

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



**“CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS CON DIABETES MELLITUS TIPO
2 SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 4C, HOSPITAL
NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS
JULIO – DICIEMBRE 2016”**

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

ANA BERTHA CAMPOS LEVANO

Callao, 2017

PERÚ

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	2
I, PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática.....	4
1.2 Objetivos.....	7
1.3 Justificación.....	7
II. MARCO TEÓRICO.....	10
2.1. Antecedentes.....	10
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	10
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	12
2.2 Marco Teórico.....	16
2.3 Definición de Términos.....	18
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	20
3.1 Recolección de Datos.....	20
3.2 Recuento de la Experiencia Profesional.....	23
3.3 Procesos Realizados.....	32
IV. RESULTADOS.....	34
V. CONCLUSIONES.....	38
VI. RECOMENDACIONES	39
VII. REFERENCIALES	40
ANEXOS.....	43

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) es un trastorno que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a falta de secreción de insulina, falla en su acción o ambas alteraciones; por lo tanto la hiperglucemia sostenida en una persona se puede deber a una alteración en la acción de la insulina, que generalmente se acompaña de secreción disminuida, o sólo a falla en la secreción (1). Según la Organización Mundial de la Salud la diabetes de tipo 2, representa el 90% de los casos mundiales, reviste especial importancia no sólo por constituir las primeras causas de morbimortalidad, sino por las dificultades que enfrenta el paciente para llevar a cabo su tratamiento, control y prevención de complicaciones. (2)

En el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins la mayoría de pacientes adultos mayores que ingresan al servicio de medicina interna 4C procedentes de emergencia; es a causa de las complicaciones de la Diabetes Mellitus tipo 2 y estas ya sean (pie diabético, retinopatía diabética, enfermedad renal crónica) situaciones que hay veces terminan en la amputación de algún miembro inferior.

El presente informe titulado "Cuidados de enfermería en Pacientes Hospitalizados con Diabetes Mellitus Tipo 2" tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en pacientes con diabetes tipo 2, contemplando las actividades o procedimientos que el profesional de enfermería ofrece al usuario durante la hospitalización. Así mismo

contribuirá a identificar oportunamente el riesgo de las complicaciones de la Diabetes Mellitus Tipo 2, evitando la estancia hospitalaria prolongada. Consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: El capítulo I: describe el planteamiento del problema; descripción de la situación problemática, objetivo, justificación, el capítulo II: incluye marco teórico; los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, el capítulo III: considera la presentación de la experiencia profesional, capítulo IV: resultados; capítulo V: conclusiones, capítulo VI: recomendaciones y el capítulo VII referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica que reviste especial importancia no sólo por constituir las primeras causas de morbimortalidad, sino por las dificultades que enfrenta el paciente diabético para llevar a cabo el tratamiento; control metabólico y prevención de múltiples complicaciones.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que el número de personas con diabetes mellitus en el mundo es de 171 millones y pronostica que aumentará a 366 millones en el año 2030. A nivel mundial, en el año 2006, la Diabetes Mellitus fue la tercera causa de muerte en mujeres de 65 años y más años y la quinta en hombres del mismo grupo etario. (3)

En México, existe una prevalencia del 10,7% en personas de 20 a 69 años de edad y en las poblaciones mayores de 50 años de edad, la prevalencia supera el 20%. En un estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social de Veracruz –México la prevalencia de autocuidado encontrada fue 62%, coincide con los reportes de la literatura. La investigación de factores relacionados con la familia, demostró que hay una fuerte correspondencia entre la familia

desintegrada y la falta de práctica del autocuidado. De ese modo se reconoce que la familia es el principal factor relacionado con el autocuidado, por lo que es necesario promover la integración y apoyo familiar. (4)

Otro estudio realizado en la Universidad Autónoma de Nuevo León-México dio como resultado para la muestra estudiada, que el apoyo familiar debía favorecer el nivel de acciones de autocuidado, reflejándose su efecto positivo en mantener a las personas en atención ambulatoria y en evitar las hospitalizaciones. Una posible explicación que se deriva de la observación directa, es que las personas se resisten a reconocer ante un extraño que sus familiares no lo ayuda lo necesario para mantener controlada su diabetes. (5)

Según datos de la Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud de Perú en el año 2009, la Diabetes Mellitus fue la decimoquinta causa de mortalidad afectando al 14% de los peruanos, donde Lima y Piura, fueron los más afectados. Cifras encontradas alarmantes que reflejan alguna situación que ha conllevado a descuidar la salud; por lo que debemos lograr comprender qué situación está influyendo a que el paciente no se identifique con su enfermedad. (6)

Resaltando que un estudio realizado en: Policlínico de ESSALUD de Chincha-Lima, muestra que los pacientes del programa de diabetes

presentaron un nivel de conocimiento medio sobre el autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas.(7) Un dato importante por el estudio de Hajar se observó que la mayoría de pacientes y familiares tienen un nivel de conocimiento medio, tanto en la dimensión conocimientos sobre la enfermedad como en la dimensión conocimientos sobre los cuidados en el hogar.(8)

La familia es la institución más fuerte de la sociedad, entre sus funciones esenciales está prestar apoyo a los miembros que la integran, pues está contribuye a mejorar la salud de quienes lo conforman y se ve reflejado en el nivel de autocuidado que posee el individuo. El autocuidado es una actividad aprendida desde pequeño y se da respuesta de acuerdo a la experiencia que cada uno haya vivido en su proceso de vida. Por lo tanto, es necesario incorporar a la familia o familiar cuidador cercano, en el proceso de la enfermedad para obtener buena comprensión ya sea del paciente y su familia logrando así adecuado apoyo familiar y buenas prácticas de autocuidado para mejorar la calidad de vida de las personas que padecen de diabetes mellitus tipo 2.

Entendiendo la relevancia de esta problemática en la sociedad. El presente informe fue realizado con familiares, cuidadores y adultos mayores diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 que se encuentran registrados hospitalizados en el servicio 4C Medicina

Interna del HNERM. Lugar que se observa el incremento de la enfermedad en el usuario, también se puede percibir diversas complicaciones 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.

Sabemos que enfermería tiene y 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 Objetivos

Objetivo General

Describir la experiencia profesional en el cuidado de Enfermería en Pacientes Hospitalizados con Diabetes Mellitus Tipo 2, Servicio de Medicina Interna 4C, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Julio – Diciembre 2016.

1.3 Justificación

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer los Cuidados de enfermería que se deben de tener con los Pacientes

Geriátricos Hospitalizados con Diabetes Mellitus Tipo 2, Servicio de Medicina Interna, Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el semestre julio – diciembre 2016, con el propósito de que los resultados de este informe proporcionen 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 Tipo 2, así como en la elaboración de guías de atención destinados a disminuir el riesgo de complicaciones de la Diabetes Mellitus Tipo 2, así mismo el presente informe se justifica:

Nivel Metodológico: Este informe permitirá establecer los cuidados para controlar los efectos y evitar complicaciones asociadas a la Diabetes Mellitus Tipo 2, mediante la aplicación de una metodología científica en la provisión de cuidados identificando como es la atención documentando los cuidados pesados y recogiendo datos objetivos de las acciones reales y cuantificables.

Nivel Social: A nivel social este informe beneficiará a los profesionales de enfermería información sobre las prácticas de cuidados de enfermería en los Pacientes Hospitalizados con Diabetes Mellitus Tipo 2, a fin de mejorar la calidad de la atención que sea continua, oportuna y humana, de esta manera contribuirá a disminuir las complicaciones de la Diabetes Mellitus Tipo 2.

Nivel Práctico: El presente informe a nivel práctico pretende servir de guía de actuación dotando a las enfermeras de los conocimientos pertinentes acerca de los cuidados necesarios, para un paciente adulto mayor con la enfermedad de Diabetes Mellitus Tipo 2, previniendo las posibles complicaciones.

Nivel Económico: El profesional de enfermería tiene el deber de proporcionar al paciente 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.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Internacionales

HERRERA A, ANDRADE H, HERNÁNDEZ MANRIQUE M., FARIA C., MACHADO M, Cartagena. "Investigaron sobre Personas con Diabetes Mellitus tipo 2 y su Capacidad de Agencia de Autocuidado". 2012. Objetivo: Identificar la capacidad de agencia de autocuidado de las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, inscritos en los programas de control de diabetes en 19 UPAS de Cartagena. Metodología: diseño descriptivo con abordaje cuantitativo, en una muestra de 225 adultos seleccionados en forma aleatoria. La capacidad de agencia de autocuidado se identificó con la escala de valoración de las capacidades de autocuidado, desarrollada por Isenberg y Everest, traducida al español por gallegos y adaptada por la Universidad Nacional de Colombia. Resultados: Predominó el sexo femenino 68,4%. La capacidad de agencia de autocuidado fue muy buen en un 73,8 % de los pacientes. Conclusiones: El apoyo social recibido por los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y las prácticas de higiene personal y del entorno, el conocimiento y la adherencia a la dieta, permiten a los pacientes una buena capacidad de agencia de autocuidado. (9)

AZZOLLINI C, BAIL P, VERA, VIDAL, VICTORIA A, Argentina.
“Investigaron sobre Diabetes: Importancia de la familia y el trabajo en la adhesión al tratamiento”. 2011. Objetivo: Analizar la percepción del apoyo social en el ámbito familiar y laboral que tienen los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 y su relación con la adhesión a los tratamientos. Material y método: Estudio descriptivo correlacional. Se tomó una muestra probabilística al azar sistemático de 337 pacientes entre 40 y 79 años que concurrían a consultorios externos de diabetología cuatro hospitales públicos seleccionados durante el año 2010. Se administró un cuestionario de datos personales y de percepción de apoyo social familiar y laboral, y, una escala de frecuencias sobre prácticas de autocuidado. Resultados: 57% de los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 eran mujeres. En cuanto al apoyo familiar de los pacientes diabéticos en el cuidado de su salud, el 74,8% expreso que su familia los apoya siempre, el 73,9% de los pacientes dijo que su familia nunca se fastidiaba con ellos por la dieta o los cuidados especiales que debía realizar. Concluyeron que el apoyo social, tanto familiar como laboral, favorece una mayor adherencia a los tratamientos a través del cumplimiento de pautas de autocuidado en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 que concurren a hospitales públicos.(10)

ROMERO B, SANTOS M, MARTINS T, ZANETTI M, México.
“Investigaron sobre el Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de Urgencia en México”. 2010
Objetivo: Determinar la capacidad de autocuidado de personas con diabetes mellitus tipo 2 y relacionar esa capacidad con algunas variables sociodemográficas y clínicas. Material y método: Estudio descriptivo y transversal, muestra por conveniencia 251 personas de ambos sexos, con edad entre 30 y 80 años. Resultando de acuerdo con la propuesta de clasificación de la Escala de Capacidad de Autocuidado, las respuestas fueron agrupadas y categorizadas en: muy buena, buena, regular y mala; mostrando que 66,5% capacidad regular, 33,5% de las presentaron buena capacidad de autocuidado y ninguno presentó capacidad para el autocuidado considerada muy buena o mala. Concluyendo que la mayoría de las personas con diabetes mellitus tipo 2 presentó una capacidad de autocuidado regular. La capacidad de autocuidado está vinculada a múltiples variables, que merecen atención de los profesionales de salud cuando se realiza la proposición de programas de educación. (11)

2.1.2 Antecedentes Nacionales

OYOLA K., Chimbote. “Investigación sobre los Estilos de vida y Nivel de Autocuidado en el Adulto Maduro del A.H. 1 de Febrero – Nuevo Chimbote”. 2010. Objetivo: determinar la relación entre el

Estilo de Vida y el Nivel de Autocuidado en los adultos maduros. Metodología: tipo cuantitativo, de corte transversal, con un diseño descriptivo correlacional se aplicó dicha investigación a un universo mastral de 103 adultos maduros; utilizando los siguientes instrumentos: la Escala del Estilo de Vida y la Escala de Autocuidado. Los datos fueron procesados en SPSS Versión 18.00 y presentados en tablas simples y de doble entrada. Resultados: Se observa la variable estilo de vida, en la que se muestra que del 100% de personas adultas maduras que participaron en el Estudio, el 97,1% tienen un estilo de vida no saludable y un 2,9% tienen un estilo de vida saludable. En cuanto al autocuidado prevaleciendo el nivel de autocuidado medio con un 94,2%, seguido por el 2,9% con nivel de autocuidado alto y en un mismo porcentaje 2,9% con un nivel bajo. Conclusión: Casi todos los adultos maduros tienen un estilo de vida no saludable y presentan un nivel de autocuidado medio. Existe relación significativa entre el estilo de vida y el nivel de autocuidado. (12)

GOICOCHEA R. y AVADO K., Chimbote. "Investigaron sobre el Apoyo social y Autocuidado en el paciente adulto mayor Diabético. Realizado en el Hospital III ESSALUD Chimbote". 2012. Objetivo: Establecer la relación entre el grado de apoyo social y el nivel de autocuidado en personas adultas mayores diabéticas.

Metodología: Tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal, población de 60 adultos mayores diabéticos que asisten al programa del MAIS – ADULTO, la recolección de datos se utilizaron 2 instrumentos: Test de apoyo social y el Test de autocuidado. Resultados: presenta un mayor porcentaje de buen nivel de autocuidado con un 48,33%, un regular nivel de autocuidado con un 41,67% y un 10% presentan nivel de autocuidado deficiente. En cuanto al apoyo social se observa que el 66,67% tienen un nivel de apoyo social bueno, el 25,0% un nivel de apoyo social regular y en menor porcentaje 8,33% con un apoyo social deficiente. Se llegó a la conclusión que: El autocuidado depende del apoyo social que el adulto mayor diabético reciba, ya sea por parte de la familia, amigos o la sociedad en sí, ya que mediante el apoyo social el adulto mayor si tiene alguna enfermedad podrá conllevar mejor el tratamiento y mejorar su calidad de vida.(13)

HIJAR A., Lima. “Investigó sobre Conocimientos que tienen los Pacientes Diabéticos y sus Familiares sobre la Enfermedad y sus Cuidados en el Hogar”. 2008. Objetivo general determinar el nivel de conocimientos que tienen los pacientes diabéticos y sus familiares sobre la enfermedad y sus cuidados en el hogar. Metodología: Se trata de un estudio de nivel aplicativo, tipo cuantitativo y método descriptivo de corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por 75 pacientes con sus respectivos

familiares, que acudieron al consultorio externo de endocrinología durante el mes de diciembre del 2007 y enero del 2008. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario utilizando para los pacientes como para su familiar. Resultados: En cuanto a los aspectos generales de los pacientes encontró que 58,6% son varones. Asimismo 54,6% poseen edad entre 51 – 60 años. Acerca del grado de instrucción 64% han cursado nivel secundario entre completa e incompleta, 20% estudios nivel primario. En cuanto a los datos generales de los familiares de los pacientes diabéticos tenemos 72% son de sexo femenino, en cuanto a la edad tenemos 44% sus edades comprenden entre 31- 45 años. 54,6% tienen un nivel de instrucción de secundaria. En cuanto al nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos se puede deducir que la mayoría presenta un nivel de conocimiento medio 48%, y los familiares presentan un nivel de conocimiento bajo 38,7%. Se concluyó que la mayoría de pacientes y familiares tienen un nivel de conocimiento medio, tanto en la dimensión conocimientos sobre la enfermedad como en la dimensión conocimientos sobre los cuidados en el hogar, pero también los resultados muestran que hay una gran cantidad de pacientes y familiares que tienen un nivel de conocimiento bajo sobre la enfermedad y sobre los cuidados en el hogar, y aproximadamente la quinta parte tienen un nivel de conocimiento alto. (8)

2.2 Marco Teórico

Durante mi labor como enfermera asistencial las teorías que han facilitado mi labor en la atención del paciente han sido la teoría de Virginia Henderson, de Castilla Roy y Dorothea Orem.

A continuación se detallará las características de este cuidado.

Teoría de Virginia Henderson: Necesidades Básicas

En 1955 publicó un libro titulado la “Definición de enfermería según Virginia Henderson”, partiendo de la teoría de las necesidades básicas. La autora identifica 14 necesidades básicas y 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.

Considere 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.(14)

Teoría de Callista Roy: La Adaptación

Este modelo se publicó por primera vez en 1970 en un artículo titulado: "adaptación un Marco Conceptual para Enfermería".

Considere esta teoría para el presente informe, porque permite enfocar el cuidado de enfermería, mirando al individuo como un ser holístico y no fragmentándolo en un ser biopsicosocial, teniendo en cuenta que la persona está inmersa en el ambiente constituido por sus valores, creencias, principios, sentimientos, patrones de relación, que determina la forma como el individuo se enfrentara a los estímulos del medio, sirviendo de base al profesional en el cuidado de las personas como seres adaptativos.(15)

Teoría de Dorothea Orem: Déficit de Autocuidado

Dorothea Orem, en 1958, formulo los supuestos básicos de su teoría general denominada "Teoría de déficit de autocuidado". Considerando esta teoría, porque pone en evidencia que el déficit de autocuidado, abarca a aquellos pacientes que requieren una total ayuda de la enfermera desempeñándose como sustituto, cuando el paciente requiere de un sistema de enfermería totalmente compensatorio, por su capacidad total para realizar actividades de autocuidado, a causa del padecimiento de algún síndrome geriátrico.(16)

2.3 Definición de Términos

Cuidado: Denominación genérica de las medidas de atención al paciente. (17)

Enfermería: Profesión sanitaria cuya finalidad es el cuidado del enfermo en estrecha colaboración con el médico y otros servicios auxiliares. (17)

Diabetes: Conjunto de enfermedades que tienen como síntoma común la poliuria y la polidipsia. Ver diabetes insípida, diabetes mellitus. (17)

Diabetes mellitus: Enfermedad sistémica del metabolismo de los glúcidos caracterizada por la aparición de hiperglucemia causada por una disminución en la secreción o actividad de la insulina, por ausencia o por alteración de los receptores celulares. Puede ser de tipo 1 o insulino dependiente, diabetes de tipo 2 o no insulino dependiente, y otros tipos (desnutrición, síndrome de Cushing, pancreatitis, etc.). (17)

Diabetes Mellitus No Insulino dependiente: Diabetes mellitus que no precisa de insulina para su compensación. Puede tratarse con dieta hipohidrocarbonada de forma exclusiva, o requerir adicionalmente tratamiento farmacológico con acarbosa,

sulfonilureas o biguanidas. Puede evolucionar hacia la insulinodependencia con el paso del tiempo. (17)

Insulina: Hormona polipeptídica segregada por las células de los islotes pancreáticos. Sus propiedades principales son: favorecer la utilización de la glucosa por parte de las células y la glucogénesis hepática. Como consecuencia de estas dos acciones disminuye la glucemia. (17)

CAPÍTULO III

EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Para la realización del presente informe de experiencia laboral 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 del servicio, como las historias clínicas, de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio.

Asimismo, para la obtención de los datos que contienen el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

- La recolección de datos partió de la observación realizada en el servicio de Medicina Interna 4C sobre el Cuidado de Enfermería de Pacientes Hospitalizados con Diabetes Mellitus Tipo 2.
- Se aplicó la técnica de revisión documentaria, como de registros de enfermería de ingresos y egresos.
- Se tomó en cuenta la revisión bibliográfica de la biblioteca del HNERM.
- En trabajo se hizo de conocimiento de la jefatura médica del servicio y la jefa de enfermeras, llevándose a cabo las

coordinaciones pertinentes a fin de establecer la recolección de datos para la aplicación de los instrumentos.

3.2 Experiencia Profesional

- Recuento de Experiencia Profesional

La experiencia profesional como enfermera empieza al iniciar el SERUMS equivalente (noviembre de 2008 - noviembre de 2009) en el Policlínico Pizarro (Rímac) de ESSALUD desempeñando funciones como enfermera asistencial en los diferentes servicios como: Emergencia, consultorio de adulto mayor, programas de atención primaria como: atención al adulto mayor, área de inmunizaciones y desarrollo y vacunas, programa de control de tuberculosis, tópico de curaciones e inyectables y tópico de procedimientos, durante un año.

Al ser trabajadora del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, ESSALUD, en enero del 2014 se da el cambio de nivel logrando ser promovida. Es así como inicio la carrera profesional de enfermería propiamente dicha. Por espacio de un mes rote por el servicio de Emergencia Pediátrica.

Desde marzo del 2014 paso a formar parte del staf de enfermeras del servicio de Medicina Interna 4C del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, ESSALUD.

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 crítico 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 2.

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 2, 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 2.

3.2 Recuento de la Experiencia Profesional

- **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.

- **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 tópico 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.

- Al final del pasadizo en lado izquierdo se encuentra el ambiente de utilería que es utilizado para desinfección de urinarios y chatas.
- 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:

- a. Ingreso del paciente, referido por emergencia u otros servicios, no hay ingresos por consultorio externo.

- b. 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.
- c. Administración y gestión del uso de medios diagnósticos.
- d. Evitar complicaciones que requieran mayor estancia hospitalaria (Complicaciones infecciosas y no infecciosas intrahospitalarias).
- e. Educación permanente al usuario y familia.
- f. 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.
- Guía de desinfección y esterilización.
- Manual de comité de complicaciones intrahospitalarias.

Funciones Realizadas en la Actualidad

a) Área 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 2.
- 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 2.
- 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 decepcionar 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 Docencia

- 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 Investigación

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

Caso relevante

Paciente adulto mayor con diagnóstico médico Diabetes Mellitus tipo 2, ingresa al Servicio Medicina 4to. "C" el 09/02 del presente del Servicio de Emergencia.

Paciente refiere que cinco días antes de ingreso presenta sensación de desmayo, inestabilidad, confusión, durante la hemodiálisis, motivo por el cual es llevado a emergencia de dicho Hospital, donde refiere que le transfundieron 2 paquetes globulares por presentar anemia

severa, refiere que hubo baja de peso de aproximadamente 50 kg en 1 año.

Funciones Vitales:

Presión arterial: 210/100 mmHg.

Frecuencia Cardíaca: 89 x min.

Frecuencia respiratoria: 19 x min.

Temperatura: 36.5 °C (T° axilar)

CUIDADOS DE ENFERMERÍA QUE SE LE REALIZA

- Control de funciones vitales
- Se brinda comodidad y confort
- Administración de medicamentos vía oral y Asistencia
- Toma de muestra de HemoglucoTest horaria (c/8 hras.)
- Ayuda en la alimentación al paciente
- Hasta la fecha el paciente permanece hospitalizado, a pesar de estar en condiciones de alta desde el 10 de abril.

APORTES

- Se gestionó la implementación de glucómetro y tiras reactivas
- Se implementó charlas de capacitación a los familiares, con respecto a la administración de la insulina.
- Se diseñaron y difundieron trípticos ilustrativos y alusivos a la Diabetes Mellitus.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

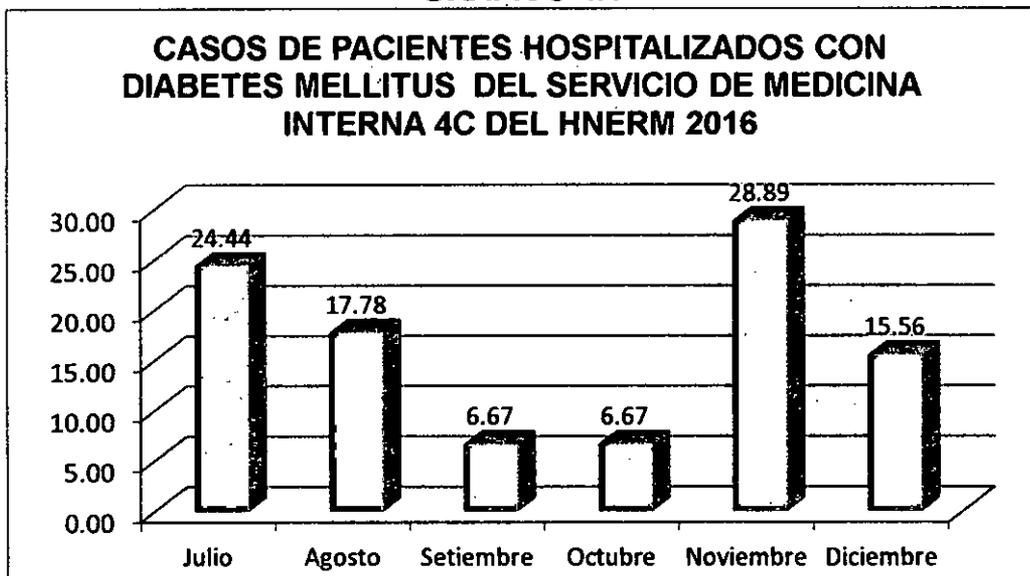
TABLA 4.1

CASOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DIABETES MELLITUS, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 4C, HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS DE JULIO A DICIEMBRE 2016

MES	CASOS DM	%
Julio	11	24.44
Agosto	8	17.78
Setiembre	3	6.67
Octubre	3	6.67
Noviembre	13	28.89
Diciembre	7	15.56
TOTAL	45	100.00

Fuente: Estadística del Hospital Edgardo Rebagliati Martins

GRAFICO 4.1



Este gráfico muestra un gran porcentaje de pacientes Hospitalizados con Diabetes Mellitus en el servicio de Medicina Interna 4C del Hospital Edgardo Rebagliati Martins de Julio - Diciembre 2016, observándose un 28.89% en Noviembre, siendo este el mes con más casos de Diabetes Mellitus.

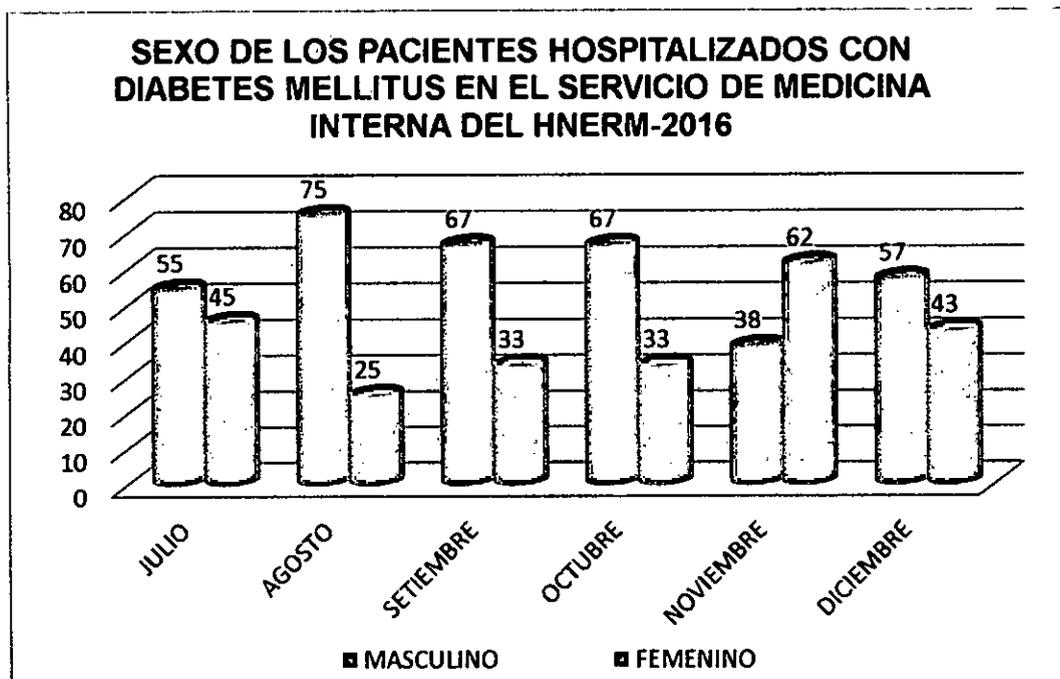
TABLA 4.2

SEXO DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DIABETES MELLITUS, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 4C, HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS DE JULIO - DICIEMBRE 2016

MES	MASCULINO	%	FEMENINO	%
JULIO	6	55	5	45
AGOSTO	6	75	2	25
SETIEMBRE	2	67	1	33
OCTUBRE	2	67	1	33
NOVIEMBRE	5	38	8	62
DICIEMBRE	4	57	3	43
TOTAL	25		20	

Fuente: Estadística del Hospital Edgardo Rebagliati Martins

GRÁFICO 4.2



Este gráfico muestra el Sexo de los Pacientes Hospitalizados con Diabetes Mellitus en el servicio de Medicina Interna 4C, Hospital Edgardo Rebagliati Martins de Julio - Diciembre 2016, observándose en el mes de agosto un mayor porcentaje de pacientes masculinos siendo un 75% y en noviembre un mayor porcentaje de pacientes femeninos, siendo un 62% en este mes con más casos de Diabetes Mellitus.

TABLA 4.3

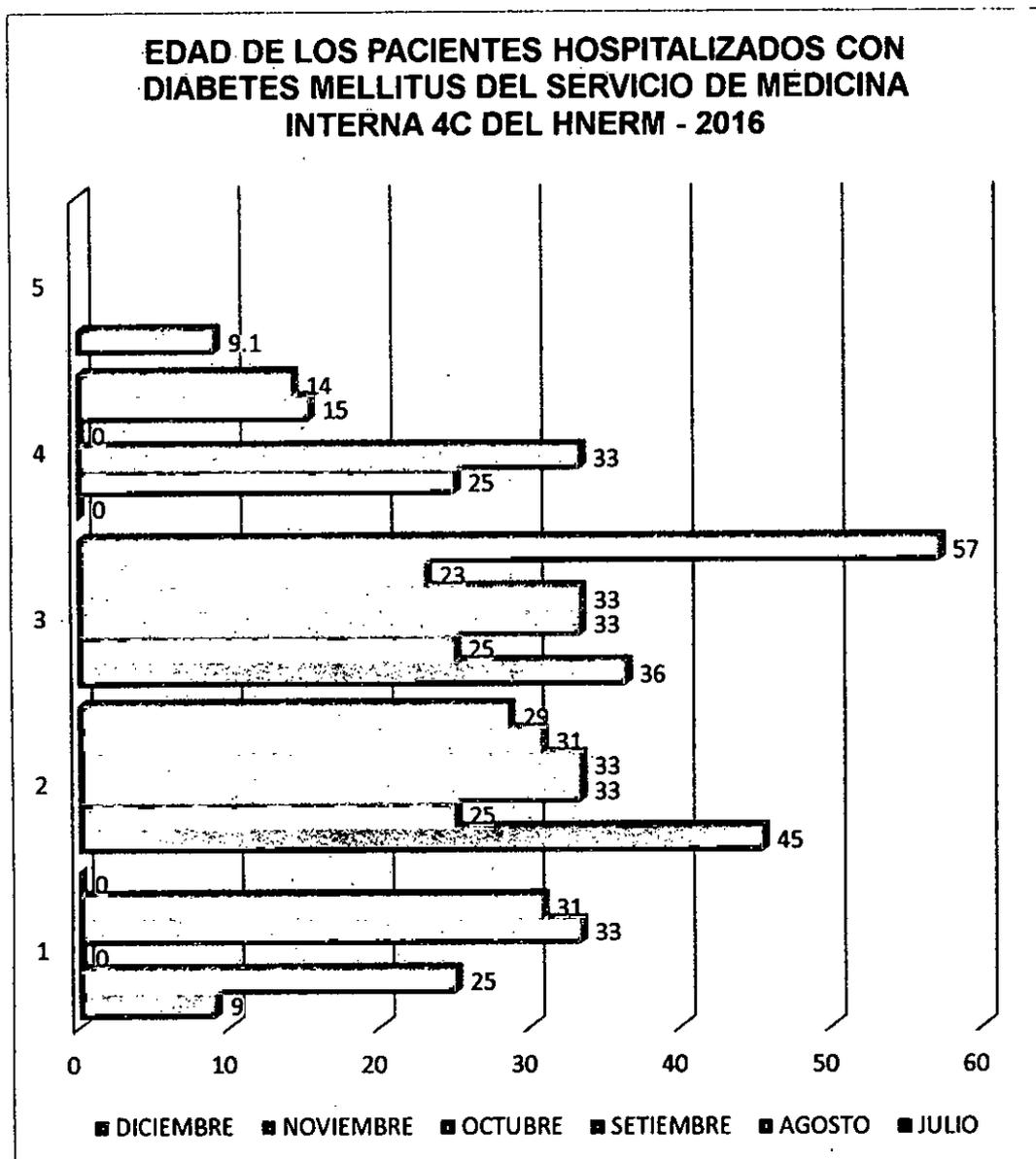
EDAD DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DIABETES MELLITUS, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 4C, HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS DE JULIO - DICIEMBRE 2016

MES	MENOR 60 AÑOS	%	DE 60 A 70	%	DE 71 A 80	%	DE 81 A 90	%	MAYOR 91 AÑOS	%
JULIO	1	9	5	45	4	36	0	0	1	9.1
AGOSTO	2	25	2	25	2	25	2	25	0	
SETIEMBRE	0	0	1	33	1	33	1	33	0	
OCTUBRE	1	33	1	33	1	33	0	0	0	
NOVIEMBRE	4	31	4	31	3	23	2	15	0	
DICIEMBRE	0	0	2	29	4	57	1	14	0	
TOTAL	8		15		15		6		1	

Fuente: Estadística del Hospital Edgardo Rebagliati Martins

Este gráfico muestra la edad de Pacientes Hospitalizados con Diabetes Mellitus, Servicio de Medicina Interna 4C, Hospital Edgardo Rebagliati Martins de Julio - Diciembre 2016, observándose la misma cantidad de pacientes en edades de 60 a 70 y de 71 a 80 años, siendo en el primer caso el mes de julio con mayor porcentaje un 45% y en el segundo caso el mes de diciembre con un 57%.

GRÁFICO 4.3



Fuente: Estadística del Hospital Edgardo Rebagliati Martins

Este gráfico muestra la edad de Pacientes Hospitalizados con Diabetes Mellitus, Servicio de Medicina Interna 4C, Hospital Edgardo Rebagliati Martins de Julio - Diciembre 2016, observándose la misma cantidad de pacientes en edades de 60 a 70 y de 71 a 80 años, siendo en el primer caso el mes de julio con mayor porcentaje un 45% y en el segundo caso el mes de diciembre con un 57%.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

1. Los principales cuidados de enfermería en pacientes hospitalizados con Diabetes Mellitus tipo 2 son garantizar la administración adecuada de medicamentos, la valoración de la glucosa a través del hemoglucotest, así como vigilar la adecuada alimentación e higiene del paciente.

2. En cuando a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna 4C, son principalmente adultos mayores de sexo masculino, con un estilo de vida no saludable y un deficiente nivel de autocuidado

3. Para mejorar el autocuidado se debe brindar educación al paciente así como a la familia, por lo que es imprescindible capacitar en los cuidados de la piel y mucosas, la dieta adecuada, y sobre todo en la administración de insulina.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

- a) **A la Institución.-** Reforzar y actualizar las guías de atención, protocolos de Diabetes Mellitus Tipo 2 en pacientes hospitalizados para disminuir costos a la institución y mejorar la calidad de vida de los pacientes y familias.

- b) **Al Servicio.-** Establecer estrategias para el cumplimiento de prevención, educación y cuidados de enfermería en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

- c) **A los Profesionales.-** Capacitación y educación continua al personal formando equipos de trabajo donde participe el equipo multidisciplinario.

CAPÍTULO VII

REFERENCIALES

1. CHAVE BONTEMPO, Francisca María. Diabetes Mellitus Tipo 2. México Abril del 2012. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos93/diabetes-mellitus/diabetes-mellitus.shtml>

2. ARIAS BRAMÓN, Milagros del Pilar; RAMÍREZ GUTIÉRREZ, Sandra Susana. Apoyo Familiar y Prácticas de Autocuidado del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus Tipo 2. Tesis Licenciatura. Lima 2013. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/328/1/Arias_mp%2520-%2520Ramirez_ss.pdf

3. OMS. Diabetes Mellitus en el Perú. España 2011. Disponible en: http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es

4. AMADOR M, MÁRQUEZ F, SABIDO A. Factores Asociados al Autocuidado de la Salud en Pacientes Diabéticos Tipo 2. México 2007. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2007/amf072.pdf

5. VALZ R. Enfermería Profesional en la Prevención y Control de la Diabetes Mellitus. Tesis de Maestría. México 1991. Disponible en: www.cdigital.dgb.uanl.mx/te/10200072134.pdf

6. MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ. Diabetes Mellitus en el Perú Ministerio de Salud Oficina de Estadística e Informática. Disponible en: www.minsa.gob.pe/portal/03EstrategiasNacionales/06ESNNoTransmisibl

7. CABRERA R, MOTTA I, RODRÍGUEZ C., VELÁSQUEZ D. Nivel de Conocimiento sobre Autocuidado en la Prevención de Complicaciones Diabéticas en Usuarios del Policlínico Chincha. 2009. Disponible en: www.es.scribd.com/doc/95319691/diabetescuidado-Chincha
8. HIJAR A. Conocimientos que tienen los Pacientes Diabéticos y sus Familiares sobre la Enfermedad y sus Cuidados en el Hogar en el HNDAC. Tesis de Licenciatura. Lima 2008. Disponible en: www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2008/hijar_ra/pdf/hijar_ra.pdf
9. HERRERA A, ANDRADE H, HERNÁNDEZ MANRIQUE M, FARIA C, MACHADO M. Los Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 y su Capacidad de Agencia de Autocuidado. Cartagena 2012. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n2/v30n2a03.pdf>
10. AZZOLLINI C, BAIL P, VERA, VIDAL, VICTORIA A. Diabetes: Importancia de la Familia y el Trabajo en la Adhesión al Tratamiento. 2011. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuin/v18/v18a35.pdf>
11. ROMERO B, SANTOS M, MARTINS T, ZANETTI M. Autocuidado de Personas con Diabetes Mellitus Atendidas en un Servicio de Urgencia en México. 2010. Disponible en: www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_21.pdf
12. OYOLA K. Estilos de Vida y Nivel de Autocuidado en el Adulto Maduro del A.H. 1 de Febrero – Nuevo Chimbote. 2010. Disponible en: <http://increscendo.uladech.edu.pe/es/ediciones/ediciones->

13. GOICOCHEA R, LAVADO K. Apoyo Social y Autocuidado en el Paciente Adulto Mayor Diabético. Tesis de Licenciatura. 2009.
14. Modelo de Virginia Henderson. Necesidades Básicas. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61971>
15. Callista Roy. Teoría de Adaptación. 2013. Disponible en: <http://desarrolloconocimientoenfermeria.blogspot.pe/2013/12/teoria-de-adaptacion.html>
16. PRADO SOLAR, Alicia; GONZÁLEZ REGUERA, Maricela. La Teoría Deficit de Autocuidado: Dorothea Orem, Punto de Partida para Localidad de Atención. 36(6). Diciembre 2014.
17. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. Diccionario Médico. Cun [web]. 2015 [citado 04 Ago 2018]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico>

ANEXOS

ANEXO 1: PROTOCOLO DEL SERVICIO

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 2: FICHA DE SUPERVISIÓN

TOMA DE HEMOGLUCOTEST

Nombre funcionario supervisado: _____

Nombre supervisor: _____

Servicio: _____

Fecha: _____

Actividad	Si	No
1. 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