J22)	3,316	1.5	2,714	0.4	6,030	0.7
27	OTRAS ENFERMEDADES DE LOS INTESTINOS (K55 - K63)	3,642	1.6	2,301	0.3	5,943	0.7
28	ENFERMEDADES DE LOS ORGANOS GENITALES MASCULINOS (N40 - N51)	5,338	2.4	0	0.0	5,338	0.6
29	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO (J95 - J99)	2,467	1.1	2,590	0.4	5,057	0.6
30	OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS (A30 - A49)	2,280	1.0	2,687	0.4	4,967	0.6
	SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE (R00-R99)	5,499	2.5	7,823	GRAFICO N° 41.2	13,322	1.5
	PARTO (O80 - O84)	0	0.0	317,699	47.0	317,699	35.3
	LAS DEMAS CAUSAS	80,254	36.0	88,123	13.0	168,377	18.7

Fuente: **MINSA**


**GRAFICO N° 3**  
**REALIZACION DE CHARLA SOBRE CUIDADOS DEL PACIENTE**  
**DIABETICO**




**HOSPITAL DE ENDOCRINOLOGÍA**  
**PROGRAMA EDUCATIVO PARA EL PACIENTE DIABÉTICO**



**Si eres diabético  
PON ATENCIÓN**



La diabetes te acompañará toda la vida, para controlarla debes saber como hacerlo.

**Inscríbete al Programa de Educación Básica para el paciente diabético**

Consta de sólo 3 charlas a las 9:00 am en las cuales debes asistir y un día tener una información completa acerca de lo que es la diabetes.

1

**LUNES**

¿Diabetes?

2

**MIÉRCOLES**

¿Qué comer?

3

**VIERNES**

¿Pastillas, si solma?

**LUNES** Hablaremos sobre que es la diabetes. Las complicaciones, niveles normales de glucosa en la sangre, etc

**MIÉRCOLES** Plan de alimentación. Qué es lo que debes comer, el tipo de actividad física o ejercicios recomendados.

**VIERNES** Los medicamentos para el paciente diabético, la máquina autocontrol, demostración del uso del glucómetro para que usted mismo pueda conocer el nivel de azúcar en casa

**LA EDUCACIÓN**

Es el mejor método para el control de la diabetes. El paciente debe ser educado con la información que se le brinda en el programa.


Educación	Ejercicios Físicos	Medicamentos	Ejercicios	Uso de Insulina	Autocuidado
Programa	Consultorio Externo	Consultorio Externo	C.E. Externo Programa	C.E. Externo Programa	Programa

**PACIENTES CONTROLADOS**

- Asiste a consultas médicas.
- Sabe comer.
- Glucosa en ayuno <130
- Glucosa después de comer <180
- Glucosa 1h pos <140
- Hemoglobina Glicosilada A1c <7%

**PACIENTES NO CONTROLADOS**

- No asiste a consultas médicas.
- No sabe comer.
- Glucosa alta.
- Hemoglobina Glicosilada A1c >7%



**NO TIENE PROBLEMAS**

**Nosotros queremos pacientes controlados  
EVITA COMPLICACIONES**

Además: ...

- Videos dirigidos a los diabéticos, donde usted podrá participar exponiendo sus inquietudes.
- Recibirá folletos con los puntos más importantes de cada charla y un impreso con la dieta o plan de alimentación específico.

*Inscríbete ahora mismo!*  
 No espere las complicaciones de la diabetes para hacer.


Servicio de Endocrinología  
 Ubicación entre el Pabellón 1 y 2 (2do piso) - Teléfono 614-4824 interno 4302

GRAFICO N° 4  
REALIZACION DE CONTROL DE GLUCOSA CAPILAR





## CONTROL DE GLUCOSA














### Metas de control de Glucemia

Glucemia en ayunas	80 -130 mg/dL
Glucemia postprandial	≤ 180 mg/dL

**Meta de Hemoglobina Glucosilada A1c** <7 %

**Tabla de Conversión**

A1C	Glicemia Promedio	
14%	355 mg/dL	 Riesgo extremo
13%	326 mg/dL	 Riesgo aumentado
12%	298 mg/dL	 Riesgo alto
11%	269 mg/dL	 Riesgo moderado
10%	240 mg/dL	 Riesgo moderado
9%	212 mg/dL	 Riesgo moderado
8%	183 mg/dL	 Riesgo moderado
7%	154 mg/dL	 Riesgo moderado
6%	126 mg/dL	 Riesgo moderado
5%	97 mg/dL	 Riesgo moderado



La meta de HbA1c se individualiza al caso particular de cada paciente


Promedio Glicemia = 28.7 x A1C - 46.7

### Metas de Valores Lipídicos


Colesterol LDL	< 100 mg/dL
Colesterol HDL	Hombre > 40 mg/dL Mujer >50 mg/dL
Triglicéridos	< 150 mg/dL

### Metas de Presión Arterial

Sistólica	< 140 mm de Hg
Diastólica	< 90 mm de Hg



(1) Diabetes Care Volume 40, Supplement 1, January 2017



Programa personalizado de soporte para pacientes

**0800-00321**  
Línea gratuita desde el área del 1 y números  
 privados de telefonos y área nacional

**627-0620**  
Línea a Voce de 9-20 a.m. a 6:00 p.m.  
 Buenos Aires

COACH 1.07.18.10.02436