



PLACE

Nombre del Alumno: Yeni Paola Lopez Vázquez

Nombre del tema: PLACE diabetes mellitus 2

Parcial: 4

Nombre de la Materia: Fundamentos 111

Nombre del profesor: Marcos Jhodany Arguello Gálvez

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 4

Lugar y Fecha de elaboración: 03/08/2025

INTRODUCCION

La prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2, aumenta comúnmente a nivel mundial, su control deficiente genera complicaciones graves y reduce la calidad de vida de quienes la padecen. En el estado de Yucatán la diabetes mellitus tipo 2 se encontró como tercera causa de mortalidad, desde el año 2005 hasta el 2012. Mérida se encontró en los primeros cuatro lugares de mortalidad en esos mismos años. En el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes. Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios. Casi la mitad de esas muertes corresponden a personas de menos de 70 años y un 55% a mujeres. La OMS prevé que las muertes por diabetes se multipliquen por dos entre 2005 y 2030. la diabetes mellitus es una enfermedad crónica que afecta la forma en que el cuerpo regular el azúcar en la sangre. Se caracteriza por una deficiencia en la producción o la utilización de la insulina, una hormona producida por el páncreas que regula los niveles de azúcar en la sangre que afecta a diferentes órganos y tejidos. Es causada por varios trastornos, incluyendo la baja producción de la hormona insulina, la mala alimentación, sedentarismo, obesidad y otros factores genéticos.

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 cumpla las necesidades básicas de salud y se maximice los resultados terapéuticos.

1. la eficiencia en la atención: Los planes estandarizados permiten optimizar los recursos, reducir errores y mejorar la calidad de la atención.

2. La seguridad del paciente: los planes estandarizados establecen protocolos claros y seguros para la atención, reduciendo riesgos.

3. la estandarización de la atención: aseguran que todos los pacientes reciban la misma atención de calidad, independientemente del profesional que lo atienda.

4. La mejora continua: permiten evaluar la efectividad de las intervenciones y realizar mejoras basadas en la evidencia.

En resumen, la justificación de un plan es la defensa del plan de cuidados, explicando por qué es necesario, útil y beneficioso para todos los involucrados.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) incluye controlar los niveles de glucosa en sangre para prevenir complicaciones agudas.

Objetivos específicos

- Control glucémico.
- Reducción de complicaciones.
- Control de factores de riesgo cardiovascular.
- Educación y autocuidado.
- Mejorar la calidad de vida.

MARCO TEORICO

Hoy en día la Diabetes Mellitus, como la mayoría de las enfermedades crónicas no transmisibles, constituye un importante problema de Salud Pública tanto a nivel mundial como en nuestro país, donde las tasas de incidencia superan el 1,2% en la población adulta anualmente, lo que deja en evidencia la gran necesidad de implementar programas efectivos que aumenten la cobertura en la atención de estos pacientes quienes en forma progresiva van experimentando alteraciones funcionales, generalmente poco manifiestas hasta que el daño es inminente. La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica producto de un desorden en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas, caracterizada por la elevación de la concentración de glucosa en la sangre, o hiperglicemia en ayunas, deficiencia relativa de insulina, glucosuria y una tendencia a desarrollar Aterosclerosis, Microangiopatía, Nefropatía y Neuropatía. En la Diabetes se reduce la capacidad del organismo para responder a la insulina, o el páncreas disminuye o cesa su producción. Lo anterior, conduce a aumentar los niveles de glucosa en sangre, que "a priori" puede desencadenar complicaciones metabólicas graves (llamadas "agudas"), como la Cetoacidosis Diabética (CAD) más frecuente en la Diabetes Tipo 1 y el Síndrome Hiperosmolar no Cetónico, en mayor frecuencia en la Diabetes Mellitus tipo 2 el lumen de éstas. En esta situación sobreviene una progresiva disminución del flujo plasmático renal y de la filtración glomerular, que llevan al paciente a la insuficiencia renal terminal. La lección más importante que da el conocimiento de la fisiopatología de la nefropatía diabética, es que la hiperglicemia ya está produciendo drásticos cambios en la fisiología renal años antes de la aparición de macro albuminuria, hipertensión y caída de la función renal. De allí la importancia del buen control de la hiperglicemia, desde el momento del diagnóstico de la Diabetes.

4.2.3. Neuropatía Diabética:

Esta complicación de la hiperglicemia está relacionada con la activación de la Aldosa Reductasa y con la glicosilación de proteínas. La activación de b2-Proteín Kinasa C poco o nada tiene que ver con esta complicación, ya que en las fibras nerviosas sometidas a hiperglicemia no existe un aumento sino una disminución del diacilglicerol. Muy precozmente en la evolución de la Diabetes, la activación de la Aldosa Reductase en el nervio produce una depleción de Mioinositol, lo que lleva a una disminución del diacilglicerol . Esto

produce una menor actividad de la ATPasa Na^+ / K^+ y edema axonal. En estas circunstancias ya se observa una disminución en la velocidad de conducción nerviosa. El edema también puede producir compresión de nervios que pasan por canales óseos inextensibles, como los pares craneanos (mono neuropatías), fenómeno reversible que puede ocurrir a poco de diagnosticada la Diabetes. Más adelante, la combinación de obstrucción de vasa nervorum (arteriosclerosis y engrosamiento de la membrana basal), más la glicosilación de la mielina, que la hace apetecible a los macrófagos, produce desmielinización segmentaria. A esto se agrega la glicosilación de la túbula, con severo daño del transporte axonal. Este último fenómeno produciría mayor daño en las fibras más largas, lo que explicaría la mayor severidad distal de la neuropatía diabética. Cabe destacar que la susceptibilidad de las fibras nerviosas al daño por la diabetes no es la misma para cada tipo de fibra. En general, las fibras mielinizadas gruesas (motoras, sensibilidad táctil y vibratoria) son más resistentes a la hiperglicemia y más susceptibles al daño por la isquemia. Por otro lado, las fibras mielinizadas delgadas, y las fibras no mielinizadas (sensaciones de dolor y calor), son más sensibles al daño por hiperglicemia y más resistentes a la isquemia. Es por esta razón que los diabéticos pueden perder la sensibilidad al dolor y al calor en los pies, años antes de tener pérdida de sensibilidad vibratoria o táctil. (SMEITZER, S. y cols., 1999)

4.2.4. Pie Diabético:

Los problemas del pie diabético son una causa frecuente de morbimortalidad e incapacidad física. Si bien estos problemas se pueden presentar en cualquier momento del curso de la enfermedad, son más frecuentes en sujetos con Diabetes de larga evolución; así, el pie complicado constituye una amenaza para la vida. (LERMAN, 2000) En la génesis del pie diabético intervienen múltiples factores que actúan en forma conjunta para determinar la particular fragilidad del pie diabético. Los tres elementos principales en este proceso son: neuropatía, alteraciones vasculares y procesos infecciosos. La presencia y participación de éstos es de magnitud variable, pero en la mayoría de los casos la neuropatía es el factor predominante. Las consecuencias de la neuropatía periférica en el pie del diabético son múltiples. La neuropatía motora conduce a un desequilibrio entre los distintos grupos musculares que dan la forma y la mecánica normal del pie, en el que es frecuente el predominio del tono extensor sobre el flexor que ocasiona deformidades que se conocen

como "dedos en martillo". La consecuencia, es presentar puntos de apoyo anormales sobre los que se ej...en el que es frecuente el predominio del tono extensor sobre el flexor que ocasiona deformidades que se conocen como "dedos en martillo". La consecuencia, es presentar puntos de apoyo anormales sobre los que se ejerce una presión muy importante durante la marcha. Además, la disminución de la sensibilidad impide que el paciente adquiera conciencia del aumento de intensidad en el traumatismo o adecue su pisada. Por último, la neuropatía autonómica resulta en cambios vasomotores con disminución en la sudación y la consecuente sequedad de la piel que favorece la formación de fisuras facilitadoras de la penetración de bacterias y hongos.

La enfermedad vascular periférica ocasiona procesos isquémicos que se traducen en claudicación intermitente, úlceras y en el grado extremo, necrosis distal. El daño macro vascular por aterosclerosis, que suele ser muy extenso, está bien demostrado histopatológicamente. Esto explica por qué la corrección de las obstrucciones a nivel de la macro circulación, mediante tratamiento quirúrgico, con frecuencia fracasa en la solución de los problemas isquémicos distales. En lo que respecta a la microcirculación, el daño estructural de los pequeños vasos tiene mucha menor importancia; sin embargo, en el aspecto funcional hay importante afectación de la microcirculación como consecuencia de la neuropatía autonómica. De allí que la simpatectomía no ofrezca ningún beneficio adicional. Frente a la infección, el diabético responde con trombosis arteriolar, hecho que aumenta la isquemia y provoca la necrosis de los tejidos, a la inversa de lo que ocurre en el pie de la población no diabética, que responde a esta situación con un proceso inflamatorio clásico (edema, calor, rubor, impotencia funcional). Si la infección se extiende al tejido óseo se produce, como ocurre con gran frecuencia, una osteomielitis crónica. Una vez que el proceso séptico se inicia, su evolución clínica se caracteriza por un comportamiento más agresivo que en la población general. El control de éste requiere esquemas intensivos y prolongados con antibióticos. La obesidad, la hipertensión, el tabaquismo y las hiperlipidemias se relacionan con un elevado riesgo de desarrollar problemas de pie diabético, por su capacidad de favorecer la insuficiente...A menudo lo que precipita un problema grave del pie diabético es un pequeño traumatismo, que causa una ulceración cutánea, que no sana a pesar del tratamiento médico y que al final requiere amputación. Las técnicas para prevenir

amputaciones en el pie diabético van de una simple inspección periódica del pie, hasta la cirugía vascular. Además, esta es una oportunidad de educar al paciente, adiestrándolo y sobre todo motivándolo para que él mismo se explore cotidianamente. Esta educación debe estar orientada a mejorar los cuidados del pie en forma especial para disminuir la magnitud e incidencia de problemas. Entre los tópicos a abarcar en las distintas sesiones de educación con el paciente se encuentran: higiene del pie, uso de calzado adecuado, cese o disminución del hábito del tabaco, información acerca de los signos y síntomas de alteraciones del pie. Respecto a este último, un tratamiento oportuno y adecuado de una lesión cutánea reduce de manera sustancial la frecuencia de amputaciones. Las complicaciones del pie diabético, las úlceras y la gangrena no forman parte de la historia natural de la diabetes. Los factores predisponentes de esta complicación, el mal control metabólico, la neuropatía diabética, la enfermedad vascular periférica y las alteraciones ortopédicas primarias o secundarias, son fácilmente reconocibles, por lo que se debe insistir en la necesidad del enfrentamiento preventivo y no curativo del problema. Esto depende de un cambio de actitud por una parte de los miembros del equipo de salud y por otra, del paciente que lo motive a salir de una postura resignada, inconsciente o ignorante frente al problema. Así la clave para una futura reducción de la incidencia del pie diabético complicado, está en formar un equipo multidisciplinario, constituido por diabetólogos, neurólogos cirujanos vasculares, traumatólogos, enfermeros(as), nutricionistas y podólogos, sin olvidar que el protagonista es el paciente y que el objetivo fundamental, es más que salvar un pie o diez dedos.

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 recae 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%, lasrtes 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 teniéndose 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 auto controlarse. Recomendación B (ALAD) Tratamiento farmacológico Hipoglucemiantes 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, glimepirida. 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 insulina 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 horasetemir 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. 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

(patógeno 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 pos carga, 165 mg/dl a las dos horas pos carga 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% de 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. En las enfermedades crónicas 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 delo 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 convertidor 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 anormalidades 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 termogénesis a través de numerosos mecanismos potenciales. Probablemente, los efectos específicos de la hiperglucemia estén mediados por la glucosilación 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 al aterosclerosis acelerada. La mayor parte de estos factores son reconocidos como factores de riesgo independientes del 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 iatrogénicas.
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 del 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 (acetonuria). 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.

VALORACION

1.Patron de mantenimiento y percepción de la salud:

El paciente no tiene ninguna complicación, ya que presenta buenos hábitos de higiene.

2.patron nutricional Metabólico: **Alterado.**

El paciente menciona que no come a su hora correspondiente, que varía el horario por su trabajo, también menciona que no tiene una buena alimentación no consume muchas verduras ni frutas.

3.patron de eliminación: **Alterado.**

En los hábitos de evacuación urinaria son con frecuencia de 7 veces al día, el color de la orina es amarilla y también menciona tener mucha sudoración en el día sin razón alguna.

4.patron de actividad y ejercicio: **Alterado.**

El paciente menciona que presenta fatiga cuando se esfuerza en el trabajo tiende también a cansarse mucho y menciona que no realiza ejercicio por falta de tiempo.

5.patron de sueño y descanso: **Alterado.**

El paciente menciona que duerme las horas necesarias, pero que tiene mucha dificultad para conciliar el sueño y que, aunque duerma las horas necesarias en el día presenta muchos bostezos y tiende a cansarse.

6.Patron cognitivo:

El paciente no presenta ninguna complicación.

7.patron Autopercepción y concepto de sí mismo: **Alterado.**

El paciente menciona que a veces se siente deprimido por causa de su enfermedad, ya que no puede comer las comidas o golosinas que él estaba acostumbrado.

8.Patron de Rol-relaciones:

El paciente no presenta ninguna complicación.

9.Patron de Sexualidad-Reproducción:

El paciente no presenta ninguna complicación.

10.Patron de Afrontamiento-Tolerancia al Estrés: **Alterado.**

El paciente menciona que toma Alcohol 2 veces al mes para controlar su estrés, pero que él quiere o está tratando de dejar ese mal habito porque sabe que le causa daño.

11.Patron de valores y creencias:

El paciente no presenta complicación alguna.

DIAGNOSTICO.

PES

Dx. Deterioro de la eliminación urinaria 00016

Dominio: 3

Clase: 1

Definición ED: Disfunción en la eliminación urinaria.

E R/C: Consumo de alcohol

S M/P:

-Urgencia Urinaria

-Incontinencia Urinaria

Dx: Fatiga 00093

Dominio: 4

Clase: 3

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: Mala condición física

S M/P:

-Expresa cansancio

-cansancio.

Dx: Insomnio 00095

Dominio: 4

Clase: 1

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

E R/C: Higiene del sueño inadecuada

S M/P:

-Expresa insatisfacción con el sueño.

Dx: Patrón de sueño alterado 00198

Dominio: 4

Clase: 1

Definición: Despertares de tiempo limitado debido a factores externos.

E R/C: Perturbaciones ambientales

S M/P:

-Dificultar para iniciar el sueño.

-Expresa cansancio

-Expresa insatisfacción con el sueño.

Dx: Discomfort 00214

Dominio: 12

Clase: 2

Definición: Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones físicas, psicoespiritual, ambiental, cultural y social.

E R/C: Control inadecuado de la situación

S M/P:

-Dificultad para relajarse

-Expresa discomfort.

Dx:

Dominio:2

Clase:1

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

E R/C: Conocimientos inadecuados sobre los requerimientos nutricionales.

S M/P:

-Ingesta de alimentos inferior a las cantidades diarias recomendadas (RDA)

-Pérdida de peso con una ingesta nutricional adecuada

-Letargo

PLAN DE CUIDADOS.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON: Diabetes Mellitus

<p>ED Deterioro de la eliminación urinaria 00016 Dominio: 3 Clase: 1</p>	<p>RESULTADO (NOC) EQUILIBRIO HIDRICO</p>	<p>INDICADOR</p>	<p>ESCALA DE MEDICIÓN</p>	<p>PUNTUACIÓN DIANA</p>
<p>DEFINICION ED: Disfunción en la eliminación urinaria.</p> <p>E R/C: Consumo de alcohol.</p> <p>S M/P: -Expresa insatisfacción con el sueño.</p>	<p>Dominio:2 Clase: f Eliminación urinaria 0503</p>	<p>050303 cantidad de orina</p>	<p>Grave: 1 Sustancial: 2 Moderado:3 Leve: 4 Ninguno: 5</p>	<p>Mantener a 4 Aumentar a 5</p>

<p>CAMPO: Domio 1</p> <p>CLASE: Fisiológico: básico(B)</p> <p>CÓDIGO:0610</p>	<p>CAMPO: Dominio 1</p> <p>CLASE: Fisiológico: básico (B)</p> <p>CÓDIGO: 0565</p>
<p>INTERVENCIÓN: Cuidados de la incontinencia urinaria.</p>	<p>INTERVENCIÓN: Ecografía: Vejiga Urinaria.</p>
<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES:</p> <p>--Identificar las causas multifactorial que producen incontinencia (diuresis, patrón miccional, función cognitiva, problemas urinarios anteriores, residuo pos miccional y medicamentos).</p> <p>-Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.</p> <p>-Remitir al especialista en continencia urinaria, según corresponda.</p>	<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES:</p> <p>-Determinar la indicación de la ecografía vesical, retención urinaria, evaluación del volumen residual pos miccional, examen diagnostico).</p> <p>-Realizar mediciones del volumen de la vejiga, según proceda.</p> <p>-Realizar una evaluación sistemática de la vejiga mediante ecografía, si es necesario.</p>

:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON: Diabetes mellitus

<p>ED Fatiga 00093 Dominio: 4 Clase: 3</p>	<p>RESULTADO (NOC)</p>	<p>INDICADOR</p>	<p>ESCALA DE MEDICIÓN</p>	<p>PUNTUACIÓN DIANA</p>
<p>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: Mala condición física. S M/P: -Expresa cansancio -Expresa falta de energía.</p>	<p>Dominio: 5 Clase: V Fatiga: Efectos disruptivos 0008</p>	<p>-000824 Alteración crónica del sueño. -000821 Deterioro del estado de animo</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 ejerció</p> <p>CÓDIGO: 0180</p>
<p>INTERVENCIÓN: Monitorización respiratoria.</p>	<p>INTERVENCIÓN: Manejo de la energía</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. -Palpar para ver la expansión pulmonar es igual -Observar la ubicación de la tráquea -Monitorizar si hay fatiga muscular diafragmática (Movimiento paradójico). 	<p style="text-align: center;">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.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON: Diabetes mellitus

<p>ED Insomnio 00095 Dominio:4 Clase: 1</p>	<p>RESULTADO (NOC)</p>	<p>INDICADOR</p>	<p>ESCALA DE MEDICIÓN</p>	<p>PUNTUACIÓN DIANA</p>
<p>Definición: Incapacidad para iniciar o mantener el sueño, lo que afecta el funcionamiento. E R/C: Higiene del sueño inadecuada. S M/P: -Expresa insatisfacción con el sueño.</p>	<p>Dominio: IV Clase: Q Conducta de mejorar el sueño -1642</p>	<p>1642201 Reconocer la importancia del sueño para mantenerse sano.</p>	<p>Nunca demostrado -1 Raramente demostrado- 2 A veces demostrado -3 Frecuentemente demostrado -4 Siempre demostrado- 5.</p>	<p>Mantener a 2 Aumentar a 5</p>

<p>CAMPO: Dominio:1</p> <p>CLASE: Facilitación del autocuidado(F).</p> <p>CÓDIGO: 1850</p>	<p>CAMPO: Dominio:3</p> <p>CLASE: Favorecimiento del confort psicológico(T)</p> <p>CÓDIGO: 6040</p>
<p>INTERVENCIÓN: Mejora del sueño.</p>	<p>INTERVENCIÓN: Terapia de relajación</p>
<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Monitorizar y registrar el patrón y el número de horas de sueño. -Monitorizar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar el cansancio excesivo. -Indicar que se limite el uso de dispositivos electrónicos, teléfono, internet, televisión). -Indicar que se evite los alimentos y las bebidas que interfieran en el sueño a la hora de irse a la cama (bebidas con cafeína, alimentos con alto contenido de azúcar, alimentos formados de gas). 	<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación (música, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva). -Determinar si alguna intervención de relajación ha resultado útil en el pasado. -Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible.

:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON: Diabetes mellitus

ED Patrón del sueño alterado 00198 Dominio: 4 Clase:1	RESULTADO (NOC) EQUILIBRIO	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>Definición: Despertares de tiempo limitado debido a factores externos.</p> <p>E R/C: Perturbaciones ambientales</p> <p>S M/P: -Dificultad para iniciar el sueño -Expresa cansancio -Expresa insatisfacción con el sueño.</p>	<p>Dominio: V Clase: V sintomatología 2119</p>	<p>211901 Dificultad para conciliar el sueño.</p> <p>211904 sueño no reparado</p>	<p>Grave:1 Sustancial:2 Moderado:3 Leve:4 Ninguno:5</p>	<p>Mantener a 4 Aumentar a 5</p>

<p>CAMPO: Dominio:4</p> <p>CLASE: Manejo de riesgo(V)</p> <p>CÓDIGO: 6610</p>	<p>CAMPO: Dominio:3</p> <p>CLASE: Ayuda para el afrontamiento(R)</p> <p>CÓDIGO: 5395</p>
<p>INTERVENCIÓN: Identificación de riesgo</p>	<p>INTERVENCIÓN: Mejora de la autoeficacia</p>
<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Revisar los datos derivados de las medidas rutinarias de evaluación de riesgo. -Identificar los recursos del centro para ayudar a disminuir los factores de riesgo. -Fijar objetivos mutuos, si procede. 	<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Explorar la percepción del individuo de su capacidad de desarrollar la conducta deseada. -Identificar la percepción del individuo de los riesgos de no ejecutar la conducta deseada. -Ayudar al individuo a comprometerse con un plan de acción para cambiar la conducta. -

:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON: Diabetes mellitus

<p>ED Discomfort 00214 Dominio:12 Clase:2</p>	<p>RESULTADO (NOC)</p>	<p>INDICADOR</p>	<p>ESCALA DE MEDICIÓN</p>	<p>PUNTUACIÓN DIANA</p>
<p>Definición: Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones físicas, psicoespiritual, ambiental, cultural y social.</p> <p>E R/C: control inadecuado de la situación</p> <p>S M/P: -Dificultad para relajarse -Expresa discomfort.</p>	<p>Dominio: 5 Clase: Salud y situación vital percibida(U)2008</p>	<p>-200811 Cuidados congruentes con las necesidades.</p>	<p>Gravemente comprometido:1 Sustancialmente comprometido:2 Moderadamente comprometido:3 Levemente comprometido:4 No comprometido:5</p>	<p>Mantener a 3 Aumentar a 5</p>

<p>CAMPO: Dominio:4</p> <p>CLASE: (V)Control de riesgo</p> <p>CÓDIGO: 6486</p>	<p>CAMPO: Dominio: 1</p> <p>CLASE: (E) Fomento de la comodidad física</p> <p>CÓDIGO: 6482</p>
<p>INTERVENCIÓN: Manejo ambiental: seguridad</p>	<p>INTERVENCIÓN: Manejo ambiental: confort.</p>
<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identificar las necesidades de seguridad del paciente según el nivel físico, la función cognitiva y el historial de conducta. -Ayudar al paciente a construir un ambiente más seguro -Identificar los riesgos de seguridad en el ambiente (físico, biológico y químico). 	<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Crear un ambiente tranquilo y de apoyo -Proporcionar un ambiente limpio y seguro -Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.

:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON: Diabetes mellitus

<p>ED Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades 00002 Dominio: 2 Clase: 1</p>	<p>RESULTADO (NOC)</p>	<p>INDICADOR</p>	<p>ESCALA DE MEDICIÓN</p>	<p>PUNTUACIÓN DIANA</p>
<p>Definición ED: Ingesta insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas. E R/C: Conocimiento inadecuado sobre los requerimientos nutricionales. S M/P: -Ingesta de alimentos inferior a las cantidades diarias recomendadas (RDA) -Pérdida de peso con una ingesta nutricional adecuada -Letargo</p>	<p>Dominio:2 Clase: (K) Digestión y nutrición-1004</p>	<p>100402Ingesta de alimentos</p>	<p>Desviación grave del rango normal: 1 Desviación sustancial del rango normal: 2 Desviación moderada del rango normal: 3 Desviación leve del rango anormal: 4 Sin desviación del rango normal: 5</p>	<p>Mantener a 3 Aumentar a 5</p>

<p>CAMPO: Dominio:1</p> <p>CLASE: (D) Apoyo nutricional</p> <p>CÓDIGO: 1030</p>	<p>CAMPO: Dominio: 1</p> <p>CLASE: (D) Apoyo nutricional</p> <p>CÓDIGO: 1160</p>
<p>INTERVENCIÓN: Manejo de los trastornos de la alimentación.</p>	<p>INTERVENCIÓN: Monitorización nutricional</p>
<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Enseñar y reforzar los conceptos de buena nutrición, según sea necesario -Monitorizar la ingesta y eliminación de líquidos, según corresponda -Establecer expectativas sobre conductas adecuadas (ingesta de comida y líquido, cantidad de actividad física) - 	<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pesar al paciente -Monitorizar la ingesta calórica y dietética -Determinar los patrones de comida (gustos y aversiones alimentarias, consumo excesivo de comida rápida, comidas no realizadas, comer de prisa, interacción) -Monitorizar el estado mental (confusión, depresión y ansiedad) -Iniciar el tratamiento o derivar al paciente, según proceda.

CONCLUSION

En conclusión, la diabetes mellitus es una enfermedad crónica que afecta la forma en que el cuerpo utiliza la glucosa, un tipo de azúcar, y puede causar graves complicaciones a largo plazo si no se controla adecuadamente. Requiere un manejo cuidadoso y multidisciplinario. La detección temprana y el tratamiento adecuado son fundamentales para prevenir complicaciones graves y mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes. Algunos puntos clave para un manejo adecuado son: monitoreo regular, una dieta saludable y variada, actividad física regular, Seguir el tratamiento como debe de ser y un factor importante sería el apoyo emocional de la familia para poder sobre llevar esta enfermedad. La diabetes puede llevar a daño en órganos como riñones, ojos, corazón y nervios, aumentando el riesgo de infartos, derrames cerebrales, insuficiencia renal y pérdida de visión.

El trabajo realizado se hizo con el fin de conocer el tema más afondo y saber cómo llevar el tratamiento y la rutina de un paciente diabético, tomando en cuenta los patrones alterados que el paciente tiene pudimos conocer un poco más en donde necesita ayuda para sobre llevar la enfermedad.

GLOSARIO

Aterosclerosis:

Enfermedad en la que se acumula placa en las paredes de las arterias, lo que puede causar la estenosis o bloqueo de las arterias.

Colesterol:

Lípido que se encuentra en la sangre y es necesario para la producción de hormonas y la absorción de vitaminas.

Diagnostico:

Proceso de evaluación y análisis para determinar la presencia y la naturaleza de una enfermedad o condición.

Diabetes:

Grupo de enfermedad que tiene como resultado un exceso de azúcar en la sangre (glucosa sanguínea elevada).

Glucosa:

Azúcar simple que se encuentra en la sangre y es la principal fuente de energía para las células.

Glucemia:

Nivel de glucosa en la sangre

Hiperglucemia:

Nivel de glucosa en la sangre demasiado alto.

Metformina:

Medicamento oral que se utiliza para tratar la diabetes tipo 2, ya que ayuda a reducir la producción de glucosa en el hígado y a aumentar la sensibilidad a la insulina.

Letargo:

Estado de somnolencia profunda y prolongada, acompañado de falta de energía y alerta mental.

Presión arterial:

Fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes de los vasos sanguíneos.

Síntomas:

Señales o manifestaciones de una enfermedad o condición.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

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