

85



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**MANUAL DE PLANES DE ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA
PARA EL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE DIABÉTICO EN EL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1 GABRIEL MANCERA**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA
ENFRA. GUADALUPE NÚÑEZ SANCHEZ
No. Cta. 94052420

DIRECTOR DE TRABAJO

M. del Carmen Susano Caballero
LIC.ENF. MA. DEL CARMEN SUSANO CABALLERO



Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicios Clínicos

México. Junio, 2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios:

Por darme la oportunidad de vivir.

Por darme la oportunidad de concluir una etapa más en mi vida.

Por darme la oportunidad de tener a mi lado a mis padres.

Guillermo Núñez Gutiérrez y Ma. Elena Sánchez Vázquez.

A quienes admiro y respeto profundamente:

Por su comprensión.

Por sus enseñanzas.

Por su cariño incondicional.

Por sus cuidados.

Por su paciencia.

Por su amor.

Por estar a mi lado en todo momento.

Por sus ejemplos.

Por los valores que me enseñaron.

Por ser mis Padres.

**AGRADEZCO A TODOS LOS QUE HAN ESTADO CONMIGO APOYÁNDOME
Y ALIENTANDOME EN MI VIDA PROFESIONAL.**

Ma. Elena Núñez Sánchez

Por el ejemplo de gran fortaleza, su dedicación a todo lo que hace, sus cuidados y su cariño.

Guillermo Núñez Sánchez

Por su nobleza, su inteligencia y por ser tan cariñoso.

Fernando Vega y Lourdes Ramírez

Por su apoyo incondicional.

Deniss y Scarlett

Por su forma de ver la vida y por que son el futuro.

Familia Sánchez Martínez

Por su apoyo y cariño que siempre me han demostrado.

Familia López

Por su ejemplo de superación.

Marco Antonio Segura Santos

Por su amor, su paciencia y por estar siempre a mi lado.

A Mama Iní

Que siempre esta en mi pensamiento y en mi corazón.

Lic. Enf. Ma. Del Carmen Susano Caballero.
Por su confianza y asesoria brindada.

Enf. Martha Espinoza de los Monteros
Por su apoyo en todo momento para realizar el presente trabajo.

Muy en especial

Este trabajo quiero dedicarlo a los pacientes diabéticos, esperando lograr una enseñanza para que puedan vivir mejor, ya que entre más sepan sobre como autocuidarse podrán tener una mejor forma de vida y menores complicaciones.

Principalmente en quien me inspire y cada que cada que quería desistir me acordaba de el....Mi Padre.

CONTENIDO

Página

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

1.	ANTECEDENTES HISTORICOS.....	1
2.	DIRECTORIO.....	4
3.	MISIÓN.....	5
4.	VISION.....	6
5.	BASE LEGAL.....	7
6.	POLÍTICAS.....	8
7.	DECALOGO DE ENFERMERÍA.....	9
8.	ORGANIGRAMA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA.....	10
9.	GENERALIDADES DE LA DIABETES.....	11
10.	PLANES DE ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA.....	13
11.	ANEXOS.....	33
12.	BIBLIOGRAFÍA.....	49

INTRODUCCIÓN

El interés de la diabetes mellitus como un problema de salud pública esta aumentando en Latinoamérica. Compuesta por 21 países con casi 500 millones de habitantes, se estima que alrededor de 15 millones sufren diabetes y la cifra ascenderá a 20 millones en los próximos 10 años, mucho más de lo esperado por el simple incremento poblacional. El desafío para los sistemas de salud en el próximo siglo se centrará en fomentar la educación de prevención y control en el paciente diabético.¹

Con el impulso dado por la Declaración de las Américas (DOTA), varios países están desarrollando programas nacionales de diabetes. La declaración fue elaborada por personas de toda América involucradas en la atención del diabético y respaldada por organismos como la Federación Internacional de Diabetes, la Oficina Panamericana de la Salud y la industria farmacéutica.

La diabetes Mellitus constituye una de las principales causas de morbilidad en México. Constituye la causa más importante de amputación de miembros inferiores de origen no traumático, así como de otras complicaciones como retinopatía e insuficiencia renal.

El 35% de los pacientes con diabetes tipo 1, desarrolla insuficiencia renal terminal, después de 15 a 20 años de diagnóstico y, el 15% de los pacientes con diabetes tipo 2, después de 5 a 10 años. Según la Organización Mundial de la Salud, durante el presente año, la población mexicana con diabetes sufrirá algún tipo de complicación macro o micro vascular: el 10% enfermedad coronaria y el 45% retinopatía diabética.²

La prevalencia de diabetes en la población mexicana entre 20 y 69 años, es de 8.2%, y cerca del 30% de los afectados ignora que la tiene. La padecen mas del 10% de todos los mexicanos, es decir en nuestro país existen más de cuatro millones de personas enfermas, y sólo entre el 25 y 40% logran un control metabólico de la enfermedad.

Destaca la prevalencia (5%) de Diabetes Mellitus no insulino dependiente en individuos hasta cierto punto jóvenes (35-40 años). La diabetes insulino dependiente es mucho menos común y constituye en México alrededor del 1 a 2% de todos los casos de diabetes.³

¹ Asociación Mexicana de diabetes en la Ciudad de México A.C.

² Internet: www.hechos.tvazteca.com

³ Lerman G, Israel, "ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE DIABÉTICO, Ed. Mac Graw-Hill, Interamericana, 2da. Edición, México, 1998, pp 3

En el Hospital General de Zona No. 1 Gabriel Mancera del Instituto Mexicano del Seguro Social, hay un 27.63%% de ingresos hospitalarios de pacientes diabéticos (anexo 1), en el servicio de Medicina Interna, es decir es la primer causa de ingresos en este servicio, así como también hay una alto porcentaje de defunciones por complicaciones de la diabetes (anexo 2).

Es menester, que la atención que Enfermería brinda al paciente diabético sea un cuidado integral de calidad, con un enfoque holístico y oportuno durante su estancia hospitalaria (anexo 3), para controlar su enfermedad y evitar o retardar complicaciones.

El manual contiene aspectos relevantes del Hospital General Regional No. 1 Gabriel Mancera, posteriormente se encuentran las bases legales que sustentan la realización del manual.

Como preámbulo a los planes de atención integral de enfermería del paciente diabético, se mencionan generalidades de la diabetes, posteriormente se desarrollan los planes de cuidados, estos abordan el tratamiento integral para el autocuidado del paciente diabético.

Por lo tanto, con el afán de contribuir a la superación y preparación del personal de enfermería se elabora el presente "Manual de planes de atención integral de enfermería para el autocuidado del paciente diabético", el cual contienen elementos técnico-prácticos, acorde a los avances científicos y con la realidad operativa para la educación del paciente diabético.

OBJETIVOS

Fomentar el autocuidado del usuario diabético, con la participación de la familia a través de la orientación del personal de Enfermería, durante su estancia hospitalaria en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de Zona No.1 Gabriel Mancera.

Optimizar la atención de Enfermería, a través de la identificación de la respuesta humana del usuario diabético, durante el ejercicio profesional de la Enfermera, para disminuir el riesgo de complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente del servicio de Medicina Interna.

Proporcionar un cuidado integral al usuario diabético, a través de la consulta del manual, para unificar criterios, evitar improvisación y duplicidad de funciones del personal de Enfermería, durante la estancia del paciente en el servicio de Medicina Interna.

1 ANTECEDENTES HISTORICOS

El Hospital Gabriel Mancera fue inaugurado el día 10 de Mayo de 1948, por el entonces Presidente de la Republica Lic. Miguel Alemán Valdéz, fungiendo como Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social el Dr. Antonio Díaz Lombardo, como Director de la unidad el Dr. Alfonso Díaz Infante y como Jefe de Enfermeras la Enfra. Carmen Márquez Basurto.

Inicia labores como hospital de maternidad (del cual derivaba su nombre: "Hospital La Maternidad No. 1), con 298 camas de hospitalización y 7 de labor, sin que existiera una división de servicios. Poco después, la demanda de servicio se incrementa, obligando a las autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social a efectuar una ampliación de la unidad. Se anexan los pisos 2°, 3° y 4° norte, lo que permite un aumento de 311 camas de hospitalización y 37 camas de labor. Esta última obra es inaugurada en Mayo de 1955, siendo Director de la Unidad el Dr. Roberto Curiel Cueto, y Jefe de Enfermeras la Enfra. Carmen Márquez Basurto.

En 1959, se inicia la construcción de la unidad Tocoquirúrgica. Para el 26 de Julio de 1960 es inaugurada por el Presidente de la Republica Lic. Adolfo López Mateos; siendo Director de la unidad el Dr. Carlos Alexanderson Calderón, y aun Jefe de Enfermeras, la Enfra Carmen Márquez Basurto. Esta nueva unidad queda comunicada con el Hospital, e integrada por 4 quirófanos, 10 camas de expulsión, 36 camas de labor, 1 sala de recuperación, 1 banco de sangre, 2 servicios de admisión de pacientes, 1 C.E.Y.E. y una unidad de prematuros con 56 incubadoras.

Días después de inaugurada comenzaron las obras de remodelación de la maternidad, las cuales se inauguraron el 9 de Mayo de 1962, cambiando el título de Maternidad No.1, por el de Hospital de Gineco-Obstetricia No.1.

Se crearon otras secciones en el hospital, integrándose los siguientes servicios: Ginecología y Obstetricia, anatomía patológica con laboratorio, departamento de autopsias, sección de citología y microscopias, endocrinología, farmacología, radiodiagnóstico, fotografía y dibujo clínico.

Se cambió la fachada, el vestibulo, la sala de juntas se anexó a la zona de gobierno, la ropería, la cocina, el comedor y las oficinas del personal de servicios básicos.

Para satisfacer las necesidades de la población en 1971 se inician nuevas obras de remodelación, ampliándose el área de admisión y salas de espera.

El 30 Noviembre de 1978 el Hospital de Gineco-Obstetricia No.1,suspendió sus actividades y fue cerrada hasta 1980, año en el que se iniciaron nuevas remodelaciones, mismas que terminaron en 1981.

El 28 de Octubre de 1980, el Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social aprueba el documento titulado "Niveles de Atención y Unidades Médicas". Para responder a las necesidades de la población y promover la salud, prevenir riesgos y atender daños, se reorganizó el sistema en tres niveles de atención que permitan una mejor coordinación y optimización de los recursos humanos, físicos y técnicos. El 12% de la demanda de población requería atención de segundo nivel, por lo que es necesario reorganizar el hospital y cambia a Hospital General de Zona No.1, proporcionando atención médica de segundo nivel, siendo Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social el Lic. Arsenio Farell Cubillas, fungiendo como Director de la unidad el Dr. Mario Madrazo Navarro y como Jefe de Enfermeras la Enfra. Celia Martín del Campo Álvarez.

Las actividades del Hospital se iniciaron en el mes de Septiembre de 1981, con la recepción del primer paciente, sin embargo fue inaugurado oficialmente como Hospital General de Zona No.1 el 17 de Octubre de 1981, por el presidente Lic. José López Portillo.

En 1985, se crea la Escuela de Enfermería. A raíz del terremoto, el Hospital sufre hundimientos diferenciales y merecen análisis estructurales periódicos, que son factores importantes para su remodelación y modernización.

En 1991, se toma la decisión de construir un nuevo hospital de zona de segundo nivel, con el propósito de hacer múltiples innovaciones en los servicios.

Entre 1994 y 1995, se realiza la construcción del nuevo hospital y remodelación del teatro Julio Prieto.

Durante la remodelación se ubicaron los servicios y el personal en diferentes hospitales:

- Hospitalización en el anexo del hospital de Especialidades del Centro Médico.
- Quirófano, en el anexo del Hospital de Especialidades, Ontología y Pediatría del Centro Médico.
- Consulta Externa, en el estacionamiento del Hospital Gabriel Mancera.
- Pediatría, en el Hospital General de zona No. 26.
- Urgencias, en el Hospital General de zona No.28.

En 1996 se inaugura el Hospital General Regional No.1 Gabriel Mancera, siendo Presidente de la Republica el Dr. Ernesto Zedillo Ponce de León.

El servicio de Medicina Interna se ubica en el quinto y sexto piso, teniendo pacientes hospitalizados de Hematología, Nefrología, Quimioterapia, Clisida. Siendo el Jefe del servicio de Medicina Interna el Dr. Rincón Ávila Miguel y como Jefe del sexto piso la Enfra. Ana Lilia Tavera Nayarit.

Apartir del mes de Julio de 1997, la Dra. Guadalupe Castro Martínez, funge como Jefe del servicio de Medicina Interna, a su llegada la Dra. Castro reorganiza el servicio quedando Hematología y Nefrología en el quinto piso, y en el sexto piso Medicina Interna y Clisida ubicando este último en el cubículo 3 y 4 del lado norte, durante esta reorganización estaba como Jefe de piso la Enfra. Evelia García Escobar. En el año de 1998, se integra al servicio la Enfra. Patricia García Alcantara, por un periodo de 5 meses

El sexto piso se divide en norte y sur, con 42 camas censables, 8 cubículos con seis camas cada uno y 6 cubículos aislados, la plantilla de personal diaria es de 4 médicos Internistas, 1 Supervisora de Enfermería, 2 Jefes de piso, 8 Enfermeras generales y 5 Auxiliares de enfermería, 1 enfermera auxiliar se encarga de la CENDIS, también cuenta con, 1 Asistente médica, 1 Trabajadora Social, 1 Dietista y personal de servicios básicos.

Durante el periodo de 1999-2001 asume la Jefatura de piso la Enfra, Norma Orozco Sánchez y en Agosto del 2000 se integra la Enfra. Irma Cruz Hernández. En Febrero de 2001 se integran las CENDIS del 3ro., 4to. y 5to. piso en la CUD (Central única de distribución) la cual se encuentra en el 5to. piso.

En los meses de Noviembre y Diciembre del 2001 la Enfra. Ma. del Carmen Reyes Avalos, funge provisionalmente como Jefe de piso. Apartir del 16 de Enero de 2002, toman el cargo las Enfermeras Lilia Guevara Carpio y Beatriz Pliego García.

Fuente: Diagnósticos situacionales del Hospital General Regional No.1 Gabriel Mancera

2 DIRECTORIO

Dr. Jorge A. Pérez Castro.
DIRECTOR

Dr. Luis López García.
SUBDIRECTOR MEDICO

Lic. Raúl Pablo Nava Monzón.
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

Dra. Guadalupe Castro Martínez.
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Lic. en Enf. Martha Espinosa de los Monteros.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Enfra. Lilia Guevara Carpio.
Enfra. Beatriz Pliego García.
JEFES DE PISO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

3 MISION

HOSPITAL GENERAL REGIONAL No.1 GABRIEL MANCERA

Proporcionar servicios de atención médica integral con eficiencia, oportunidad, calidad y humanismo para el fomento, prevención y preservación de la salud, a través de la participación activa de sus trabajadores.

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA MEDICINA INTERNA

El personal de Enfermería del servicio de Medicina Interna del Hospital General Regional No. 1 Gabriel Mancera del Instituto Mexicano del Seguro Social, en su servicio de hospitalización, son los responsables de proporcionar cuidado enfermero con oportunidad, eficiencia efectiva, previsible y humanista, para satisfacer las necesidades de salud del usuario, permitiendo su reintegración a su entorno biopsicosocial, a través de los recursos humanos altamente capacitados y comprometidos que contribuyen al desarrollo y satisfacción profesional, apoyados en los recursos tecnológicos y materiales que brinda la institución dentro de su marco normativo.

4 VISION

HOSPITAL GENERAL REGIONAL No.1 GABRIEL MANCERA

Ser el Hospital General Regional de vanguardia, modelo de atención médica, con servicios de calidad, disposición óptima de recursos y mejora continua dirigida a la satisfacción del derechohabiente y del trabajador.

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA MEDICINA INTERNA

El personal de Enfermería del servicio de hospitalización de Medicina Interna del Hospital General Regional No.1 Gabriel Mancera del Instituto Mexicano del Seguro Social para el año del 2005 será el líder en el otorgamiento del cuidado enfermero, al establecer un modelo de atención vanguardista que responde a las necesidades de salud de los usuarios, a través de la profesionalización y excelencia de los equipos de alto rendimiento en Enfermería.

5 BASE LEGAL

- **Código Civil.**
 1. Art. 2615: El que preste servicios profesionales solo es responsable, hacia las personas a quienes sirve, por negligencia, impericia o dolo, sin perjuicio de la penas que merezca en caso de delito.
- **Código Sanitario.**
 1. Art. 3: Fracción I: la promoción de la salud física y mental. Fracción IV: La prevención y control de enfermedades que afecten la salud pública.
- **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.**
 1. Artículo 4: Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.
 2. Artículo 123, Fracción XIII: Las empresas estarán obligadas a proporcionar a sus trabajadores, capacitación o adiestramiento para el trabajo.
- **Ley General de Salud.**
 1. Título primero, artículo 2: El derecho a la protección de la salud, tiene la finalidad de el bienestar físico y mental del hombre, así como la prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana.
 2. Título tercero, artículo 27: Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos, la educación para la salud.
 3. Título séptimo, artículo 110: La promoción de salud tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud.
- **Ley General de planificación:**

Marca que todas las instituciones Públicas contarán con manuales de procedimientos desde los niveles de departamento.
- **Ley del Seguro Social.**
 1. Artículo 2: La Seguridad Social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud y la asistencia médica, para el bienestar individual y colectivo.
 2. Artículo 240: Todas las familias en México tienen derecho a un seguro de salud para sus miembros y para ese efecto, podrán celebrar con el Instituto Mexicano del Seguro Social convenio para el otorgamiento de las prestaciones en especie del seguro de enfermedades.
- **NOM. SSA-015-1994.**

Define la prevención, tratamiento y control de la diabetes.

6 POLITICAS

1. La Jefe de piso, será la responsable, de difundir el presente manual, y verificar que los procedimientos se llevan acabo.
2. El personal de Enfermería deberá recibir, identificar, atender y entregar pacientes con información de diagnóstico, tratamiento, evolución y procedimientos efectuados durante su jornada.
3. El personal de nuevo ingreso será el responsable de consultar los instrumentos administrativos y manuales del servicio.
4. El personal de Enfermería otorgará atención con calidad y humanismo al paciente diabético durante su estancia hospitalaria.
5. El personal de Enfermería se responsabilizará de orientar y educar al paciente diabético sobre su padecimiento.
6. Se proporcionará atención de Enfermería las 24 horas del día, los 365 días del año.
7. El personal de enfermería otorgará atención integral personalizada.
8. El personal de Enfermería será el responsable de respetar y hacer respetar la vida del paciente y sus derechos humanos.
9. El personal de Enfermería aplicará los conocimientos científicos y técnicos en el desempeño de la profesión.
10. El personal de Enfermería proporcionará atención profesional con trato amable, y respetuoso a pacientes, familiares y compañeros de trabajo.

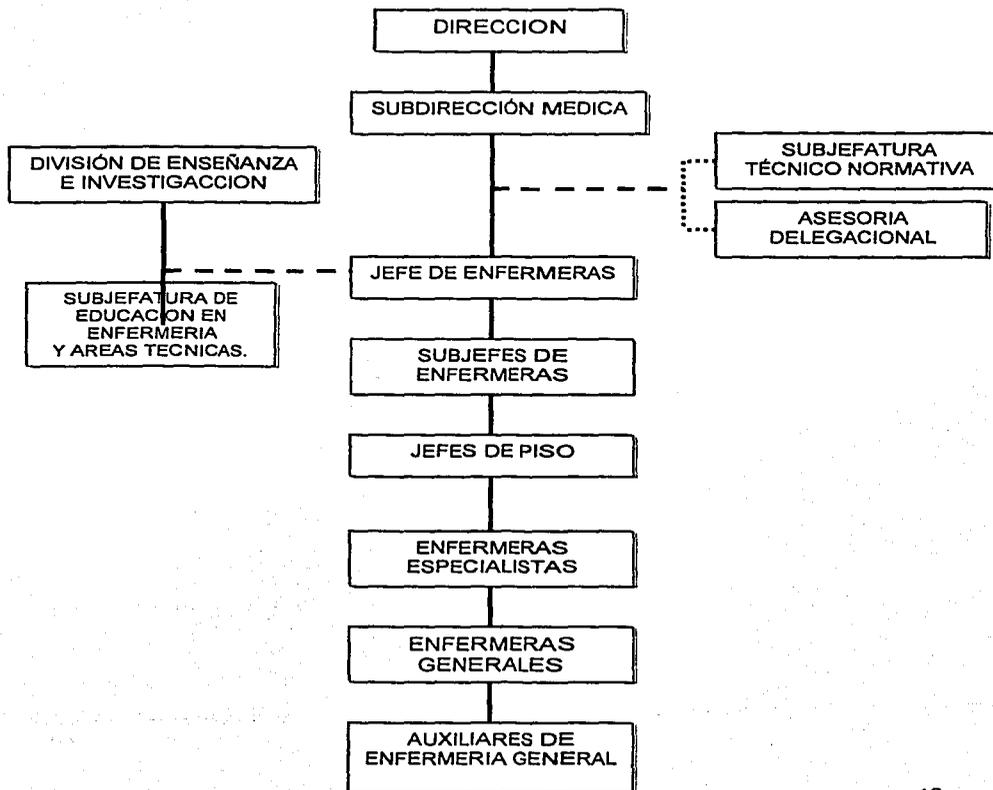
7 DECALOGO DE ENFERMERÍA

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería la compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas a quienes atiende, sin distinción de raza, clase social, creencias religiosas y políticas.
4. Asumir su responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando sus cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgos y daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con sus colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir la responsabilidad de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

8 ORGANIGRAMA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE
HOSPITAL GENERAL REGIONAL #1 GABRIEL MANCERA
ORGANIGRAMA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA



9 GENERALIDADES DE LA DIABETES PARA LA ATENCIÓN ADECUADA DE ENFERMERIA

La digestión de los alimentos, no sólo depende del estómago y el intestino delgado, sino también de la actividad de tres órganos accesorios situados fuera del tubo digestivo, el páncreas, el hígado y vesícula biliar.

El cuerpo posee dos tipos de glándulas endócrinas y exócrinas, las glándulas exócrinas liberan sus secreciones en conductos que las transportan hacia cavidades, la luz de diversos órganos o la superficie corporal en contraste, las glándulas endócrinas liberan sus hormonas en el espacio extracelular que rodea a las células secretoras, y no en conductos, acto seguido la secreción entra en capilares y se transporta por el torrente sanguíneo.

El páncreas es una glándula que consiste en pequeños grupos de células epiteliales glandulares. Casi el 1% de ellas forman la porción endócrina del páncreas, los islotes pancreáticos (islotes de Langerhans) y consiste en tres tipos, las células 1) alfa, que secretan la hormona glucagon, 2) beta, que secretan la hormona de insulina y c) delta, que secretan el factor de inhibición de la hormona del crecimiento o somatostatina. El 99% restante de células, llamadas acinos, son la porción exócrina de la glándula y rodean a los islotes, junto con capilares.

El glucagon, aumenta la glucemia al acelerar la degradación hepática de glucógeno en glucosa (glucogenolisis) y la conversión hepática de otros nutrimentos en glucosa (gluconeogénesis), además de liberar la glucosa de la sangre. La disminución de la glicemia, el ejercicio y las comidas de alto contenido de proteínas estimulan la secreción de glucagon, la somatostatina la inhibe.

La insulina disminuye la glucemia al acelerar el transporte de glucosa a las células, y la conversión de dicha sustancia en glucógeno (glucogénesis) y disminuir la glucogenolisis y gluconeogénesis. Su función principal es facilitar la entrada de la glucosa (azúcar) a las células.

La diabetes Mellitus, es una enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, es un trastorno metabólico caracterizado por carencia de insulina o bien por falta de efectividad de la misma, con grados variables de predisposición hereditarias, caracterizada por hiperglucemia crónica debida a deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo de hidratos de carbono, proteínas y grasas.

Según la A.D.A. (American Diabetes Association), se considera Diabetes Mellitus si en dos ocasiones se presenta niveles de glucosa >126 mg/dl o 1 ocasión >200 mg/dl. La Norma Oficial Mexicana Nom 015 SSA1994, la diabetes se clasifica en:

- 1. Diabetes tipo 1**, donde hay destrucción de células beta, generalmente con deficiencia absoluta de insulina.
- 2. Diabetes tipo 2**, donde hay capacidad residual de secreción de insulina, pero sus niveles no superan la resistencia concomitante, insuficiencia relativa de secreción de insulina, o coexisten ambas posibilidades y aparece la hiperglucemia.
- 3. Otros tipos específicos**, como defectos genéticos de las células beta, defectos genéticos en la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exócrino, endocrinopatías, diabetes inducida químicamente o por drogas, infecciones y síndromes genéticos como Dawn.
- 4. Diabetes gestacional**, se presenta por primera vez durante el embarazo.

Los síntomas característicos son:

- Poliuria (mucho orina).
- Polidipsia (mucho sed).
- Polifagia (mucho hambre).
- Cansancio y fatiga.
- Pérdida de peso.
- Piel seca y boca reseca.
- Visión borrosa

El tratamiento integral de la diabetes es:

1. Dieta.
2. Ejercicio.
3. Medicamentos.
4. Educación.

Las complicaciones agudas son:

1. Hipoglucemia, menos de 70mg/dl.
2. Hiperglucemia.

Las complicaciones crónicas, aparecen cuando se ha tenido la glucosa alta por largo tiempo (años) y son:

1. Retinopatía diabética: es el daño a los pequeños vasos sanguíneos de la retina.
2. Nefropatía diabética: Los riñones pierden su capacidad de filtrar adecuadamente.
3. Neuropatía diabética: Daño a la conducción nerviosa, principalmente en las extremidades (pies y manos), sistema digestivo y función sexual (disfunción eréctil).
4. Complicaciones cardiovasculares: aumento en la frecuencia de arteriosclerosis, infarto y derrame cerebral.

**PLANES DE ATENCIÓN
INTEGRAL DE
ENFERMERÍA PARA EL
AUTOCUIDADO DEL
PACIENTE DIABÉTICO**

PLAN DE CUIDADOS 1

DIAGNOSTICO

Interrupción de los procesos familiares, relacionado con el cambio del estado de salud, de un miembro de la familia, manifestado por cambios en los patrones familiares.

PROBLEMA REAL	NECESIDADES	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	PRINCIPIO CIENTIFICO	EVALUACION
<p>Ansiedad, negación y temor del usuario y los familiares ante el recién diagnóstico.</p> <p>Desorientación sobre el efecto de los medicamentos, para el control de la glucosa en el domicilio.</p>	<p>Disminuir la ansiedad y el temor, para asimilar la información, sobre la diabetes y su cuidado.</p>	<p>Involucrar a la familia, en las actividades de control del usuario.</p> <p>Optimizar la capacidad del usuario y la familia para mantener un control de su enfermedad.</p>	<p>1. Solicitar a la familia apoyo específico para el tratamiento.</p> <p>2. Educar a la familia sobre su participación en el cuidado dependiente e independiente del usuario.</p> <p>3. Explicarles la importancia de la expresión de los sentimientos.</p>	<p>1. El apoyo de la familia es un importante factor que contribuye a que el usuario acepte su enfermedad.</p> <p>2. El tratamiento domiciliario, requiere de la capacidad y el conocimiento, de la enfermera, usuario y familia, para organizar las actividades del cuidado dependiente e independiente.</p> <p>3. Al igual que con el diagnóstico de cualquier enfermedad crónica-degenerativa, los usuarios que descubren que tienen diabetes, pueden experimentar indignación, dolor y otras emociones, como parte de una respuesta normal. La expresión de los sentimientos es un prelude necesario para la aceptación de la enfermedad y el tratamiento activo y responsable.</p>	<p>La familia del usuario tratara de integrarse en las actividades educativas, para el control en su domicilio.</p>

PROBLEMA REAL	NECESIDADES	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	PRINCIPIO CIENTIFICO	EVALUACION
<p>PROBLEMA POTENCIAL</p> <p>Descompensación al no aceptar, ni llevar el tratamiento.</p>		<p>Fomentar la expresión de los sentimientos de la familia hacia el usuario.</p> <p>Valorar los recursos del usuario, incluyendo las capacidades económicas y el sistema de apoyo familiar.</p>	<p>4. Explicar la importancia de la familia en el tratamiento del usuario.</p> <p>5. Ayudar al usuario a reducir su ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tranquilizarlo y proporcionarle confort. • Permanecer junto al usuario cuando tenga ansiedad. • Trasmitir una sensación de comprensión y empatía. <p>6. Proporcionar información actualizada, exacta sobre la diabetes y medidas de cuidado personal así como las posibles complicaciones crónicas (anexo 4).</p> <p>7. Informar al usuario sobre grupos de apoyo.</p>	<p>4. En el tratamiento y manejo de la diabetes, se necesita tener alicientes, algo que los motive a seguir adelante. Por ello, la familia constituye el principal apoyo para tener un tratamiento integral de la diabetes.</p> <p>5. El usuario preocupado tiene una menor capacidad de percepción. Es posible que el usuario note síntomas debido a la tensión muscular. La ansiedad tiende a autoalimentarse atrapando al usuario en una espiral cada vez mayor de tensión, dolor emocional y físico.</p> <p>6. Algunos temores se basan en una información poco exacta, pudiendo mitigarse, proporcionando una información real y exacta.</p> <p>7. En el hospital existe la Clínica del Paciente diabético o acudir a asociaciones, como la Federación Mexicana de Diabetes.</p>	<p>Comprenderán que la familia constituye la base de toda comunidad, por lo tanto es también la base para poder enfrentar una nueva forma de vida.</p> <p>Ellos son y serán la parte fundamental del tratamiento.</p> <p>El usuario y sus familiares, trataran de tener la capacidad de expresar sus sentimientos.</p> <p>Identificarán causas de ansiedad.</p>

PROBLEMA REAL	NECESIDADES	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	PRINCIPIO CIENTIFICO	EVALUACION
			<p>8. Determinar el nivel de conocimiento del usuario.</p> <p>9. Enseñarle los métodos domiciliarios para la toma de glucosa. Explicar la necesidad y la importancia de tener registro del nivel de glucosa.</p> <p>10. Explicarle que existen varios productos en el mercado para determinar los niveles de glucosa. Enseñar al usuario como se toma un reactivo del que se maneja en el hospital (Haemo-Glukotest de Roche).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se le recomienda al usuario lave sus manos con agua caliente, antes de la punción. • La sangre se toma de la yema del dedo o del lóbulo de la oreja, dejar caer una gota de sangre sobre el área reactiva, no extender la gota. Después de exactamente un minuto limpiar la sangre con algodón seco. Después de otro minuto comparar los colores. Llevar un registro. 	<p>8. Establecer el nivel de conocimiento, determinara la dirección de la educación.</p> <p>9. El autocontrol del usuario asegura que el régimen prescrito de medicación, dieta y ejercicio esta adecuado a sus necesidades. El control de glucosa diario, alertan al usuario sobre las alteraciones y le ayudan prevenir complicaciones.</p> <p>10. La toma del reactivo permite la rápida determinación semicuantitativa de glucosa. Es importante para poder realizar ajustes a la dieta, ejercicio o medicamentos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El agua caliente aumenta el flujo de sangre del dedo. 	<p>Observar las demostraciones del usuario para detectar la precisión de la prueba, interpretación de los resultados y registros.</p>

PLAN DE CUIDADOS 2

DIAGNOSTICO:

Intolerancia a la actividad, relacionada con mal control de la glucosa, manifestado por fatiga y debilidad.

PROBLEMA REAL	NECESIDADES	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	PRINCIPIO CIENTIFICO	EVALUACION
<p>Debilidad gradual o súbita y fatiga.</p> <p>Antecedentes de falta de ejercicio.</p> <p>PROBLEMA POTENCIAL</p> <p>Obesidad</p> <p>Complicaciones cardiovasculares.</p>	<p>Fomentar en el usuario una actividad física, que le ayude a combatir su debilidad y fatiga.</p>	<p>Enseñar al usuario, la importancia del ejercicio en el control de la diabetes.</p>	<p>Explicar la importancia de hacer ejercicio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mejora el control de la glucosa. 2. Favorece la pérdida de peso. 3. Disminuye el riesgo de enfermedades cardiovasculares. 4. Tiene efectos psicológicos positivos y aumenta la autoestima. 5. Se deben evitar deportes como: alpinismo, pesca submarina y boxeo. Es recomendable que el usuario valore la glucosa antes de realizar ejercicio extenuante. 	<p>El ejercicio es fundamental en el tratamiento de la diabetes.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El ejercicio provoca un descenso de glucosa en sangre, al ser utilizada por el músculo como fuente de energía. 2. En el trabajo muscular también se consumen grasas, y ayudamos a combatir la obesidad. 3. Con la actividad física disminuye el colesterol y otras grasas y se previene las enfermedades cardiovasculares. 4. Produce una sensación de bienestar psicofísica. 5. Por el peligro de hipoglucemia, pérdida de conciencia, riesgo de traumatismo y excesiva tensión emocional. 	<p>El usuario tratará de expresar la necesidad de un cambio en su estilo de vida.</p> <p>El usuario intentará seguir y realizar una rutina de ejercicio.</p>

PROBLEMA REAL	NECESIDADES	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	PRINCIPIO CIENTIFICO	EVALUACION
			<p>6. Se le debe recomendar al usuario realizar ejercicio de la siguiente forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animarlo para que tome una ración de carbohidratos antes de ejercitarse para evitar la hipoglucemia. • Ajustar la dieta cuando se hace ejercicio. (anexo 5). • Recomendarle que inyecte la insulina en un sitio abdominal en los días en que realice ejercicios de manos y piernas. • El ejercicio físico debe ser regular (todos los días , a la misma hora, con la misma intensidad y duración). • Se evitará la coincidencia de la máxima acción de la medicación . Un buen momento es después de las comidas . 	<p>6. En las personas con diabetes controlada el ejercicio está indicado por que disminuye la glucemia y disminuye la necesidad de insulina e hipoglucemiantes orales .</p> <p>En el caso de personas con la diabetes descompensada (+ de 300 mg/dl y /o la presencia de acetona en la orina) , está desaconsejado porque se incrementa la descompensación.</p> <p>El ejercicio es un elemento básico para el tratamiento de la diabetes.</p> <p>El ejercicio disminuye los valores del colesterol, reduce la presión arterial , ayuda al organismo a quemar el exceso de azúcar, favorece la pérdida de peso y mejora la circulación.</p>	

PROBLEMA REAL	NECESIDADES	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	PRINCIPIO CIENTIFICO	EVALUACION
			<ul style="list-style-type: none"> • Debe de hacerse de acorde con la edad , condición física y estado de salud de la persona . • Después de los 40 años antes de realizar ejercicio físico es recomendable realizarse un examen general y del sistema cardiocirculatorio. <p>Se debe evitar el ejercicio en caso de: Lesiones de los grandes y pequeños vasos, de los nervios, lesiones renales o de la retina avanzadas.</p>		

PLAN DE CUIDADOS 3

DIAGNOSTICO:

Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso, relacionado con la alteración del metabolismo, manifestado por aumento de hambre.

PROBLEMA REAL	NECESIDADES	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	PRINCIPIO CIENTIFICO	EVALUACION
<p>Mucha hambre. (polifagia). Mucha sed. (polidipsia) Disminución de peso.</p> <p>PROBLEMA POTENCIAL</p> <p>Problemas renales. Infartos. Descompensación.</p>	<p>Mantener un peso proporcional a la estatura.</p>	<p>Que el usuario y su familia, comprendan, que la dieta es un pilar fundamental del tratamiento de la diabetes.</p>	<p>1. Explicar al usuario la importancia de un plan de alimentación, para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener los niveles de glucosa cercanos a lo normal. • Controlar la presión arterial. <p>• Lograr y mantener los triglicéridos a menos de 200 mg/dl.</p> <p>• Prevenir las complicaciones agudas y crónicas.</p>	<p>1. Un plan de alimentación adecuado previene la aparición de obesidad, dislipidemia, intolerancia a la glucosa, hipertensión arterial, y cardiopatías.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los niveles ideales son de 115 mg/dl. • Niveles altos, se asocian frecuentemente con diabetes y problemas de corazón, arterias, riñón y vista. • El aumento de triglicéridos, favorecen problemas de corazón y arterias. • El llevar una dieta adecuada ayuda a prevenir un aumento o disminución de la glucosa, así como problemas renales, de visión, diarreas e infartos. 	<p>El usuario tendrá la capacidad para comprender y seguir un régimen dietético.</p> <p>El usuario entenderá la importancia de tener un control de peso.</p>

PROBLEMA REAL	NECESIDADES	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	PRINCIPIO CIENTIFICO	EVALUACION
			<p>2. Explicar al usuario la importancia de llevar una dieta, no importa el tipo de diabetes que tenga.</p> <p>3. El número de comidas recomendado es 6: Tres comidas principales (desayuno , comida y cena) y otras tres intermedias, media mañana , merienda y antes de acostarse).</p> <p>4. Se recomienda los alimentos ricos en fibra, es decir los productos integrales.</p> <p>5. No se deben consumir bebidas alcohólicas.</p> <p>6. No se debe consumir bebidas refrescantes.</p> <p>7. Evitar el consumo de alcohol.</p>	<p>2. En la tipo 1, la dieta ayuda a controlar el nivel de glucosa en sangre, junto con la insulina. En la tipo 2, puede disminuir la dosis de hipoglucemiantes y lograr un control sin medicamentos.</p> <p>3. Esto evitara las variaciones bruscas de azúcar.</p> <p>4. Ya que ayudan a disminuir , las oscilaciones de azúcar.</p> <p>5. Las bebidas alcohólicas, aportan calorías y pueden desequilibrar la dieta.</p> <p>6. Las bebidas refrescantes contienen un alto contenido en azúcar.</p> <p>7. El alcohol es un inhibidor potente de la glucogénesis, por tanto las bebidas etílicas, sin alimentos o ingesta de carbohidratos pueden provocar hipoglucemia.</p>	

PROBLEMA REAL	NECESIDADES	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	PRINCIPIO CIENTIFICO	EVALUACION
			<p>8. Se debe recomendar una dieta balanceada (anexo 6), las pautas actuales de nutrición son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calorías: Suficientes para lograr y conservar un peso razonable. • Proteínas: Del 10-20% del total de calorías diarias debe provenir de proteínas. Las proteínas deben ser adecuadas para garantizar la conservación de los depósitos de proteínas del cuerpo. • Grasas: Menos del 30% de las calorías debe ser de grasa, de las cuales, menos del 10% debe ser grasas saturadas. El colesterol debe ser de 300mg/día, o menos. • Carbohidratos: Deben ser 50-60% del total de calorías. • Fibra: De 20-35 g/día. <p>9. Explicar como la obesidad influye en la enfermedad.</p>	<p>8. La dieta debe equilibrarse dependiendo de factores como: la edad , el sexo , la actividad física y la existencia o no de sobrepeso . Generalmente suele ser una dieta de 1500 Kcal.</p> <p>Los hidratos de carbono: producen energía. Se encuentran cereales , leguminosas y frutas. La proteínas sirven para formar tejidos, músculos , etc ... Las de origen animal se encuentran en la carne, pescado, huevo y leche. Las de origen vegetal se encuentran en las leguminosas.</p> <p>Las grasas: producen energía, se encuentran en el aceite, mantecas mantequillas, etc. La fibra disminuye la velocidad de absorción de las azúcares.</p> <p>9. El usuario obeso tiene menos receptores insulínicos disponibles. La pérdida de peso recupera el número de receptores insulínicos en las células, aumentando también el nivel de energía y la tolerancia al ejercicio.</p>	

PLAN DE CUIDADOS 4

DIAGNOSTICO:

Deterioro de la integridad cutánea, relacionado con la aplicación de la insulina, manifestado por dolor intenso y enrojecimiento del sitio de punción.

PROBLEMA REAL	NECESIDADES	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	PRINCIPIO CIENTIFICO	EVALUACION
<p>Desorientación , sobre lo que es la insulina y su manejo.</p> <p>Dolor intenso y enrojecimiento , en el sitio de punción de la insulina.</p> <p>PROBLEMA POTENCIAL</p> <p>Lipodistrofia.</p> <p>Cicatrices tisulares.</p> <p>Descompensación, por mal manejo de la insulina.</p>	<p>Manejo adecuado de la insulina.</p> <p>Disminuir el dolor y enrojecimiento, aplicando correctamente la insulina.</p> <p>Aprender la medición de la dosis.</p>	<p>Favorecer el autocuidado.</p>	<p>1. Coordinar la enseñanza del autocuidado del usuario diabético. Enseñar al usuario y a su familia la técnica de inyección subcutánea así como los sitios de aplicación. (anexo 7).</p> <p>Iniciar el registro de la rotación de las zonas para las aplicaciones subcutáneas.</p> <p>2. Orientar al usuario respecto a la insulina, los tipos de insulina, el manejo y la duración del efecto. (anexo 8).</p>	<p>1. La educación del usuario es esencial para el tratamiento de la diabetes a domicilio.</p> <p>Rotando las zonas de aplicación, se minimizan las complicaciones. Las diferentes zonas de aplicación influyen en el tiempo requerido para la absorción, siendo el abdomen el sitio de mayor velocidad, seguido de brazos, glúteos y muslos, la realización de ejercicio, especialmente de la zona inyectada y el masaje posterior, pueden aumentar la velocidad.</p> <p>2. La insulina, es un polipéptido producido y secretado por los islotes de Langerhans, en el páncreas, es una hormona importante en la regulación del metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas.</p>	<p>Observar la técnica de la inyección del usuario.</p> <p>Proporcionando oportunidades para una practica supervisada, se ayudara a asegurar la precisión del tratamiento, verificando que lleve su registro de rotación.</p>

PROBLEMA REAL	NECESIDADES	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	PRINCIPIO CIENTIFICO	EVALUACION
			<p>ULTRACORTA: su presentación es en solución cristalina, se administra via subcutánea, se aplican inmediatamente antes de la comida. Sus ventajas son: Mejor control posprandial. Menor riesgo de hipoglucemia posprandial e hipoglucemia nocturna. Conveniencia para el paciente por su aplicación más cercana a la hora de la ingesta de los alimentos.</p> <p>REGULAR (rápida): su presentación es en solución cristalina, tiene aspecto como agua, es la única que se puede administrar por vía endovenosa, subcutánea o intramuscular.</p> <p>INTERMEDIA (NPH): Su presentación es suspensión, de aspecto turbio-lechoso, se administra subcutáneo nunca intravenoso.</p>	<p>Su absorción en tejido subcutáneo es de 0 a 15 minutos. Su acción inicia a los 10-20 minutos de ser administrada, tiene un pico máximo de 45 minutos aproximadamente y termina su acción en las 2-3 horas después de su aplicación. Se debe de administrar 15 minutos antes de las comidas o inmediatamente después de las mismas.</p> <p>Llega al torrente sanguíneo en menos de 30 minutos después de aplicarse. Alcanza un pico dentro de 2 a 4 horas después de la aplicación, y es efectiva por 6 a 8 horas. se administra entre 30-60 minutos antes de una comida.</p> <p>Alcanza el torrente sanguíneo de 1 a 2 horas después de haber sido inyectada, su pico Se produce 6 a 12 horas más tarde, y es efectiva por alrededor de 18 a 24 horas.</p>	<p>El usuario deberá saber el tipo de insulina que el requerirá, así como el tiempo de acción de esta y la vía de administración.</p>

PROBLEMA REAL	NECESIDADES	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	PRINCIPIO CIENTIFICO	EVALUACION
			<p>PROLONGADA (ultralenta): En nuestro país es disponible comercialmente.</p> <p>3. Explicar sobre el almacenamiento de las insulinas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los frascos que no se utilicen deben refrigerarse. • Evitar temperaturas extremas y no agitarse. • Si el frasco ha sido usado por más de 30 días, es necesario cambiarlo. • Se debe observar el frasco en busca de grumos, congelamiento, precipitación, cambios de coloración o transparencia, que pueden significar pérdida de la potencia. • La insulina en uso debe mantenerse a temperatura ambiente. 	<p>Llega a la sangre en 3 a 4 horas después de la inyección, su pico de acción es de 6 a 12 horas y su duración de acción es de 18 a 24 horas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para prevenir la pérdida de potencia, congelamiento o precipitación. • Aunque tenga fecha de caducidad, después de 30 días a temperatura ambiente disminuye su potencialidad. • El paciente debe relacionar siempre incremento inexplicable en los niveles de glucosa con reducciones en la potencia de la insulina. • Si se aplica muy fría provoca dolor e irritación local. 	

PLAN DE CUIDADOS 5

DIAGNOSTICO

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, relacionado con la humedad, la alteración de la sensibilidad y circulación.

PROBLEMA REAL	NECESIDADES	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	PRINCIPIO CIENTIFICO	EVALUACION
<p>Piel seca, escamosa, con grietas y callosidades.</p> <p>Uñas mal cortadas.</p> <p>Dolor, insensibilidad, u hormigueo en las extremidades</p> <p>PROBLEMA POTENCIAL</p> <p>Infección</p> <p>Amputación</p>	<p>Limpieza, hidratación y lubricación.</p> <p>Limpieza y cuidado de las uñas.</p> <p>Disminuir el dolor.</p> <p>Estabilizar la circulación.</p>	<p>Fomentar en el usuario el autocuidado de los pies para prevenir complicaciones.</p> <p>Favorecer el riego sanguíneo en las extremidades inferiores, para disminuir la insensibilidad y el hormigueo.</p>	<p>1. La enfermera debe revisar diario los pies del paciente. Así como orientar al usuario y a su familia de cómo revisar los pies: la planta de los pies, se puede revisar con ayuda de un espejo, o si el paciente no puede hacerlo, por problemas de la vista, es recomendable que lo ayude un familiar. Lavar los pies con jabón suave y agua tibia, secándolos sin olvidar los espacios entre los dedos. Después de un correcto lavado, se puede dar masaje con un agente absorbible como lanolina y crema humectantes.</p> <p>2. Si los pies presentan callosidades, resequedad o grietas, después de la limpieza de los pies, se aplicara crema hidratante a base de lanolina. No utilice callicidas, ni corte ni manipule los callos u otras lesiones de los pies.</p>	<p>1. Una infección banal en el pie de un diabético puede tener graves consecuencias. Los problemas empiezan por cualquier pequeño traumatismo. Por lo tanto es necesario buscar ampollas, lesiones o supuración.</p> <p>2. La crema hidratante ayudara a la resequedad, y su rápida absorción evitara la maceración ya que esta puede ser una puerta de entrada a las infecciones. Los callos deben ser tratados por un podólogo.</p>	<p>El usuario y la familia entenderán la necesidad de mantener los pies del usuario limpios, bien hidratados y secos.</p> <p>El usuario y la familia tendrán la capacidad para aplicar cuidados cutáneos a los pies.</p>

PROBLEMA REAL	NECESIDADES	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	PRINCIPIO CIENTIFICO	EVALUACION
			<p>3. Enseñar al usuario la importancia de cortar correctamente las uñas de los pies. Una regla muy importante es no cortar las uñas sino limarlas, la lima debe ser de cartón (no metálica). Las uñas deben limarse no más allá del límite de los dedos, y sus bordes han de quedar rectos.</p> <p>4. Educar al usuario sobre el cuidados de los pies (anexo 9), debe saber que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe utilizar siempre zapatos amplios, confortables y bien acojinados. • Son preferibles las medias y calcetines de algodón o lana, de tamaño adecuado y sin costuras, que no estén apretados. El cambio debe ser diario. Nunca caminar descalzo. • Enseñar al usuario a favorecer la circulación sanguínea, elevando los pies. 	<p>3. El utilizar objetos cortantes (tijeras, cortaúñas, cuchillas) puede lesionar la piel y ser el punto de partida de una infección.</p> <p>4. El buen cuidado de los pies puede prevenir y reducir lesiones, logrando disminuir el riesgo de amputación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el usuario utiliza zapatos demasiado holgados le pueden producir rozaduras. • Los calcetines calientes absorben el sudor, evitando los callos y las ampollas. Si son apretados no ayudan a la circulación y al retorno venoso. • Al no favorecer la circulación en los pies, los nervios se vuelven mas sensibles y existe una mayor propensión a las infecciones. 	<p>El usuario deberá realizar un correcto corte de las uñas.</p> <p>El usuario explicara la importancia, del cuidado de los pies para favorecer el riego sanguíneo, y la necesidad del ejercicio.</p>

PROBLEMA REAL	NECESIDADES	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	PRINCIPIO CIENTIFICO	EVALUACION
			<ul style="list-style-type: none"> • Evitar remojar los pies en agua demasiado caliente, No utilizar almohadillas eléctricas o botellas de agua caliente para calentarse los pies. • No fumar. • Hacer ejercicio y caminar diariamente. • Explicar al paciente que el tratamiento en un pie diabético infectado, consiste en controlar la glucosa, tratamiento postural, reposo, miembros elevados, descargar de presión la zona ulcerosa y curaciones. Los signos del pie infectado son: mal olor, enrojecimiento, hinchazón, salida de liquido purulento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los usuarios diabéticos deben saber que al tener alterada la sensibilidad pueden producirse quemaduras. • La nicotina puede provocar vasoconstricción, esto reduce el flujo sanguíneo de los pies. • El usuario debe realizar ejercicio por que estimula la circulación y el metabolismo de los carbohidratos. Ayuda al control de peso y puede prevenir o minimizar las complicaciones circulatorias. • El usuario debe saber la importancia en el tratamiento del pie diabético, para poder evitarlo o evitar la principal complicación que es la amputación. 	<p>El usuario tratara de identificar los signos de infección.</p>

PLAN DE CUIDADOS 6

DIAGNOSTICO:

Manejo inefectivo del régimen terapéutico, relacionado con déficit del conocimiento, manifestado por disminución de la glucosa.

PROBLEMA REAL	NECESIDADES	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	PRINCIPIO CIENTIFICO	EVALUACION
<p>Palidez. Diaforesis. Debilidad. Hambre. Taquicardia. Palpitaciones. Nerviosismo. Cefalea. Hipotermia. Dificultad al hablar. Letargia.</p> <p>PROBLEMA POTENCIAL</p> <p>Inconsciencia. Coma. Crisis convulsivas.</p>	<p>Consumir glucosa para disminuir los signos y síntomas de la hipoglucemia.</p>	<p>Reconocer los factores de riesgo para la hipoglucemia.</p> <p>Que el usuario sea capaz de reconocer los signos y síntomas de la hipoglucemia, para disminuir las complicaciones</p>	<p>1. Enseñar al usuario y a la familia, lo que es la hipoglucemia y sus signos y síntomas.</p> <p>2. Explicar las posibles causas de la hipoglucemia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicación inadecuada de insulina. • Consumo bajo de calorías. • Realización de actividad física intensa. • Consumo de alcohol. 	<p>1. La hipoglucemia es el nivel de glucosa en la sangre menor a 40 mg/dl. La rápida detección de la hipoglucemia, permite una intervención adecuada para impedir reacciones graves, posiblemente mortales.</p> <p>2. INSULINA: dosis mayores, la inyección intramuscular accidental provoca un aumento de hasta el 50% en la velocidad de absorción así como la aplicación subcutánea si existe aumento de la temperatura del sitio donde se aplica.</p> <p>CALORIAS: Prolongación de ayuno, dietas para bajar de peso, infecciones gastrointestinales que pueden provocar vómito y diarrea.</p> <p>ACTIVIDAD FISICA: El aumento de actividad sin modificar su plan de alimentación, produce un desequilibrio entre la ingesta y los requerimientos corporales.</p>	<p>El usuario tratara de identificar sus propios factores de riesgo (alimentación, ejercicio y alcohol.)</p> <p>El usuario se concientizara de la importancia de llevar consigo siempre una ración de glucosa.</p>

PROBLEMA REAL	NECESIDADES	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	PRINCIPIO CIENTIFICO	EVALUACION
			<p>3. Enseñar al paciente medidas encaminadas a impedir la hipoglucemia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llevar una identificación como diabético. • Seguir un plan de alimentación. • Control diario de glucemia, y previo al realizar ejercicio o una actividad enérgica. • Llevar siempre en el bolsillo alguna forma de glucosa. • Planificar la ingesta de alimentos cuando beba alcohol. • Ser conciente de los cambios en las rutinas cotidianas que pueden precipitar. 	<p>ALCOHOL: El consumo se acompaña de inhibición de la glucogénesis y puede causar hipoglucemia en las siguientes 6-24 hrs., y se incrementa con la actividad física, también el alcohol potencializa el efecto hipoglucemiante de sulfonilureas y de la insulina.</p> <p>3. La hipoglucemia es quizá la emergencia más frecuente en los pacientes diabéticos, sobre todo en aquellos de reciente diagnóstico y en los que utilizan insulina para su control.</p>	

PROBLEMA REAL	NECESIDADES	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	PRINCIPIO CIENTIFICO	EVALUACION
			<p>4. Orientar al paciente sobre el tratamiento en caso de hipoglucemia: Si el paciente esta consciente el tratamiento ideal es ingerir glucosa en cantidades equivalentes a 10 O 20 gr de glucosa, en la brevedad posible. (anexo 10). Después de 10 a 15 minutos, tomar reactivos, para monitorizar la glucosa capilar y valorar si los síntomas desaparecieron. Si el paciente esta inconsciente se puede administrar tabletas de glucosa o miel por vía sublingual. También se puede administrar glucagon intramuscular este actúa entre 5 a 10 minutos. En el hospital se debe administrar 25g de glucosa intravenosa en infusión continua en 3-5 minutos (50ml de glucosa al 50%).</p>	<p>Las crisis de hipoglucemia son un riesgo cuando el paciente se encuentra bien controlado y no es fácil evitarlas, pero las posibilidades de lesión neurológica son mínimas y en general no se relacionan con lesiones irreversibles ni graves si se cuenta con el adiestramiento necesario para que el mismo paciente sea capaz de identificarlas y tratarlas de manera oportuna y adecuada.</p>	

PLAN DE CUIDADOS 7

DIAGNOSTICO:

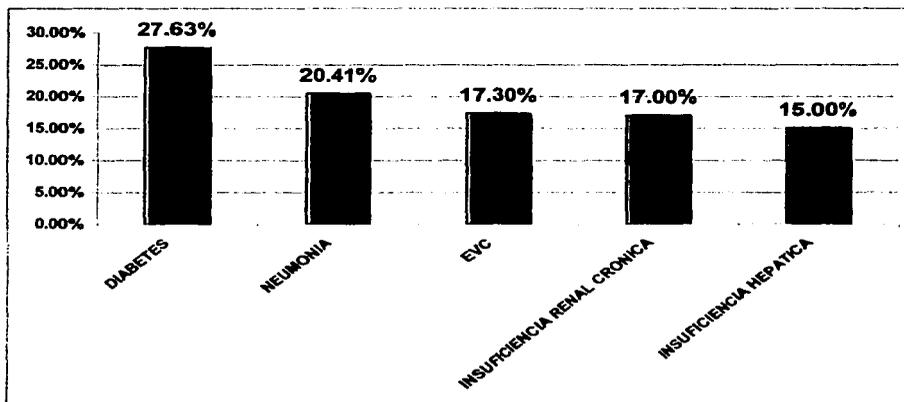
Riesgo de estreñimiento, relacionado con la disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal, manifestado por náuseas y distensión abdominal.

PROBLEMA REAL	NECESIDADES	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	PRINCIPIO CIENTIFICO	EVALUACION
<p>Náuseas Vómito Saciedad temprana. Distensión abdominal. Dolor en epigastro.</p> <p>PROBLEMA POTENCIAL</p> <p>Estreñimiento. Parálisis gástrica (gastroparesia)</p>	<p>Disminuir la distensión abdominal. Evacuar.</p>	<p>Enseñar al usuario la importancia de vigilar signos de estreñimiento.</p> <p>Que el usuario entienda la importancia de la dieta y el ejercicio en el estreñimiento.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar la importancia de mantener la glucemia en rangos normales. 2. Realizar ejercicio regularmente. 3. Enseñarle la importancia de incluir fibra en la dieta. 4. Enseñarle que debe consumir de 30-40g/día de fibra y en que alimentos se encuentra. 5. Tomar un vaso de agua extra después de cada comida y evitar alimentos que producen gases. 6. Si es necesario se aplicará cisaprida y metoclopramida, se evitarán los laxantes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evitar la hiperglucemia, ya que esta interfiere en la contractibilidad intestinal. 2. El ejercicio regular mejora o mantiene la motilidad intestinal. 3. La fibra en el cuerpo humano, no alcanza a degradarse por completo, absorbe agua y proporciona humedad y volumen a las heces, facilita la digestión, produce sensación de saciedad y retarda la velocidad de absorción de nutrientes a la sangre. 4. 2 a 5 g/ración se encuentra en: ensaladas verdes y verduras cocidas, cítricos, frutas crudas, cereales enteros y leguminosas. 5. Los alimentos que producen gases son: brócoli, lechuga, coliflor, calabacitas, etc. 6. Estos medicamentos mejoran la motilidad intestinal. 	<p>El usuario vigilara la presencia de distensión abdominal.</p> <p>El usuario vigilara que evacué normalmente.</p>

11 ANEXOS

ANEXO 1

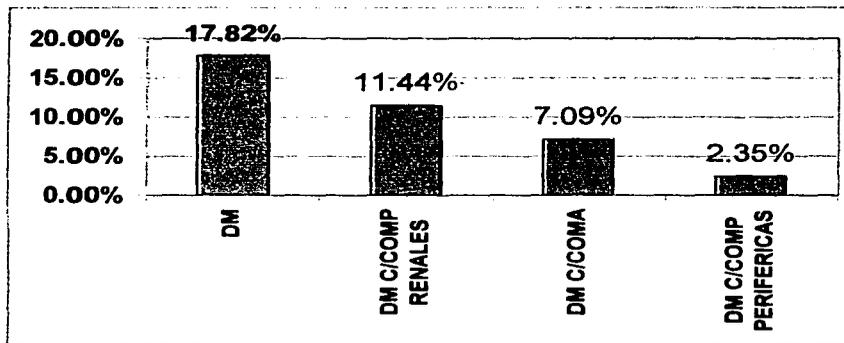
Ingresos Hospitalarios 2001 Servicio Medicina Interna (5 primeras causas)



Fuente: SIMO del Hospital General Regional No.1 Gabriel Mancera.

ANEXO 2

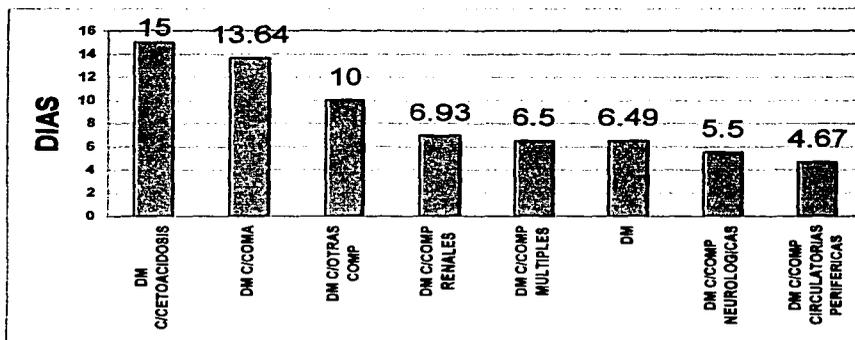
DEFUNCIONES POR DIABETES EN EL 2001
Servicio Medicina Interna



Fuente: SIMO del Hospital General Regional No.1 Gabriel Mancera.

ANEXO 3

PROMEDIO DE DIAS HOSPITALARIOS Servicio Medicina Interna



Fuente: SIMO del Hospital General Regional No.1 Gabriel Mancera.

ANEXO 4

COMPLICACIONES DE LA DIABETES

RETINOPATÍA

GENERALIDADES	CUADRO CLINICO	PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO
<p><u>Incidencia:</u> Tipo 1: 10 años después del diagnóstico 60% de diabéticos tienen algún grado de retinopatía.</p> <p>Tipo 2: alrededor de 20% presenta retinopatía al momento del diagnóstico, que aumenta a 60 a 85% luego de 15 años.</p> <p><u>Definición:</u> Enfermedad crónica y progresiva no inflamatoria de la retina producto de la diabetes. La retinopatía diabética no produce síntomas visuales hasta alcanzarse una fase bastante avanzada.</p> <p><u>Factores de riesgo:</u> hipertensión no controlada, hiperglucemia, duración de la diabetes y enfermedad aterosclerótica de los vasos pequeños.</p> <p><u>Fisiopatología:</u> el proceso patológico diabético causa alteración microvasculares en los ojos, entre otras, engrosamiento de los capilares y lesiones en la membrana basal. La destrucción de capilares daña la microcirculación del ojo y priva de oxígeno al tejido ocular, de modo que rápidamente se desarrolla anoxia tisular.</p>	<p>Casi siempre asintomático en etapas iniciales. Los síntomas se presentan con problemas visuales agudos:</p> <p>Manchas negras, destellos y visión borrosa indicaría hemorragia o desprendimiento de la retina.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios en la visión (vasos rotos). • Visión borrosa (edema macular). • Pérdida súbita de la visión (desprendimientos de la retina) • Cataratas (opacidad del cristalino). 	<p>Control de la hipertensión.</p> <p>Control de la glucemia permite retardar la aparición de la retinopatía.</p> <p>Tratamiento con láser, la reducción de neurovascularización activa con láser reduce el riesgo de hemorragia del vítreo.</p> <p>Durante la fase aguda, antes del tratamiento con láser, los pacientes deben evitar actividades que aumenten la probabilidad de hemorragia del vítreo (levantar peso y realizar ejercicio de alto impacto). Puede realizarse exploración fundoscópica por un oftalmólogo para una inspección completa de la retina.</p>

NEFROPATÍA

GENERALIDADES	CUADRO CLINICO	PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO
<p><u>Incidencia:</u> Tipo 1: con >20 años de diabetes, alrededor de 40% tendrán enfermedad renal. Tipo 2: 5-10 años después del diagnóstico, 5-10% presentan nefropatía.</p> <p><u>Definición:</u> Disminución progresiva de la función renal como resultado de la diabetes; se acompaña de microalbuminuria.</p> <p><u>Causa:</u> desconocida.</p> <p><u>Factores de riesgo:</u> control deficiente de glucemia, duración de la enfermedad, dieta alta en proteínas, hipertensión y factores genéticos.</p> <p><u>Fisiopatología:</u> No se conoce del todo, son múltiples los mecanismos que se identifican. Influyen hiperglucemia, hiperfiltración, aumento de la viscosidad sanguínea, cicatrización, nódulos glomerulares, hipertensión y proteinuria.</p>	<p>Hipertensión. Proteinuria, bacteriuria, cilindros. Recuento leucocitario elevado. Eritrocitos en orina. Fiebre. Dolor en el costado. Escalofríos. Incontinencia de esfuerzo. Nitrógeno ureico y creatina en sangre.</p>	<p>Control de la glucemia, ya que un buen control previene la presencia de nefropatía y deterioro de la función renal.</p> <p>El control de hipertensión retrasa la progresión del daño renal en el diabético., tanto en el paciente con daño renal establecido como en aquel que sólo presenta microalbuminuria.</p> <p>Restringir en la dieta proteínas, sodio y potasio.</p> <p>Control de peso</p> <p>En nefropatía en estado terminal puede requerirse diálisis, hemodiálisis o trasplante.</p> <p>Tratamiento inmediato de infecciones de vías urinarias.</p>

NEUROPATÍA PERIFÉRICA

GENERALIDADES	CUADRO CLINICO	PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO
<p><u>Incidencia:</u> Diabetes tipo 1: Rara vez hay neuropatía en los primeros cinco años y aumenta con los años. Tipo 2: el 12-15% de los pacientes presentan en el momento del diagnóstico y aumenta a un 50% a los 15 años de evolución.</p> <p><u>Definición:</u> es el daño al sistema nervioso como resultado de la diabetes.</p> <p><u>Causa:</u> desconocida</p> <p><u>Factores de riesgo:</u> incluyen control deficiente de la glucemia, duración de la diabetes. Se considera que la hiperglucemia es el principal factor.</p> <p><u>Fisiopatología:</u> la hiperglucemia, la glucosilación y la vía del poliol dañan la capacidad de transporte de los axones nerviosos y provocan la degeneración de la vaina de la mielina protectora. Se engruesa las membranas basales, de modo que se reúnen sustancias químicas cerca de los nervios periféricos y se produce desmielinización.</p>	<p>Dolor</p> <p>Disminución de la sensibilidad</p> <p>Menor respuesta tendinosa profunda (Aquiles, rótula).</p> <p>Menor sensación vibratoria.</p> <p>Úlcera en el pie.</p> <p>Parestesia.</p> <p>Hormigueo.</p> <p>Entumecimiento</p>	<p>Todas las heridas o lesiones de los pies se valoran de inmediato.</p> <p>Elevación del pie afectado.</p> <p>Antibióticos. Control de la glucosa y si está mal controlado, debe corregirse con objeto de evitar que se acentúen los síntomas de neuropatía.</p> <p>Llevar un buen cuidado de los pies.</p>

CETOACIDOSIS DIABÉTICA

GENERALIDADES	CUADRO CLINICO	PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO
<p><u>Definición:</u> Es la hiperglucemia que ha progresado hasta causar acidosis metabólica.</p> <p><u>Causas:</u> Deficiencia de insulina respecto de la glucosa necesaria, imprudencia en el consumo de alimentos, diabetes no diagnosticada y estrés por infección, cirugía o emocional.</p> <p><u>Fisiopatología:</u> la deficiencia de insulina impide que la glucosa penetre en las células. El cuerpo metaboliza la grasa para energía y convierte los ácidos grasos libres en cuerpos cetónicos. Aumenta la gluconeogénesis o la producción de glucosa en el hígado.</p>	<p>Concentraciones de glucosa mayor de 300mg/dl.</p> <p>Cuerpos cetónicos en suero y orina.</p> <p>Hay disminución de bicarbonato y pH séricos por la acidosis metabólico, y disminuye PCO₂ debido al mecanismo de compensación respiratorio.</p> <p>Tempranas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poliuria y polidipsia. • Fatiga, malestar y somnolencia. • Dolor abdominal y calambres musculares. <p>Tardías</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aliento afrutado dulce. • Respiración de Kussmaul (respiraciones profundas) • Hipotensión y pulso débil. • Estupor y coma. 	<p>Vigilar la presencia de cetonas en orina. Valorar la deshidratación.</p> <p>Buscar cambios cardiacos como taquicardia, hipotensión y pulso débil.</p> <p>Líquidos IV para remplazar las perdidas. Insulina en infusión.</p>

HIPERGLUCEMIA

CAUSAS

- No tomar los medicamentos correctamente.
- Enfermedades o estrés.
- No seguir un plan de alimentación.
- No hacer ejercicio.



ORINA CON FRECUENCIA



NAUSEA



VISION BORROSA



DEMASIADA SED



HAMBRE

HIPERGLUCEMIA

ALTO NIVEL DE GLUCOSA EN LA SANGRE
MAYOR A 140 mg/dl.



PIEL SECA



CANSANCIO

QUE DEBE HACER:



Tome líquidos no azucarados o sorbos.



MÍDASE la glucosa en la sangre por lo menos cada 4 horas. Si los síntomas no han desaparecido llame a su médico.



Si el resultado es mayor de 240mg/dl. acuda a se Médico.

ANEXO 5

AJUSTES EN LA DIETA DE LOS DIABÉTICOS QUE HACEN EJERCICIO

TIPO DE EJERCICIO	GLUCEMIA	INCREMENTAR LA INGESTIÓN DE:	ALIMENTOS
Ejercicio de corta duración e intensidad baja a moderada (caminar 800m o ciclismo lento por menos de 30 min):	<ul style="list-style-type: none"> • < 100mg/dl. • > 100mg/dl 	<p>10-15g de carbohidratos por hora.</p> <p>No es necesario aumentar la cantidad de alimentos.</p>	Una fruta o un intercambio de fécula / pan.
Ejercicio de intensidad moderada (1 hr de tenis, natación, trote, ciclismo lento, etc.).	<ul style="list-style-type: none"> • < 100mg/dl. • 100-180 mg/dl. • 180-300 mg/dl. o >300 mg/dl. 	<p>25-50g de carbohidratos antes del ejercicio, después de una hora, 10-15g.</p> <p>No es necesario aumentar la cantidad de alimentos.</p> <p>No hacer ejercicio hasta que se controle la glucemia.</p>	Una fruta o intercambio de fécula / pan.
Actividad o ejercicio energético (de 1 a 2 hrs de fútbol, jockey, básquetbol, etc.).	<ul style="list-style-type: none"> • < 100 mg/dl. • 100-180 mg/dl. • 180-300 mg/dl. o >300 mg/dl. 	<p>50g de carbohidratos, vigilar la glucemia.</p> <p>25-50 g de carbohidratos en función de la intensidad y la duración.</p> <p>No hacer ejercicio hasta que se controle la glucemia</p>	<p>Un emparedado de carne (dos rebanadas de pan) con leche y fruta.</p> <p>½ emparedado de carne con leche o fruta.</p>

ANEXO 6

DIETA BAJA EN HIDRATOS DE CARBONO SIMPLES Y EN COLESTEROL

Para un paciente Diabético no insulino dependiente, con glucosa de 220mg/dl, con un peso de 60 Kg. 1700 Kcal.

SEXO, EDAD Y ACTIVIDAD FISICA	KILOCALORIAS/KG DE PESO IDEAL.
Varones y mujeres físicamente muy activos.	30
La mayoría de las mujeres, varones sedentarios y adultos menores de 55 años.	28
Mujeres sedentarias, adultos obesos y adultos sedentarios mayores de 55 años.	20

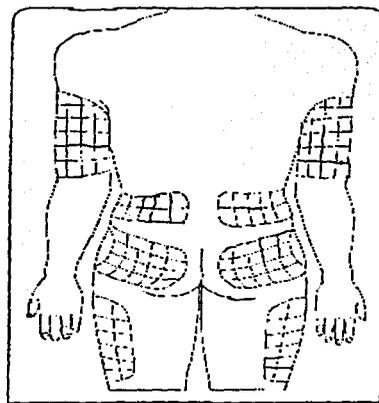
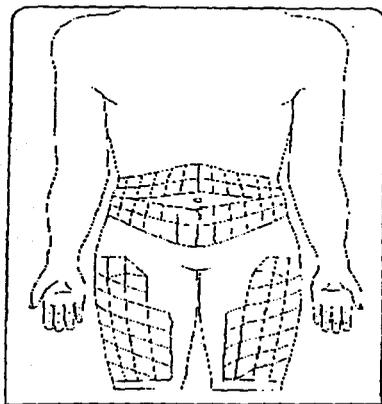
DESAYUNO	COMIDA	CENA
1 Ración de leche. 1 Ración de carne. 1 Ración de leguminosas. 2 Ración de cereales/féculas. 1 Ración de fruta. 1 Ración de verduras I.	90gr. Ración de carne. 1 Ración de leguminosas. 2 Ración de cereales/féculas. 1 Ración de verduras I. 1 Ración de verduras II. 2 Ración de fruta. 2 Ración de grasa.	1 Ración de leche. 2 Ración de cereales/féculas. 1 Ración de grasa. 1 Ración de verduras I. 2 Ración de fruta.

<p><u>LECHE DESCREMADA</u> Por cada ración de leche puede consumir: Leche descremada en polvo 2 cucharadas. Leche descremada líquida 200 ml. Yogurt natural descremado 200 ml.</p>	<p><u>LEGUMINOSAS</u> Por cada ración se puede consumir: Frijol cocido 90g ½ taza. Garbanzo cocido 90g ½ taza. Haba seca cocida 75g ½ taza. Lenteja cocida 90g ½ taza.</p>
<p><u>VERDURAS GRUPO I</u> Puede consumir sin restricción: Acelgas, jitomate, alcachofa, berros, brócoli, calabacitas, hongos, lechuga, nopales, pepinos, coliflor, romeritos, tomates, verdolagas, chayote, col, rábanos, ejotes, espinacas, nabo.</p>	<p><u>VERDURAS GRUPO II</u> Por cada ración puede consumir media taza de: Betabel, alcachofa, cebolla, chícharo, calabaza de castilla, chile poblano, habas verdes, huazontles, poro, quelites, zanahoria.</p>
<p><u>CARNES BLANCAS</u> Por cada ración de carne puede consumir: Atún drenado 30g ¼ taza. Clara de huevo 50g 2 pzas. Huevo entero 50g 1 pza. Jamón magro 30g 1 reb. Pescado fresco 30g Pollo sin piel 30g Res o ternera 30g Sardina drenada 30g Queso fresco 30g Queso cotage 50g Queso panela 30g</p>	<p><u>GRASAS</u> Por cada ración de grasas puede consumir cinco gramos o una cucharadita de: Aceite de cartamo. Aceite de algodón. Aceite de soya. Aceite de girasol. Margarina.</p>
<p><u>CEREALES Y FECULAS</u> Por cada ración de puede consumir: Arroz cocido..... 50g ½ taza. Arroz inflado 15g ½ taza. Avena cocida 100g ½ taza. Bolillo sin migajón ½ pza. Camote cocido 50g ¼ taza. Cereal de salvado 15g ½ taza. Elote cocido 60g 1/3 taza. Galletas habaneras 20g 3 pzas. Galletas marías 20g 3 pzas. Hojuelas de maíz 15g ¾ taza. Maicena 10g 1 cda. Pan de caja integral 20g 1 reb. Pan molido 30g ½ taza. Papa cocida 70g ½ taza. Pasta cocida 50g ½ taza. Salvado de trigo 15g ½ taza. Tortilla de maíz 30g 1 pza.</p>	<p><u>FRUTA</u> Por cada ración puede consumir: Ciruela y chabacano 4 pzas medianas. Mandarina y naranja 1 pza mediana. Durazno 1 pza mediana Papaya, jícama, melón, sandía 1 ½ taza. Manzana y pera 1 pza chica Plátano, toronja, chico zapote. ½ pza. Fresa 1 taza Guayaba 2 pzas medianas. Mamey 1/8 pza. Mango ½ pza mediana. Piña 1/3 taza. Tunas 2 pzas. Uvas 12 pzas. Higos 2 pzas grandes. Capulines ½ vaso. Chirimoya ¼ pza. Granada 1 pza mediana. Jugo de naranja y toronja. ½ taza.</p>

Fuente: Departamento de Nutrición y Dietética del Hospital Gabriel Mancera.

ANEXO 7

SITIOS DE APLICACIÓN DE LA INSULINA



ANEXO 8

Tiempos de actividad de las Insulinas Humanas					
Tipo de Insulina	Ejemplo	Inicio de acción	Pico de acción	Duración de acción	Vía de admón.
Acción ultracorta	Insulina lispro	0-15 min.	1-2 hrs.	3-5 hrs.	SC,IV
	Insulina aspart	10-20 min.	40-50 min.	4-6 hrs.	SC,IV
Acción rápida	Insulina regular	30-60 min.	2-4 hrs.	6-8 hrs.	SC,IV
Acción intermedia	Insulina NPH	1-2 hrs.	6-12 hrs.	18-24 hrs.	SC
	Insulina lenta	1-3 hrs.	6-12 hrs.	18-24 hrs.	SC
Acción Prolongada	Insulina ultralenta	3-4 hrs.	4-12 hrs.	12-18 hrs.	SC
Premezclas	Insulina ultra larga (glargina)	4-6 hrs.	Ninguno	18-30 hrs.	SC
	Insulina 70/30 (NPH-Regular)	30-60 min.	2-4 y 6-12 hrs.	16-18 hrs.	SC
	Insulina 75/25 (NPH-Regular)	30-60 min.	2-4 y 6-12 hrs.	16-18 hrs.	SC
	Insulina 85/15 (NPH-Regular)	30-60 min.	2-4 y 6-12 hrs.	16-22 hrs.	SC
	Insulina 75/25 (NPL)	0-15 min.	1-2 y 6-12 hrs.	18-22 hrs.	SC

ANEXO 9

EL CUIDADO DE LOS PIES

Lávese los pies con jabón
t suave y agua tibia,
seque los pies sin olvidar los
espacios entre los dedos



Si tiene callosidades, límelas
cuidadosamente.



No lume



No utilice calcetines ni zapatos
que le queden apretados o con
tacón alto.



Corte las uñas en la forma natural de los
dedos o acuda con el especialista



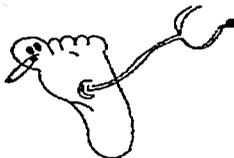
Si estrena zapatos, debe ativarlos poco a
poco, usándolos por periodos de tres
horas.



Nunca camine descalzo ni en
su casa.



No descuide las heridas de los pies por
pequeñas que parezcan y si nota
cambios en la coloración o la
temperatura, acuda a un especialista



Revista diariamente sus pies. Si
tiene problemas con la vista, pida
ayuda a otra persona



Si tiene resaca en los
pies, utilice una crema
lubrificante o lanolina



Evite el espacio
entre los dedos.

No utilice bolsas con agua
caliente, ni secadora, ni coque
eléctricos, para calentar los
pies.



No use tela adhesiva ni objetos que
se adhieran a la piel y no aplicar
alcohol, yodo, etc.



ANEXO 10**TRATAMIENTO CLINICO DE LA HIPOGLUCEMIA**

MANIFESTACIONES CLINICAS	TRATAMIENTO CLINICO
HIPOGLUCEMIA LEVE <ul style="list-style-type: none">• Temblores.• Taquicardia.• Diaforesis.• Parestesias.• Hambre excesiva.• Palidez.• Escalofrío.	10-15g. de carbohidratos: <ul style="list-style-type: none">• 4 onzas de jugo de naranja.• 6 onzas de refresco.• 6-8 onzas de leche descremada.• 6-8 dulces pequeños (salvavidas).
HIPOGLUCEMIA MODERADA <ul style="list-style-type: none">• Las manifestaciones anteriores.• Cefalea.• Cambios de humor.• Irritabilidad.• Incapacidad para concentrarse.• Somnolencia.• Deterioro de juicio.• Dificultad para hablar.• Visión doble y borrosa.	<ul style="list-style-type: none">• 20-30 gr. de carbohidratos.• Glucagon 1 mg subcutáneo o intramuscular.
HIPOGLUCEMIA GRAVE <ul style="list-style-type: none">• Desorientación• Convulsiones.• Pérdida del conocimiento.	<ul style="list-style-type: none">• 25 g de dextrosa al 50% intravenosa. (50 ml).

12 BIBLIOGRAFIA

Álvarez T, Martín, "MANUAL PARA ELABORAR MANUALES DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS",

Ed. Panorama
México.

Bruner, S Lillian, et.al, "VALORACIÓN Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIABETES SACARINA", en Manual de Enfermería Medico-quirúrgica,
Ed. Mac Graw-Hill Interamericana, 4ta. edición, Vol. 4,
USA, 1999, pp. 113-116.

Carpenito, Linda Juall "DIABETES MELLITUS", en Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería.
Ed. Mac Graw-Hill, 1ra. edición,
USA, 1994, pp.123-141.

Charles W, Van Way, "NUTRICIÓN EN ENFERMEDADES ESPECÍFICAS, DIABETES MELLITUS", en Secretos de la nutrición,
Ed. Mac Graw-Hill Interamericana, 1ra. edición,
USA, 1999, pp. 113-116.

"CODIGO CIVIL PARA EL D.F."
Ed. Porrúa, 68ª edición.
2000

"CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS",
Ed. Mac Graw-Hill, 4ta. edición,
México 1997, pp. 4, 153.

Doenges E, Marilyn, et.al, "SITUACIÓN DEL PACIENTE Y PROTOTIPO DE PLAN DE CUIDADOS MÉDICOS: DIABETES MELLITUS" en Guía de bolsillo de diagnósticos y actuaciones de Enfermería,
Ed. Doyma, 3ra. edición.
Barcelona, 1992, pp.41-61.

Engle F. Verónica, et.al, "AYUDAR AL PACIENTE A CUIDARSE". en Cuidados, Diabetes y Control,
Ed. Doyma, 1ra. edición,
España, 1987, pp. 61-73.

Lerman G, Israel, "ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE DIABÉTICO"

Ed. Mac Graw-Hill Interamericana, 2da. edición,
México, 1998. pp. 73-85, 143-149, 159-167, 195-199.

LEY GENERAL DE SALUD

Ed. Porrúa, 17ª edición.
2000.

Lippincott, "DIABETES SACARINA", en Enfermería Práctica De Lippincott,

Ed. Mac Graw-Hill Interamericana, 6ta. edición,
1999, pp.732-747.

Luckmann, Ma., "ATENCIÓN DE PERSONAS CON TRASTORNOS
PANCREÁTICOS", en Cuidados de Enfermería,

Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, Vol. 2,
USA, 2000, pp. 1326-1354.

NANDA, "DIAGNOSTICOS ENFERMEROS: DEFINICIONES Y CLASIFICACION"

Ed. Harcourt,
2001-2002.

Sholtis B. Lillian, "VALORACIÓN Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON

DIABETES SACARINA" en Manual De Enfermería Medico-quirúrgica,
Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 4ta. edición,
España, 1994, pp875-895..

Tortora J, Gerard, "SISTEMA ENDOCRINO Y APARATO DIGESTIVO", en
Principios de Anatomía y Fisiología,

Ed. Harla, 5ta.edición,
1990, pp. 534-538, 780-783.

Zarate, Rosa A. "LA PLANEACION ESTRATEGICA: SU APLICACIÓN EN LA
ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA" EN Desarrollo

Científico de Enfermería, Vol. 4, No. 3,
México, 1996, pp. 6-12.