



PLACE

Integrantes: Jeniffer Lizbeth Cruz Gómez

Lucerito de los Ángeles Pérez Hernández

Yeni Paola López Vázquez

Perla Paloma Hernández Cruz

Nombre del tema: PLACE

Parcial IIII

Nombre de la Materia: Fundamentos de enfermería II

Nombre del profesor: Marcos Jhodany Arguello Gálvez

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: II

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus se considerada actualmente un problema de salud pública. Su atención se centra tanto en la prevención, como en mejorar su control, tratamiento y pronóstico. La diabetes, se inicia fisiológicamente como un deterioro celular, puede desarrollar devastadoras complicaciones en los pacientes y producir un impacto socioeconómico importante a nivel mundial, con aumento del costo tanto personal como social, no sólo en su tratamiento sino también en la pérdida de años de vida útil. Varios estudios efectuados en esta década han comprobado que la educación sobre diabetes, enfocada a promover un estilo de vida saludable, reduce el riesgo de complicaciones en el paciente. Más aun, la educación a la población general determina una mayor demanda a las instituciones de salud para la detección precoz y el tratamiento adecuado de la enfermedad Es por ello que el objetivo del presente trabajo fue promover el apego terapéutico en pacientes diabéticos tipo 2 del Hospital General Regional “La Perla”; por medio de una intervención farmacéutica, para ello se llevó a cabo un estudio con dos grupos: un grupo control y un grupo con intervención, en el cual se evaluaron variables clínicas, el conocimiento de la historia natural de la enfermedad así como los hábitos y estilo de vida, al inicio y al final del estudio. Observándose una mejora en el grupo intervención en cuanto a: la variable clínica hemoglobina glicosilada (en un 1.7%), los parámetros clínicos evaluados, el conocimiento de la historia natural de la enfermedad, así como los hábitos y estilo de vida. Aunque los resultados no fueron estadísticamente significativos por el tamaño de la población, estos resultados demuestran que la intervención farmacéutica mejora el apego terapéutico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del estudio.

JUSTIFICACION

El Plan de Cuidados Estandarizados en enfermería es una herramienta utilizada para planificar, organizar y proporcionar cuidados de manera sistemática y eficiente. Este documento o guía se elabora con el fin de establecer una serie de cuidados basados en los mejores estándares de práctica y en la evidencia científica disponible. Su propósito es proporcionar cuidados de calidad a los pacientes, asegurando que se cumplan las necesidades básicas de salud y se maximicen los resultados terapéuticos.

1-Uniformidad y calidad en la atención: Garantiza que todos los profesionales de enfermería sigan los mismos procedimientos y protocolos para el manejo de pacientes, reduciendo las variaciones en la atención y mejorando la calidad del servicio.

2-Optimización del tiempo y recursos: Al estar estandarizado, el personal de enfermería tiene una guía clara y directa para implementar los cuidados, lo que permite hacer un uso más eficiente de los recursos disponibles (tiempo, material, equipo).

3-Mejora de la comunicación: Facilita la comunicación entre el equipo de salud, ya que todos siguen el mismo plan y tienen acceso a la misma información respecto al estado de salud del paciente y los cuidados que requiere.

4-Personalización del cuidado: Aunque el plan de cuidados está basado en estándares, se puede adaptar al paciente específico, teniendo en cuenta sus características particulares (edad, diagnóstico, condiciones previas, etc.).

5-Evaluación continua del paciente: Permite una evaluación sistemática de los cuidados aplicados, identificando áreas de mejora y favoreciendo la actualización constante de los planes de atención.

En resumen, el plan de cuidados estandarizados busca mejorar la calidad, eficiencia y seguridad de los cuidados de enfermería, promoviendo una atención centrada en el paciente y basada en la evidencia.

OBJETIVOS

Objetivo general

- ° Promover el apego terapéutico en pacientes diabéticos tipo 2

Objetivos específicos

- ° Valorar la mejora en el apego terapéutico mediante la determinación de la hemoglobina glicosilada, así como de los siguientes parámetros clínicos: glucemia basal, perfil lipídico, tensión arterial sistólica y diastólica e índice de masa corporal.
- ° Evaluar el grado de mejora en el conocimiento de la historia natural de la enfermedad y la importancia del apego terapéutico de la aparición de complicaciones.

MARCO TEÓRICO

DIABETES MELLITUS TIPO 2

enfocadas a la adecuada implementación de las guías por parte de los aseguradores en sus programas de crónicos, así como a la correcta aplicación de las guías en la población de usuarios por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

2.2. DIABETES MELLITUS TIPO 2

Epidemiología

La diabetes es una enfermedad crónico-degenerativa, con pronóstico poco favorable entre la población mexicana, pues en ella influyen factores tanto sociales y heredo familiares que pueden favorecer la aparición de este padecimiento en la población. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que a nivel mundial, existen 250 millones de personas con esta enfermedad y considera que más de 300 millones están en riesgo de presentarla; además plantea que 95% del tratamiento de un paciente diabético recaerá directamente en él.^{3,4} En México, en 2008 casi 3% de los egresos hospitalarios a nivel nacional fueron debidos a la diabetes mellitus⁵, porcentaje similar al reportado en 2003, cuando se calculó que los costos directos e indirectos de la enfermedad fueron de 100 millones de dólares anuales. ⁶

MORBILIDAD

En nuestro país de acuerdo con lo planteado en el Programa Nacional de Salud 2007-2012, es una enfermedad de muy alta prevalencia entre la población mayor de 20 años, la prevalencia es 8 de cada 100 personas del mismo grupo de edad, incrementándose con la edad, pues después de los 50 años es superior a 20 de cada 100. Además de ser la principal causa de atención médica en consulta externa y una de las principales de hospitalización⁷. Por otro lado, la tasa de incidencia de diabetes mellitus tipo 2 varía entre 364.95 a 371.55 de 2003 a 2008. Asimismo, durante 2008 el porcentaje de egresos hospitalarios muestra que son las mujeres las más afectadas por este padecimiento con 53.3%, mientras que el 46.7% fueron hombres.⁸ Este padecimiento afecta principalmente a la población de 50 a 69 años, que representa casi 50% de los egresos hospitalarios; en este grupo de edad, esta afección, se presenta principalmente entre las mujeres de 60 a 69 años (25.9% de los casos) y en los hombres de 50 a 59 años (25%). Sin embargo, en términos generales afecta en mayor medida a las mujeres.³ Mortalidad La tasa de mortalidad observada por diabetes mellitus en 2008 es de 70.9 por cada 100 mil habitantes. Siendo los estados de

Distrito Federal (99), Coahuila (87.4), Morelos (84.3), Guanajuato (82.9) y Michoacán (80.4) quienes presentan las mayores tasas de mortalidad por esta afección. Por el contrario, los estados con la menor tasa de mortalidad fueron Quintana Roo (35.7), Chiapas (45), Baja California Sur (51.3), Baja California (51.6) y Sinaloa (56.5).⁹ Por otro lado, la tasa de mortalidad observada por sexo muestra que son las mujeres quienes mueren en mayor medida a causa de diabetes mellitus. De 2000 a 2008, la mortalidad femenina se ha incrementado en 21.9 casos, al pasar de 51.8 a 73.7 por cada 100 mil mujeres, respectivamente. En cuanto a los hombres, el incremento en la tasa de mortalidad en el mismo periodo es de 25.2 casos, (42.8 en 2000 a 68 en 2008). Es decir, aunque es mayor la tasa en las mujeres, en los varones el incremento es más rápido.⁹ Considerando que para 2008, la esperanza de vida de la población en México fue de 75.1 años, resulta alarmante que casi 7 de cada 10 personas que padecen diabetes mueran antes de cumplir dicha edad. Siendo la población entre 65 a 74 años donde se presenta la mayor proporción (13.7% en la población de 65 a 69 y de 14.5% en el grupo de 70 a 74 años).¹⁰ Finalmente, como resultado de padecer diabetes, existen un sin número de complicaciones; que se relacionan con la defunción del paciente como son: las renales 6 (43.2%), seguida de las complicaciones múltiples (7.3%), la cetoacidosis (4%) y el coma (2.3 %).

El análisis de los estudios epidemiológicos disponibles en Latinoamérica permite identificar, que aún existe un número creciente de casos de diabetes mellitus de riesgo, además un alto porcentaje de estos casos no se encuentran diagnosticados, y los diagnosticados que tienen tratamiento, presentan un tratamiento insuficiente.

En los últimos años, las políticas en salud en nuestro país, entendiendo la problemática de estas enfermedades crónicas, han dirigido sus esfuerzos para tomar medidas que ayuden a vigilar, controlar y combatir este tipo de patologías. De esta manera, en Colombia a través del acuerdo 117 de 1998 se establece la atención de enfermedades de interés en salud pública, como por ejemplo la diabetes, la cual requiere de una atención oportuna y un apropiado seguimiento, garantizando su control y la reducción de las complicaciones evitables.

El plan decenal de salud de Colombia (2012-2021) a través de la dimensión de vida saludable, plantea una serie de políticas e intervenciones para promover, desarrollar e implementar una agenda transitoria que eleve como prioridad la promoción de la salud y el control de las enfermedades no transmisibles. Dentro de estas la Diabetes tipo II.

Según la asociación americana de diabetes del 2013, en Colombia el número de casos en población de 20-79 años es de 2.067.870, la prevalencia de diabetes en Colombia de acuerdo a la OMS es de 7.26%, las

muerres por diabetes en población de 20 a 79 años es 14.602, y la población sin diagnóstico de diabetes corresponde a 951.220, con esto se

puede inferir que aún existen muchos pacientes sin diagnosticar y esto puede llevar a incrementar el número de complicaciones y hospitalizaciones.

La expectativa de crecimiento se basa en la prevalencia alta de las condiciones que preceden a la diabetes como la obesidad y la intolerancia a la glucosa. Aún más grave es que el 45% de los pacientes con diabetes ignoran su condición. Dentro de las complicaciones más frecuentes de la DM se encuentran el pie y la retinopatía; además de aumentar el riesgo de cardiopatía, evento cerebrovascular y falla renal. La diabetes mellitus (DM) describe un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o acción de la insulina.

El diagnóstico de diabetes se puede realizar de tres formas:

- Síntomas de diabetes + una determinación de glucemia al azar > 200 mg/dl en cualquier momento del día.
- Glucemia en ayunas ≥ 126 mg/dl. Debe ser en ayunas de al menos 8 horas.
- Glucemia ≥ 200 mg/dl a las 2 horas de una sobrecarga oral de glucosa. (La sobrecarga oral de glucosa debe seguir las normas de la Organización Mundial de la Salud).

Criterios diagnósticos para Diabetes

Tomado de Guía de Diabetes de la Entidad Promotora de Salud de Bogotá 2016. (21) Criterios diagnósticos para pre-diabetes

- Glucosa en ayuno 100 a 125 mg/dL.
- Glucosa plasmática a las 2 horas 140 a 199 mg/dL durante una prueba oral de tolerancia a la glucosa. La prueba debe ser realizada con una carga de 75 gramos de glucosa anhidra disuelta en agua.
- Hemoglobina glicosilada (A1C) 5.7 a 6.4%.
- Para realizar el diagnóstico sólo se requiere uno de los criterios, pero en ausencia de hiperglucemia, estos criterios deben ser confirmados repitiendo la misma prueba

Tratamiento no farmacológico

El paciente con diabetes tipo 2 debe entrar en un programa educativo estructurado desde el momento del diagnóstico. Debe iniciarse el cuidado con ayuda de un equipo multidisciplinario (médicos, enfermeras, nutricionistas, psicóloga y trabajo social). El plan de tratamiento debe ser concertado con el paciente y su familia o cuidador teniendo en cuenta la edad, calendarios de estudio o trabajo, actividad física, patrones alimentarios, situación social, factores culturales, presencia de complicaciones o no de diabetes y de otras comorbilidades, ofreciéndose siempre el apoyo por parte del equipo multidisciplinario para que se sigan las pautas de tratamiento de la forma más adecuada posible. El programa educativo debe ser completo, permitiendo que el paciente conozca su enfermedad y se empodere para autocontrolarse.

Recomendación B (ALAD)

Tratamiento farmacológico

Hipoglicemiantes orales

Se cuentan con diferentes grupos terapéuticos para el tratamiento de la diabetes:

- **Biguanidas:** Actúan activando la AMP-kinasa y disminuye la gluconeogénesis hepática, aumentan la absorción de glucosa en el músculo. La única biguanida existente es la metformina. No produce hipoglucemia, disminuye los eventos cardiovasculares. Algunos de sus efectos adversos incluyen los síntomas gástricos, puede producir deficiencia de vitamina B12 y existe el riesgo de acidosis láctica, siendo esta muy infrecuente.

- **Sulfonilureas:** su mecanismo de acción consiste en cerrar los canales de KATP en la membrana plasmática de la célula beta. por lo cual aumentan la secreción de insulina. entre las cuales encontramos: Glibenclamida, gliclazida, glimpirida. Como desventajas producen hipoglucemia, aumento de peso. No se debe administrar en pacientes con TFG <30.

- **Inhibidores dipeptidil peptidasa 4 (IDPP4):** Inhiben la actividad de la DPP IV, generan incremento de la actividad de las incretinas postprandiales, aumentan la

secreción de insulina dependiente de la glucosa, disminuye la secreción de glucagón. Algunos inhibidores son linagliptina, saxagliptina, sitagliptina, vildagliptina. Sus ventajas incluyen no producen hipoglucemia, tienen efecto neutro sobre el peso. Y algunas de sus desventajas pueden ocasionar angioedema, urticaria, náuseas, pancreatitis aguda.

- **Inhibidores de SGLT2:** Inhiben la SGLT2 en la nefrona proximal, bloqueando la reabsorción de glucosa en el riñón aumentando la excreción urinaria de glucosa. (empaglifozina, canaglifozina). Ventajas: no producen hipoglucemia, generan pérdida de peso, disminuyen la presión sanguínea sistólica. Desventajas: Infecciones urinarias, vaginitis, balanitis, poliuria. Depleción del volumen por lo tanto hipotensión. no

deben emplearse en pacientes con tasa de filtración glomerular menor a 45 ml/m²/min, ni en mayores de 70 años.

- Análogos de GLP1: producen un mejoramiento en la sensibilidad a la glucosa de las células alfa y beta, estimula la secreción de insulina solo en caso de hiperglucemia, disminuye la glucosa plasmática postprandial y, en ayunas, inhibe la secreción de glucagón, excepto en hipoglucemia; enlentece el vaciado gástrico; inhibe la secreción de ácido gástrico y actúa sobre el hipotálamo al producir sensación de saciedad y reducir la ingesta alimentaria. Efectos adversos atribuibles a este grupo de fármacos son los como náuseas y emesis.

- Tiazolidinedionas: activan la transcripción nuclear del factor PPAR, aumenta la absorción de glucosa en el músculo y tejido celular subcutáneo, disminuye la gluconeogénesis hepática, aumentan la sensibilidad a la insulina. Desventajas: la principal es el aumento de la mortalidad en pacientes con falla cardiaca, y rosiglitazone; aumento en los niveles de LDL, aumento en el número de infartos.

Insulinas

Clasificación de las insulinas

Cuando administramos insulina tratamos de sustituir y simular la secreción fisiológica que consta de dos fases: la secreción basal o prandial y la secreción postprandial. (11)

La insulina se clasifica según su tiempo de acción en:

- **Ultrarrápidas. Se utilizan para controlar la glucemia prandial.**
- **Rápida. Se utilizan para controlar la glucemia prandial.**
- **Intermedia. Se utilizan para controlar la glucemia basal.**
- **Prolongada. Se utilizan para controlar la glucemia basal.**
- **Ultra Prolongada. Se utilizan para controlar la glucemia basal.**

Tabla 2. Características de las insulinas.

Tipo de i	nsulina
Regular	Aprox 30 minutos 2- 4 horas 5 - 8 horas
NPH	Aprox 2 horas 4 - 12 horas ^{18-feb}
8 horas	ANÁLOGAS
Lispro / Aspart	5 - 15 minutos 45 - 75 minutos 2- 4 horas
Glargina	Aprox 2 horas No pico 24 horas

Detemir Aprox 2 horas No pico 24 horas

Insulinización

La actividad principal de la insulina es la regulación del metabolismo de la glucosa. La insulina y sus análogos bajan los niveles de glucosa en sangre mediante el estímulo de la captación periférica de glucosa, especialmente por parte del músculo esquelético y el tejido adiposo, a través de la inhibición de la producción hepática de glucosa. La insulina inhibe la lipólisis en el adipocito, inhibe la proteólisis y aumenta la síntesis proteica. (21)

Criterios de Insulinización

1. Pacientes que no logra meta y se encuentra en manejo con dos o más terapias orales. 2. Con descompensaciones agudas: Cetoacidosis o coma hiperosmolar.
3. Con enfermedades agudas: Infarto agudo de miocardio, cirugía mayor. 4. Situaciones especiales: embarazo.
5. Contraindicación de medicamentos orales: Insuficiencia renal, falla hepática. 6. Pacientes con HbA1c mayor o igual a 9.

CLASIFICACIÓN

Recientemente, el Comité de Expertos de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han propuesto una nueva clasificación que contempla 4 grupos: 1,2 1. Diabetes mellitus tipo 1. 2. Diabetes mellitus tipo 2. 3. Otros tipos específicos de diabetes. 4. Diabetes mellitus gestacional. La diabetes tipo 1 también denominada diabetes insulino dependiente, es ocasionada por la destrucción de la célula β de los islotes de Langerhans pancreáticos, provocado por alteraciones inmunológicas o de causa desconocida (idiopática). Se caracteriza por su insulino dependencia, constituye el 10% de las DM primarias y suele desarrollarse antes de los 30 años. Tiene un inicio clínico agudo o subagudo con tendencia a la cetosis que puede derivar en cetoacidosis

Se describen como diabetes tipo 2 aquellas formas con resistencia insulínica predominante y, eventualmente, una deficiencia relativa de secreción de insulina, de etiología esencialmente desconocida. La causa es, por tanto, una combinación de resistencia a la acción de la insulina (generalmente asociada a obesidad) y una inadecuada respuesta secretora de insulina compensatoria. Intervienen en su aparición factores genéticos y ambientales. Presenta un factor hereditario muy importante y suele desarrollarse después de los 40 años en personas obesas. No existe tendencia a la cetosis y al menos en su inicio, no suele ser dependiente de la insulina. La denominación de Diabetes mellitus no insulino dependiente para hacer referencia a la DM tipo 2, no se recomienda ahora puesto que muchos de estos pacientes acaban precisando la administración de insulina. 13 Se crea un tercer grupo, llamado "Otros tipos específicos de diabetes" donde se incluyeron los casos cuyo defecto básico es conocido y puede ser identificado. En este se incluyen

tipos de diabetes que tienen déficit de insulina por destrucción de las células β , aunque no de causa autoinmune, o casos de diabetes tipo 2 por resistencia a la insulina, por defectos genéticos conocidos.¹⁴ La diabetes gestacional la definen simplemente por el hecho de aparecer durante el embarazo; A partir de la segunda mitad del embarazo, se produce una mayor secreción de hormonas con acción diabetógena (lactógeno placentario, estrógenos, progesterona) que aumentan la tendencia a la hiperglucemia, provocando la aparición de diabetes gestacional entre el 2 y el 4% de las gestantes, inicialmente no diabéticas. Es recomendable la realización de un test de tamiz (Test de O'Sullivan) en gestantes con riesgo moderado y alto (edad superior a 35 años, antecedentes de diabetes gestacional, obesidad, glucosuria, antecedentes familiares de diabetes en primer grado) a las 24-28 semanas de embarazo

Criterios para el diagnóstico Los criterios para el diagnóstico de la diabetes se han establecido por diferentes sociedades en consenso. ⁸ En el año 2005, la Sociedad Americana de Diabetes de la misma forma que la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 establecieron lo siguiente: 1, ¹⁵ Se establece el diagnóstico de diabetes, si cumple cualquiera de los siguientes criterios: Síntomas de diabetes asociados a una medición de glucemia superior a 200 mg/dL (11,1mmol/L) en cualquier momento del día, y sin importancia del tiempo que la separa de una comida. Considerando que la DM puede cursar de forma asintomática o bien presentar los síntomas típicos de la enfermedad (poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso). Se establece el diagnóstico de glucosa anormal en ayuno, cuando la glucosa plasmática o en suero es >110 mg/dl (6,1 mmol/l) y 140 mg/dl (7,8 mmol/l) y 140 mg/dl, se efectuará la prueba diagnóstica. Se establece el diagnóstico de diabetes gestacional, si durante las semanas 24 a 28 del embarazo se presentan dos o más de los siguientes valores: en ayuno >105 mg/dl; después de una carga de glucosa en ayuno de 100 g, valores superiores a 190 mg/dl a la hora poscarga, 165 mg/dl a las dos horas poscarga y 145 mg/dl a las tres horas.¹⁶ De esta misma forma, se especifican los criterios en los que un individuo asintomático debería realizarse una prueba de glucemia:¹⁵ En individuos de 45 o más años, especialmente en los que tengan un índice de masa corporal (IMC) superior a 25. Estas pruebas deberían repetirse cada 3 años. En individuos menores de 45 años, si tienen IMC de 25 ó más, y presentan algún factor de riesgo: Pariente en primer grado con diabetes. Físicamente inactivos. Miembros de una raza de riesgo (negros, asiáticos, indios, polinesios). ⁹ Haber tenido un peso al nacer superior a 4,5 kg o haber padecido diabetes gestacional. Hipertensos HDL menor de 35 mg/dL, o triglicéridos mayores de 250 mg/dL. Haber tenido una glucemia en ayuno elevada, o una prueba positiva de intolerancia a la insulina Historial de enfermedad vascular.

Dificultad del control La diabetes mellitus es un problema de salud pública. La diabetes puede desarrollar devastadoras complicaciones en los pacientes y producir un impacto socioeconómico importante a nivel mundial, con aumento del costo tanto personal como social, no sólo en su tratamiento sino también en la pérdida de años de vida útil, por lo que es de suma importancia fijar objetivos enfocados a la prevención de su aparición, mejorar su control, tratamiento y pronóstico.¹⁷ La diabetes mellitus tipo 2 reviste especial importancia por las dificultades que enfrenta el diabético para llevar a cabo su tratamiento y lograr el adecuado control metabólico, con lo cual prevendría sus múltiples complicaciones. Además de la ingesta de medicamentos, se requiere ajuste en la alimentación, control de peso y una actividad física adecuada. Existen factores de índole psicosocial que interfieren en el adecuado control metabólico, tales como: la funcionalidad familiar, el nivel socioeconómico, el grado de escolaridad y el de instrucción del paciente sobre su enfermedad¹⁷. En nuestro país son pocos los estudios realizados en el ámbito nacional sobre apego terapéutico. En un estudio realizado por Durán-Varela BR, Rivera-Chavira B en España, mostró que de 150 pacientes seleccionados, con una edad promedio de 60±9 años; y un índice de masa corporal promedio de 30.1 ±6 kg/m² en el grupo seleccionado, se encontraban descontrolados metabólicamente según los valores de la hemoglobina glicosilada, la cual tuvo un promedio >10%. Un factor que pudo haber contribuido a este hecho fue la obesidad que padecía el grupo, aunado a la falta de apego a la dieta y al ejercicio, variables que podrían estar relacionadas con el desconocimiento de la enfermedad. El 49% tomaba plantas

medicinales, sin que esto fuera significativo para el 10 apego al tratamiento farmacológico o al control metabólico; la escolaridad y el desconocimiento de la enfermedad fueron las variables estadísticamente significativas para la falta de apego al tratamiento farmacológico¹⁸. El adecuado control de los pacientes diabéticos tipo 2 exige un apoyo importante del grupo familiar que lo auxilie en la vigilancia de la enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas¹⁹. Un estudio presentado en la IX Reunión Delegacional de Investigación Médica en Monterrey (México), en febrero del 2005, concluyó que la disfunción familiar tiene poca importancia en la falta de control del paciente diabético tipo 2, ya que aun con funcionalidad familiar normal, el índice de no control de glucosa es alto²⁰. Varios estudios efectuados en esta década han comprobado que la educación sobre diabetes reduce el riesgo de complicaciones del paciente. Más aun, la educación a la población general determina una mayor demanda a las instituciones de salud para la detección precoz y el tratamiento adecuado de la enfermedad²¹. Un estudio realizado en Uruguay en marzo del 2004, que comparó población diabética de dos hospitales, mostró que la población con nivel de escolaridad mayor podía tener mayor acceso y facilidad para adquirir información sobre la diabetes²². Dos estudios, uno en Porto Alegre (Brasil) y el otro en Valparaíso (Chile) mostraron una relación inversa entre el nivel socioeconómico y la prevalencia de la mayoría de los factores de riesgo para diabetes y otras enfermedades crónicas no transmisibles

Complicaciones En las enfermedades crónico degenerativas como la diabetes mellitus se presentan complicaciones metabólicas agudas y crónicas las cuales son motivo de ingreso hospitalario, de acuerdo con los resultados obtenidos por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de Diabetes en un periodo de enero a marzo del 2006, se recopiló información de 2,846 pacientes diabéticos que ingresaron a las diferentes instituciones de salud, el 32% de los ingresos fueron debido a complicaciones crónicas, el 32% fue debido a complicaciones agudas, el 22% debido a padecimientos no relacionados con la DM, el 11% por un proceso infeccioso y 1% no registro el dato de ingreso.²⁴

11 A. COMPLICACIONES METABÓLICAS CRÓNICAS

Retinopatía diabética

La retinopatía diabética es una complicación crónica directamente relacionada con el tiempo de evolución de la diabetes y altas concentraciones de azúcar en sangre, lo cual afecta vasos sanguíneos de la retina, provocando oclusiones o hemorragias.²⁵ La retinopatía diabética frecuente se presenta hasta en 40% de todos los afectados de diabetes, es la causa principal de ceguera legal y debilidad visual en población económicamente activa²⁵. Existen dos tipos o etapas de la retinopatía: no proliferativa o proliferativa.²⁶ La retinopatía diabética no proliferativa se desarrolla primero. Los vasos sanguíneos en el ojo se vuelven más grandes en ciertos puntos (llamados microaneurismas), o también pueden resultar bloqueados. Puede haber pequeñas cantidades de sangrado (hemorragias retinianas) y puede escaparse líquido hacia la retina, lo cual puede llevar a problemas notorios en la vista.²⁶ La retinopatía proliferativa es la forma más severa y avanzada de la enfermedad. Empiezan a crecer nuevos vasos sanguíneos dentro del ojo, los cuales son frágiles y pueden producir hemorragias. Se pueden presentar pequeñas cicatrices, tanto en la retina como en otras partes del ojo (el humor vítreo). El resultado final es la pérdida de la visión al igual que otros problemas.²⁶

Prevención y detección precoz:²⁶

Mediante la visita al oftalmólogo de aquellos pacientes con factores de riesgo de padecer diabetes, así como en el momento del diagnóstico de la diabetes, anualmente los diabéticos diagnosticados, dos veces al año aquellos con pre-retinopatía diabética o con edemas maculares, una vez cada trimestre en embarazadas e inmediatamente si observan cambios en la agudeza visual.

12 Debe realizarse, como mínimo:²⁶

Pruebas de control ocular

Control de agudeza visual tanto cercana como distante

Tonometría Fondo de ojo

El tratamiento principalmente consiste en medidas preventivas como mejorar el control glucémico, la presión arterial, suprimir el tabaco. Así como la fotocoagulación y el uso de flebotónicos.²⁶

Nefropatía diabética

Es una complicación de la diabetes caracterizada por la presencia de proteína en orina, provocada por una disminución en la funcionalidad renal. En los primeros estadios de la nefropatía diabética ocurre un engrosamiento en el glomérulo, por lo que el riñón puede comenzar a permitir el paso de más albúmina de

lo normal en la orina y esto se puede detectar por medio de pruebas sensibles a la albúmina. Esta etapa se llama microalbuminuria.¹⁴ A medida que la nefropatía diabética progresa, se destruye un creciente número de glomérulos. Ahora las cantidades de albúmina que están siendo excretadas se incrementan y se pueden detectar por medio de técnicas ordinarias de análisis de orina. La proteína puede aparecer en la orina por 5 a 10 años antes de que se presenten otros síntomas. La hipertensión a menudo acompaña la nefropatía diabética y, con el tiempo, la capacidad de funcionamiento del riñón comienza a disminuir. Esta nefropatía finalmente puede llevar a que se presente insuficiencia renal crónica y continúe progresando hacia una enfermedad renal en estado terminal, con frecuencia en un período de 2 a 6 años después de la aparición de la proteína alta en la orina (proteinuria).¹⁴ Las personas con diabetes tipo 1 y tipo 2 están en riesgo y dicho riesgo es mayor si los niveles de glucosa en la sangre no están bien controlados. Sin embargo, una vez que se desarrolla la nefropatía, la mayor tasa de progresión se observa en pacientes con un control deficiente de su presión arterial.¹⁴ ¹³ La nefropatía diabética generalmente acompaña a otras complicaciones de la diabetes, incluyendo hipertensión, retinopatía y cambios en los vasos sanguíneos, aunque es posible que dichas complicaciones no sean obvias durante las primeras etapas de la nefropatía. La nefropatía puede estar presente por muchos años antes de que se desarrolle proteína alta en la orina o insuficiencia renal crónica.^{14,17} Los objetivos del tratamiento son disminuir la progresión del daño renal y controlar las complicaciones asociadas.¹⁷ El principal tratamiento, una vez que se diagnostica la proteinuria, es mantener la presión arterial bajo control (a niveles menores de 130/80). De ser posible, se debe utilizar un medicamento para la presión arterial, ya sean los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o los antagonistas de los receptores de angiotensina (ARA), los cuales reducen los niveles de proteína en la orina y retardan la nefropatía diabética. La hipertensión incontrolable empeora el daño renal, ocular y vascular en el cuerpo. El hecho de controlar dicha hipertensión es la forma más efectiva de retardar el daño renal a causa de la nefropatía diabética. Igualmente es muy importante controlar los niveles de lípidos, mantener un peso saludable y practicar una actividad física regular. Se deben controlar y vigilar estrictamente los niveles de glucosa en sangre, modificando la dieta y tomando sus hipoglucemiantes orales o insulina. Con la finalidad de evitar complicaciones como:

- 17 Anemia
- Insuficiencia renal crónica (que empeora rápidamente)
- Complicaciones en la diálisis
- Enfermedad renal en estado terminal
- Hipercalcemia
- Hipertensión severa
- Hipoglucemia
- Infecciones
- Complicaciones en el trasplante de riñón
- Peritonitis (si se usa diálisis peritoneal)

¹⁴ Neuropatía diabética La neuropatía diabética (ND) es la complicación sintomática más común de la DM; incluye un grupo de síndromes clínicos con manifestaciones que involucran tanto a nervios periféricos, somáticos y autonómicos. La ND ocurre más frecuentemente en diabéticos tipo 2. Su prevalencia se incrementa con los años de padecer la enfermedad. Existe evidencia de que la hiperglucemia crónica y las alteraciones metabólicas relacionadas, intervienen en la patogenia de las anomalías en la fibra nerviosa y en la microvasculatura que causan la neuropatía.²⁷ Por otro lado, existe evidencia de que el control estricto de la glucemia puede mejorar o prevenir la ND.²⁷ Desde el punto de vista patológico la afectación de la fibra nerviosa se distingue por degeneración progresiva e impedimento regenerativo de las fibras nerviosas periféricas y pérdida progresiva y muerte de las fibras nerviosas más largas que inervan las extremidades distales. Estos cambios están vinculados con el deterioro de la función nerviosa con disfunción sensorial de las extremidades y dolor. En cuanto al aspecto cualitativo, tales alteraciones tienen cierta semejanza con las que ocurren durante el proceso natural de envejecimiento.²⁷ La mayor prevalencia de neuropatía está relacionada con la diabetes de larga duración, con el pobre control de los niveles de glucemia, edad avanzada, nefropatía e hipertensión arterial. Se tiene evidencia de que la prevalencia de neuropatía clínica aumenta con la duración de la diabetes en forma lineal, desde 7.5% en el momento del diagnóstico hasta 50% después de 25 años de enfermedad.²⁷

Enfermedades cardiovasculares Tanto la diabetes mellitus insulino dependiente (DMID) como la no insulino dependiente (DMNID) son, además de una enfermedad crónica, un importante e independiente factor de riesgo de enfermedad cardiovascular, con especial expresión clínica en la esfera vascular cerebral, coronaria, vascular periférica y visceral (sobre todo

en el área mesentérica). La afectación vascular en la aterosclerosis es la causa principal de muerte prematura en pacientes con diabetes de cualquiera de los dos tipos mencionados, 15 prácticamente en el 80% de todas las muertes y en el 75% de todas las hospitalizaciones de pacientes diabéticos.¹⁸ Independientemente de la lesión isquémica, el diabético puede verse afectado por una miocardiopatía metabólica, patogénicamente diferente de la afectación ateromatosa, que puede manifestarse de forma precoz con manifestaciones clínicas de insuficiencia cardíaca y que es detectable a través de estudios morfo funcionales del corazón.¹⁸ La diabetes afecta la aterogénesis a través de numerosos mecanismos potenciales. Probablemente, los efectos específicos de la hiperglucemia estén mediados por la glucosilación y glucooxidación irreversibles de proteínas estructurales en la pared arterial y por un mayor potencial para la lesión oxidativa.¹⁸ Sin embargo, la diabetes también se encuentra asociada, a diversos factores que contribuyen a la aterosclerosis acelerada. La mayor parte de estos factores son reconocidos como factores de riesgo independientes de la aterosclerosis y la enfermedad arterial coronaria:^{15,18} 1. la diabetes tiene un perfil aterogénico de las lipoproteínas que incluye: un aumento de las lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL), disminución de las lipoproteínas de alta densidad (HDL) y el predominio de las lipoproteínas de baja densidad (LDL) densas pequeñas aterogénicas. 2. la hipertensión tiene mayor prevalencia en pacientes diabéticos y acelera notablemente el proceso aterosclerótico. 3. las alteraciones de la función endotelial y el sistema de la coagulación también desempeñan un papel importante. La hiperinsulinemia y la resistencia a la insulina provocadas por factores genéticos o por obesidad, forman una parte integral de la diabetes no insulino dependiente, ya que la combinación de estas dos alteraciones del metabolismo de los carbohidratos predispone aún más a estos pacientes a la cardiopatía coronaria. La resistencia a la insulina también se encuentra asociada a otros factores de riesgo cardiovascular, como elevación de la tensión arterial, dislipidemias, alteración de la fibrinólisis y un patrón de distribución central de la grasa.

La prevalencia de la enfermedad cardiovascular en la población diabética se describe a continuación:¹⁵
Cardiopatía isquémica: Diabetes mellitus insulino dependiente (DMID): 40-50%. Diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID) en menores de 65 años: 10-40% Diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID) en mayores de 65 años: 70-75% Enfermedad cerebrovascular: Diabetes mellitus insulino dependiente (DMID): 25-30% Diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID) en menores de 65 años: 25-30% Enfermedad vascular periférica: Diabetes mellitus insulino dependiente (DMID): 40-50%. Diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID) en menores de 65 años: 50-55%

COMPLICACIONES METABÓLICAS AGUDAS

Cetoacidosis diabética La cetoacidosis está sujeta a una hiperglucemia extrema y a la formación masiva de cuerpos cetónicos producidos por un aumento de la razón glucagón/insulina. La administración de insulina evita a los pacientes con diabetes tipo 1 la aparición de esta complicación, porque solo se les produciría si no se administran su dosis de insulina o por alguna situación de estrés (cirugía, traumatismos o infecciones).²⁸ La hiperglucemia extrema se genera como consecuencia del aumento máximo de la gluconeogénesis hepática producida por el glucagón, así como por la disminución de la utilización periférica de la glucosa. La hiperglucemia provoca una diuresis osmótica que produce la pérdida de líquidos, dando lugar a la deshidratación del paciente.²⁸ El aumento de la producción de cuerpos cetónicos es consecuencia del aumento de la liberación de los ácidos grasos del tejido adiposo y de su oxidación en el hígado, posteriormente salen a la circulación (cetosis) y se eliminan por la orina (cetonuria). La presencia de los cuerpos cetónicos en la circulación produce una acidosis metabólica. Las consecuencias de la cetoacidosis se derivan de la deshidratación y de la acidosis y, si no son bien tratadas pueden producir coma.

La sintomatología es bastante clara ya que se produce una pérdida de electrolitos, hipovolemia, hipotensión, polidipsia, poliuria, astenia, dolor abdominal acompañado de náuseas, vómitos y respiración anormal.²⁸ Coma hiperosmolar Suelen padecerlo los pacientes diabéticos tipo 2, y puede ocurrir tras una ingesta exagerada de carbohidratos, la suspensión del tratamiento o por una situación de estrés. La clínica se manifiesta con una elevación severa de la glucemia y como consecuencia una hipovolemia. A diferencia del coma cetoacidótico no tiene síntomas de alerta, por lo que la mortalidad de estos pacientes es más alta. Es un trastorno metabólico grave que cursa con: glucemia mayor a 500 mg/dL, osmolaridad plasmática mayor a 330 mmol, ausencia de cetonemia, pH arterial mayor 7.3, bicarbonato sérico mayor a 20 meq/L y ausencia de cetonuria.²⁸ Hipoglucemias Se considera hipoglucemia a valores de glucemia menores a 50mg/dL. La hipoglucemia suele ser sintomática a partir de 40 mg/dL, y por debajo de 20 mg/dL se suele asociar a desmayos y probablemente coma.²⁹ La hipoglucemia se manifiesta por diferentes síntomas o signos, que en general se deben a tres mecanismos diferentes: Síntomas debidos a la respuesta adrenérgica: ansiedad, inquietud, irritabilidad, palpitaciones, taquicardia, palidez, debilidad, temblor y hambre.. Síntomas colinérgicos: sudoración abundante. Síntomas debidos a la afectación al sistema nervioso central por neuroglucopenia: cefalea, lentitud, dificultad para hablar, diplopia, visión borrosa, visión doble, somnolencia, confusión mental, comportamiento anormal, delirio, negativismo, psicosis, convulsiones y focalidad neurológica.

Problemas relacionados con los medicamentos. Los resultados negativos asociados al uso de los medicamentos (RNM) son problemas de salud, cambios no deseados en el estado de salud del paciente atribuibles al uso (o desuso) de los medicamentos. Para medirlos se utiliza una variable clínica (síntoma, signo, evento clínico, medición metabólica o fisiológica, muerte), que no cumple con los objetivos terapéuticos establecidos para el paciente.^{33,34} En lo que respecta al término problemas relacionados con medicamentos (PRM), son “aquéllas circunstancias que causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado al uso de los medicamentos”. Por tanto, los PRM pasan a ser todas aquellas circunstancias que suponen para el usuario de medicamentos un mayor riesgo de sufrir RNM. En este momento, los PRM dejan de ser conceptualmente equivalentes a los RNM, quedando perfectamente diferenciados.³⁴ PRM que pueden ser señalados como posibles causas de un RNM:³⁴ Administración errónea del medicamento Características personales Conservación inadecuada Contraindicación Dosis, pauta y/o duración no adecuada Duplicidad Errores en la dispensación Errores en la prescripción, Incumplimiento Interacciones Otros problemas de salud que afectan al tratamiento Probabilidad de efectos adversos Problema de salud insuficientemente tratado. 26 1.2.3.1 Clasificación de los resultados negativos asociados a la medicación. La clasificación de los resultados negativos de la medicación es similar a la establecida para los PRM en el Segundo Consenso de Granada. Para clasificar los RNM es necesario considerar las tres premisas que ha de cumplir la farmacoterapia utilizada por los pacientes: necesaria (debe existir un problema de salud que justifique su uso), efectiva (debe alcanzar los objetivos terapéuticos planteados cuando se instauró) y segura (no debe producir ni agravar otros problemas de salud). Con respecto a la clasificación de los PRM del Segundo Consenso de Granada, la propuesta para los resultados negativos asociados a la medicación presenta las siguientes diferencias:³² Desaparece el término PRM. Desaparecen los números que se asociaban a cada tipo de PRM. En el enunciado de los resultados negativos asociados a la medicación se sustituye la palabra “consecuencia” por “asociado”, evitándose así una relación causal tan directa.

VALORACIÓN

1.- RESPIRAR NORMALMENTE:

El paciente no presenta ninguna alteración

2.- ALIMENTARSE E HIDRATARSE ADECUADAMENTE:

El paciente no presenta ninguna alteración.

3.- ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES: ALTERADO

El paciente presenta una frecuencia de eliminación de la orina alterada, ya que menciona que evacua 10 veces al día, sin embargo, comenta que el olor de la orina es muy fuerte.

4.- MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS: ALTERADO

El paciente puede correr, pero al realizar ese ejercicio menciona que se fatiga demasiado, y no puede levantar cosas pesadas, es por eso que realiza poco ejercicio o actividades físicas al día.

5.- DORMIR Y DESCANSAR: ALTERADO

El paciente menciona que duerme 6 horas al día, su horario es de 10:00 p.m. – 04:00 a.m. es por eso que el se siente muy cansado al levantarse, pero nos menciona que no tiene dificultad para conciliar el sueño.

6.- ESCOGER ROPA ADECUADA, VESTIRSE Y DESVESTIRSE

No presenta ninguna dificultad

7.- MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES, ADECUANDO LA ROPA Y MODIFICAR EL AMBIENTE

No presenta complicación alguna.

8.- MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL

El paciente no presenta complicación alguna

9.- EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES Y LESIONAR A OTRAS PERSONAS: ALTERADO

El paciente presenta un patrón alterado ya que no cuenta con un registro de vacunación, y puede poner su salud en riesgo.

10.- COMUNICARSE CON LOS DEMAS EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, OPINIONES O TEMORES.

El paciente no presenta complicación alguna.

11.- VIVIR DE ACUERDO CON SUS PROPIOS VALORES Y CREENCIAS

El paciente no presenta complicación alguna

12.-OCUPARSE EN ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE REALIZACION PERSONAL

El paciente no presenta complicación alguna

13.- PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

El paciente no presenta complicación alguna

14.- APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A UTILIZAR LOS RECURSOS DISPONIBLES

El paciente no presenta complicación alguna

DIAGNOSTICO

-PES

Dx: Fatiga 00093

Dominio: 4

Clase: 5

Definición ED: Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual.

E R/C: Estilo de vida no estimulante

S M/P: - Expresa falta de energía -Cansancio

-Dx: Pérdida de peso 00002

Dominio: 2

Clase: 1

Definición ED: Ingesta insuficiente de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas.

E R/C: Suministro inadecuado de alimentos

S M/P: -Peso corporal por debajo del rango de peso ideal para la edad y el sexo.

-Dx: Exceso de volumen de líquidos 00026

Dominio: 2

Clase: 5

Definición: Retención excedente de líquido

E R/C: Ingesta excesiva de líquidos

S M/P: -Presión arterial alterada - Alteración de la densidad específica de la orina

-Dx: Insomnio 00095

Dominio: 4

Clase: 1

Definición: Incapacidad para iniciar o mantener el sueño, lo que afecta el funcionamiento.

E R/C: -

S M/P: -Expresa insatisfacción con el sueño.

Dx: Estilo de vida sedentario 00168

Dominio: 1

Clase: 1

Definición: Modo de comportamiento adquirido caracterizado por actividades durante la vigilia que requieren un bajo gasto energético.

E R/C: -Disminución de la tolerancia a la actividad

-Interés inadecuado en la actividad física

-Dolor

S M/P: -La actividad física diaria promedio es menor a la recomendada por sexo y edad

-Elije una rutina diaria sin ejercicio físico

-No se ejercita durante el tiempo libre Dx: Insomnio 00095

DX: Disminución de la tolerancia a la actividad 00298

Dominio: 4

Clase: 2

Definición: resistencia insuficiente para completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

R/C:

Disminución de la fuerza muscular

Mala condición física

Desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno

M/P:

Frecuencia cardíaca anormal en respuesta a la actividad

Expresa fatiga

PLACE

<p>ED Fatiga 00093 Dominio: 4 Clase: 5</p>
<p>DEFINICIÓN ED: Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual.</p> <p>E R/C: Estilo de vida no estimulante S M/P: - Expresa falta de energía -Cansancio</p>

RESULTADO (NOC) EQUILIBRIO HÍDRICO	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>Dominio: 5 Clase: V Fatiga: Efectos disruptivos 0008</p>	<p>000801 Malestar crónico</p>	<p>Grave: 1 Sustancial: 2 Moderado: 3 Leve: 4 Ninguno: 5</p>	<p>Mantener a 3 aumentar a 5</p>

<p>CAMPO: Dominio 2</p> <p>CLASE: Manejo respiratorio (K)</p> <p>CÓDIGO: 3350</p>	<p>CAMPO: Dominio 1</p> <p>CLASE: Manejo de la actividad y ejercicio</p> <p>CÓDIGO: 0180</p>
<p>INTERVENCIÓN: Monitorización respiratoria</p>	<p>INTERVENCIÓN: Manejo de la energía</p>
<p>ACTIVIDADES: -Monitorizar la frecuencia, el ritmo, la profundidad y el esfuerzo de las respiraciones - Palpar para ver si la expansión pulmonar es igual -Observar la ubicación de la tráquea - Monitorizar si hay fatiga muscular diafragmática (movimiento paradójico)</p>	<p>ACTIVIDADES: -Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo. - Monitorizar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados -Determinar qué actividad y en qué medida es necesario para aumentar la resistencia</p>

CAMPO: Dominio 1

CLASE Favorecimiento
del confort físico

CÓDIGO 1410

INTERVENCIÓN:

ACTIVIDADES:

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudiza
- Explorar los conocimientos y las creencias del paciente sobre el dolor, incluyendo las influencias culturales
- . - Seguir los protocolos del centro en la selección de analgésicos y dosis.

<p>ED</p> <p>Pérdida de peso 00002</p> <p>Dominio: 2</p> <p>Clase: 1</p>
<p>DEFINICIÓN ED:</p> <p>Ingesta insuficiente de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas.</p> <p>E R/C: Suministro inadecuado de alimentos S M/P:</p> <p>-Peso corporal por debajo del rango de peso ideal para la edad y el sexo.</p>

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
EQUILIBRIO HÍDRICO			
Dominio: 2	100601 Peso	Desviación grave del rango normal – 1	Mantener a 3 aumentar a 5
Clase: 2		Desviación sustancial del rango normal – 2	
Regulación metabólica		Desviación moderada del rango normal - 3	
Peso: Masa corporal		Desviación leve del rango normal – 4	
		Sin desviación del rango normal - 5	

<p>CAMPO: Dominio 1</p> <p>CLASE: Apoyo nutricional (D)</p> <p>CÓDIGO: 1050</p>	<p>CAMPO: Dominio 1</p> <p>CLASE: Apoyo nutricional (D)</p> <p>CÓDIGO: 1260</p>
<p>INTERVENCIÓN: Alimentación</p>	<p>INTERVENCIÓN: Manejo del peso</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identificar la dieta precisa - Establecer el ritmo de alimentación para evitar la fatiga -Monitorizar el peso corporal, el estado de hidratación y los valores de laboratorio según proceda 	<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Comentar la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia del peso y la pérdida de peso. -Determinar el peso corporal ideal y el porcentaje de grasa corporal

CAMPO: Dominio 1

CLASE: Apoyo
nutricional (D)

CÓDIGO 1100

INTERVENCIÓN Manejo de la nutrición

ACTIVIDADES:

- Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales
- Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales

<p>ED</p> <p>Exceso de volumen de líquidos</p> <p>Dominio: 2</p> <p>Clase: 5</p>
<p>DEFINICIÓN ED: Retención excedente de líquido</p> <p>E R/C: Ingesta excesiva de líquidos</p> <p>S M/P:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Presión arterial elevada -Alteración de la densidad específica de la orina

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>EQUILIBRIO HÍDRICO</p> <p>Dominio: 2</p> <p>Clase: F</p> <p>Eliminación: 0503- Eliminación urinaria</p>	<p>050303 Cantidad de orina</p>	<p>Gravemente comprometido-1</p> <p>Sustancialmente comprometido-2</p> <p>Moderadamente comprometido-3</p> <p>Levemente comprometido-4</p> <p>No comprometido - 5</p>	<p>Mantener a 3</p> <p>aumentar a 5</p>

<p>CAMPO: Dominio 1</p> <p>CLASE: Manejo de la evacuación</p> <p>CÓDIGO:0610</p>	<p>CAMPO: Dominio1</p> <p>CLASE: Manejo de la evacuación</p> <p>CÓDIGO: 0590</p>
<p>INTERVENCIÓN: Cuidados de la incontinencia urinaria</p>	<p>INTERVENCIÓN: Manejo de la eliminación urinaria</p>
<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES:</p> <p>-Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color</p> <p>-Programar la administración de diuréticos para que tenga menos impacto en el estilo de vida</p>	<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES:</p> <p>-Determinar el patrón de eliminación habitual -Vigilar los signos y síntomas de retención urinaria, infecciones del tracto urinario, deshidratación o sobre carga de líquidos</p>

CAMPO: Dominio 1

CLASE Manejo de la
evacuación

CÓDIGO 0600

INTERVENCIÓN: Entrenamiento del habito urinario

ACTIVIDADES:

- Involucrar a los cuidados en el proceso de desarrollar horarios individualizados para ir al baño
- Establecer una hora de inicio y finalización del programa para ir al baño, si no es de 24 horas

<p>ED Insomnio 00095 Dominio: 4 Clase: 1</p>
<p>DEFINICIÓN ED: Definición: Incapacidad para iniciar o mantener el sueño, lo que afecta el funcionamiento. E R/C: - S M/P: -Expresa insatisfacción con el sueño.</p>

RESULTADO (NOC) EQUILIBRIO HÍDRICO	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>Dominio: 1 Clase: A Sueño 0004</p>	<p>000401 horas de sueño por la noche</p>	<p>Gravemente comprometido: 1 Sustancialmente comprometido: 2 Moderadamente comprometido: 3 Levemente comprometido: 4 No comprometido: 5</p>	<p>Mantener a 2 aumentar a 5</p>

<p>CAMPO: Dominio 3</p> <p>CLASE: Ayuda para el afrontamiento.</p> <p>CÓDIGO: 5330</p>	<p>CAMPO: Dominio 3</p> <p>CLASE: Terapia conductual</p> <p>CÓDIGO: 4350</p>
<p>INTERVENCIÓN: Manejo del estado de animo</p>	<p>INTERVENCIÓN: Manejo de la conducta</p>
<p style="text-align: center;">Actividades:</p> <p>Revisar la evaluación inicial del estado de ánimo (signos y síntomas, antecedentes personales). Determinar si supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás. Monitorizar el estado físico (peso corporal he hidratación). Animar a tomar decisiones cada vez más complejas.</p>	<p style="text-align: center;">Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar la conducta negativa no deseada. - Hacer que el individuo se sienta responsable de su conducta. - Establecer la coherencia en el entorno y en los hábitos de cuidado.

CAMPO: Dominio 1

CLASE Favorecimiento
del confort físico

CÓDIGO 1415

INTERVENCIÓN: Manejo del dolor crónico.

Actividades:

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y lo provocan.
- Explorar los conocimientos y las creencias del paciente sobre el dolor, incluyendo las influencias culturales.
- Controlar los factores ambientales que pueden influir en el dolor del paciente.
- Preguntar al paciente sobre el dolor a intervalos frecuentes, al mismo tiempo que se comprueban los signos vitales o en cada visita a la consulta.

<p>ED</p> <p>Estilo de vida sedentario 00168</p> <p>Dominio: 1</p> <p>Clase: 1</p>
<p>DEFINICIÓN ED:</p> <p>Definición: Modo de comportamiento adquirido caracterizado por actividades durante la vigilia que requieren un bajo gasto energético.</p> <p>E R/C: -Disminución de la tolerancia a la actividad</p> <p>-Interés inadecuado en la actividad física</p> <p>-Dolor</p> <p>S M/P: -La actividad física diaria promedio es menor a la recomendada por sexo y edad</p> <p>-Elije una rutina diaria sin ejercicio físico</p> <p>-No se ejercita durante el tiempo libre</p>

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>EQUILIBRIO HÍDRICO</p> <p>Dominio: 5</p> <p>Clase: V</p> <p>Fatiga: Efectos disruptivos</p> <p>0008</p>	<p>000801 Malestar crónico</p>	<p>Grave: 1</p> <p>Sustancial: 2</p> <p>Moderado: 3</p> <p>Leve: 4</p> <p>Ninguno: 5</p>	<p>Mantener a 3</p> <p>aumentar a 5</p>

<p>9CAMPO: Dominio 1</p> <p>CLASE: Manejo de actividad y el ejercicio.</p> <p>CÓDIGO: 0200</p>	<p>CAMPO: Dominio 1</p> <p>CLASE: Manejo de la actividad y ejercicio</p> <p>CÓDIGO: 0180</p>
<p>INTERVENCIÓN: Favorecimiento del ejercicio</p>	<p>INTERVENCIÓN: Manejo de la energía</p>
<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la motivación para empezar o continuar con el programa de ejercicios. - Explorar los obstáculos para el ejercicio. - Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio. - Incluir a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios. - Instruir acerca de las condiciones que justifiquen el cese o alteración del programa de ejercicios. 	<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo. - Monitorizar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados - Determinar qué actividad y en qué medida es necesario para aumentar la resistencia

CAMPO: Dominio 1

CLASE: Manejo de la actividad y el ejercicio

CÓDIGO 5612

INTERVENCIÓN: Enseñanza: ejercicio
prescrito

Actividades:

- Evaluar el nivel actual de ejercicio del paciente y del conocimiento del ejercicio prescrito.
- Informar al paciente del propósito y de los beneficios del ejercicio prescrito.
- Informar al paciente acerca de las actividades apropiadas en función del estado físico.
- Observar al paciente mientras realiza el ejercicio prescrito.

<p>ED dominio 2 Clase 1 Código Dx 00298 Disminución de la tolerancia a la actividad</p>
<p>DEFINICIÓN ED: Resistencia insuficiente para completar las actividades diarias requeridas o deseadas.</p> <p>R/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la fuerza muscular • Mala condición física • Desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno <p>M/P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardiaca anormal en respuesta a la actividad • Expresa fatiga

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>Dominio: 2 Clase: E Función cardiopulmonar 0414</p>	<p>041426 fatiga</p>	<p>Grave: 1 Sustancial: 2 Moderado: 3 Leve: 4 Ninguna: 5</p>	<p>Mantener a 2 Aumentar a 5</p>

<p>CAMPO: fisiológico complejo</p> <p>Dominio: 2</p> <p>CLASE:</p> <p>Manejo respiratorio (k)</p> <p>CÓDIGO: 3350</p>	<p>CAMPO:</p> <p>CLASE:</p> <p>CÓDIGO:</p>
<p>INTERVENCIÓN:</p> <p>Monitorización respiratoria</p>	<p>INTERVENCIÓN:</p>
<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitorizar la frecuencia el ritmo la profundidad y el esfuerzo de las respiraciones. ▪ Monitorizar si se producen respiraciones ruidosas como estridor o ronquidos ▪ Evaluar el movimiento torácico observando la simetría, la utilización de músculos accesorios y las retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares. ▪ Palpar para ver si la expansión por pulmonar es igual 	<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES:</p>

PLAN DE ALTA

PACIENTE CON DIABETES:

A.P.O

65 AÑOS

MASCULINO

Coma sanamente y controle su peso

Los alimentos con azúcar o carbohidratos pueden elevar demasiado su azúcar en la sangre. El alcohol y otras bebidas con azúcar también elevan su azúcar en la sangre. Una enfermera o dietista le pueden enseñar acerca de buenas elecciones de alimentos.

Asegúrese de saber cómo tener una comida balanceada con proteína y fibra. Coma tantos alimentos

Haga ejercicio

El ejercicio regular es bueno para personas con diabetes. Reduce el azúcar en la sangre. Además, el ejercicio:

Mejora el flujo sanguíneo

Baja la presión arterial

Ayuda a quemar grasa extra para que usted pueda mantener su peso bajo. El ejercicio incluso puede ayudar a manejar el estrés y mejora el humor.

Intente caminar, trotar, o montar en bicicleta durante 30 a 60 minutos todos los días. Elija una actividad que disfrute así será más probable que la mantenga. Lleve comida o jugo en caso de que su azúcar en la sangre llegue a estar demasiado baja. Beba agua extra. Trate de no sentarse por más de 30 minutos a la vez.

Revise su azúcar en la sangre

Es posible que se le solicite revisar su azúcar en la sangre en casa. Esto le dirá a usted y a su proveedor qué tan bien están funcionando la dieta, el ejercicio y los medicamentos. Un dispositivo llamado glucómetro puede proveer una lectura exacta del azúcar en la sangre con solo una gota de sangre.

Las razones más importantes para revisar sus niveles de azúcar son:

Verificar si los medicamentos para la diabetes que está tomando pueden provocar niveles bajos de

Aprenda a prevenir problemas de diabetes a largo plazo

Las personas con diabetes tienen una alta probabilidad de tener presión arterial alta y colesterol alto. Es posible que le pidan que tome medicamentos para prevenir o tratar estas afecciones. Los medicamentos pueden incluir:

No fume ni use cigarros electrónicos. Fumar empeora la diabetes. Si usted fuma, colabore con su proveedor para encontrar una manera de dejarlo.

La diabetes puede causar problemas en los pies. Usted puede presentar úlceras o infecciones. Para mantener los pies sanos:

Revise y cuide sus pies todos los días

Asegúrese que está utilizando el tipo adecuado de calcetines y zapatos. Revise sus zapatos y calcetas diariamente por manchas de heridas, que podrían convertirse en llagas o úlceras.

Visite al médico regularmente

Si usted padece diabetes, debe acudir a su proveedor cada 3 meses, o con la frecuencia que le indiquen. En estas consultas, su proveedor puede:

Preguntarle por los niveles de azúcar en la sangre (traiga siempre su glucómetro si está midiendo su azúcar en la sangre en casa)

Revisarle la presión arterial

Revisar la sensibilidad en los pies

CONCLUSIÓN

Las intervenciones de enfermería clave incluyen la educación del paciente, el monitoreo de los niveles de glucosa y el apoyo en el estilo de vida saludable. Los resultados esperados abarcan el control glucémico, la prevención de complicaciones y la mejora en la calidad de vida del paciente. La diabetes tipo 2 es una enfermedad que requiere atención y cuidados ya que es importante conocer las causas, síntomas y tratamiento para poder controlarla y prevenir complicaciones además que es fundamental adaptarse a un estilo de vida saludable que incluya una dieta equilibrada, un buen ejercicio y un peso saludable para reducir riesgos de desarrollar enfermedades y controlar síntomas. También se hablaba que la familia juega un papel muy fundamental para los pacientes ya que en un momento dado ellos quieren sentir el apoyo familiar para estar bien ya que los motiva para poder tomar un tratamiento que sin que no sea curable puede tener un tratamiento que controle la enfermedad. Este trabajo lo realizamos con el fin de conocer el tema más afondo y saber cómo llevar el tratamiento y la rutina de un paciente tomando en cuenta que debemos sacar varios términos que sean parecidos a la del caso para tener un buen pronóstico del paciente y conocer más sobre su alimentación y como se siente emocionalmente ya que se decía que pueden llegar a sufrir de estrés y ansiedad.

GLOSARIO

- **Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2):**
Trastorno metabólico crónico caracterizado por niveles elevados de glucosa en sangre debido a la resistencia a la insulina y/o la incapacidad del páncreas para producir suficiente insulina.
- **Insulina:**
Hormona producida por el páncreas que permite que la glucosa entre en las células para ser utilizada como fuente de energía. En la DM2, las células se vuelven resistentes a la insulina.
- **Resistencia a la insulina:**
Condición en la que las células del cuerpo no responden adecuadamente a la insulina, lo que lleva a un aumento en los niveles de glucosa en sangre.
- **Hiper glucemia:**
Nivel elevado de glucosa en la sangre. Es una característica central de la diabetes mellitus.
- **Glucosa:**
Azúcar simple que sirve como principal fuente de energía para las células del cuerpo. Su concentración en sangre es regulada por la insulina.
- **Hemoglobina glucosilada (HbA1c):**
Prueba de laboratorio que mide el promedio de los niveles de glucosa en sangre durante los últimos 2-3 meses. Un valor elevado de HbA1c indica un control deficiente de la diabetes.
- **Hipoglu cemia:**
Nivel bajo de glucosa en la sangre. Aunque es más común en personas con diabetes tipo 1 debido a la insulina, también puede ocurrir en personas con diabetes tipo 2, especialmente si toman medicamentos para reducir la glucosa.
- **Complicaciones microvasculares:**
Complicaciones de la diabetes que afectan a los vasos sanguíneos pequeños, como la retinopatía (daño en los ojos), nefropatía (daño en los riñones) y neuropatía (daño en los nervios).
- **Complicaciones macrovasculares:**

Afectan los vasos sanguíneos grandes y pueden dar lugar a enfermedades cardiovasculares, como infartos de miocardio (ataques al corazón) y accidentes cerebrovasculares (ACV).

REFERENCIAS

- ❖ Diagnósticos enfermeros definición y clasificación, 12ª edición 2021-2023
- ❖ Clasificación de resultados de enfermería (NOC) medición de resultados en salud, sexta edición
- ❖ Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) séptima edición