

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



**“CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS CON DIABETES MELLITUS DE
TIPO II QUE ASISTEN AL SERVICIO DE MEDICINA
INTERNA 4TO C DEL HOSPITAL NACIONAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS LIMA 2015 –
2017”**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL -
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN
GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

LOURDES MARGARITA VARGAS GONZALES

Callao, 2018

PERÚ

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática.....	3
1.2 Objetivo.....	6
1.3 Justificación.	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes.....	9
2.2 Marco Conceptual.....	14
2.3 Definición de Términos	21
CAPÍTULO III: EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	24
3.1 Recolección de Datos	24
3.2 Experiencia Profesional	24
3.3 Procesos Realizados en el Tema del Informe	37
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	41
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES	44
CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES.....	45
CAPÍTULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	50

INTRODUCCIÓN

La diabetes es una enfermedad crónica que se presenta cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no la utiliza eficazmente. La diabetes de tipo 2 (también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta) se debe a una utilización ineficaz de la insulina; este tipo representa la mayoría de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física. La diabetes requiere atención médica continua con estrategias de reducción de riesgo multifactoriales más allá del control glucémico; la educación y el apoyo constantes a la autogestión del paciente son fundamentales para prevenir complicaciones agudas y reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo.

En el servicio de Medicina Interna 4C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, el mayor porcentaje de pacientes adultos mayores, ingresan por complicaciones de la Diabetes como: hiperglicemia, insuficiencia renal, accidente cerebrovascular, retinopatía, nefropatía, y neuropatía diabética, etc. Por tanto, el presente informe de experiencia profesional describe los cuidados de enfermería que se ofrece a los pacientes diabéticos y su familia durante el periodo de hospitalización, a fin de identificar oportunamente el riesgo de complicaciones, evitar la estancia hospitalaria prolongada y la re-hospitalización, mejorando así la calidad de vida de los pacientes adultos mayores y sus familias.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Actualmente, la DM II es considerada la epidemia del siglo XXI alrededor del mundo. El Informe Mundial sobre la Diabetes considera a esta enfermedad un importante problema de salud pública y una de las cuatro enfermedades no transmisibles (ENT) seleccionadas por los dirigentes mundiales para intervenir con carácter prioritario; la prevalencia mundial (normalizada por edades) de la diabetes casi se ha duplicado para el 2017, pasado del 4,7% al 8,5% en la población adulta (1).

Según la Federación Internacional de Diabetes (IDF por sus siglas en Ingles), 425 millones de adultos en el mundo tenían diabetes mellitus en el año 2017 frente a los 108 millones de 1980 (1). La diabetes mellitus de tipo II (DM II) representa al menos el 90% de todos los casos de diabetes (2). Este tipo de diabetes puede permanecer muchos años sin ser detectada, evidenciándose solo cuando aparece una complicación o mediante una prueba de glucosa en sangre u orina de rutina.

La diabetes mellitus ha dejado de ser una enfermedad de los países desarrollados para afectar a toda la población mundial por igual, como se mencionó anteriormente la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha

enfaticado que de las personas que padecían la enfermedad, la mayoría vivía en países en desarrollo.

Cálculos recientes revelan que, en los países latinoamericanos y del Caribe las tasas más elevadas de prevalencia de la diabetes corresponden a Belice (12,4%) y México (10,7%); Managua, Ciudad de Guatemala y Bogotá mantienen tasas de alrededor del 8 al 10%; Estados Unidos representa una prevalencia de alrededor del 9,3%, llegando a prácticamente el 16%, en la frontera mexicoestadounidense (3). Para el año 2017 en América del sur y Central 26.04 millones de personas viven con diabetes). Se estima que habrá 629 millones de personas con diabetes mellitus en el 2045 (4).

La prevalencia de la enfermedad en adultos de entre 20 – 79 años en el Perú era del 6,4%, lo que se traduce en alrededor de 1'143,000 personas de las cuales 317,000 no están diagnosticadas (5), pero lo más grave es que por lo menos la mitad de ellos desconocen que la padecen y sufren de complicaciones médicas. En el Perú, las regiones con más casos de DM II son las ciudades más desarrolladas ubicadas en la costa (Lima, Arequipa y Piura), donde la población tiene un estilo de vida más moderno y tiene más acceso a productos procesados. Se estima que en la costa peruana existen 8% de personas con diabetes, mientras que en la sierra 5% y la selva 4% (6).

El Dr. Jorge Calderón, ex presidente de la Asociación de Diabetes del Perú (Adiper), sostiene que una de cada cinco personas adultas mayores padece de diabetes mellitus de tipo II, es decir, el tipo más común en el Perú, asociado y generado por la carga genética, la obesidad y el sedentarismo, y que ataca fundamentalmente a los adultos (7)

La Diabetes Mellitus es la octava causa de muerte, la sexta causa de ceguera y la primera de enfermedad renal crónica (ERC) y de amputaciones no traumáticas de miembros inferiores, asimismo, el 31,5% de infartos cardiacos y el 25% de los accidentes cerebrovasculares (ACV) ocurren en diabéticos. Las infecciones, las emergencias por diabetes y las alteraciones CV son las principales causas de hospitalización con una mortalidad < 10%, debida principalmente a infecciones, enfermedad renal crónica y accidentes cerebro vasculares (5).

Por lo anterior, entendiendo la relevancia de esta problemática en la sociedad, el presente informe fue realizado con familiares, cuidadores y adultos mayores diagnosticados con diabetes mellitus de tipo II que se encuentran registrados hospitalizados en el servicio 4C Medicina Interna del HNERM. En dicho lugar, se observa el incremento de la enfermedad en el usuario, incrementando la demanda de cuidados e intervenciones que favoreces el tratamiento médico, y las direccionadas a la sensibilización y conocimiento del paciente y la familia sobre la enfermedad

Además la brecha entre la oferta y demanda del personal de enfermería repercute en los cuidados y la identificación oportuna de signos y síntomas se riesgo, pues estos estándares no están de acuerdo a la necesidad de los pacientes que demandan el servicio, generando deficiencias en la calidad del cuidado de enfermería, originándose eventos adversos y/o complicaciones intrahospitalarias como: insuficiencia renal, neuropatía, pie diabético retinopatía diabética, dificultades que afectan la calidad de vida del adulto mayor y la armonía familiar, ya sea por el costo económico y los periodos de larga estancia hospitalaria.

Se conoce que la enfermería representa un apoyo fundamental en las personas que sufren procesos crónicos de salud, que la herramienta terapéutica más eficiente y básica en las afecciones crónicas es la educación para la salud, entendida esta como el proceso de adquisición de conocimientos y modificación de hábitos y actitudes tendentes a mantener y mejorar el estado de salud.

1.2 OBJETIVO

Describir la experiencia profesional en el cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados con diabetes mellitus tipo II del servicio de Medicina Interna 4C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2015 – 2017.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer los cuidados de enfermería que se deben de tener con los pacientes adultos mayores hospitalizados diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II, en el servicio de Medicina Interna 4C del Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo 2015 - 2017, con el propósito de que los resultados de este informe brinden información actualizada a las unidades de la institución, Dpto. de enfermería y servicio de medicina 4C a fin de formular estrategias de capacitación que contribuyan a fortalecer e incentivar al profesional de enfermería, en los cuidados de enfermería al paciente con Diabetes Mellitus de Tipo II, así como en la elaboración de guías de atención destinados a disminuir el riesgo de complicaciones. Además, el presente informe se justifica:

Nivel Social: A nivel social, este informe proporcionará a los profesionales de enfermería información sobre las prácticas de cuidados de enfermería en los Pacientes Hospitalizados con Diabetes Mellitus de Tipo II, a fin de mejorar la calidad de la atención la cual debe ser continua, oportuna y humana, de esta manera contribuirá a disminuir las complicaciones de la Diabetes Mellitus Tipo II.

Nivel Práctico: El presente informe a nivel práctico pretende servir de guía de actuación proporcionando a los profesionales de enfermería de los conocimientos pertinentes acerca de los cuidados necesarios, para un paciente adulto mayor con la enfermedad de Diabetes Mellitus Tipo II; asimismo, contribuirá a identificar oportunamente el riesgo de las complicaciones, evitando la estancia hospitalaria prolongada y la rehospitalización, y de esta manera mejorando la calidad de vida de los pacientes adultos mayores y por ende la de sus familias.

Nivel Económico: El profesional de enfermería tiene el deber de proporcionar al paciente adulto mayor cuidados óptimos que favorezcan su recuperación en el menor tiempo posible y minimicen las complicaciones que puedan surgir a lo largo de su tratamiento evitando la complejidad creciente del servicio, la estancia hospitalaria prolongada y el aumento creciente de los costos sanitarios derivados del mismo ya que se estima que el costo ponderado por paciente controlado es de s/.1,392 nuevos soles mientras que el costo ponderado por paciente complicado es de s/.19,661 nuevos soles.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 A nivel Internacional

TEJIDO AE en el año 2015 redactó la tesis titulada “Plan de cuidados estandarizados de Enfermería para pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en la Atención Primaria” en España; viendo la necesidad de la estructuración de un plan de cuidados estandarizado de Enfermería en Atención Primaria, a fin de conseguir frenar el progreso de la enfermedad en los pacientes diagnosticados de diabetes Mellitus tipo 2; enfermedad generalmente asociada a personas en edad adulta con sobrepeso, por lo que la consulta de enfermería de AP debe centrarse en lograr por parte del paciente la pérdida de peso, actividad física regular, dieta adecuada a las necesidades metabólicas y control farmacológico; aspectos fundamentales para un buen control glucémico y evolución favorable de la enfermedad. Concluyendo que de esta manera se lograría una prevención terciaria, disminuyendo las complicaciones agudas y crónicas asociadas a la Diabetes Mellitus tipo 2, produciéndose asimismo una reducción del coste sanitario. Prestando cuidados enfermeros de excelencia al paciente diabético, aumentando su esperanza y calidad de vida (8).

DEL CASTILLO RA, FERNÁNDEZ LÓPEZ JA, DEL CASTILLO FJ en el año 2014 publicaron un estudio titulado “Guía de práctica clínica en el pie diabético” en España, trata sobre una revisión bibliográfica sobre el pie diabético, en qué consiste, los cuidados que requiere, su tratamiento y su relación con la labor actual de enfermería en dicho campo. Concluyendo que en pacientes diabéticos se recomiendan los programas estructurados de cribado, estratificación de riesgo, prevención y tratamiento; recomiendan también brindar educación integral del pie diabético para mejorar el conocimiento, fomentar autocuidado y reducir complicaciones; además las enfermeras deben evaluar en pacientes diabéticos el control del riesgo de desarrollo de pié diabético; en mayores de 70 años se requiere mayor vigilancia y cuidado, así como en diabéticos de larga evolución, fumadores, con problemas de visión y aquellos con problemas sociales o que vivan solos (9).

BATISTA MG, MELO RKA, MAXIMINO DAFM, et al. en el año 2014 titulado “Diabetes mellitus: características de la atención de enfermería y el cuidado al idoso” en Recife – Brasil; tuvieron como objetivo investigar las características de los cuidados de enfermería prestados a los diabéticos de edad avanzada. Se trató de un estudio descriptivo, exploratorio, con enfoque cuantitativo, realizado en una Unidad Básica de la Familia en Santa Rita/Paraíba con 30

diabéticos de edad avanzada. Se encontró que los procedimientos contratados con más frecuencia por las enfermeras durante las consultas de enfermería fueron: glucosa, de peso, directrices sobre la aplicación, manipulación, dosificación y de la insulina. Los encuestados dijeron que estaban satisfechos con la atención de enfermería. Los autores concluyeron que los cuidados de enfermería, está limitado a procedimientos mecánicos y rutinarios y que es una debilidad (10).

2.1.2 A nivel Nacional

En la publicación realizada por HUISACAYNA FM, AGUILAR Y, FLORES AC, NINAHUAMAN LK, YUPANQUI R en el año 2016 titulado “Efectividad de un programa educativo sobre autocuidado en la prevención de complicaciones de miembros inferiores en pacientes con diabetes mellitus hospital Santa Maria del Socorro de Ica 2014- 2015” en Ica; se tuvo como objetivo evaluar la efectividad del programa educativo sobre autocuidado en miembros inferiores de los pacientes con Diabetes mellitus que acudían al hospital Santa María del Socorro de la ciudad de Ica durante el periodo Setiembre 2014- Agosto 2015. La muestra estuvo conformada por 100 personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus de tipo 2; 50 pacientes para cada grupo (grupo control y grupo intervención), según los criterios de selección. Se usó un cuestionario de 10 preguntas de conocimiento sobre pie diabético y

43 Ítems sobre autocuidado de los miembros inferiores. Se encontró que luego de aplicarse el programa educativo sobre complicaciones de miembros inferiores a pacientes con Diabetes Mellitus de tipo 2, se incrementó el nivel de conocimiento en el grupo experimental de 30,4% a 71,6% y en el nivel de autocuidado de 30,64% a 75,88%; el grupo control permaneció con los mismos niveles bajos, posteriormente se dio el mismo programa educativo al grupo control (11).

En la investigación realizada por RAMOS W, LÓPEZ T, REVILLA L, MORE L, HUAMANÍ M, POZO M. en el año 2014 titulado “Resultados de la vigilancia epidemiológica de diabetes mellitus en hospitales notificantes del Perú, 2012” en Lima; fijaron como objetivo la descripción de los hallazgos a lo largo de un año de vigilancia epidemiológica en hospitales de diabetes mellitus. Se trató de un estudio transversal con datos provenientes de 18 hospitales de Perú. Se encontraron 2959 casos de los cuales el 91,2% contaba con glicemia en ayunas, 65,4% presentaba valor ≥ 130 mg/dL; asimismo, el 8,9% tenía un estudio de microalbuminuria, el 20,5% de los pacientes presentaba microalbuminuria y el 6,5% proteinuria. La complicación más frecuente fue la neuropatía (21,4%) y la comorbilidad más frecuente la hipertensión arterial (10,5%). Los autores concluyeron que en la población evaluada existe una alta frecuencia de control glicémico

inadecuado y pobre adherencia al tratamiento, sugiriendo que se necesita de fortalecer el diagnóstico temprano (12).

El estudio realizado por RODRIGO CORONEL, MEDINA OCHOA Y RODRIGUEZ CRUZ en el año 2014 titulado “Efectividad de una intervención educativa de enfermería en los estilos de vida en adultos con Diabetes tipo II, San José - Chiclayo – 2012” en Chiclayo; tuvo como objetivo medir la efectividad de una intervención educativa de enfermería en los estilos de vida en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo II. La población fue de 32 adultos, se consideró criterios de selección, para que finalmente la muestra estuviera conformada por 18 adultos con diabetes mellitus tipo II, con edades mayores a 40 años. Los datos se recolectaron antes y después de la intervención educativa, a través de la escala Likert de 26 ítems sobre dieta y ejercicio, y la lista de cotejo con 4 indicadores (IMC, presión arterial, perímetro abdominal y glicemia capilar). La intervención educativa se realizó durante 4 meses, en donde se dieron 3 sesiones educativas a cada participante con una duración de una hora cada sesión. Los resultados mostraron que la intervención educativa de enfermería en dieta y ejercicio fue efectiva en el índice de masa corporal ($p=0.00049$) y presión arterial ($p=0.00016$) (13).

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 DIABETES MELLITUS II

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre) (14), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

La diabetes de tipo II, llamada anteriormente diabetes no insulino dependiente o del adulto, 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 (14).

a) Factores de riesgo (15):

- **Edad:** Las personas mayores de 40 años tienen mayor riesgo de contraer la enfermedad.
- **Estilo de vida:** La falta de ejercicio, dieta poco saludable, y la obesidad incrementan el riesgo de desarrollar esta patología.
- **Obesidad y sobrepeso:** La obesidad es un factor de riesgo muy serio para la diabetes, debido a que tienen siete veces más

opciones de padecerla; y quienes presentan sobrepeso hasta 3 veces mayor riesgo.

- **Urbanización:** sin duda alguna la urbanización favorece la presencia de diabetes, debido al predominio del sobrepeso y la obesidad en zonas urbanas como Lima Metropolitana, y en general la costa peruana.

b) Complicaciones (15):

- **Hipoglicemia:** Es la complicación más frecuentemente asociada al tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus, se reconoce por: latidos cardíacos fuertes, temblores, hambre, sudoración, dificultad para concentrarse y/o confusión. Las causas más frecuentes son: el exceso de insulina o hipoglicemiantes orales, el retraso o disminución del consumo o la absorción de alimentos, el ejercicio intenso o prolongado y el consumo de alcohol.
- **Desorden cerebrovascular:** Las personas con diabetes tienen cuatro veces más probabilidades de tener un DCV que las personas sin diabetes. Una terapia eficaz puede reducir en 44% este riesgo.
- **Enfermedad Renal:** La diabetes es la causa principal de la enfermedad renal crónica y la enfermedad renal en etapa terminal

(ERET). La ERET requiere de diálisis o un trasplante de riñón para reemplazar la función renal.

- El deterioro de la función renal en los sujetos con diabetes mellitus es un proceso progresivo en el tiempo⁴⁵. El control estricto de la glicemia puede retrasar o prevenir la aparición de microalbuminuria y el desarrollo de la nefropatía diabética. En el paciente diabético son recomendables cifras de PA inferiores a 140/90 mmHg, ya
- **Enfermedad Cardiovascular:** La presión arterial alta, colesterol alto, sobrepeso y obesidad - y la diabetes tipo 2 - son algunos de los principales factores de riesgo biológicos de las enfermedades cardiovasculares. Una terapia eficaz puede reducir la mortalidad cardiovascular en 50%.
- **Ceguera:** El daño a la retina por causa de la diabetes es la causa principal de pérdida de la visión (retinopatía diabética). Un tratamiento eficaz puede reducir el deterioro de la retina en más de un tercio.
- **Amputación:** La diabetes es la causa principal de las amputaciones no traumáticas de los miembros inferiores. Pequeños traumatismos provocan lesiones y la aparición de úlceras. La presencia de una neuropatía periférica, una insuficiencia vascular y una alteración de la respuesta a la

infección hace que el paciente diabético presente una vulnerabilidad excepcional a los problemas de los pies. La educación efectiva sobre el cuidado de los pies y el tratamiento temprano puede reducir significativamente el número de amputaciones.

2.2.2 CUIDADOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DIABETES MELLITUS

1. Presentarse a sí mismo y su función en los cuidados.
2. Orientar al paciente y familia sobre las normas y funcionamiento de la unidad.
3. Realizar la valoración de enfermería al ingreso.
4. Establecer el plan de cuidados del paciente, los diagnósticos, resultados e intervenciones.
5. Identificar, con el paciente, las prácticas culturales que puedan afectar negativamente a la salud, de manera que el paciente pueda elegir de manera informada.
6. Facilitar la comunicación
7. Modificar las intervenciones convencionales (enseñanza al paciente) de manera culturalmente adecuada.
8. Identificar las enfermedades y razones principales del ingreso, si procede.
9. Identificar los diagnósticos médico y de cuidados clave.

10. Dar la información de forma concisa, centrándose en los datos recientes e importantes necesarios para el personal que asume la responsabilidad en cuidados.
11. Describir el régimen de tratamiento.
12. Identificar las pruebas de laboratorio y de diagnóstico que deban completarse en las próximas 24 horas.
13. Describir los datos del estado de salud, incluyendo signos vitales y los signos y síntomas presentes durante el turno.
14. Describir las intervenciones de enfermería llevadas a cabo.
15. Resumir los progresos en las metas fijadas.

2.2.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA

Durante mi labor como enfermera asistencial las teorías que han facilitado mi labor en la atención del paciente han sido las teorías de Virginia Henderson, Castilla Roy y Dorothea Orem. A continuación se detallará las características de este cuidado.

Teoría de Virginia Henderson: Necesidades Básicas

Virginia Henderson parte de la teoría de las necesidades básicas, e identifica 14 necesidades fundamentales que comparten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse a causa de una enfermedad, incidiendo en ellos factores físicos, psicológicos y sociales

y por otro lado busca lograr que el paciente con enfermedades graves alcance una muerte tranquila (16).

Consideré esta teoría relevante para el presente informe porque aporta una estructura teórica en base a las necesidades de cuidado a través de acciones de apoyo en la enfermedad y la muerte y a nivel práctico la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las 14 necesidades humanas básicas.

▪ **Meta Paradigmas**

- **Persona:** individuo que necesita de la asistencia para alcanzar una salud e independencia o para morir con tranquilidad.

Considera a la familia y a la persona como una unidad. Tiene unas necesidades básicas que cubrir para su supervivencia.

- **Entorno:** Lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La salud puede verse afectada por: factores físicos como aire, temperatura, sol, etc.; factores personales que incluyen la edad, entorno cultural, capacidad física.

- **Salud:** Capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación a las catorce necesidades básicas similares a las de Maslow.

- 7 están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa, temperatura)

- 2 con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales)
 - 2 con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias)
 - 3 con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender)
- **Enfermería:** Ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a la recuperación, que lo ayude a ganar independencia o a tener una muerte tranquila. Busca la independencia de la persona a través de la promoción y la educación en salud, en las personas sanas y en las enfermas a través de los cuidados de enfermería.

▪ **Postulados**

Su teoría está basada en la fisiología, medicina, psicología y física, también utiliza la observación de su práctica diaria.

El profesional de enfermería requiere trabajar de manera independiente con otros miembros del equipo de salud. Las funciones de la enfermera son independientes de las del médico, pero utiliza el plan de cuidados de este para proporcionar el cuidado del paciente.

Aplicación a la práctica: El modelo de Virginia Henderson, es un medio necesario en la práctica clínica, ya que está orientado principalmente al rol asistencial de la enfermera. Establece las 14 necesidades básicas a evaluar en la atención de los pacientes, lo que permite una valoración integral de la persona tomando en cuenta su

entorno y recuperación. Esto puede ser aplicable a través del Proceso de Enfermería en base a una relación Enfermera – Paciente como “sustituta” cuando el paciente es totalmente dependiente, establece un rol docente para enfermería, además considera la atención digna en el proceso de la muerte.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Complicaciones agudas:** Complicaciones pasajeras temporales y reversibles debido a las variaciones de la glucosa en la sangre, que tienen un impacto a corto plazo en la capacidad para manejar, como la hipoglucemia, hiperglucemia, cetoacidosis diabética y coma hiperosmolar no cetósico.
- **Complicaciones crónicas:** Están asociadas con la duración de la enfermedad, la falta de control metabólico de glucosa en la sangre y otros factores que pueden resultar en daños a los tejidos y tener un impacto a largo plazo en las capacidades para manejar. Las principales complicaciones crónicas de la diabetes mellitus son: incapacidades visuales: vista nublada, cataratas, glaucoma, maculopatía (edema macular), retinopatía diabética. Nefropatía diabética: disfunción renal progresiva que provoca debilidad muscular y fatiga llevando a la diálisis. Enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y periféricas: estrechamiento de las arterias que causa disminución en la corriente sanguínea al

corazón, cerebro y piernas. Neuropatía: trastorno del sistema nervioso (autónomo y periférico) que daña la sensación o el movimiento en los pies, piernas o manos.

- **Complicaciones de la diabetes:** Son daños a corto plazo (aguda) o a largo plazo (crónica) que afectan los vasos sanguíneos microvasculares o macrovasculares de las personas con diabetes, como: (aguda) hipoglucemia, hiperglucemia, cetoacidosis diabética, coma hiperosmolar no cetósico; (crónica) deficiencias visuales, nefropatía diabética, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares y neuropatía diabética (17).
- **Diabetes Mellitus:** Es la forma más común en adultos y personas mayores, aunque puede aparecer en niños y adolescentes, normalmente se diagnostica por encima de los 30-40 años. Como las personas que la padecen no advierten los síntomas, ésta se diagnostica después de algún tiempo de padecerla sin saberlo. Se caracteriza por una resistencia a la insulina asociada a un déficit relativo de insulina.
- **Hiperglucemia:** Una condición en la que los niveles de glucosa en la sangre son demasiado altos. Entre los síntomas se incluyen la urinación frecuente, aumento de sed y pérdida de peso, a pesar del aumento de apetito.

- **Hipoglucemia:** Concentración de glucosa en sangre venosa inferior a 70 mg/dl⁴⁰.
- **Insulina:** Una hormona necesaria para convertir la glucosa, almidones y otros alimentos en energía necesaria para la vida diaria. La insulina permite que las células usen glucosa como combustible y se segrega por medio de las células beta en los islotes de Langerhans. Su liberación desde el páncreas se estimula por el incremento de glucosa en la sangre, estimulación del nervio vagal y otros factores. (17).

CAPÍTULO III

EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización del presente trabajo académico se realizó la recolección de datos a través de la revisión documentaria de los registros de Enfermería del servicio.

Así mismo se solicitó datos de la división de estadística e informática de la oficina de desarrollo del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2015 – 2017

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

- **Recuento de la Experiencia Profesional**

Desempeño la profesión de enfermería hace 16 años, empecé laborando para Buenaventura, una Empresa Minera que me permitió realizar prácticas profesionales remuneradas mientras realizaba trámites para obtener la colegiatura, luego fui contratada por la misma institución ya como Licenciada en Enfermería, basándome en el objetivo personal trazado, ingreso a trabajar a diferentes Clínicas Privadas de la Capital, tras varios y diversos concursos ingreso a la institución ESSALUD en 2009, al Hospital Nacional Guillermo

Almenara Irigoyen, en condición laboral de plazo indeterminado, la Jefatura de Enfermería del mencionado hospital decide ubicarme en el servicio de Nefrología, trabajando en dicha área por espacio de seis meses, de Marzo 2009 a Setiembre 2009. Posteriormente pasó a trabajar al Hospital II Vitarte en el área de Recuperación perteneciente al servicio de Sala de Operaciones en el periodo Setiembre 2009 a Enero 2012. Por decisión personal decido realizar mi cambio de lugar de trabajo bajo la modalidad de Permuta al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati, ingresando en Febrero 2012, inicié mi labor asistencial como personal de Reten, tras pasar por tres meses de inducción, pasando por servicios de UCI, Emergencia, Emergencia Pediátrica, Neurocirugía, Neumología y Medicina Interna, lo cual me permitió conocer nuevos procedimientos de enfermería, con la finalidad de fortalecer debilidades en los procesos de atención de enfermería para afianzar competencias profesionales en base a un programa de capacitación continua y adquiriendo destreza en los mismos, a fin de responder a las necesidades y expectativas de los pacientes asegurados según los avances científicos y tecnológicos ya que al laborar en un establecimiento de salud de nivel IV tenía que estar apta y capacitada para cubrir la falta de personal en diferentes servicios inclusive servicios de alta complejidad brindando una atención integral, humana con calidad y calidez.

Durante esos tres meses, reconozco que adquirí experiencia y destreza en el cuidado a pacientes de todos los grupos etareos, desde lactantes, preescolares, adultos maduros y adultos mayores con diversas patologías así como el manejo de equipos médicos que eran novedosos para mí.

En Mayo 2012, por decisión del Departamento y Supervisión de Enfermería, paso a trabajar como personal definitivo del staff de enfermeras del servicio de Medicina Interna 4C del HNERM hasta la actualidad.

La enfermera en el Servicio de Medicina Interna es un recurso humano estratégico importante dentro del equipo multidisciplinario de salud ya que participa e interviene en diferentes procesos de calidad directamente frente al cuidado del paciente y familia, como el desarrollo y aplicación de un programa de control de infecciones intrahospitalarias, a través de los diferentes comités que son organizados por la jefatura médica y de enfermería responsables del control y prevención de infecciones nosocomiales, por ello la enfermera como administradora de cuidados y responsables de la monitorización del paciente critico cobran gran relevancia ya que debido al estado o gravedad de los mismos son dependientes en su totalidad.

El Servicio de Medicina Interna 4C cuenta con 39 camas asignadas; de las cuales 4 corresponden a la Unidad de Cuidados Intermedios. Los pacientes que ingresan en su mayoría proceden del Servicio de Emergencia, así como transferidos de los servicios de endocrinología; suelen ser pacientes adultos mayores, según valoración clínica se observa que la gran demanda se caracteriza por enfermedades crónicas degenerativas de progresión lenta, el mayor porcentaje de morbilidad registrada en los pacientes adultos es la Diabetes Mellitus Tipo II.

Cada año se establece en este servicio a través del Comité Científico un cronograma anual de actividades de programa de educación continua, necesario para fortalecer las competencias del profesional de enfermería respecto a las habilidades comunicativas, trabajo en equipo, capacidad de toma de decisiones y conocimiento y aplicación de prácticas seguras y gestión del riesgo a fin de reducir y mitigar actos inseguros durante el cuidado del paciente con Diabetes Mellitus Tipo II, adquiriendo conocimientos actualizados de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología para adquirir los componentes de un saber hacer con conciencia aplicando el conocimiento técnico-científico y humanístico, en base a la aplicación del Proceso de Enfermería, que responda a las dimensiones psicológica, biológica, social y espiritual, realidad que muchas veces no se observan en este servicio, donde algunas

enfermeras no se involucran en el cuidado del paciente de Diabetes Mellitus Tipo II.

▪ **Descripción del Área Laboral**

- **Recursos Humanos:** El servicio tiene 39 camas y 43 trabajadores distribuidos de la siguiente forma:

- 9 médicos todos con la especialidad de medicina interna, programados 6 horas del día, turno diurno.
- 16 enfermeras programadas las 24 horas del día, una enfermera realiza actividad administrativa (Jefatura).
- 12 técnicos de enfermería también programados las 24 horas del día.
- 1 Licenciada en nutrición que realiza atenciones solo en el turno mañana o en la tarde, con actividades compartidas en otros servicios.
- 1 asistente social en el turno diurno.
- 2 personales administrativo que labora de 8 am a 3 pm.
- 2 personales de limpieza que realiza actividades de 8am a 3pm.

- **Turnos del personal de enfermería**

- **Turno Mañana:** 5 enfermeras, de las cuales 3 son enfermeras asistenciales, 1 jefa y 1 sub jefa, asimismo están programados 4 técnicos de enfermería; de los cuales 1 técnico de enfermería tiene como función el apoyo administrativo de la enfermera sub jefa así como el desplazamiento de los pacientes a las diferentes áreas de ayuda al diagnóstico o servicios interconsultados del HNERM. Cada enfermera asistencial asume el cuidado directo de 13 pacientes al igual que el personal técnico.
- **Turno Tarde:** 3 enfermeras, de las cuales 2 son asistenciales y 1 sub jefa, y 2 técnicos de enfermería. Cada enfermera asistencial asume el cuidado directo de 19 o 20 pacientes según corresponda al igual que cada técnico de enfermería.
- **Turno Noche:** 2 enfermeras asistenciales y 2 técnicos de enfermería. La distribución descrita es modificada constantemente según la realidad del servicio ya sea por ausentismo, programación de reemplazos y /o vacaciones.

- Infraestructura

- El servicio de Medicina Interna se encuentra ubicado en el block C del nivel 4, del edificio del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, presenta 39 camas, 12 habitaciones bipersonales y 15 unipersonales, del total de 4 camas corresponden a la UCIN (distribuidas en 2 habitaciones: 472 y 473). Cada habitación tanto bipersonal como unipersonal cuenta con oxígeno empotrado y 20 camas con sistemas de aspiración.
- La estación de enfermería incluye el área de digitación y de enfermería, en donde se ubican los materiales de gran valor económico y utilidad como: coche de paro, monitor cardiaco portátil, desfibrilador y equipo de electrocardiograma, además de otros materiales de tamaño pequeño que son guardados en un anaquel y de manejo exclusivo del personal asistencial (equipos de curación, glucómetro, laringoscopio, bomba de infusión, tensiómetros y estetoscopios, etc.)
- El ambiente de tóxico está dividido en área limpia y sucia con sus lavaderos correspondientes. Se almacenan además: sueros, sillas de ruedas, soportes metálicos y un anaquel para material estéril y material fungible de distribución diaria.

- El cuarto de flores que incluye un anaquel con varias divisiones para soluciones antisépticas diversas como alcohol, bencina, yodo, glicerina líquida, formol, etc. Material quirúrgico fungible como gasas, apósitos, guantes estériles. Una zona pequeña para lavado y almacén de equipo de limpieza y desinfección de las diversas áreas del servicio y otra para el refrigerio del personal. Adjunto al cuarto de flores se encuentra el almacén de ropa de cama para pacientes.
- Además se cuenta con un ambiente de utilería (desinfección de urinarios y chatas), y un ambiente para el almacén de ropa limpia que también es usado provisionalmente como vestuario del personal técnico de enfermería.
- A la entrada del servicio se encuentra 2 ambientes para jefatura médica y secretaria. Un ambiente llamado sala de examen usado habitualmente para reuniones con fines educativos y de coordinación y otra zona frente a ascensores del personal, donde se almacena ropa sucia.
- El área de sala de espera para los familiares se encuentra frente a la estación de enfermería, al fondo del corredor se ubica la puerta de escape.
- Para todo el servicio hay 3 servicios higiénicos

▪ **Prestaciones**

Los procesos de atención del paciente tienen las siguientes fases:

- Ingreso del paciente, referido por emergencia u otros servicios, no hay ingresos por consultorio externo.
- Atención directa al usuario, satisfacción de necesidades y evaluación de problemas en forma integral. El cuerpo médico inicia el proceso diagnóstico y emite indicaciones para el tratamiento, el profesional de enfermería valora y administra las indicaciones y tratamiento y brinda atención integral al usuario en forma holística; el servicio de nutrición se encarga de cumplir indicaciones dietéticas y realizar valoración en forma personalizada de acuerdo al estado de cada paciente y el personal de limpieza se encarga de mantener el orden, la limpieza y la eliminación de desechos tomando en cuenta las normas de bioseguridad.
- Administración y gestión del uso de medios diagnósticos.
- Evitar complicaciones que requieran mayor estancia hospitalaria (Complicaciones infecciosas y no infecciosas intrahospitalarias).
- Educación permanente al usuario y familia.
- Docencia e investigación.

Cada proceso tiene su guía de práctica clínica, las vigentes actualmente son:

- Protocolos de atención de enfermedades.
- Guías de atención al paciente (anexo 1).
- Guía de desinfección y esterilización.
- Manual de comité de complicaciones intrahospitalarias.

▪ **Funciones Desarrolladas en la Actualidad:**

a) Asistencial:

- Recibir y entregar turno a la hora reglamentaria (Reporte de enfermería).
- Valorar las necesidades físicas del paciente a partir de los datos clínicos, registros de enfermería e información recibida.
- Control de funciones vitales.
- Se aplica escalas de Norton, Glasgow, Downton al paciente que ingresa al servicio.
- Se realiza valoración céfalo-caudal.
- Priorizar y ejecutar procedimientos y cuidados a los pacientes que por su estado crítico así lo requieran.
- Aplicar el proceso de atención de enfermería (PAE), teniendo en cuenta las necesidades y/o problemas bio psico-sociales

espirituales del paciente, como parte del tratamiento, recuperación y rehabilitación.

- Brindar una atención directa, oportuna, personalizada, humanizada, continua y verificar de acuerdo a estándares definidos.
- Controlar y verificar el tiempo de permanencia de los médicos invasivos según guías y protocolos establecidos, en el ámbito de su competencia.
- Realizar los cuidados de enfermería encaminados a satisfacer las necesidades físicas del paciente con Diabetes Mellitus Tipo II.
- Ejecutar y verificar el cumplimiento de las normas y medidas de bioseguridad, limpieza y desinfección de materiales, equipos para prevenir las infecciones intrahospitalarias.
- Observar, registrar e informar al médico los cambios clínicos presentados por los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II.
- Participar activamente en el sistema de vigilancia epidemiológica, mediante notificación oportuna de los casos o posibles brotes infecciosos, para tomar de conductas que prevengan la presencia o proliferación de infecciones en el servicio.
- Mantener una comunicación asertiva con los usuarios, familias, equipo multidisciplinario de salud.

- Ayudar al bien morir, creando alrededor del paciente, la atmosfera necesaria para la tranquilidad y mantenimiento de su dignidad.
- Dar asistencia postmortem, apoyando la intimidad, duelo y decisiones de la familia.

b) Área Administrativa:

- Coordinar, intervenir, verificar y deprecionar documentación y pacientes que ingresan al servicio.
- Identificar al paciente. Se coloca brazalete con nombre.
- Asegurar que los servicios de enfermería se realicen de forma sistematizada, racional y ordenada, respondiendo a las necesidades reales y haciendo un uso adecuado de los recursos.
- Participar en las actividades de planificación, organización y control encaminadas a conseguir los objetivos del hospital, mediante el logro de los objetivos específicos del servicio.
- Registrar todas las actividades por turno.
- Asignar el trabajo de enfermería por pacientes.
- Ordenar historia clínica del paciente.
- Verificar la ubicación stock, caducidad, etiquetado, lavado, desinfección esterilización de materiales, insumos, ropa hospitalaria, ropa estéril según guías y protocolos.

- Tramitar las transferencias y altas, coordinar el retiro voluntario de pacientes, programación a sala de operaciones, interconsultas y brindar apoyo en procedimientos diagnósticos y terapéuticos de acuerdo a indicación médica.
- Controlar los suministros y existencia de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.
- Participar en la visita médica con el equipo multidisciplinario.
- Colaborar en la organización y control del equipo médico.

c) Área Docente

- Participar en el Programa de educación continua a través del Comité científico, Comité de bioseguridad, establecido por la Unidad de Fortalecimiento del Departamento de Enfermería.
- Fortalecer las competencias y desempeño profesional, según los avances científicos y tecnológicos a fin de responder las necesidades de los usuarios externos.
- Educar, enseñar al paciente y su familia a fin de fomentar y promocionar la salud.

d) Área investigativa

- Participar en el diseño y ejecución de proyectos de investigación autorizados por las instancias institucionales correspondientes, así como participar en formular y actualizar los documentos e instrumentos de gestión del servicio.

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

Las fases de actuación concretas que tienen carácter operativo. El Proceso de Enfermería es un todo cíclico, dinámico e inseparable, pero estructurado en secuencias lógicas. Tal y como en el presente está concebido el Proceso de Enfermería, se distinguen cinco etapas:

1. Valoración: incluye la recopilación de datos de la persona, sus necesidades y problemas y las respuestas humanas, limitaciones, incapacidades, etc., que se producen ante ellos. También incluye la validación y la organización de los datos. Valoración según las necesidades de V. Henderson

- 1. Respiración:** *Medición de constantes vitales, valorar entre otros: amplitud respiratoria, ruidos respiratorios, color de los tegumentos, frecuencia respiratoria, mucosidades, permeabilidad de vías respiratorias, ritmo respiratorio, tos*
- 2. Alimentación/ Hidratación:** *Determinar sobrepeso u obesidad, según IMC, peso y talla*
- 3. Eliminación:** *valorar defecación, diuresis, micción, heces, sudor.*
- 4. Movilidad/Postura:** *amplitud de movimientos, ejercicios activos, ejercicios pasivos, frecuencia del pulso, mecánica corporal, postura,*
- 5. Dormir/Descansar:** *descanso, sueño, ritmo circadiano.*

6. **Vestirse/ Desvestirse:** capacidad de vestirse y desvestirse, utilización de ropa adecuada.
 7. **Temperatura corporal:** Temperatura, ambiente, abrigo.
 8. **Higiene/Piel:** Faneras, piel, mucosas, condiciones higiénicas.
 9. **Seguridad:** entorno familiar, medio ambiente, inmunidad, mecanismos de defensa, medidas preventivas, seguridad física, seguridad psicológica.
 10. **Comunicación:** accesibilidad de los que intervienen, capacidad de expresión, vía de relación, estímulo.
 11. **Valores/ Creencias:** creencias, fe, ideología, moral, religión, ritual, espiritualidad, valores.
 12. **Autorrealización:** autonomía, autoestima, rol social, estatus social, valoración.
 13. **Entretenimiento:** diversión, juego, ocio, placer.
 14. **Aprendizaje:** Necesidad de aprender conocimientos nuevos sobre su patología.
2. **Diagnóstico:** En esta etapa se produce la identificación de los Diagnósticos de enfermería y de los problemas interdependientes, según el Nanda Nic – Noc, y las necesidades identificadas en cada paciente, durante la valoración.

3. Planificación: Es la etapa en la que se elabora el plan de cuidados adecuado con base en los diagnósticos de enfermería. Debe responder a las necesidades de la persona, actualizarlo periódicamente de acuerdo a los cambios, utilizarlo como un historial y asegurarse de que se adapta al plan prescrito por el médico.

* **Fijación de prioridades:** En la etapa diagnóstica puede detectarse en la persona más de un problema, entonces será necesario dar prioridad a alguno (os):

- Problemas que amenacen la vida de la persona.
- Problemas que para la persona/familia sean prioritarios porque pueden impedir la atención de problemas más urgentes que no son percibidos como tales.
- "Problemas que coadyuvan a la aparición o permanencia de otros problemas"
- "Problemas que por tener una misma causa pueden abordarse conjuntamente, optimizando la utilización de los recursos y aumentando la eficiencia enfermera" 2
- Problemas que tienen una solución sencilla y su solución sirve de base para resolver otros más complejos.

* **Establecimiento de los objetivos:** Estos pueden ser a corto o a largo plazo siempre que se pueda deberán concertarse con el paciente.

* **Determinación de las actividades de enfermería:** Realizar una actividad por él: sustituir, reemplazar; Ayudarlo a realizar la actividad: completar; Enseñarlo a realizar la actividad: asesorar; o Supervisar la actividad: reforzar.

4. Ejecución: Es la etapa de puesta en práctica del plan de cuidados, la enfermera ayuda al paciente a realizar actividades para mantener la salud, para recuperarse de la enfermedad.

5. Evaluación: Las actividades de esta fase determinan el progreso del paciente hacia los objetivos. Actúa como mecanismo de retroalimentación y de control para todo el proceso.

En esta fase la enfermera, al final del Proceso de Enfermería, compara el estado de salud del paciente con los resultados definidos en el plan de atención. Según Henderson los objetivos se han conseguido, si se ha mejorado aunque sea una milésima de independencia, si se ha recuperado la independencia o el paciente recibe una muerte apacible.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

CUADRO 4.1

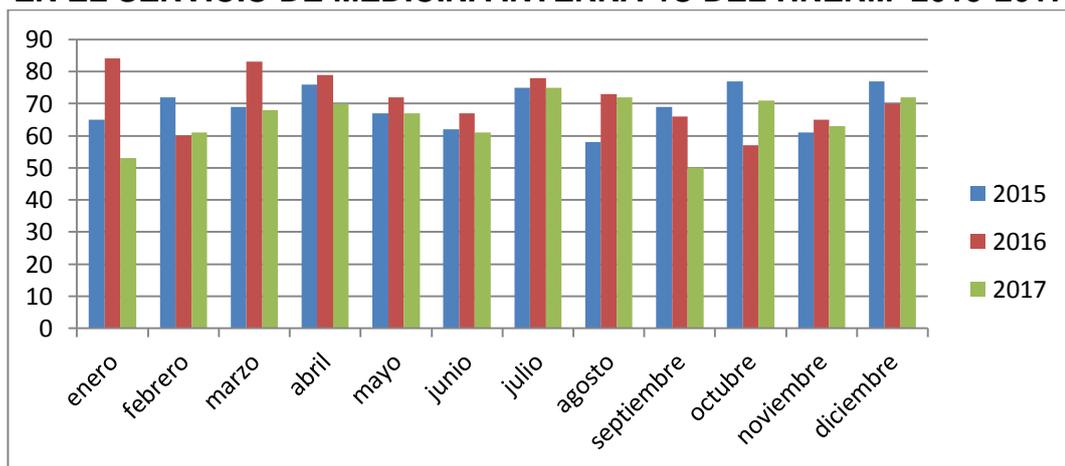
**PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DIABETES MELLITUS DE TIPO II
EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 4C DEL HNERM 2015-2017**

	2015	2016	2017
Enero	65	84	53
Febrero	72	60	61
Marzo	69	83	68
Abril	76	79	70
Mayo	67	72	67
Junio	62	67	61
Julio	75	78	75
Agosto	58	73	72
Septiembre	69	66	50
Octubre	77	57	71
Noviembre	61	65	63
Diciembre	77	70	72
Total	828	854	783

Fuente: obtenidos de estadística de Essalud.

GRÁFICO 4.1

**PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DIABETES MELLITUS DE TIPO II
EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 4C DEL HNERM 2015-2017**



En el gráfico 4.1 se evidencia que la demanda de atención en el servicio de este tipo de pacientes se mantiene constante durante los 3 últimos años.

CUADRO 4.2

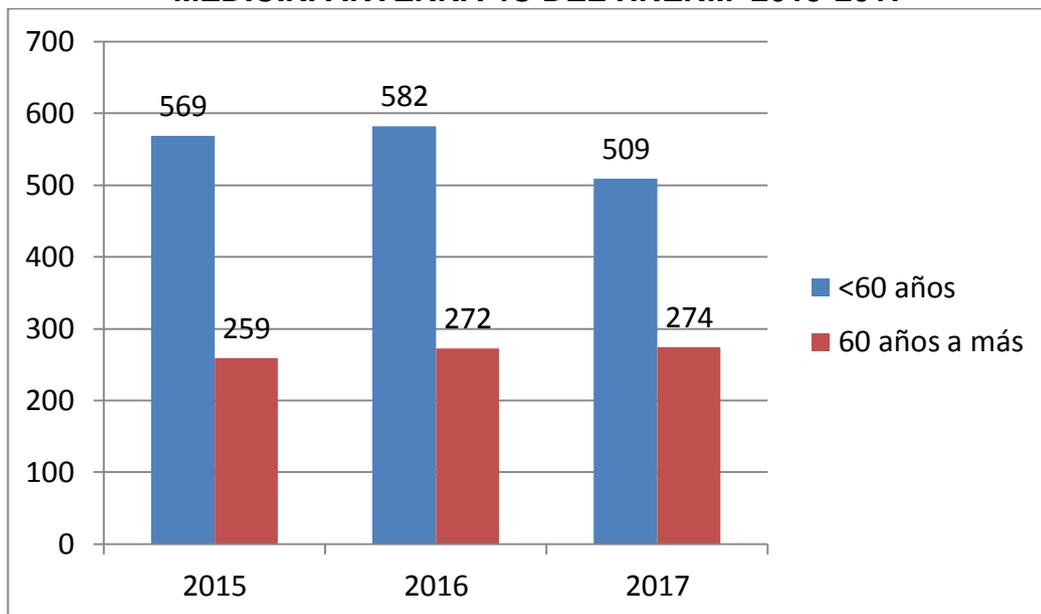
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE PACIENTES HOSPITALIZADOS
CON DIABETES MELLITUS DE TIPO II EN EL SERVICIO DE
MEDICINA INTERNA 4C DEL HNERM 2015-2017**

	2015	2016	2017
<60 años	569	582	509
60 años a más	259	272	274
Total	828	854	783

Fuente: obtenidos del libro de registros de enfermería

GRÁFICO 4.2

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE PACIENTES HOSPITALIZADOS
CON DIABETES MELLITUS DE TIPO II EN EL SERVICIO DE
MEDICINA INTERNA 4C DEL HNERM 2015-2017**



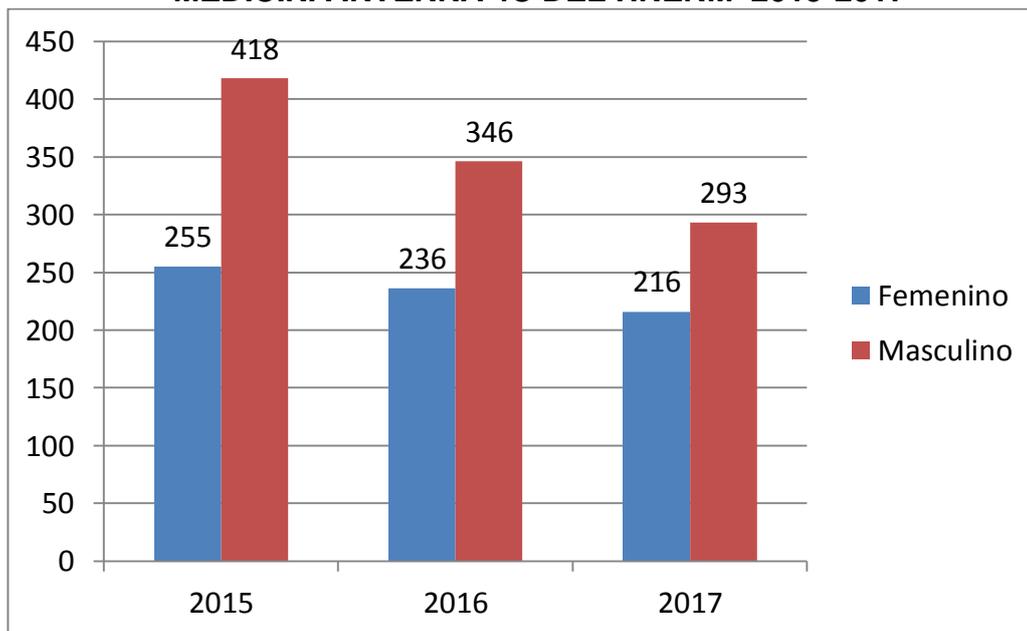
En el gráfico 4.2 se evidencia una mayor frecuencia de casos en los pacientes menores de 60 años; sin embargo se evidencia un incremento de paciente adultos mayores en los últimos años.

CUADRO 4.3
DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO DE PACIENTES ADULTOS
HOSPITALIZADOS CON DIABETES MELLITUS DE TIPO II EN EL
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 4C DEL HNERM 2015-2017

	2015	2016	2017
Femenino	255	236	216
Masculino	418	346	293

Fuente: obtenidos del libro de registros de enfermería

GRÁFICO 4.3
DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS
CON DIABETES MELLITUS DE TIPO II EN EL SERVICIO DE
MEDICINA INTERNA 4C DEL HNERM 2015-2017



En el gráfico 4.3 se puede observar que la diabetes mellitus se presenta mayoritariamente en los pacientes de sexo masculino.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

- a) Se evidencia la alta demanda de cuidados en pacientes con diabetes mellitus, siendo una de las patologías más frecuentes en el servicio, además estos pacientes muchas veces cursan con patologías adicionales paralelamente, por lo que su vigilancia y monitoreo, debe ser continua y rigurosa.

- b) Una de las principales complicaciones en el servicio son las alteraciones de la glucosa en el paciente diabético, siendo la hipoglucemia y la hiperglucemia, la principal evaluación que se le hace a estos pacientes.

- c) La enfermera profesional, a través del proceso de atención de enfermería, basado en las 14 necesidades, favorece la identificación oportuna de signos y síntomas a fin de brindar una atención inmediata en el paciente, y brindando un cuidado integral para mejorar y mantener el estado de salud de la persona con diabetes.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

- a) A la institución, garantizar los materiales e insumos necesarios para atender a los pacientes diabéticos y mantener su cuidado por suficientes profesional calificados para tal labor.

- b) Al servicio, estandarizar los cuidado que se brindan a los pacientes con diabetes mellitus, considerando la identificación y actuación oportuna ante las múltiples complicaciones que pueden presentar, así mismo, elaborar una ficha de registro que permita evidenciar y cuantificar toda la labor de enfermería con estos pacientes, permitiendo la evaluación y los procesos de mejora.

- c) Al profesional de enfermería, brindar un cuidado integral al paciente que además de considerar los cuidados orientados a favorecer el tratamiento médico de la enfermedad, se considere la educación tanto al paciente como la familia que favorezca un estilo de vida saludable, manteniendo su bienestar.

CAPÍTULO VII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Diabetes. [Internet].; 2016 [citado 18 Ene 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf?ua=1
2. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Diabetes. [Internet].; 2016 [citado 18 Ene 2018]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6715%3A2012-diabetes&catid=4475%3Adiabetes-content2&Itemid=39446&lang=es
3. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Acerca de Diabetes. [Internet].; 2016 [citado 18 Ene 2018]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6717&Itemid=39447
4. INFOBAE. Hay 10 millones más de diabéticos que hace dos años: el informe. [Internet].; 2017 [citado 18 Ene 2018]. Disponible en: <https://www.infobae.com/america/mundo/2017/11/16/hay-10-millones-mas-de-diabeticos-que-hace-dos-anos-el-informe/>
5. VILLENA JE. Epidemiología de la Diabetes Mellitus en el Perú. Diagnóstico. 2016 Oct-Dic; 55(4): p. 173-181.
6. Perú21. Día Mundial de la Diabetes: En el Perú el 50% de personas no está diagnosticada. [Internet].; 2016 [citado 16 Ene 2018]. Disponible en: <https://peru21.pe/lima/dia-mundial-diabetes-peru-50-personas-diagnosticada-video-233290>

7. EL COMERCIO. Adulto mayor: se puede vivir bien con diabetes en la vejez. [Internet].; 2014 [citado 14 Ene 2018]. Disponible en: <https://elcomercio.pe/lima/adulto-mayor-vivir-diabetes-vejez-298321>
8. TEJIDO AE. Plan de cuidados estandarizados de Enfermería para pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en la Atención Primaria. Trabajo de fin de grado. España: Universidad de Cantabria, Departamento de Enfermería; 2015.
9. DEL CASTILLO RA, FERNÁNDEZ LÓPEZ JA, DEL CASTILLO FJ. Guía de práctica clínica en el pie diabético. Archivos De Medicina. 2014; 20(2): p. 1-17.
10. BATISTA MG, MELO RKA, MAXIMINO DAFM, et al. Diabetes mellitus: características de la atención de enfermería y el cuidado al idoso. Rev enferm UFPE on line. 2014 Dic; 8(12): p. 4237-4244.
11. HUISACAYNA FM, AGUILAR Y, FLORES AC, NINAHUAMAN LK, YUPANQUI R. Efectividad de un programa educativo sobre autocuidado en la prevención de complicaciones de miembros inferiores en pacientes con diabetes mellitus hospital Santa Maria del Socorro de Ica 2014 - 2015. Rev. enferm. vanguard. 2016; 4(2): p. 41-47.
12. RAMOS W, LÓPEZ T, REVILLA L, MORE L, HUAMANÍ M, POZO M. Resultados de la vigilancia epidemiológica de diabetes mellitus en hospitales notificantes del Perú, 2012. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014 Ene-Mar; 31(1): p. 9-15.
13. RODRIGO CORONEL LM, MEDINA OCHOA E, RODRIGUEZ CRUZ LD. Efectividad de una intervención educativa de enfermería

en los estilos de vida en adultos con Diabetes tipo II, San José - Chiclayo – 2012. Acc Cietna. 2014 Diciembre; 2(2): p. 11-24.

14. Organización Mundial de la Salud. Diabetes. [Internet].; 2016 [citado 01 Feb 2018]. Disponible en: http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/
15. Liga Peruana de Diabetes. Compendio de diabetes en el Perú. [Internet].; 2016 [citado 15 Feb 2018]. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1u_RzU0tRgCYOEc5KGotuODKvzKu_d6ZG/view
16. Universidad de Antioquia. Aprende en línea: Plataforma académica para pregrado y posgrado. [Internet].; 2016 [citado 2018 Ene 23]. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61971>
17. Estado de California. DMV Glosario de Diabetes. [Internet]. [citado 24 Feb 2018]. Disponible en: https://www.dmv.ca.gov/portal/dmv/detail/dl/driversafety/diabetes_glossary!/ut/p/a0/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfGjzOK9PV1cDT3cDbzdTX0cDRy9PTz8w1zDjNwtjfWDU4v1C7ldFQGY7Xu9/
18. Teorías Enfermeras. Teoría de la enfermería Modelo de Promoción de la Salud. [Internet].; 2013 [citado 2017 Julio 29]. Disponible en: <http://teoriasenfermeras.blogspot.pe/2013/06/teoria-de-la-enfermeria-modelo-de.html>
19. Meiriño JL, Vásquez M, Simonetti C, Palacio M. El cuidado. [Internet].; 2012 [citado 2017 Jul 28]. Disponible en:

<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/nola-pender.html>

20. EL COMERCIO. Uno de cada 11 adultos sufre diabetes en el mundo. [Internet].; 2017 [citado 18 Ene 2018]. Disponible en: <http://www.elcomercio.com/tendencias/salud-diabetes-adultos-enfermedad-informe.html>

ANEXOS

ANEXO N°1

PROTOCOLO DE TOMA DE HEMOGLUCOTEST

A. Definición:

Es la determinación fiable, rápida y cómoda de los niveles de glicemia en el intervalo de 10-500 mg/%, mediante el sistema Reflolux.

B. Objetivo: Orientar al diagnóstico en forma rápida y fiable.

C. Equipo:

- Reflolux.
- Tira reactiva.
- Aguja o lanceta.
- Guantes.
- Torundas de algodón seco.

D. Procedimiento:

1. Identificar al paciente.
2. Saludar y presentarse al usuario.
3. Informarle el procedimiento a efectuar.
4. Lavarse las manos.
5. Preparar la máquina Reflolux.
6. Presionar tecla ON/OFF.
7. Verificar que el código del contenedor de tiras reactiva coincida con el N° del Código de la pantalla del Reflolux.
8. Lavarse las manos.
9. Colocarse los guantes.

10. Limpiar con torunda con alcohol el lugar a puncionar, esperar 15 minutos que se evapore el alcohol.
11. Puncionar la yema del dedo o lóbulo de la oreja con lanceta o aguja.
12. Colocar una gran gota de sangre en el extremo externo de la tira reactiva.
13. Dejar la tira reactiva en esta posición hasta que aparezca el resultado.
14. Colocar una torunda de algodón seca en la zona de la punción, durante unos segundos.
15. Eliminar la tira reactiva y el material de desecho.
16. Retirarse los guantes.
17. Lavarse las manos.
18. Torundas de algodón con alcohol.
19. Guardar máquina de Reflolux.
20. Registrar el resultado en los documentos correspondientes, en forma completa, ordenada y veraz.

ANEXO N°2

FICHA DE SUPERVISIÓN

TOMA DE HEMOGLUCOTEST

Nombre funcionario supervisado: _____

Nombre supervisor: _____

Servicio: _____

Fecha: _____

Actividad	Si	No
• Identifica al paciente.		
• Saluda y se presenta al usuario.		
• Le informa el procedimiento a efectuar.		
• Se lava las manos.		
• Prepara la máquina de Reflolux.		
• Prepara el equipo.		
• Se lava las manos.		
• Se coloca los guantes.		
• Limpia con torunda con alcohol el lugar a puncionar y espera 15 segundos.		
• Punciona la yema del dedo o lóbulo de la oreja con lanceta o aguja.		
• Coloca una gota de sangre en el extremo externo de la		

tira reactiva.		
• Coloca una torunda de algodón seca en la zona de la punción.		
• Elimina la tira reactiva y el material de desecho.		
• Se retira los guantes.		
• Se lava las manos.		
• Guarda la máquina de Reflolux.		
• Registra el resultado en los documentos correspondientes.		

Observaciones:

Firma supervisor

Firma supervisado