

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL
AURELIO DÍAZ UFANO Y PERAL – ESSALUD LIMA, 2013-2015**

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

PARRAGA MALDONADO, LUCIA ANGÉLICA

**CALLAO - 2017
PERÚ**

A handwritten signature in black ink, enclosed in a rectangular box. The signature is stylized and appears to read 'Lucia Angélica Parraga Maldonado'.

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO EXAMINADOR:

- | | |
|--------------------------------------|------------|
| ➤ DRA. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO | PRESIDENTA |
| ➤ DR. LUCIO ARNULFO FERRER PEÑARANDA | SECRETARIO |
| ➤ DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA | VOCAL |

ASESOR: MG. JOSÉ LUIS SALAZAR HUAROTE

Nº de Libro: 03

Nº de Acta de Sustentación: 118

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 31/03/2017

Resolución Decanato N° 730-2017-D/FCS de fecha 29 de Marzo del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	4
1.2 OBJETIVO	8
1.3 JUSTIFICACIÓN	8
II. MARCO TEÓRICO	10
2.1 ANTECEDENTES	10
2.2 MARCO CONCEPTUAL	12
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	25
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	27
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS	27
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	28
3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME	30
IV. RESULTADOS	33
V. CONCLUSIONES	35
VI. RECOMENDACIONES	36
VII. REFERENCIALES	37
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es uno de los principales problemas de salud en el mundo .Causa una elevada mortalidad por las importantes complicaciones que produce en el riñón , ojos, y síntomas cardiovasculares . Su prevalencia está aumentando debido al envejecimiento de la población los cambios en los patrones nutricionales y el sedentarismo -.

Es una enfermedad caracterizada por la elevación de la glucosa plasmática por déficit de insulina o mal funcionamiento de esta. El diagnóstico de diabetes mellitus se establece en pacientes con niveles de glucosa plasmática mayor o igual a 200 mg por dl o bien por niveles de glucemia plasmática en ayunas iguales a 120 mg por dl o cuando la glucemia dos horas después de la administración de 75 gr de glucosa es mayor o igual a 200 mg por dl.

El presente informe de experiencia profesional Titulado "Cuidados de Enfermería en el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 en el servicio de Medicina del hospital Aurelio Díaz Ufano y peral – Es Salud Lima, 2013-2015." Tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en el paciente adulto mayor con Diabetes mellitus 2 y disminuir las complicaciones como son enfermedades cardiovasculares neuropatías diabéticas, retinopatías, evitar que el paciente diabético presente como complicación el pie diabético y por ende luego se le tiene que amputar el miembro afectado, además de llegar a hemodiálisis cuando los riñones se llegan a dañar debido a la diabetes no controlada.

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detalla a continuación. El capítulo I describe el Planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, el capítulo II incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos. El capítulo III considera la presentación de la experiencia profesional, capítulo IV -Conclusiones, capítulo V Conclusiones, Capítulo VI Referencias bibliografías.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

La diabetes mellitus 2 en el Adulto mayor no deja de ser un problema de salud en el Hospital Aurelio Díaz ufano y Peral, ya que cada día aumentan los pacientes con diabetes mellitus 2 y cada vez más en personas jóvenes y estos pacientes en la edad adulta mayor llegan a desarrollar las complicaciones de la enfermedad y muchos de ellos terminan siendo insulino dependientes, y otros terminan con amputaciones de los miembros inferiores.

La diabetes es una de las enfermedades crónicas más prevalentes en las personas mayores, habiendo un gran aumento en los últimos años atribuible principalmente al aumento de las expectativas de vida de la población en general una mayor sobrevivencia de los pacientes con diabetes y una mayor incidencia de diabetes como consecuencia de cambios en los estilos de vida.

Existen 2 situaciones diabéticas diferentes en el adulto mayor:

- Quien padece esta enfermedad desde hace muchos años ya padece alteraciones orgánicas degenerativas, comorbilidades propias de la diabetes. Además, el diabético vive con hábitos que pueden no ser los mejores para controlar la enfermedad y en un porcentaje alto requieren insulina para su tratamiento

- La diabetes que aparece en la vejez, generalmente no es insulina independiente y responde bien a los hipoglucemiantes orales. Presentan pocos síntomas y no tienen las lesiones degenerativas mencionadas derivadas de la diabetes. Desde luego sí pueden padecer las alteraciones degenerativas propias de la edad
- En los adultos mayores, la hemoglobina glucosilada debe ser individualizada. Una meta razonable para esta en adultos relativamente sanos con un buen estatus funcional es 7%. Para adultos mayores frágiles, personas con expectativa de vida de menos de 5 años y para todos aquellos en quienes los riesgos de un control glicémico intensivo puedan sobrepasar los beneficios, una meta de 8% es apropiada Hemoglobina Glucosilada 1)

La Federación Internacional de Diabetes estima la prevalencia global de la diabetes en personas con edades entre 60 y 79 años es del 18,6% más de 134,6 millones de personas lo que representa a más del 35 % de todos los casos de diabetes en adultos. En el 2035 se prevé que ese número aumente a más de 252,8 millones.{1}

Según la Federación Internacional de Diabetes hay casi mil millones de personas de más de 60 años, constituyen más del 11.1% de la población mundial. Para el 2035, se espera que el número de personas mayores aumentara a 1500 millones, el 17,6 de la población{2}

Las personas mayores con Diabetes tienen un mayor índice de complicaciones relacionada con la diabetes y son mucho más propensas a presentar trastornos comorbidos.

Algunos de estos trastornos son la discapacidad física, la disfunción cognitiva, las caídas y las fracturas, la depresión, las úlceras por presión, los problemas de visión y audición, y el dolor no reconocido y no tratado adecuadamente.{3}

Sin embargo, hay una enorme falta de ensayos clínicos con personas mayores.

La prevalencia de la Diabetes en adultos Mayores oscila entre el 2,3% en Níger y el 64,6% en los estados federados de Micronesia. La región de América del Norte y Caribe tienen la mayor prevalencia regional con el 22,1% mientras que en la región del África es del 9,6%. En general, la prevalencia de la Diabetes es ligeramente superior en las mujeres que en los hombres.{4}

La prevalencia de la Diabetes en las personas mayores sigue aumentando con la edad. Cuando se combina con el proceso natural de envejecimiento y otras condiciones relacionadas con la edad la diabetes contribuye a provocar resultados más pobres. La neuropatía periférica que se encuentra presente hasta el 70% de las personas mayores con Diabetes aumenta el riesgo de caídas y fracturas al igual que los eventos de hipo e hiperglucemia.

Las personas con Diabetes son 1.5 veces más propensas a desarrollar demencia que las que no tienen diabetes. Esto a su vez hace que sea difícil para muchas personas mayores con Diabetes reconocer y buscar tratamiento para la demencia. Además, hay varios estudios que demuestran una fuerte asociación entre la diabetes y la depresión, lo que también puede afectar la capacidad de las personas para cuidar de sí mismas.

La OMS, calcula que en 2014 la prevalencia mundial de la Diabetes fue del 9% entre los adultos mayores de 18 años. Se calcula que en 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencia directa de la diabetes{5}

Más del 80 % de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios.

Se debe tomar en cuenta que, en el adulto mayor, la presencia de varios de los síntomas de hiperglucemia (polidipsia, polifagia, poliuria), no suelen presentarse de la misma forma que en el adulto joven. Los síntomas de la diabetes en los adultos mayores son inespecíficos y de aparición tardía, entre los cuales se han documentado, fatiga o somnolencia, letargia, deterioro cognoscitivo, pérdida de peso incontinencia urinaria, pérdidas del plano de sustentación, síntomas genitourinarios y alteraciones del estado de conciencia (5)

1.2 Objetivos

Describir la experiencia profesional en los cuidados de enfermería en el paciente adulto mayor hospitalizado en el en el servicio de medicina del hospital Aurelio Díaz Ufano y peral

1.3 Justificación

El presente informe tiene como finalidad u dar a conocer los cuidados de enfermería que se tiene que tener en cuenta en la atención del paciente adulto mayor hospitalizado con diabetes mellitus descompensado y la educación que se le debe brindar al paciente y la familia referente a su dieta y autocuidados en el hogar para que su diabetes no vuelva a descompensarse y por ende no vuelva a ser hospitalizado por la misma causa.

Así mismo el presente informe se justifica:

- Nivel Teórico. El presente informe servirá para profundizar los conocimientos en cuanto a los autocuidados que debe tener los pacientes adultos mayores y sus familiares para que la diabetes que tienen no se descompense frecuentemente y que las complicaciones se retrasen.

Se brindará capacitación al familiar o cuidador del paciente con diabetes sobre los cuidados en el hogar asimismo enseñarles el uso del Glucómetro para el control de la glicemia en el hogar.

- Nivel Metodológico. El presente informe es importante a nivel metodológico, ya que se logrará precisar algunos aspectos a considerar en los estudios requeridos por profesionales de enfermería para poder unificar criterios en la atención del paciente con diabetes.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

A Nivel internacional

Mg OJEDA VARGAS, Guadalupe y Mg PADILLA RAYGOZA, Nicolás realizaron un estudio en una comunidad rural determinando la influencia de los determinantes de salud en la adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, donde se encontró que los determinantes sociales de la salud influyen en la adherencia al tratamiento de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Actualmente los determinantes sociales de la salud son denominados como las circunstancias en que las personas nacen crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, que permitan al sector salud intervenir de manera preventiva en la detección oportuna y contribuir al control cuando ha sido diagnosticada la enfermedad, así como disminuir las complicaciones que se tienen porque el paciente no mantiene el apego a las prescripciones médicas. los determinantes sociales de la salud inciden directamente en la adherencia al Tratamiento de los pacientes con Diabetes tipo 2.

Dra. DE LA PAZ CASTILLO, Katia Leonor; Dra. PROENZA FERNANDEZ, Leydig; Dr. GALLARDO SÁNCHEZ, Yurieth; Dra. MOMPIE LASTRE, Agustina efectuaron un estudio descriptivo y retrospectivo de 50 adultos mayores con diabetes mellitus pertenecientes al consultorio médico de la familia N°6 del policlínico Universitario Francisco Rivera Arocha de Manzanillón desde abril de 2008 hasta enero 2010, con vistas a describir los factores de riesgo para padecer dicha afección se realizó un muestreo no probabilístico al azar. En la casuística primaron las féminas entre 70 -79 años, bebedoras de café, con hipertensión arterial asociada a insuficiente práctica de ejercicios físicos, quienes incumplían con la dieta establecida y consumían regularmente sus medicamentos.

El tratamiento de la diabetes mellitus es complejo y sus resultados dependen, en gran medida del nivel de comprensión, destreza y motivación con el cual el paciente afronta las exigencias terapéuticas. es por ello que cuidado y educación deben constituir un binomio integral de los servicios diabetes mellitus.

B.- Nivel Nacional

FENCO ASALDE, Maritza; GEMMA Carolina, realizo un estudio en Perú, titulado “Autopercepción de la Calidad de Vida del Adulto Mayor”, y como objetivos específicos identificar la autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en las dimensiones física social y psicológica. El presente

estudio ayudara a fortalecer fundamentos del cuidado enfermero como la actitud humanitaria, el respeto y amor.

URIEL AVILA, Abelardo 'SHAMAH LEVY, Teresa 'GALINDO GÓMEZ, Carlos -CUEVAS NASU, Lucia – MORENO MASÍAS, Ortencia – CHÁVEZ VILLASANA, Adolfo realizaron un estudio sobre la Diabetes Mellitus en estratos bajos de la Ciudad de México, quienes consideraron a un total de 1,279 sujetos de 30 años y más de los cuales 9,9 por ciento {IC 95 por ciento 7.9, 5.4 %} no contaban con diagnóstico previamente como diabetes y el 3.9% {IC95% 2.9 5.4} no contaba con diagnóstico previo pero su glucemia tuvo valores diagnósticos de diabetes.

2.2 Marco conceptual

Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus es una enfermedad que se produce cuando el páncreas no puede fabricar insulina suficiente o cuando ésta no logra actuar en el organismo porque las células no responden a su estímulo.

Quienes padecen este trastorno tienen más riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular. Es vital aprender a prevenir la diabetes y mantener a raya este factor de riesgo cardiovascular.

Tipos de diabetes

Hay dos tipos principales de diabetes:

Diabetes mellitus tipo 1

La diabetes mellitus de tipo 1 es frecuente que se diagnostique antes de los 35 años, aunque puede presentarse a cualquier edad. Las células del páncreas encargadas de fabricar insulina se destruyen y dejan de generarla. Suele tener una aparición brusca.

Diabetes mellitus tipo 2

La diabetes mellitus de tipo 2 habitualmente se diagnostica en la edad media de la vida (por encima de los 40 años), aunque existen casos infrecuentes en jóvenes. Se produce esencialmente por una progresiva resistencia de las células (especialmente del hígado y los músculos) a la acción de la insulina producida.

También existen dos tipos de diabetes coyunturales:

Diabetes gestacional

Se diagnostica durante el embarazo y puede desaparecer después del parto.

Diabetes inducidas

Por fármacos (por ejemplo, los corticoides) o por enfermedades genéticas muy poco frecuentes (pancreatitis crónica, etc.).

Riesgo Cardiovascular de la Diabetes Mellitus Tipo 2

Diabetes: Factores de riesgo cardiovascular de Diabetes Mellitus Tipo 2

Tanto si la producción de insulina es insuficiente como si existe una resistencia a su acción, la glucosa se acumula en la sangre (lo que se denomina hiperglucemia), daña progresivamente los vasos sanguíneos (arterias y venas) y acelera el proceso de arteriosclerosis aumentando el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular: angina, infarto agudo de miocardio (así como sus complicaciones y la mortalidad posterior al infarto) y la muerte cardíaca súbita. El riesgo cardiovascular de una persona diabética de padecer un evento cardiovascular se iguala al de una persona no diabética que haya tenido un infarto.

También incrementa la posibilidad de enfermedad cerebrovascular o afectación de las arterias periféricas. Para entrar en el cerebro la glucosa no necesita insulina, ya que penetra directamente desde la sangre. Mantener unos niveles constantes de glucosa en la sangre (entre 60-110 mg/dl) evita que se produzcan daños a nivel del sistema nervioso.

La diabetes puede dañar diferentes órganos: a los ojos, con disminución progresiva de visión que puede desembocar en ceguera; a los riñones, con pérdida creciente de la función renal que puede terminar en diálisis; al sistema nervioso periférico con alteración de la sensibilidades de los miembros inferiores, lo que supone un grave riesgo de úlceras y amputaciones; al sistema nervioso autónomo con alteraciones digestivas, urinarias y de la esfera sexual (impotencia) y a las arterias de las extremidades inferiores con riesgo de amputaciones.

Para comprender mejor el concepto de diabetes tenemos que explicar más extensamente qué son la glucosa y la insulina:

Glucosa

Es una forma de azúcar que constituye la principal fuente de energía para el cuerpo humano y que se obtiene a través de los alimentos. Cuando llegan al tubo digestivo, los alimentos contienen básicamente hidratos de carbono, grasas y proteínas; estos hidratos de carbono son los que dan lugar a la glucosa.

Insulina

Es una hormona que se encarga de recoger la glucosa y almacenarla en el hígado, los músculos y el tejido adiposo. Para entrar en las células, la glucosa necesita de la insulina que se produce en el páncreas cuando se comen alimentos que contienen hidratos de carbono. Sin embargo, para que la insulina sea efectiva deben cumplirse dos condiciones:

1. Que el páncreas produzca insulina en cantidad suficiente.
2. Que las células sean capaces de detectar la insulina y respondan permitiendo su acción.

Además de la insulina, el páncreas produce otra hormona llamada glucagón, que ejerce el efecto contrario. El glucagón se fabrica en situaciones de ayuno y tiene la misión de movilizar las reservas de glucosa almacenadas por la insulina para que las células puedan utilizarlas cuando lo precisen.

Signos y Síntomas de la Diabetes

La hiperglucemia o elevación de los niveles de azúcar en sangre es la responsable directa de los síntomas típicos de la diabetes. De ahí que sea importante conocerlos para facilitar su diagnóstico:

- Necesidad de orinar con mucha frecuencia, también llamada poliuria.
- Tener mucha sed: polidipsia.
- Tener mucha hambre: polifagia.
- También suele aparecer debilidad, pérdida de peso y molestias digestivas. No obstante, la diabetes mellitus tipo 2 puede no presentar síntomas durante años y diagnosticarse por un análisis de forma casual.

Diagnostico clínico de la diabetes

Existen actualmente cuatro formas clínicas de diagnosticar la diabetes mellitus:

- La aparición de síntomas de hiperglucemia y una analítica pueden confirmar niveles de glucosa iguales o mayores a 200 mg/dl.
- Una analítica en ayunas detecta niveles de glucosa en sangre iguales o superiores a 126 mg/dl. Para que la medición sea correcta, no se puede ingerir ningún alimento calórico 8 horas antes de la analítica.
- Realizando un test de sobrecarga oral a la glucosa, consistente en tomar 75 g de glucosa diluida en agua y permanecer en reposo durante las dos

horas siguientes. A continuación, se miden las cifras de glucosa y se comparan con las tomadas antes de la prueba. Unas cifras iguales o superiores a 200 mg/dl confirmarían el diagnóstico de diabetes.

- Mediante una analítica especial que nos dice cómo han estado los niveles de glucosa en la sangre en los últimos 3 meses que se llama Hemoglobina glicosilada (Hb1Ac), y que si es igual o superior a 6,5% el diagnóstico de diabetes está establecido.

Nivel de glucosa normal

Se habla de prediabetes cuando existe una elevación de los niveles de glucosa en sangre, pero ésta no alcanza el mínimo para considerarse diabetes. Se da en dos situaciones que son factores de riesgo de aparición de diabetes y de enfermedades cardiovasculares:

- Cuando los niveles de glucosa en ayunas están entre 100 y 125 mg/dl.
- Cuando dos horas después del test de sobrecarga oral a la glucosa los niveles de glucemia están entre 140 y 199 mg/dl.
- Cuando los niveles de Hb1c están entre 5,5 y 6,4%.

Por debajo de estos niveles, no hay diabetes.

Población con más riesgo de padecer diabetes

Se aconseja realizar un estudio de prediabetes a todos los adultos con sobrepeso (índice de masa corporal mayor de 25 k/m²) y con otro de estos factores de riesgo adicional:

- Sedentarismo.
- Familiares de primer grado con diabetes.
- Mujeres con diagnóstico previo de diabetes gestacional o que tuvieron un niño que nació con peso elevado (más de 4 k).
- Hipertensos, es decir, con presión arterial por encima de 140/90 mmHg o tratados con fármacos antihipertensivos.
- Alteraciones en el colesterol: HDL menor de 35 mg/dl y/o triglicéridos por encima de 250 mg/dl.
- Mujeres diagnosticadas de ovario poliquístico.
- Alteraciones de la glucosa en ayunas o intolerancia a la glucosa en una determinación anterior.
- Otras condiciones clínicas asociadas con resistencia a la insulina.
- Antecedentes de enfermedad cardiovascular.

Prevención del riesgo cardiovascular en el enfermo de diabetes

- Debes controlar los demás factores de riesgo cardiovascular, especialmente hipertensión, tabaquismo y colesterol.
- Si eres obeso, debes perder peso.
- Practica actividad física de forma continuada.
- Controla la glucemia: hemoglobina glicosilada (HbA1C): <7% (o <7,5% según pacientes); glucemia en ayunas (mediciones antes de las comidas): 70-130 mg/dl; glucemia postprandial (después de comer): <180 mg/dl.
- La identificación precoz de diabéticos con enfermedad cardiovascular (cuando están aún asintomáticos) es la mejor táctica para reducir las complicaciones y mortalidad por esta causa.

- Mantener buen nivel de presión arterial: TA<130/80 mmHg.
- Objetivos de control de colesterol: LDL<100 mg/dl (o menos de 70 mg/dl), HDL>50 mg/dl y triglicéridos<150 mg/dl.

Tratamiento de la diabetes

En el caso de la diabetes de tipo 1, el tratamiento es siempre la administración de insulina de por vida.

En la diabetes tipo 2, en general, se puede empezar por un programa de dieta y ejercicio cardiosaludables. Si esto no basta, es posible que el médico recomiende tomar antidiabéticos orales. Cuando los fármacos tampoco son suficientes, será necesario añadir insulina.

Dieta cardiosaludable

- La ingesta de grasas saturadas ha de ser inferior al 7 por ciento del total de calorías.
- El aceite de oliva tiene que ser la grasa predominante.
- Disminuir o eliminar las grasas de origen animal: mantequilla, crema de leche, tocino, etc. Es preferible sustituirlas por el consumo de pescado.
- Las carnes, pescados y huevos son ricos en proteínas y también contienen grasas, pero no hidratos de carbono.
- Comer poco y varias veces al día, evitando comidas copiosas y los azúcares de absorción rápida que elevan bruscamente los niveles de glucosa en la sangre.

Ejercicio cardiosaludable

La actividad física controla los niveles de glucemia en sangre, reduce el sobrepeso, mejora la calidad de vida del paciente y evita las posibles complicaciones que puedan surgir por el desarrollo de la enfermedad. El ejercicio físico ideal para la mayoría de los diabéticos es caminar, correr o montar en bicicleta. En caso de neuropatía o pie diabético, evitar ejercicios con riesgo de traumatismo.

Antidiabéticos orales

Sólo son útiles en la diabetes tipo 2. Cuando con la alimentación y el ejercicio no es suficiente para controlar este tipo de diabetes, se recurre a diferentes fármacos que ayudan a que el páncreas produzca más insulina o a que actúe mejor la que produce por sí mismo.

Insulina

Es el pilar del tratamiento de la diabetes tipo 1, pero también forma parte del tratamiento de la diabetes tipo 2. La insulina se debe administrar mediante una inyección subcutánea. Existen diferentes tipos de insulina que se diferencian fundamentalmente en el tiempo que tardan en hacer efecto y su duración (ultrarrápida, rápida, intermedia y lenta).

Con las diferentes pautas y tipos de insulina se intenta imitar lo que hace un páncreas de una persona sin diabetes. Las insulinas rápida y ultrarrápida se utilizan en cada comida para imitar el pico de insulina que

produce el páncreas y asimilar los nutrientes ingeridos. Las insulinas lentas y ultralentas intentan imitar la secreción basal del páncreas (es la insulina que produce entre comidas o por la noche para mantener estables los niveles de glucosa en sangre).

Diabetes y embarazo

La diabetes gestacional es la elevación inadecuada de glucosa que se detecta en el embarazo de mujeres no diabéticas. Hay que tener en cuenta lo siguiente:

- Como no presenta síntomas, para su detección se realiza una analítica en torno a las 24 semanas de embarazo.
- Afecta a un 5 por ciento de las gestantes. Se ha comprobado que la diabetes gestacional aparece con más frecuencia en las mujeres de mayor edad o con sobrepeso. De ese porcentaje, sólo un 1 por ciento corresponde a casos de diabetes pregestacional (diabetes tipo I o infanto-juvenil).
- Según su grado de peligrosidad, se deben seguir frecuentes controles obstétricos y glucémicos. También es necesario que la paciente sea vigilada por el endocrinólogo.
- El tratamiento fundamental consta de recomendaciones dietéticas y práctica de ejercicio. Si no basta, hay que iniciar tratamiento con insulina.

- Aunque la mayoría de las diabetes gestacionales desaparecen tras el parto, se recomienda un seguimiento para descartar que se haya hecho crónica.
- Las mujeres que han sufrido diabetes gestacional deben hacerse un control al llegar a la menopausia, ya que en esta etapa podría volver a aparecer y convertirse en una diabetes tipo 2

TEORÍA DE DOROTEA OREM

La Teoría del Autocuidado

Es la que explica el concepto de Autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia.

El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos orientados hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida dirigidas por personas sobre si mismas hacia los demás o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida salud y bienestar.

Define además tres requisitos de autocuidado entendiéndose por tales los objetivos o resultados que se quiere alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo incluyen a debe realizar debe realizar para cuidar de sí mismo.

Requisitos de Autocuidado Universal son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e

interacción de actividad humana. Requisitos del Autocuidado del Desarrollo promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dicha situaciones en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano, niñez , adolescencia, adulto y vejez .

Requisitos de Autocuidado de desviación de la salud que surgen o están vinculados a los estados de salud,

La Teoría del Déficit de Autocuidado es la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit en los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o peor que se necesita de la de la intervención de la enfermera.

LA TEORÍA DEL SISTEMA DE ENFERMERÍA

En la que se explica los modos en que la enfermera puede atender a los individuos identificando tres tipos de sistemas

Sistema de enfermería totalmente compensadora. La enfermera sule al individuo, acción de la enfermería cumple con el autocuidado terapéutico del paciente, compensa la incapacidad del paciente, da apoyo al paciente y lo protege, sistema de enfermería parcialmente compensadora, el personal de enfermería proporciona autocuidado Acción de Enfermería, desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente.

Compensa las limitaciones de autocuidado, ayuda al paciente, acción del paciente. Desempeña Algunas medidas de autocuidado regula la actividad de autocuidado acepta el cuidado y ayuda a la enfermera.

Sistema de enfermería de apoyo educación; la enfermera actúa ayudando a los individuos sean para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado pero que podrían hacer sin ayuda; ésta acción de la enfermera regula el ejercicio y desarrollo de la actividad de acción del paciente que cumple con el autocuidado de naturaleza del paciente.

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir.

Orem contempla el concepto autocuidado como la totalidad de un individuo incluyendo necesidades físicas psicológicas y espirituales; y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de un forma que sea normal para el Autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el manto lesiones de la vida, la salud y el bienestar.

Puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades.

- Apoyo de los procesos y del funcionamiento normal
- Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
- Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
- Prevención de la incapacidad o su compensación
- Promoción del bienestar estado del cuidado se inicia voluntaria e intencionalmente por los individuos .El cuidado es un fenómeno

activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud y sus probabilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado.

2.3 Definición de términos básicos

Diabetes:

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

Adulto mayor:

Un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. La edad comprendida es a partir de los 60 años a más.

Glucosa

Es una forma de azúcar que constituye la principal fuente de energía para el cuerpo humano y que se obtiene a través de los alimentos. Cuando llegan al tubo digestivo los alimentos contienen básicamente hidratos de carbono , grasas y proteínas estos hidratos de carbono son los que dan lugar a la glucosa.

Insulina

Es una hormona que se encarga de recoger la glucosa almacenada en el hígado, los músculos y el tejido adiposo .Para entrar en las células, la glucosa necesita de la insulina que se produce el páncreas, cuando se come alimentos que contienen hidratos de carbono-

Sin embargo para que la insulina sea efectiva se deben cumplir dos condiciones .

- 1.- Que el páncreas segregue insulina en cantidad suficiente –
- 2.- Que las células sean capaces de detectar la insulina y responder permitiendo su acción..

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

Para realización del presente informe de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual

Se hizo la revisión de los registros de enfermería de ingreso de pacientes de medicina al servicio de hospitalización, así como las historias clínicas de los cuales se recabaron lo datos más relevantes y coherentes a la temática en estudio.

Asimismo, para la recolección de datos que contiene el presente informe se llevó a cabo las siguientes acciones:

- Se solicitó autorización respectiva a la jefatura del servicio a fin de tener acceso a los registros anteriores e historias clínicas
- Recolección de Datos
- Procesamiento de datos
- Resultados
- Análisis e Interpretación de resultados

3.2 Experiencia Laboral

En el año 1991 en el mes de Setiembre empiezo mi experiencia Profesional en el Servicio Urbano Marginal(SERUMS) en el Centro Medico EDMAR QUIÑONES de la Provincia de Sihuas del Departamento de Ancash, hasta .el 15 de Febrero de 1993.

En Agosto de año 1994 empiezo a trabajar en un puesto de Salud de un anexo llamado Cushireni en el valle del Rio Tambo perteneciente a la Provincia de Satipo en la región Junín hasta diciembre del año 1998 esto por el MINSA .

El año 1999 trabajé en el Puesto de Salud de Centro Lagarto que pertenece al Distrito de Iscosazin provincia de Oxapampa en la región Pasco.

En el año 2000 el 22 de Febrero ingreso a trabajar al hospital AURELIO DÍAZ UFANO Y PERAL de ESSALUD LIMA ubicado en el Jirón Rio MAJES s/n en la urbanización Los Pinos Canto Grande en el Distrito de San Juan de Lurigancho donde me vengo desempeñando como enfermera asistencial en el servicio de Hospitalización adultos hasta el día de hoy..

Descripción del Área Laboral

El servicio de hospitalización adultos del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral se encuentra ubicado en el segundo piso del ala C del edificio del hospital que cuenta con los cuatro servicios principales como son

Medicina con 10 camas, cirugía con 12 camas. Pediatría con 10 camas y gineco-obstetricia con 18 camas.

Recursos Humanos :

En el servicio de hospitalización adultos trabajamos 09 enfermeras y cinco técnicos de enfermería en turnos rotativos

Funciones Desarrolladas en la actualidad

- a) Área asistencial en este momento las 09 enfermeras del área de medicina desarrollamos la función asistencial
- b) Área Administrativa en el servicio de hospitalización adultos contamos con una coordinadora del servicio que también desarrolla actividades asistenciales –
- c) Área Docente: Se desarrolla actividades de docencia ya al hospital llegan internos de medicina y algunas veces de enfermería .
- d) Área de Investigación en este campo si casi no se desarrolla actividades de Investigación

3.3 Procesos relacionados al tema

Hombre de 45 años, 80 kg, talla 1,72 m, IMC 27,11 kg/m², portador de dislipidemia, sin antecedentes familiares de DM. Inicia un cuadro caracterizado por polidipsia, poliuria, cansancio y calambres. Al mes de evolución consulta en un servicio de urgencia. En el examen físico destacan piel y mucosas secas, *acantosis nigricans* en cuello, normotenso y pérdida de 8 kilos de peso.

Se realizan exámenes (Tabla 1) y se hospitaliza con el diagnóstico de cetoacidosis diabética (CAD). Se inicia solución salina 0,9% 1.000 cc con cloruro de potasio e insulina rápida (IR) 8 U endovenosa. A la hora, se continúa con el aporte de volumen (3.000 cc) e IR sc (subcutánea) cada 6 h, según glicemias capilares. Se descarta foco infeccioso. A las 8 h de tratamiento, al revertir la acidosis (Tabla 2) y lograr glicemias < 250 mg/dl, se inicia terapia basal bolos con insulina NPH (*Neutral Protamine Hagedorn*) e IR antes del desayuno (AD) y cena, más refuerzos de IR preprandiales, lográndose una buena respuesta clínica. Al alta se indica régimen con 180 g de hidratos de carbono, insulina NPH 18 U AD y 6 U a las 22 h, con automonitoreo de glicemias capilares.

Tabla 1. Niveles de parámetros bioquímicos, hemograma y ECG realizados en el Servicio de Urgencia

	Ingreso	A las 8 h
Glicemia (mg/dl)	640	250
pH.	7,32	7,44
HCO ₃ * (mEq/l)	20	24
Potasio (mEq/l)	3,8	3,5
Sodio (mEq/l)	140	142
Cloro (mEq/l)	105	110
Cetonemia	+++	+
Anion gap (mEq/l)	18	11,5
HbA1c** (%)		8,8
Creatinina (mg/dl)	0,8	0,8
Colesterol total(mg/dl)	200	
Colesterol HDL(mg/dl)	40	
Colesterol LDL(mg/dl)	94	
Triglicéridos(mg/dl)	330	
Orina		
Glucosuria	+++	+
Cetonuria	+++	+
Hemograma	Normal	Normal
Electrocardiograma	Normal	

*HCO₃ Bicarbonato de sodio.

**HbA1c Hemoglobina glicosilada A1c.

A las 2 semanas el paciente se encuentra asintomático con glicemias capilares de ayunas 70-110 mg/dl, pre-prandiales 100-130 mg/dl y post-prandiales 160-180 mg/dl. Dada su buena evolución se disminuye la insulina NPH a 6 U a las 22 h y se agrega metformina 850 mg 2 veces al día. Controlado al mes, relata episodios de hipoglicemias de 60 mg/dl durante el día y los exámenes revelan buen control metabólico (Tabla 2).

Tabla 2. Niveles de glicemia, HbA1c, perfil lipídico, creatinina y orina realizados a las 6 semanas post alta

Glicemia (mg/dl)	90
HbA1c* (%)	7,2
Colesterol total (mg/dl)	180
Colesterol HDL (mg/dl)	44
Colesterol LDL (mg/dl)	96
Triglicéridos (mg/dl)	200
Creatinina (mg/dl)	0,7
Orina	Normal

*HbA1c Hemoglobina glicosilada A1c.

Dado el inicio de una DM en CAD (sospecha de DM1), en un paciente con características fenotípicas de DM2, se solicitaron marcadores inmunológicos para diabetes: anticuerpos anti células beta (ICA), anticuerpos anti insulina (IAA), anticuerpos anti ácido glutámico descarboxilasa (anti-GAD), anticuerpos anti tirosina fosfatasa (IA2), los que resultaron negativos. El péptido C en ayunas fue normal (3,2 ng/ml). En estas condiciones se suspendió la insulina, manteniéndose las medidas no farmacológicas y la metformina.

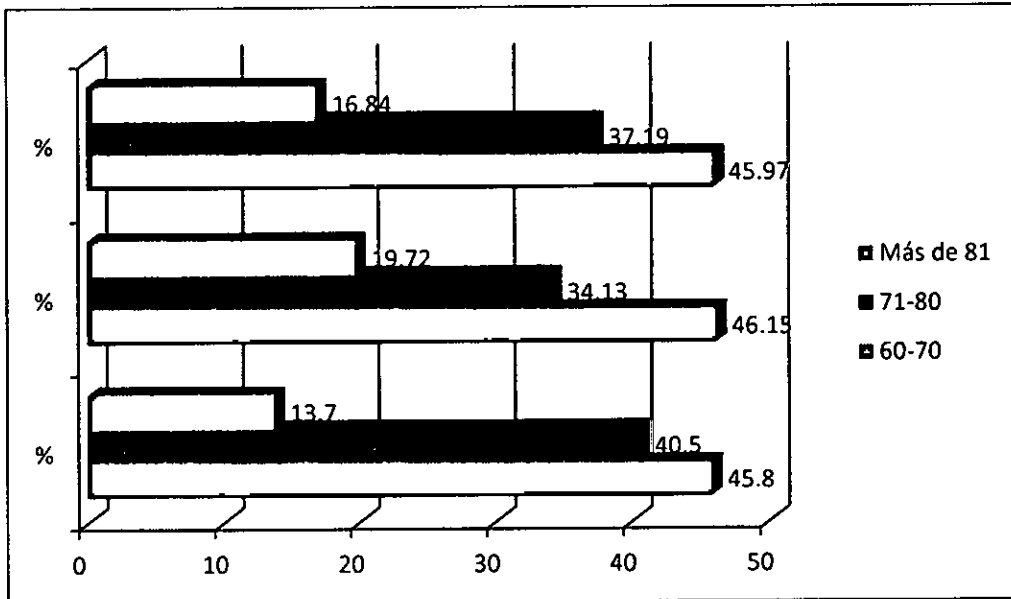
El paciente continúa en controles periódicos durante 24 meses post alta, lográndose una reducción de 10 kg de peso, glicemias de ayunas inferiores a 100 mg/dl, HbA1c 5,9%, y perfil lipídico y presión arterial normales.

IV. RESULTADOS

Cuadro 4.1

Sexo de los pacientes adultos mayores con DM2 que ingresaron a hospitalización del servicio de medicina del hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral año 2013-2015

Grupo de Edad	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
60-70	87	45.8	96	46.15	183	45.97
71-80	77	40.5	71	34.13	148	37.19
Más de 81	26	13.7	41	19.72	67	16.84
Total	190	100	208	100	398	100

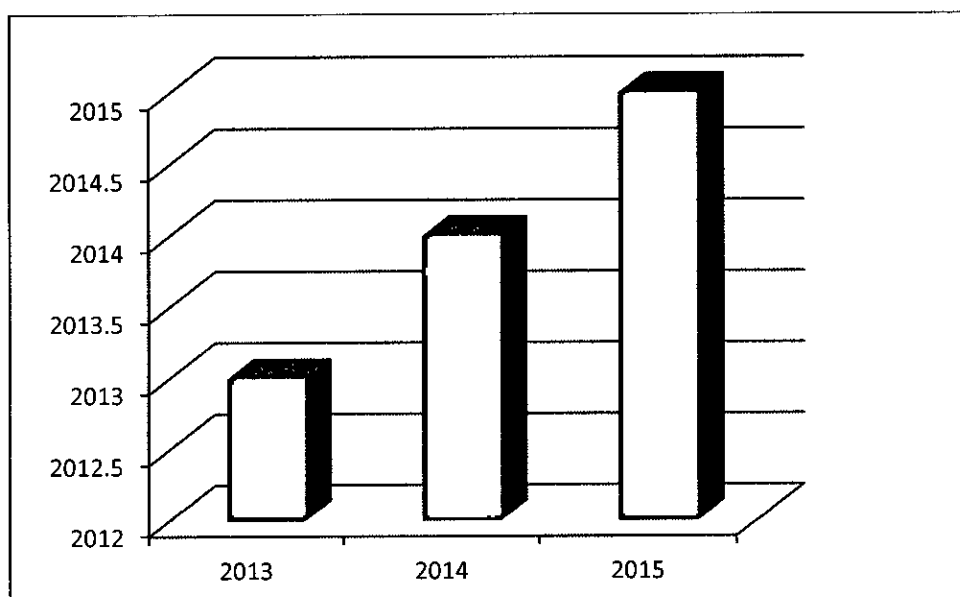


El cuadro muestra que en el grupo etáreo de 60 -70 años es el más representativo tanto en el sexo femenino como el masculino, cada uno con más del 40% y siendo el grupo de más de 80 años el que menor porcentaje ingresó a hospitalización

Cuadro N° 4.2

Número de pacientes con Diabetes Mellitus ingresados en el servicio de Medicina en los años 2013-2015

Año	N° Pctes	%
2013	123	30.9
2014	102	25.64
2015	173	43.46
Total	398	100



El cuadro nos muestra que durante el año 2015 ingresaron a hospitalización los pacientes en mayor porcentaje constituyendo un 43.46% y durante el año 2014 ingresaron 102 pacientes que constituyen un 25.64%.

V. CONCLUSIONES

Después de haber realizado el informe de experiencia profesional sobre Cuidados de enfermedades en el paciente adulto mayor con diabetes mellitus he llegado a las siguientes conclusiones:

- a) Que los pacientes que se hospitalizan en su mayoría con diabetes mellitus, están comprendidos en las edades de 60 – 70 años.
- b) Que en los pacientes comprendidos entre 71 – 80 años ocupan el segundo lugar en hospitalización por diabetes mellitus descompensando.
- c) Y los adultos mayores de 81 años son los que menos se hospitalizan por descompensación de la diabetes mellitus.

VI. RECOMENDACIONES

- a) A los profesionales, que se debe realizar campañas de prevención de la diabetes mellitus; que se observa que cada vez hay más personas jóvenes a quienes se les diagnostica diabetes mellitus.
- b) Que los profesionales deben actualizar sus conocimientos y destreza en el cuidado del paciente con diabetes mellitus.
- c) A la institución, debe apoyar a los profesionales que desean trabajar en actividades preventivas promocionales para que de esa manera se pueda disminuir los casos de diabetes mellitus.
- d) Al servicio, que los profesionales que trabajamos en el servicio de hospitalización seamos más sensibles con los pacientes con diabetes mellitus; porque ellos llegan a hospitalización cuando ya presentan complicaciones de la diabetes.

VII. REFERENCIALES

1. OMS, **Envejecimiento y salud**. Nota descriptiva N° 404. Septiembre de 2015
2. ESPINOZA BRITO, Alfredo (2011). **Epidemiología latinoamericana del adulto mayor**, Cuba
3. INEI (2015) **Situación actual del adulto mayor en el Perú**.
4. OMS, **Centro de prensa Diabetes**. Nota descriptiva N° 132. Enero 2015
5. Guía de referencia Rápida catalogo Maestro de GPC: IMSS-657-13.
6. ALFARO, Noe (2010). Autopercepción de la calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2
7. Diccionario Manual de la Lengua Española vox 2007 Larousse Editorial, S.L.

Páginas Web

1. ÁNGELES, Oswaldo (2014). **Diabetes Mellitus en el adulto mayor**. Obtenido de: <https://www.nia.nih.gov/espanol/publicaciones/diabetes-personas-mayores>. Consulta: 23 de Febrero 2016
2. MAGUEY, Pilar.(2016).**Salud180. El estilo de vida saludable**. Obtenido de www.salud180.com> ...>Enfermedades>Metabólicas. Consulta: 23 de Febrero 2016