

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES ADULTOS CON
HIPERGLICEMIA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DE LA
CLÍNICA SAN ICAENTE, 2018 - 2019**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS
Y DESASTRES**

WILDER RAMOS FELIPE

Callao - 2020
PERÚ

DEDICATORIA

A mi familia por ser el pilar fundamental en toda nuestra educación y por su incondicional apoyo durante nuestra vida personal y profesional.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por la vida

A mis amados padres, por los valores inculcados

A mis estimados docentes, por guiarnos y motivarnos permanentemente,

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao.

INDICE

INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I	4
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	4
CAPITULO II	8
MARCO TEÓRICO.....	8
2.1. Antecedentes del Estudio	8
2.2 Base Teórica	18
A. Ámbito de aplicación	19
B. Metaparadigmas.....	19
2.3. Base Conceptual	21
CAPÍTULO III	24
DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	24
PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA	24
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	49
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	50

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) “es una enfermedad metabólica caracterizada por hiperglucemia secundaria a un defecto en la acción y/o secreción de insulina, que se acompaña de alteraciones en el metabolismo de los lípidos y las proteínas, lo que conlleva una afectación microvascular y macrovascular que afecta a diferentes órganos blanco”. (1)

El presente trabajo académico titulado cuidados de Enfermería a pacientes adultos con hiperglicemia en el servicio de emergencia de la Clínica San Vicente, tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería a los pacientes adultos con Hiperglicemia. Asimismo, contribuirá a estimular, potenciar y motivar a la aplicación de nuevos modelos de cuidados de Enfermería en nuestro ejercicio profesional.

Se realizó como parte de la experiencia profesional como enfermero del servicio de emergencia adultos de la Clínica San Vicente.

Para el desarrollo del trabajo académico se realizó un plan de intervención para la prevención de Hiperglicemias, el cual contiene justificación, objetivos, metas, programación de actividades, recursos, ejecución y evaluación. Cabe mencionar que fue ejecutado durante los años 2018, 2019 y fue elaborado en su totalidad por el autor y será presentado a la jefatura del servicio.

Finalmente se precisa que el trabajo académico consta de los siguientes apartados; los cuales se detallan a continuación: Capítulo I Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco Teórico, Capítulo III: desarrollo

de actividades para plan de mejoramiento en relación a la situación problemática, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, asimismo contiene un apartado de anexos.

CAPITULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

La Organización mundial de la Salud (OMS) indica que 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”. (2)

En el año 2016 la Organización Mundial de la Salud- OMS publicó el primer Informe Mundial sobre la diabetes, en donde se daba cuenta de las cifras epidémicas que esta enfermedad ha alcanzado a nivel mundial 422 millones de adultos tenían diabetes en el año 2014, es decir 1 de cada 11 personas en el mundo.(3)

Según la Federación Española de Diabetes “la hiperglucemia es la característica definitoria de la diabetes, una elevada concentración de glucosa en la sangre. Se produce porque tienen dificultades para generar insulina, que es la hormona que produce el cuerpo humano para evitar que los niveles de azúcar en el torrente sanguíneo excedan los valores saludables”. (4)

También la Organización Panamericana de la Salud (OPS), proyecta para el 2030 que existirán 32,9 millones de personas con Diabetes Mellitus. (5)

La Federación Internacional de Diabetes ha expuesto alguno de los datos más alarmantes de e la 8ª Edición Atlas de la diabetes de la IDF. Entre ellos se destaca que el número de personas afectadas por la diabetes en

Europa ha aumentado en un 8,8 por ciento. Una cifra que lejos de disminuir, aumentará progresivamente en los próximos años, puesto que la IDF estima que en el 2045 esta cifra podría ser del 10,2 por ciento. (6)

Según los últimos datos publicados por la Oficina Europea de Estadística, más conocida como Eurostat, en 2016 se produjeron en la Unión Europea 22,45 muertes por cada 100.000 habitantes con la diabetes como causa. Existen diferencias significativas entre los diferentes países que forman parte del continente europeo. Chipre es con mucha diferencia el país en el que se producen más muertes de este tipo, 63,71 por cada 100.000 habitantes. En segunda y tercera posición están Turquía y Malta y con 49,14 y 45,38. (7)

La región de Norte América y el Caribe Con un 12,9% de la población adulta afectada, tiene la mayor prevalencia de diabetes comparada con otras regiones. Se estima que, en 2015, 44,3 millones de personas entre 20-79 años viven con diabetes en la región, de los cuales 13,3 millones (29,9%) no están diagnosticadas. La gran mayoría de las personas con diabetes (82,6%) viven en zonas urbanas. (8)

En la región del Sur y Centro América, se estimó que 29,6 millones de personas, o el 9,4% de la población adulta tiene diabetes en 2015. De estos, 11,5 millones (39,0%) no están diagnosticadas. Más del 82% de las personas con diabetes viven en zonas urbanas. En esta región más del 81% de las personas con diabetes viven en países de renta media. (9)

Puerto Rico tiene la mayor prevalencia de diabetes en adultos (12,1% prevalencia comparativa ajustada por edad, 14.2% prevalencia en bruto) en la región. Brasil tiene el mayor número de personas con diabetes (14,3 millones). (10)

El Instituto Nacional de Estadística -INEI publicó en mayo del año pasado (2018), su informe sobre las Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles en el Perú. Este informe señala que, con respecto al 2016, la población mayor de 15 años con un diagnóstico médico de diabetes mellitus tipo 2 se incrementó en 0,4 puntos porcentuales, siendo Lima Metropolitana la región con más casos diagnosticados. (11)

Según el Ministerio de Salud, de los 1,4 millones de peruanos que tiene diabetes actualmente, sólo la mitad estaría diagnosticada, convirtiéndose en la tercera causa de muerte en el país. En el año 2017, advierten, se reportaron 15,504 nuevos casos de diabetes tipo 2, mientras que entre enero y junio de este año (2019), ya se han contabilizado 8,098 nuevos casos a nivel nacional. (12)

En los últimos años se han visto incrementados los pacientes adultos con Hiperglicemia llegando al servicio de Emergencia de la Clínica San Vicente. En la Clínica San Vicente, los pacientes atendidos por esta patología son muchos y según las estadísticas va en aumento sostenido; puesto que en el año 2018 la incidencia fue de 33 pacientes mujeres y 42 pacientes varones siendo un total de 75 pacientes hospitalizados, en el 2019 la incidencia fue de 65 pacientes varones y 54 pacientes mujeres con

Hiperglicemia de un total de 119 pacientes hospitalizados en el servicio de Emergencia. (13)

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del Estudio

2.1.1. *Antecedentes Internacionales*

RODRIGUEZ C., BARCELÓ M., CRUCES I., BLANCO M., PÉREZ A. (2016). En su estudio “Efectividad de un protocolo basado en la evidencia para el control de la hiperglucemia por estrés en cuidados intensivos.” Ciudad de Mallorca. Se realizo con el objetivo de Evaluar la efectividad de la implantación de un protocolo de control glucémico del paciente crítico liderado por enfermeras, en términos de mantenimiento de un rango preestablecido de glucemias, reducción de hiperglucemia y prevención de hipoglucemia severa. La metodología utilizada fue un estudio cuasiexperimental prospectivo «pre-pos» realizado en una unidad de cuidados intensivos polivalente. Se incluyeron pacientes adultos en tratamiento con insulina endovenosa. Se registraron todas las determinaciones de glucemia desde noviembre de 2014 a agosto de 2015 (preintervención) y desde noviembre de 2015 a agosto de 2016 (pos). La intervención consistió en la implementación de un protocolo basado en la evidencia, para conseguir rangos de glucemia entre 140-180 mg/dl. Las variables principales incluyeron proporciones de glucemias dentro de rango, tasas de hipoglucemia severa (menos de 40 mg/dl) y tasas de hiperglucemia superior a 200 mg/dl. Los resultados fueron que se evaluaron 7864 determinaciones de glucemia pertenecientes a 125 pacientes, 66

preintervención y 59 postintervención. La edad media fue de $66,24 \pm 13,99$ años, el 64% eran hombres. La proporción de determinaciones dentro del rango fue superior en el grupo postintervención (38,82 vs. 44,34 $p < 0,001$). Se identificó un caso de hipoglucemia severa, que sucedió en el grupo preintervención. La tasa de hiperglucemia severa resultó menor en el grupo postintervención (19,19 vs. 16,28 $p = 0,001$). El estudio concluyó que nuestra experiencia muestra que una implantación basada en la evidencia puede mejorar el control glucémico en pacientes críticos. Se observaron mayores tasas de glucemia dentro de rango. El protocolo resultó útil en la prevención de la hipoglucemia severa. El liderazgo del equipo de enfermería y la toma de decisiones autónomas basadas en datos clínicos permitió mejorar los resultados en salud de los pacientes. (15)

ULLOA I., MEJIA A., PLATA U., NORIEGA A., QUINTERO D., GRIMALDOS M. (2017). En su estudio titulado “Proceso de Enfermería en la persona con diabetes mellitus desde la perspectiva del autocuidado.” Ciudad de Santander. Se realizó con el objetivo de aplicar la Teoría del Autocuidado de Orem a la persona con diabetes mellitus, a través del Proceso de Atención de Enfermería, a fin de promover prácticas de autocuidado en beneficio de la propia salud y bienestar. Métodos: estudio de caso desarrollado mediante el Proceso de Atención de Enfermería utilizando las taxonomías de Diagnósticos de Enfermería de la NANDA, la Clasificación de los Resultados de Enfermería y la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería; sustentando en los principios de la teoría de

Dorothea Orem. Resultados: el Proceso de Enfermería vinculado con la Teoría de Dorothea Orem permitió mejorar las prácticas de autocuidado y por consiguiente el autocontrol de la enfermedad en la usuaria con Diabetes Mellitus Tipo 2; al incrementar el nivel de conocimiento y el compromiso en relación al manejo de la hiperglucemia, tratamiento farmacológico, régimen dietario y el ejercicio. Conclusión: la Teoría de Orem aporta el sustento teórico al Proceso de Atención de Enfermería como una herramienta garante en el cuidado que articula la solidez teórica y científica y permite lograr un lenguaje estandarizado en el ejercicio de la práctica de enfermería. (16)

CASTRO M., PEREZ Z., SALCEDO A. (2017). En su estudio “La enseñanza a pacientes con Diabetes: significado para profesionales de Enfermería.” Ciudad de México. Se realizó con el objetivo de describir el significado que para profesionales de enfermería tiene la enseñanza a pacientes diabéticos hospitalizados sobre su cuidado en el hogar. Método: Estudio cualitativo, fenomenológico, descriptivo, desarrollado en un hospital de Culiacán, Sinaloa. Selección de participantes con base a muestreo teórico: fueron enfermeras que laboran en servicios de medicina interna y cirugía. Número de entrevistas con base en la saturación de datos. En aspectos éticos, han sido considerados los principios de beneficencia, confidencialidad y respeto a la intimidad, así como la autorización de los participantes mediante consentimiento informado. Para recolección de datos se utilizó entrevista a profundidad. Instrumentos: guía de preguntas

semiestructurada y notas de campo. El análisis y la interpretación de los datos fueron de acuerdo a la propuesta de De Sousa Minayo, basada en el análisis temático, que incluye: organización de datos, clasificación de temas y análisis final. Resultados: Se realizaron 7 entrevistas. El análisis inicial identificó que la relación intersubjetiva de la enfermera con el paciente y su familia se puede realizar en cualquier espacio de enseñanza. Se generaron dos categorías; en este manuscrito solo se referirá la categoría *información que proporciona la enfermera*, que incluyó tres subcategorías: información que proporciona al paciente, a la familia y momentos para enseñar. Conclusión: Los hallazgos evidencian la necesidad de redefinir el papel de la (del) enfermera(o) en la enseñanza a pacientes diabéticos y considerar la importancia del contexto en desarrollo de esta función; estos tienen utilidad en planteamiento de propuestas educativas efectivas que contribuyan a potencializar la enseñanza a estos pacientes. (17)

ELIAS V., GONZALES J. (2018). En su estudio “Intervención educativa de enfermería para el autocuidado de los pies en personas que viven con diabetes tipo 2.” Ciudad de México. Se realizó con el objetivo de probar una intervención educativa con fundamento en la teoría de autocuidado, con aplicación pedagógica de la educación dialógica para el autocuidado de los pies. Materiales y métodos: estudio cuantitativo de diseño cuasiexperimental de preprueba y posprueba. El grupo experimental estuvo conformado por 40 personas y el grupo de comparación por 32. La variable de autocuidado de los pies se midió a través de dos instrumentos,

“Autocuidados para prevenir el pie diabético” y “Autocuidados del pie diabético”, este último elaborado por investigadores de la Universidad de Málaga. Resultados: en la preprueba, el 35% de las personas del grupo experimental presentó un nivel bajo de autocuidado, el 28% medio y el 37% alto. Después de la intervención se observó un incremento estadísticamente significativo ($p=0,000$) en el autocuidado; en cambio, el grupo de comparación mantuvo casi los mismos porcentajes, sin encontrarse diferencias significativas. Conclusiones: los resultados sugieren que una intervención educativa con fundamento teórico influye en la mejora del autocuidado de los pies de las personas que viven con diabetes, donde la enfermería cumple un papel fundamental para su desarrollo. (18)

MALDONADO M., ARANA G., CARDENAS B., SOLANO S. (2019). En su estudio “Estilo de vida de ancianos que viven con Diabetes y caracterización de Diagnósticos de Enfermería.” Ciudad de México. Se realizó con el objetivo de identificar el estilo de vida de los ancianos que viven con Diabetes Mellitus tipo 2 y caracterizar los diagnósticos de enfermería, a partir de un instrumento de medición. Método: estudio cuantitativo, descriptivo, transversal; con participación de 35 personas mayores de 60 años, con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. Se aplicó el Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos, alpha de Cronbach de 0.81. Mediante el método inductivo-deductivo, con un listado de respuestas humanas en el estilo de vida de los ancianos que viven con

Diabetes Mellitus tipo 2, se realizó el mapeo de los siete dominios del estilo de vida con los 13 dominios de la NANDA - Internacional para formular los diagnósticos de acuerdo a la definición, los factores relacionados o de riesgo y las características definitorias, considerando las características del anciano y las manifestaciones de la Diabetes Mellitus tipo 2. Resultados: de los 35 participantes, 28 eran mujeres y 7 hombres, con media de edad de 72.3 ± 6.8 años, media del tiempo con diagnóstico de Diabetes *mellitus* tipo 2 de 13.02 ± 10.61 años. De los ancianos, 23 obtuvieron estilo de vida saludable, se caracterizaron once diagnósticos de enfermería en los dominios: Promoción de la salud, Nutrición, Precepción/Cognición, Afrontamiento/Tolerancia al estrés y Seguridad/Protección; el más frecuente fue Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano”. Conclusión: los ancianos que viven con Diabetes Mellitus tipo 2 presentaron conductas de estilo de vida saludable y muy saludable, no obstante, tienen factores de riesgo y características definitorias particulares que requieren que el cuidado de enfermería se otorgue de forma individual. (19)

2.1.2. Antecedentes Nacionales

SOBRADO L. (2018). En su estudio “Efectividad del programa educativo en mejora del conocimiento de pacientes con hiperglicemia atendidos en la cartera del adulto mayor – Hospital I ESSALUD.” Ciudad de Tingo María. Se realizó con el objetivo de determinar la efectividad del programa educativo en mejora del conocimiento de pacientes con hiperglicemia

atendidos en la cartera del adulto mayor - Hospital I ESSALUD Tingo María 2018. La metodología utilizada fue un estudio de tipo cuasi experimental, de corte Longitudinal, con n= 92 adultos mayores; 46 del grupo experimental y 46 control. La técnica utilizada fue pre y pos test; el instrumento el cuestionario. Los resultados fueron que las características sociodemográficas son; la edad de los pacientes el grupo etareo 70 a 74 años el mayor porcentaje con el 37%; sexo femenino el 69.6%, tienen nivel primario y superior el 34.8%; el 39.1% su ocupación es independiente y el 73.9% provienen de la zona rural en el grupo control, el 41.3% en el grupo experimental. En relación al nivel de conocimiento pre y post intervención del grupo en estudio se demuestra; antes de efectuar el programa educativo, tuvieron un nivel de conocimiento regular con el 60.9%, luego de la intervención el mismo grupo logró obtener un 89.1% nivel de conocimiento alto. En cuanto a la efectividad del programa se demostró que al contrastar las variables con la prueba Wilcoxon se obtuvo un valor $W=5,85$ con una diferencia significativa de $p = 0,000$. El estudio concluyo que el programa educativo resultó efectivo en la mejora del nivel de conocimiento sobre hiperglicemia en la muestra de estudio, por lo que se toma la decisión de aceptar la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula. (20)

VIGO M., SAMANIEGO D. (2018). En su estudio titulado “Efectividad del control metabólico en pacientes diabéticos en unidades críticas en el manejo de la hiperglucemia.” Ciudad de Lima. Se realizo con el objetivo de

sistematizar las evidencias de la efectividad del control metabólico en pacientes diabéticos de unidades críticas en el manejo de la hiperglucemia.

Materiales y Métodos: El tipo de investigación es cuantitativo, el diseño del estudio es revisión sistemática, la población fue de 35 artículos, y la muestra fue de 10 artículos científicos publicados e indizados en las bases de datos científicos, del 100% de los artículos, el 20% corresponden a México, 30 % España, 10% Inglaterra, 10% China, 10% Chile y 20% Holanda. En relación a los diseños y tipos de estudios el 40% es revisión sistemática, 10% meta-análisis, 30% prospectivos descriptivos, 10% cuasi experimental, 10% observacional descriptivo. El instrumento de búsqueda fue en base de datos: Cochrane Library, NCBI, Scielo, Epistemonikos, Elsevier, PubMed, Wiley Online Library, y EBSCO, para la evaluación de los artículos se utilizó el método GRADE el cual evaluó la calidad de evidencia y la fuerza de recomendación. Resultados: El 70% de los estudios evidencian la efectividad del control metabólico en pacientes diabéticos en unidades críticas en el manejo de la hiperglucemia y el 30% evidencian que no fue efectivo porque no tuvo impacto en la mortalidad.

Conclusiones: Se concluyó que el 70% de los estudios evidencian la efectividad del control metabólico en pacientes diabéticos en unidades críticas en el manejo de la hiperglucemia, porque es útil para reducir la variabilidad de la glucosa en sangre, contribuye a la disminución significativa en las concentraciones de glicemia, contribuyendo a mejorar el control metabólico, y el 30% evidencian que no fue efectivo porque no tuvo

impacto en la mortalidad, además, el control muy flojo de la glucosa se asocia con una débil recuperación y debe evitarse, lo que causa un control glicémico deficiente.(21)

MESTA C., RODRIGUEZ C. (2019). En su estudio titulado “Calidad de vida percibida en adultos con diabetes mellitus tipo II – Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Ciudad de Chiclayo. Se realizo con el objetivo de determinar el nivel de calidad de vida percibida de los adultos con Diabetes Mellitus tipo II en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo – Chiclayo, Perú. 2019. Investigación de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por todos los adultos con Diabetes Mellitus tipo II en el primer trimestre del año 2019 con un total de 564 adultos. La muestra quedó constituida por 127 adultos, el tipo de muestreo fue por conveniencia. El instrumento que se utilizó en la recolección de datos es el cuestionario: Calidad de Vida Específico para la Diabetes Mellitus, con Alfa de Cronbach con 0,91. Se tomó en cuenta los principios de Sgreccia: Libertad, responsabilidad, y sociabilidad y subsidiariedad. Los resultados obtenidos fueron 75,59% alta calidad de vida percibida con un 74,02% alta satisfacción con el tratamiento, 74,02% bajo impacto con el tratamiento, 92,91% baja preocupación social/vocacional, 56,69% preocupación relacionada con la Diabetes de nivel medio. Se concluye que los adultos tienen una alta calidad de vida percibida; debido a la alta satisfacción con el tratamiento, bajo impacto con

el tratamiento, baja preocupación social/vocacional y el nivel medio de preocupación relacionada con la diabetes. (22)

MANCHAY H., ÑIQUE Y. (2019). En su estudio “Calidad de vida en personas con Diabetes mellitus atendidos en un Hospital Nacional de Lima. El objetivo del estudio fue conocer la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en un hospital nacional de Lima. Se realizó un estudio descriptivo transversal, con una población constituida por pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), atendidos en el consultorio de endocrinología del Hospital Nacional Sergio Bernales, ubicado en el distrito de Comas, al Norte de Lima Metropolitana. Según el registro de pacientes continuadores se cuenta con 168 pacientes. La muestra fue censal, según los siguientes criterios: Pacientes adultos y adultos mayores con diagnóstico definitivo de DM2, orientados en tiempo, espacio y persona, que aceptaron voluntariamente participar del estudio. De los pacientes registrados 138 pacientes cumplieron con los criterios del estudio. La medición de la calidad de vida se realizó con el cuestionario WHOQOL BREF, el cual está conformado por 26 ítems: Un ítem evalúa la calidad de vida general, un ítem evalúa la satisfacción con la salud y 24 ítems restantes que evalúan 4 dominios o dimensiones (7 para salud física, 6 para salud psicológica, 3 para relaciones sociales y 8 para ambiente) (5). La recolección de datos se realizó en mayo y junio del 2018, en la sala de espera de los consultorios externos de endocrinología. El tiempo que tomó la aplicación del instrumento fue entre 20 y 25 minutos. El procesamiento

de los datos se realizó con el programa IBM SPSS 23.0. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de ética de la Universidad de Ciencias y Humanidades (Acta CEI N° 003, 2018). Participaron 138 pacientes con una edad media de 67,8 años (Mín.60, Máx.79). De la muestra, el 53,6% (n=74) correspondió al sexo femenino y el resto al masculino, la mayoría con grado de instrucción secundaria seguido por primaria, estado civil en su mayoría casados o convivientes. La evaluación de la calidad de vida tanto global como en sus dimensiones tuvo predominio el nivel medio. En las dimensiones relación social y medio ambiente, la calificación baja alcanza un porcentaje destacable. Se concluyo que La gran mayoría de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Sergio Bernales presentaron calidad de vida media; sin embargo, la calidad de vida alta es inexistente. La DM2 a pesar de ser una enfermedad crónica, un adecuado control puede contribuir a mejorar la calidad de vida. (23)

2.2 Base Teórica

2.2.1 Teoría de los síntomas desagradables.

Esta teoría fue desarrollada por el esfuerzo colaborativo de cuatro enfermeras investigadoras (Andreu Gift, Renee Milligan, Elizabeth Lenz, Linda Pugh) en 1995 y, luego perfeccionada en 1997. Ellas compartían el interés y la naturaleza en la práctica clínica. Es una teoría que emerge de manera espontánea de la práctica de enfermería de manera inductiva de lo particular a lo general, a partir de reflexiones del mundo real. El propósito

de esta teoría es mejorar la comprensión de la experiencia de la gran variedad de síntomas en diversos contextos y proporcionar información útil para el diseño de medios eficaces para prevenir, mitigar o controlar los síntomas desagradables y sus efectos negativos. (24)

A. Ámbito de aplicación

A.1 Comunitario

A.2 Hospitalario

B. Metaparadigmas

B.1 Síntomas.

Son definidos como los indicadores percibidos del cambio en el funcionamiento normal como lo experimenta el paciente. Por lo tanto, considera una experiencia subjetiva, pues, sólo es informada por el paciente. Esta teoría plantea la experiencia de uno o varios síntomas. Un síntoma puede preceder y posiblemente dar lugar a otro síntoma. Cuando se experimenta más de un síntoma al mismo tiempo, la percepción de estos puede ser mayor, que si se presenta de manera aislada. (25)

B.2 Los Factores influyentes.

En este componente se identifican tres categorías de variables como influyentes de la experiencia de los síntomas: factores fisiológicos, psicológicos y situacionales. A su vez, estos pueden ser influenciados unos con otros.

Los factores fisiológicos son los procesos de alteraciones patológicas, de la funcionalidad de los sistemas, la nutrición, aquellos relacionados con el tratamiento. En cuidados paliativos se relaciona con la duración y el estadio de la enfermedad oncológica, tipo de cáncer. También tiene que ver con los factores psicológicos son uno de los componentes más complejos del modelo. Se incluyen tanto variables cognitivas y afectivas. Las variables afectivas consideran el estado de ánimo antes o después del síntoma. Es la respuesta afectiva a la enfermedad o los síntomas. Entonces la ira, rabia, o depresión, que puede presentar una persona que enfrenta el diagnóstico de enfermedad terminal influenciaría la experiencia de los síntomas. La variable cognitiva que puede afectar la experiencia de los síntomas incluye el grado de incertidumbre que lo rodea y su repertorio de habilidades de afrontamiento cognitivo. edad, estructura genética, raza y origen étnico. (26)

Los factores situacionales abarcan el entorno social y físico del individuo. Así el entorno cultural puede hacer variar la expresión de síntomas, porque hay un componente aprendido a interpretar y a expresar. (27)

B.3 Consecuencia de la experiencia del síntoma o rendimiento.

Es el resultado o efecto de la experiencia del síntoma sobre la capacidad del individuo para funcionar que incluye habilidades cognitivas, motoras y de comportamiento social. (28)

2.3. Base Conceptual

2.3.1 Hiperglicemia

A. Definición

Es el término técnico que utilizamos para referirnos a los altos niveles de azúcar en la sangre. El alto nivel de glucemia aparece cuando el organismo no cuenta con la suficiente cantidad de insulina o cuando la cantidad de insulina es muy escasa.

B. Síntomas

La hiperglucemia no causa síntomas hasta que los valores de glucosa están considerablemente elevados, es decir, por encima de 180 a 200 miligramos por decilitro (mg/dL), o de 10 a 11 milimoles por litro (mmol/L). Los síntomas de la hiperglucemia se desarrollan lentamente durante el transcurso de varios días o semanas. Mientras más tiempo permanezcan altos los niveles de azúcar en la sangre, más graves pueden ser los síntomas. Sin embargo, es posible que algunas personas que tuvieron diabetes tipo 2 durante mucho tiempo no presenten síntomas a pesar de los altos niveles de azúcar en la sangre. (29)

C. Causas

Si usted tiene diabetes de tipo 1, tal vez no se haya inyectado la cantidad suficiente de insulina.

Si usted sufre de diabetes de tipo 2, quizás su organismo sí cuente con la cantidad suficiente de insulina, pero no es tan eficaz como debería serlo.

El problema quizás sea que comió más de lo planeado o realizó menos actividad física de la programada.

El estrés que provoca una dolencia como, por ejemplo, un resfrío o una gripe también podría ser la causa.

Otras clases de estrés, tales como los conflictos familiares, los problemas en la escuela o los problemas de pareja, también podrían causar hiperglucemia.

Es posible que haya experimentado el fenómeno del amanecer (un aumento de las hormonas que el cuerpo produce diariamente alrededor de 04 a.m.-05 a.m.).

D. Tratamiento

Por lo general, la actividad física ayuda a disminuir los niveles de glucemia. Sin embargo, si el nivel de azúcar se encuentra por encima de 240 mg/dl, es necesario controlar la orina para detectar cetonas. En caso de presentar cetonas en la orina, no realice actividad física.

Si tiene cetonas en la orina y realiza ejercicios, el nivel de azúcar en la sangre puede elevarse aún más. Es importante que consulte con su médico para encontrar la manera más segura de disminuir el nivel de glucemia.

Tal vez también pueda ser útil reducir la cantidad de alimentos que ingiere. Consulte con su dietista para realizar modificaciones en su plan de comidas. Si la actividad física y los cambios en la dieta no dan resultado, quizá su médico modifique la dosis de medicamentos o de insulina que le administran o, posiblemente, el horario en que se inyecta la insulina.

2.3.2 Cuidados de Enfermería en Hiperglicemia

Es el conjunto de acciones basadas en conocimientos científicos y principios bioéticos que brinda la enfermera al paciente para satisfacer sus necesidades. (30)

Actividades:

Canalización de vía periférica.

Valorar los signos y síntomas de la hiperglucemia:

poliuria, polifagia, polidipsia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa o jaquecas.

Monitorizar los signos vitales cada hora.

Administrar insulina subcutánea según indicación médica.

Monitorizar los niveles de glucosa cada hora.

Avisar al médico si persisten o empeoran los signos y síntomas de la hiperglucemia.

Identificar las causas posibles de la hiperglucemia.

Enseñar al paciente y familia los signos o síntomas,

factores de riesgo y tratamiento de la hiperglicemia. (31)

CAPÍTULO III.

DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA

I. VALORACIÓN

1.1. DATOS DE FILIACION

Nombre y Apellidos: Mendoza Bernales, Lino Gabriel
Edad: 64 años
Fecha de nacimiento: 23/09/1950
Sexo: Masculino
Lugar de Nacimiento: Ica
Grado de Instrucción: Secundaria Completa
Estado Civil: Soltero
Fecha de admisión: 15/01/19
Responsable: Hermana del Paciente

1.2. MOTIVO DE CONSULTA

El paciente es llevado de emergencia por su familiar ya que no recibió las diálisis que el médico le había indicado, por consiguiente, hace aproximadamente dos semanas el paciente comenzó a presentar edemas en los miembros superiores e inferiores.

1.3. ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente varón de 64 años de edad, es llevado de emergencia por su hermana la cual refiere que su hermano fue diagnosticado de

Diabetes Mellitus hace 10 años, junto con HTA, hace 2 años el paciente fue diagnosticado ERC, por lo cual recibe diálisis desde ese entonces.

Fue llevado de emergencia ya que no llegó a cumplir las series de diálisis durante los 10 días, porque se le venció el plazo en el Hospital Guillermo Almenara, consiguiente a ello empezó a edematizarse.

Durante su internamiento en emergencia, lo dializaron 4 veces, siendo su última diálisis el día 20/01/19. Posteriormente fue trasladado al un hospital público.

1.4. ANTECEDENTES

1.4.1. ANTECEDENTES PERINATALES

1.4.2. ANTECEDENTES FAMILIARES

Hermanos con DM tipo II.

1.4.3. ANTECEDENTES PERSONALES

TBC (-) DIABETES (+) ASMA (-) HTA (+) ACV (+)

1.4.4. ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES

1.5. EXAMEN FISICO

1.5.1 Control de signos vitales

P/A: 150/60 **FR:** 29xmin **T°:** 36.9 **FC:**58xmin

1.5.2 Exploración céfalo caudal:

Paciente tranquila, ventilando con ayuda de oxígeno, AREG.

AREN, no presenta un buen estado de higiene.

- **TEGUMENTOS**

- **Piel y mucosas** : Pálido ++/+++, piel tibia, turgente poco hidratada, elástica, no presenta cianosis, llenado capilar < 2”.
- **Cabello y Cuero** : Adecuada implantación, no alopecia.
- **Uñas** : No cianóticas, de forma curva convexa con regular estado higiene.

- **CABEZA**

- **Cara** : Normo cefálica, sin alteraciones, ni lesiones.
- **Ojos** : CIRLA, Simétricos, de color marrón oscuro, escleróticas normales, pupilas reactivas a la luz.
- **Oído** : Simétricos, sin secreciones ni presencia de cuerpos extraños, mal estado de higiene.
- **Nariz** : Con SNG y CBN, no se observa lesiones.
- **Boca** : Labios simétricos, con secreciones, con presencia de Tubo Endotraqueal.

- **CUELLO:** No se palpa tiroides, ni adenopatías, con presencia de CVC.

- **TÓRAX Y PULMONES:**

- **Inspección:** Tirajes intercostales ++/+++, respiración superficial.

- **Palpación:** Elasticidad disminuida.
- **Percusión:** Timpano en ambos campos pulmonares.
- **Auscultación:** Roncantes y crepitantes.
- **CORAZÓN:** Ruidos cardiacos alterados.
- **ABDOMEN:** No reacciona al dolor, sin presencia de lesiones.
- **EXTREMIDADES:** Brazos simétricos y movimientos no activos.
- **GENITOURINARIO:** Con presencia de SF.
- **NEUROLÓGICO:** No LOTEPE, Glasgow 7.

ESCALA DE GLASGOW		
APERTURA DE OJOS	NUMERACIÓN	PACIENTE
<ul style="list-style-type: none"> • Espontáneo • Ante la orden • Al dolor • Ninguna 	<p style="text-align: center;">4</p> <p style="text-align: center;">3</p> <p style="text-align: center;">2</p> <p style="text-align: center;">1</p>	1
RESPUESTA VERBAL		
<ul style="list-style-type: none"> • Orientado • Confuso • Palabras inapropiadas • Sonidos • Ninguna 	<p style="text-align: center;">5</p> <p style="text-align: center;">4</p> <p style="text-align: center;">3</p> <p style="text-align: center;">2</p> <p style="text-align: center;">1</p>	2
RESPUESTA MOTORA		
<ul style="list-style-type: none"> • Obedece ordenes • Localiza dolor • Flexión retirada 	<p style="text-align: center;">6</p> <p style="text-align: center;">5</p> <p style="text-align: center;">4</p>	4

<ul style="list-style-type: none"> • Flexión anormal • Extensión • Ninguna 	<p style="text-align: center;">3</p> <p style="text-align: center;">2</p> <p style="text-align: center;">1</p>	
	TOTAL	7

- **ANO Y RECTO:** Permeable, sin fístulas.

1. FUNCIONES BIOLÓGICAS

- **Apetito** : Conservado.
- **Deposiciones** : Disminuido
- **Micción** : Clara.
- **Sueño** : Aumentado

1.6. EXÁMENES AUXILIARES

EXAMENES			
EXAMEN SOLICITADO	RESULTADO	VALORES NORMALES	COMENTARIO
Glucosa	178.22 (05/02) 97.04 (14/02)	70 – 110 mg/Dl	Alterado
Electrolitos	Na	139.6	136-146 m.mol/L
	K	3.88	3.5-5.5 m.mol/L
	Cl	99	98-109 m.mol/L
	Ca	0.0	4.36-5.2 m.mol/L
PCR	200.50 mg/L	0-10 mg/L	Aumentado

CULTIVOS		
Examen solicitado	Item	Resultado
Cultivo de Aspirado de Secreciones (20/02/15)	Leucocitos	8-10 x Campo
	Hematíes	0-2 x Campo
	Células	1-2 x Campo
	Gram	No se observan
	Cultivo	Negativo
Cultivo de CVC (22/02/15)	Cultivo	Negativo Sin gérmenes

PERFIL CORONARIO			
EXAMEN SOLICITADO	RESULTADO	VALORES NORMALES	COMENTARIO
Triglicéridos	219.30 mg/dl	<200 mg/dl	Alterado
Colesterol Total	128.90 mg/dl	<200 mg/dl	Normal

Colesterol HDL	32.40 mg/dl	≥ 40 mg/dl	Disminuido
Colesterol LDL	52.64 mg/dl	< 140 mg/dl	Normal

1.7. INDICACIÓN TERAPÉUTICA

DÍA	TRATAMIENTO
14 02 19	<ul style="list-style-type: none">○ Dieta Hiperproteica y licuada por SNG○ CFV○ Meropenem 1gr EV c/12h○ Enalapril 10gr c/8h○ Furosemida 2gr Ev c/ 12h○ Vancomicina 1gr EV c/12h○ Ranitidina 1gr EV c/12h○ Clopidrogel 75 gr x SNG c/24h○ Insulina:<ul style="list-style-type: none">- Insulina R 3UI (Desayuno y cena)- Insulina R 4UI (Almuerzo)○ Metamizol 1gr EV (Condicional T° > 38°C)○ Nebulización SF 5cc + Fenoterol 5 gts c/6h○ O2 35% TET 9L○ Aspiración de secreciones○ Movilización c/2h

DÍA	TRATAMIENTO
<p>15</p> <p>02</p> <p>19</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dieta Hiperproteica y licuada por SNG ○ CFV ○ Meropenem 1gr EV c/12h ○ Vancomicina 1gr EV c/12h ○ Omeprazol 20 gr x SNG c/24h ○ Insulina: <ul style="list-style-type: none"> - Insulina R 3UI (Desayuno y cena) - Insulina R 4UI (Almuerzo) ○ Metamizol 1gr EV (Condicional T° > 38°C) ○ Nebulización SF 5cc + Fenoterol 4 gts c/6h ○ O2 35% TET 9L ○ Aspiración de secreciones ○ Movilización c/2h

1.8. VALORACION SEGÚN MODELO DE CLASIFICACION DE DOMINIOS Y CLASES

DOMINIOS Y CLASES

DOMINIO I. Promoción de la salud.

- Familiares cuidan la salud del paciente **SI () NO (X)**
- Realiza controles médicos periódicos **SI () NO (X)**
- Estado de higiene: Adecuado **SI () NO (X)**
- Estilo de alimentación: Adecuada **SI (X) NO ()**
- Está en algún programa de atención integral **SI () NO (X)**
- Cumple con sus citas **SI () NO (X)**
- Familia pone en práctica estilos saludables **SI () NO (X)**

DOMINIO II. Nutrición

- Cambio de peso durante el último mes **SI (X) NO ()**
- Apetito **Disminuido**
- Dificultad para deglutir **SI (X) NO ()**
- Nauseas **SI () NO (X)**
- SNG **SI (X) NO ()**
- Abdomen **Normal**
- Ruidos hidro-aéreos: **Alterados**
- Drenaje **SI () NO (X)**
- Comentarios adicionales **Dieta blanda**
- Dentadura **Incompleta**

– Mucosa oral	Intacta
– Piel:	Tibia
– Signo de pliegue	Normal
– Mucosas	Húmedas
– Sed	Normal

DOMINIO III. Eliminación

– Hábitos intestinales:	Normal
– Sudoración:	Aumentada
– Respiración:	Disnea
– Drenaje torácico	SI(X) NO()
– Tos:	SI() NO(X)
– Secreciones:	SI(X) NO()
– Ruidos respiratorios:	Roncant/Crepit

DOMINIO IV. Actividad y reposo

– Horas de sueño:	10 horas
– Problemas para dormir:	Si () No (X)
– Toma algo para dormir:	Si () No (X)
– Padece de pesadilla o insomnio:	Si () No (X)
– Capacidad de auto cuidado:	

ACTIVIDAD	0	1	2
MOVILIZACIÓN EN CAMA			X
DEAMBULA			X
IR AL BAÑO/BAÑARSE			X
TOMAR ALIMENTOS			X
VESTIRSE			X

0 = Independiente

1 = ayuda de otros

2 = Dependiente incapaz

GRADO DE DEPENDENCIA III

- Aparato de ayuda: **Ninguno**
- Fuerza muscular: **Disminuida**

ACTIVIDAD CIRCULATORIA

- Pulso: **95 x min**

RIESGO PERIFÉRICO:

- Nariz, boca, cuello y torax : **Riesgo de lesión por presencia de SNG, Tubo endotraqueal, CVC y Drenaje Torácico respectivamente.**
- Extremidad superior : **Normal**
- Extremidad inferior : **Normal**

ACTIVIDAD RESPIRATORIA

- Respiración **28 x min**
- Fiebre: **Si (x) No ()**
- Pulso: **Normal**

DOMINIO V: Percepción – Cognición

- Orientado: **Glasgow 7**
- Alteración del proceso de pensamiento: **SI (x) NO()**
- Defectos del lenguaje: **SI (x) NO()**

DOMINIO VI. Autopercepción

- Participación en el autocuidado: **SI () NO(X)**
- Sentimiento de culpa: **SI () NO(X)**
- Sentimiento de fracaso: **SI () NO(X)**
- Temor: **SI (X) NO()**
- Ansiedad: **SI (X) NO()**

DOMINIO VII. Rol/Relaciones

- Conflictos familiares: **Paciente vivía en asilo**
- Alteración del nuevo rol: **Familia poco participativa en el cuidado de la paciente.**

DOMINIO VIII. Sexualidad

- Genitales Sin patologías ni lesiones.
- Secreciones anormales Ninguno
- Riesgo: Lesión, infección por presencia de Sonda Foley.

DOMINIO IX. Afrontamiento/Tolerancia al estrés

- Violencia familiar: Familiares niegan

DOMINIO X. Principios vitales

- Religión: católica
- Restricciones religiosas: Ninguna

DOMINIO XI. Seguridad y protección

- Integridad cutánea: Alterada
- Zonas de presión: UPP en zona sacra y talones
- Procedimientos invasivos: CVC, SNG, SF.
- Sujeciones: Cama c/ barandas

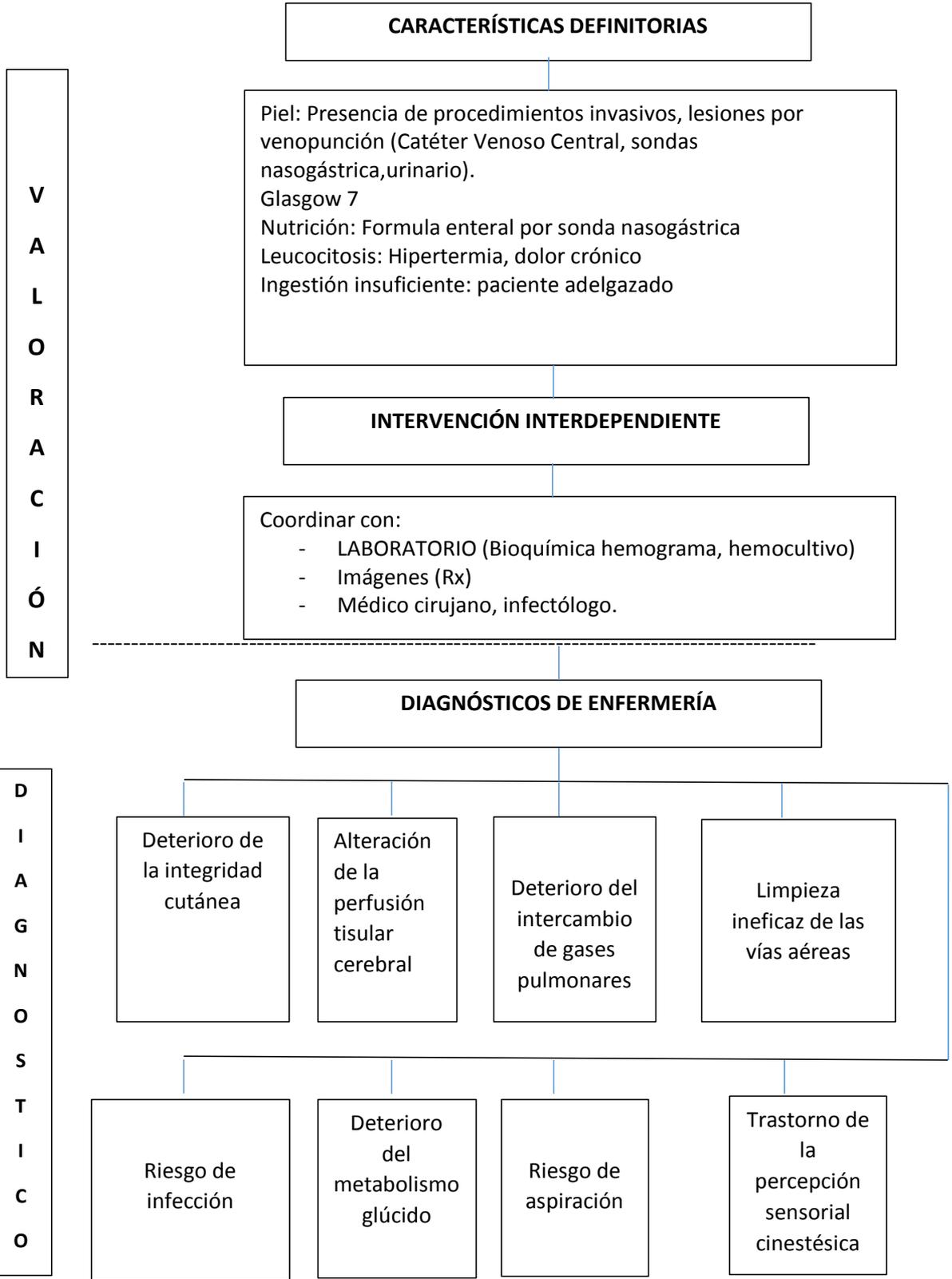
DOMINIO XII. Confort

- Dolor / Molestias: Si () No (X)
- Nauseas: Si () No (X)
- Fobias: Si () No (X)

DOMINIO XIII. Crecimiento y desarrollo

- Actividades psicomotrices en relación a su edad: **Si () No (X)**
- Coordinación: **Inadecuada**
- Inmunizaciones: **Incompletas**

1.7. ESQUEMA DE VALORACION



II. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

2.1. LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS

- Disminución de recepción y transmisión de estímulos ambientales
- Glasgow 7
- Déficit de la producción de insulina
- Glucosa capilar 178 mg/dl
- Alteración del movimiento físico
- UPP en zona sacra y talones
- Habilidades de afrontamiento a la enfermedad inadecuada
- Falta de interés por la salud de la paciente
- Procedimientos invasivos
- Presencia de materiales invasivos en el tracto respiratorio

2.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS

- Alteración de la perfusión tisular cerebral r/c enfermedad cerebral actual e/p Glasgow 7, antecedentes de Accidente cerebrovascular isquémico e hipertensión arterial.
- Deterioro del intercambio de gases pulmonares r/c trauma y cambios en la membrana alveolo capilar e/p gasometría arterial anormal y presencia de drenaje torácico.

- Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c presencia de secreciones bronquiales e/p $saO_2 < 90\%$ y ruidos respiratorios roncales y sibilantes a la auscultación.
- Trastorno de la percepción sensorial cinestésica r/c disminución de recepción y transmisión de estímulos ambientales e/p Glasgow 7.
- Deterioro del metabolismo glúcido r/c déficit de la producción de insulina e/p hemoglucotest = 178 mg/dl.
- Deterioro de la integridad cutánea r/c alteración del movimiento físico e/p UPP en zona sacra y talones secundario a enfermedad cerebrovascular.
- Cansancio en el desempeño del rol cuidador r/c habilidades de afrontamiento a la enfermedad deteriorado e/p falta de la presencia de la familia durante la hora de visita.
- Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos.
- Riesgo de aspiración r/c presencia de dispositivos invasivos en el tracto respiratorio.

2.3. ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Trastorno de la percepción sensorial cinestésica	Disminución de recepción y transmisión de estímulos ambientales	Glasgow 7	Alteración de la perfusión tisular cerebral r/c enfermedad cerebral actual e/p Glasgow 7, antecedentes de Accidente

			cerebrovascular isquémico e hipertensión arterial.
Deterioro del metabolismo glúcido	Déficit de la producción de insulina	Hemoglucotest = 178 mg/dl.	Deterioro del metabolismo glúcido r/c déficit de la producción de insulina e/p hemoglucotest = 178 mg/dl.
Deterioro de la integridad cutánea	Alteración del movimiento físico	UPP en zona sacra y talones secundario a enfermedad cerebrovascular.	Deterioro de la integridad cutánea r/c alteración del movimiento físico e/p UPP en zona sacra y talones secundario a enfermedad cerebrovascular.
Procesos familiares disfuncionales	Habilidades de afrontamiento a la enfermedad inadecuada	Falta de interés por la salud de la paciente	Cansancio en el desempeño del rol cuidador r/c habilidades de afrontamiento a la enfermedad deteriorado e/p falta de la presencia de la familia durante la hora de visita.
Riesgo de infección	Procedimientos invasivos	Presencia de dispositivos invasivos: SNG, TOT, CVC sonda Foley, drenaje torácico	Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos.
Deterioro del intercambio de gases pulmonares	Trauma y cambios en la membrana alveolo capilar	Gasometría arterial anormal y presencia de drenaje torácico	Deterioro del intercambio de gases pulmonares r/c trauma y cambios en la membrana alveolo capilar e/p gasometría arterial anormal y presencia de drenaje torácico.

Limpieza ineficaz de las vías aéreas	Presencia de secreciones bronquiales	Sao2 <90% y ruidos respiratorios roncales y sibilantes a la auscultación	Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c presencia de secreciones bronquiales e/p sao2 <90% y ruidos respiratorios roncales y sibilantes a la auscultación
Riesgo de aspiración	Presencia de dispositivos invasivos en el tracto respiratorio	Presencia de dispositivos invasivos: TOT, drenaje torácico	Riesgo de aspiración r/c presencia de dispositivos invasivos en el tracto respiratorio.

III. PLANIFICACIÓN

3.1. ESQUEMA DE PLANIFICACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
Código:	Código:	Código:	

IV. EJECUCION Y EVALUACION

4.1. REGISTRO DE ENFERMERIA:

S	Paciente adulto mayor es llevado por el familiar de forma inconsciente a la emergencia.
O	Paciente adulto mayor con hipertensión arterial hace 10 y diabetes mellitus hace 10 años, ERC hace 2 años. Con Glasgow 7. Ventilando espontáneamente al aire ambiental; Piel ligeramente seca; mucosas abdomen ligeramente distendido en flanco derecho por acumulo de heces y gases, ruidos hidroaeroes aumentados, miembro inferior derecho ligeramente edematizado.
A	Hiper glucemia relacionada con aumento de la tasa metabólica evidenciado por HGT 178mg/dl . Deterioro de la integridad cutánea relacionado con procedimientos invasivos vía periférica.

	<p>Riesgo de infección relacionado con efectos colaterales en procedimientos invasivos.</p> <p>Desequilibrio nutricional por exceso: ingesta superior a las necesidades relacionadas con factores biológicos evidenciado un aumento de peso corporal.</p> <p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea</p> <p>Riesgo de nivel de glicemia inestable</p> <p>Desequilibrio hidroelectrolítico</p>
<p>P</p>	<p>Paciente disminuirá la hiperglucemia progresivamente.</p> <p>Paciente disminuirá el riesgo del deterioro de la integridad cutánea.</p> <p>Paciente disminuirá el riesgo de nivel de glicemia controlando progresivamente.</p> <p>Paciente superara el desequilibrio hidroelectrolítico progresivamente.</p>
<p>I</p>	<p>Lavado de manos antes y después de todos los procedimientos.</p> <p>Control de signos vitales y graficarlos en la hoja correspondiente.</p> <p>Valoración céfalo caudal en busca de signo de flogosis por procedimientos invasivos.</p> <p>Bajar la presión arterial a valores normales</p> <p>Se brinda comodidad y confort.</p> <p>Se brinda educación sanitaria sobre autocuidados en casa y evitar posibles complicaciones.</p>

E	Paciente hemodinámica mente estable mantiene glucosa dentro de los valores normales, mejora el deterioro de la integridad cutánea, en buen estado de higiene, incrementa el volumen de sus alimentos, disminuye el riesgo de infecciones agregadas y queda en observación continua.
---	---

CONCLUSIONES

1. En el presente trabajo se llega a la conclusión de que gracias al presente trabajo que queda como ayuda en cuanto a la formación de protocolos para la atención de pacientes quedara plasmado en cada establecimiento en cual el personal de salud podrá observar y le servirá de ayuda para poder brindar una atención de calidad.
2. En base a ello, podemos decir que el proceso enfermero aplicado en el manejo de la diabetes en el actuar diario de la Enfermería aumenta la calidad de los cuidados porque está centrado en las respuestas humanas, aunado a su sistematización y organización es menos probable que se produzcan omisiones o duplicación de la atención, mejorando la continuidad de éstos.
3. El uso del proceso enfermero y de los planes de cuidados proporcionan la base para una valoración y evaluación continua, ya que es un proceso dinámico y cambiante en la medida de que se van modificando las necesidades del paciente. Con este fin debemos de implementar en nuestro diario actuar con los pacientes el proceso enfermero.
4. El plan de cuidados establecido para este paciente, abordó los aspectos prioritarios para su salud, considerando su situación actual; orientada a que conozca su enfermedad, su proceso y tratamiento de ésta y adopte cambios en su estilo de vida, que deben ser realizados de una forma duradera.

5. Los profesionales de enfermería tenemos el papel fundamental de coadyuvar al desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería captando los componentes biopsicosociales del paciente y su entorno.

6. El paciente ha implementado algunas de las intervenciones propuestas y está percibiendo los beneficios que ellas le traen, como por ejemplo en la disminución de su peso y dolores.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al equipo multidisciplinario trabajar en base a procesos de atención de enfermería de acuerdo a patologías y formulación de guías de trabajo académico en enfermería.
2. Se recomienda también identificar y formular problemas para así llegar a un buen diagnóstico de enfermería, en favor de nuestros pacientes, también a las instituciones como la universidad brindar la facilidad del acceso a la información de los trabajos académicos plasmados según patología.
3. Se recomienda poner estrategias de corto plazo de manera que se motive al paciente, en base a los logros que va obteniendo, a lograr las de largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Monroy G, Altamirano J. Paciente con cetoacidosis diabética y riesgo de síndrome de desuso. Cuidarte "El arte del Cuidado". 2013;2(4):48-71.
2. OMS. Diabetes. [Internet]. 2017. [Citado 6 de Nov 2017] Disponible en: <http://~.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
3. Organización Mundial de la Salud, Perfiles para los países para la diabetes, 2016 (OMS).
4. Sociedad española de Diabetes. XXXI Congreso nacional de Diabetes.2020. <https://fundacion.sediabetes.org/index.php/revista/>
5. Albañil H, Valdivia H, Pando R. La Diabetes mellitus en el Hospital Dos de Mayo. Aspectos Epidemiológicos. RevMedPeru. 1994; 66(350): 6-9.
6. Federación Internacional de Diabetes. 8ª Edición Atlas de la diabetes de la IDF. Medico interactivo. Noviembre 2017.
7. Consalud.es. Oficina europea de estadística. Madrid- España.2019. https://www.consalud.es/pacientes/dias-mundiales/los-datos-de-la-diabetes-en-espana-y-en-europa-cerca-20-muertes-por-cada-100-000-habitantes_70810_102.html.
8. Holman N, Young B, Gadsby R. Current prevalence of type 1 and type 2 diabetes in adults and children in the UK. Diabet Med J Br Diabet Assoc 2015;32: 1119–20. doi:10.1111/ dme.12791.

9. Atlas de la diabetes de la FID. Federación internacional de la Diabetes. Bélgica. Séptima edición. 2015.
10. International Diabetes Federation. IDF Framework for Action on Sugar. Brussels, Belgium: 2015.
11. INEI. Peru: Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2018.
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digita/es/Est/Lib1657/libro.pdf.
12. MINSA. Peru. Resolución Ministerial N°414-2020.
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/864517/RM_414-2020-MINSA.pdf
13. OFICINA DE ESTADISTICA. Clínica San Vicente. Lima. Reporte 2017 -2019.
14. XXIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Diabetes (SED). España, 2012.
15. Rodríguez Calero, E. Barceló Llodrá, M. Cruces Cuberos, I. Blanco Mavillard, M.A. Pérez Axartell, Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Published by Elsevier España, Enfermería Intensiva (English ed.), Volume 30, Issue 1, January–March 2019, Pages 4-12.
16. Ulloa Sabogal IM, Mejía Arciniegas CN, Plata Uribe EF, Noriega Ramírez A, Quintero Gómez DL, Grimaldos Mariño MA. Proceso de Enfermería en la persona con diabetes mellitus desde la perspectiva del autocuidado. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2017 [citado 5 Jul

2020];33(2):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1174>

17. Castro-Meza A.N., Pérez-Zumano S.E., Salcedo-Álvarez R.A.. Teaching to diabetes patients: Meaning for the professionals of Nursing. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2017 Mar [citado 2020 Jul 23] ; 14(1): 39-46. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000100039&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.12.003>.
18. Elías-Viramontes AC, González-Juárez L. Intervención educativa de enfermería para el autocuidado de los pies en personas que viven con diabetes tipo 2. *Aquichan*. 2018; 18(3): 343-354. doi: 10.5294/aqui.2018.18.3.8
19. Muñiz Gabriela Maldonado, Gómez Beatriz Arana, Becerril Lucila Cárdenas, Solano Gloria Solano. Estilo de vida de ancianos que viven con diabetes y caracterización de diagnósticos de enfermería. *Texto contexto - enferm*. [Internet]. 2019 [cited 2020 July 23] ; 28: e20170552. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100322&lng=en. Epub May 09,2019. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0552>.
20. Sobrado Alcántara, Liz Silvia. Efectividad del programa educativo en mejora del conocimiento de pacientes con hiperglicemia atendidos

- en la cartera del adulto mayor – Hospital I Essalud Tingo María 2018.
Universidad de Huanuco.2020.
<http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/2350>.
21. Vigo Trujillo, Mariela; Samaniego Huancas, Dexi Margot. efectividad del control metabólico en pacientes diabéticos en unidades críticas en el manejo de la hiperglucemia. Universidad Norbert Wiener.2018.
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/2702>
22. Mesta M. Calidad de vida percibida en adultos con diabetes mellitus tipo II – Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo, Perú. 2019 [Tesis]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2020. <http://hdl.handle.net/20.500.12423/2377>.
23. Manchay H, Ñique Y. Calidad de vida en personas con diabetes mellitus atendidos en un hospital nacional de Lima. Health Care & Global Health. 2018;2(1): 25- 26. DOI: 10.22258/hgh.2018.21.4
24. Lenz E, Pugh L. Theory of Unpeasant Symptoms. In: Smith M, Liehr P, editors. Middle Range Theory for Nursing. Second ed. NY: 2008. p. 159-83.
25. Rhodes V, Watson P. Symptom distress-The concept past and present. Seminars in Oncology Nursing 1987;3(4):242-7.
26. Arriaza P, Cancino G, Sanhueza O. Pertener a Algo Mayor: Experiencias de Pacientes y Cuidadores durante el Cuidado Paliativo en Chile. Cienc. Enferm. 2009;XV(2):95-106.

27. Espinoza V, Sanhueza O. Contribuir a la Calidad en el Morir en el Cáncer. Cienc. Enferme. 2007;XIII(2):17-23.
28. Espinoza Venegas Maritza, Valenzuela Suazo Sandra. Análisis de la Teoría de los Síntomas Desagradables en el Cuidado de la Enfermería Paliativa Oncológica. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2011 Jun [citado 2020 Jul 27] ; 27(2): 141-150. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000200006&lng=es.
- 29.
30. Poletti R. Cuidados de Enfermería, tendencias y Conceptos Actuales. Editorial Interamericana. 5a. ed. Barcelona: Interamericana; 2004.
31. Guías de actuación de enfermería ante determinadas situaciones clínicas. [Internet]. 2017. [Citado 28 de julio 2020] Disponible en: <http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18109/12+Gu70C3%ADas+de+actuaci%C3%0133n+de+enfermer%C3%ADa+en+determinadas+situaciones+cl%C370ADnicas.pdf>