

PLAN de CUIDADOS

PLAN DE CUIDADOS AL PACIENTE

DIABÉTICO TIPO II



Atenció Primària

INSALUD  BALEARS

**PLAN DE CUIDADOS AL PACIENTE
DIABÉTICO TIPO II**

**COPYRIGHT
GERENCIA ATENCION PRIMARIA
INSALUD-BALEARES**

Edita: Gerencia Atención Primaria

**C/ Reina Esclaramunda, 9
07003 - Palma de Mallorca
Depósito legal: PM- 485-1996**

AUTORAS:

Marlen Dickow Mohr (enfermera, CS Son Gotleu).
Lourdes Arias Coll (enfermera, CS Son Gotleu).
Antonia Gual Frau (enfermera, CS Son Gotleu).
Rosa Seguí Payeras (enfermera, CS Son Gotleu).
Antonia Gelabert Gomila (enfermera, CS Emili Darder).

TUTORIZACIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO Y REVISIÓN DEL DOCUMENTO:

Antonia M^a Tomás Vidal (Supervisora del Area de Formación continuada H. Son Dureta)
Clara Vidal Thomás (Enfermera, Gabinete Técnico Gerencia de Atención Primaria de Mallorca).

REVISIÓN DEL DOCUMENTO:

José Moreiro Socias. Jefe de Sección del Servicio de Endocrinología.
Hospital Son Dureta de Palma de Mallorca.

COORDINACIÓN:

Dirección de enfermería:

Jaume Janer Mateu
Rosa M^a Company Bauzá
Margarita Servera Mir

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	7
II.	UNIDAD DE CUIDADOS. DEFINICIÓN	8
III.	FINALIDAD DEL PLAN DE CUIDADOS	8
IV.	UNIDAD DE CUIDADOS. DESCRIPCIÓN	9
	EPIDEMIOLOGÍA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II	9
	HISTORIA NATURAL DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II	10
	SÍNTOMAS CLÍNICOS DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II	12
	COMPLICACIONES	13
	PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y EFECTOS ADVERSOS	14
	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	15
V.	AFECTACIÓN DE LOS PATRONES FUNCIONALES DE SALUD	16
VI.	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA. DEFINICIÓN	20
VII	PLAN DE CUIDADOS	23
VIII	COMPLICACIONES POTENCIALES	31
IX	BIBLIOGRAFÍA	34

Aquests plans de cures que es presenten a continuació són fruit de l'entusiasme i esforç d'un bon grapat d'infermeres de Mallorca, a les quals volem, abans de tot, retre un reconeixement.

Són, clarament, una obra de maduresa, perquè només des de l'experiència i la reflexió sobre el treball diari es pot veure la necessitat d'abordar la sistematització de les atencions, mitjançant instruments adaptats al nostre medi. Però cal dir, també, que és un producte jove, i per tant atrevit, ja que és un primer intent d'adaptar línies de treball novedoses que s'hauran d'anar enriquint, cribant i adaptant a les altres eines i hàbits de feina ja implantats.

De la seva lectura se'n desprenen, per tant, ambdues particularitats: la de l'esforç per entrar en tots els detalls a considerar en l'atenció d'infermeria als pacients característics i al seu entorn, i la utilització d'una metodologia i un llenguatge que pot sorprendre a part del col·lectiu sanitari.

L'èxit d'aquestes propostes, consistirà en la seva acceptació com a eina de treball, trobant la seva idònia ubicació entre les altres que són vigents: protocols, programes..., en la capacitat d'adaptació per a convertir-se en suport del treball interprofessional i d'equip i en el convenciment que, per damunt de qualsevol altra qüestió, existeix la necessitat del treball ben fet, com exigeix el respecte als nostres malats.

Gerència d'Atenció Primària.

La elaboración del presente plan de cuidados, ha nacido del interés y esfuerzo realizado por los profesionales de enfermería, al pretender dar un enfoque científico y responsable al trabajo que desarrollan cotidianamente.

Los planes de cuidados son pautas detalladas para orientar a las enfermeras/os para intervenir en una situación seleccionada, y que basan su estructura en el proceso de atención de enfermería.

Los objetivos que pretenden son:

- * Sistematizar los cuidados de enfermería.
- * Facilitar la utilización de una metodología científica.
- * Posibilitar la definición de normas de calidad de enfermería.

Debido a la falta de experiencia actual en el trabajo con planes de cuidados e intentando aportar la máxima información a los profesionales que los van a utilizar, se ha optado por estructurarlos con el siguiente guión:

- * Definición de la unidad de cuidados; que nos ayuda a la uniformidad de criterios.
- * Finalidad del plan de cuidados; ¿qué se pretende conseguir?.
- * Descripción detallada de la unidad de cuidados (paciente tipo, epidemiología, fisiopatología, tratamiento habituales, patrones de salud alterados, etc, etc...)
- * Valoración.
- * Problemas de salud detectados. Diagnósticos de enfermería.
- * Plan de cuidados, que consta de:
 - Diagnóstico de enfermería.
 - Criterios de resultado.
 - Actividades.
- * Complicaciones potenciales.
- * Inclusión de una serie de anexos que aportan información sobre técnicas, educar a los pacientes, etc...

Para la fase de valoración, se han utilizado los patrones funcionales de M. Gordon, que permiten orientar a la enfermera-o respecto a los datos que debe recoger. Para la selección de diagnósticos de enfermería, se ha tenido en cuenta la taxonomía de diagnósticos de enfermería de la North American Nursing Diagnosis y la aplicación que hacen de ellos, Gordon (1982) y Carpenito (1983).

Las actividades e intervenciones han sido elaboradas por las autoras del documento adaptándolas a la situación de la Atención Primaria de Mallorca.

La evaluación, se ha realizado mediante criterios de resultado del paciente, por considerar que es la que más facilita la evaluación operativa.

En la situación actual, donde el valor del "trabajo bien hecho" se hace cada vez más exigente, es necesario, sino imprescindible, la aplicación de planes de cuidados, con el fin de proporcionar los servicios de calidad que nuestros pacientes necesitan.

Las Autoras

I. INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades crónicas que ha aumentado su prevalencia en este siglo, constituyendo la alteración metabólica grave más común en la población adulta.

El tratamiento de la diabetes es complicado puesto que un buen control de la misma equivale a manejar los famosos pilares, es decir: tratamiento farmacológico, dieta y ejercicio sin olvidar que nuestra pretensión es que sea el propio diabético, quien maneje su enfermedad, o sea quien se autocuide.

Al ser la DMNID, una enfermedad de incidencia tardía (aparece más bien a partir de la edad madura), su control tiene que manejarse entendiendo a la persona diabética como persona adulta y con una historia de vida propia, que tendrá que asumir la enfermedad y que necesariamente pasará por un proceso de aprendizaje.

Ayudar a la persona diabética, para que se mantenga lo más independientemente posible, es nuestra finalidad como enfermeras. Para contribuir a ello hemos sistematizado los cuidados a realizar. Con la ayuda de las personas diabéticas, mejoramos nuestros cuidados y conseguiremos aumentar la calidad de los mismos. De eso se trata.

II. UNIDAD DE CUIDADOS. DEFINICION

Individuo o paciente de edad madura que le ha sido detectada:

- una glucemia superior a 200 mg/dl, signos y síntomas de Diabetes Mellitus.
- valores de glucemia basal iguales o superiores a 140 mg/dl en más de una ocasión.
- valores de glucemia igual o superior a 200 mg/dl a las 2 horas de una prueba de sobrecarga oral de glucosa (en dos o más ocasiones).

III. FINALIDAD DEL PLAN DE CUIDADOS

- Conseguir un buen control metabólico (hacia la normalidad)
- Potenciar la independencia del paciente mediante la educación diabetológica, motivación y responsabilización de su enfermedad.
- Prevenir las complicaciones de la diabetes.
- Facilitar la detección precoz de las complicaciones de la diabetes.
- Conocer el seguimiento del plan terapéutico.
- Potenciar y reforzar la confianza del paciente en el equipo sanitario.
- Reforzar la relación enfermera-paciente.

IV. UNIDAD DE CUIDADOS. DESCRIPCION

EPIDEMIOLOGIA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II

La Diabetes Mellitus, es un problema de salud que afecta a todas las comunidades, con independencia de su grado de desarrollo y que ocasiona un importante coste humano.

Se sabe que la frecuencia de antecedentes familiares en la Diabetes No Insulino Dependiente (DNID) es mucho mayor que en la Diabetes Insulino Dependiente (DID), sin embargo se desconoce el tipo de herencia que lo produce. Es un trastorno genético, pero falta saber cual es el "marcador" de la enfermedad. Posiblemente en este grupo podrían coexistir varios tipos de patología que tendrían como nexo el provocar hiperglucemia, alteraciones de los lípidos y complicaciones tardías.

Aún considerando la existencia de una predisposición genética, deben coexistir fenómenos ambientales sobreañadidos para que se manifieste la enfermedad, como son: obesidad, sedentarismo, estrés, gestación, etc...

Las tasas de prevalencia e incidencia no son bien conocidas y varían de un país a otro, incluso dentro de la misma etnia. Los países en los que se ha producido una "occidentalización" de los hábitos dietéticos (alto consumo de carbohidratos refinados y disminución del de fibra) y un mayor sedentarismo, muestran un aumento ostensible de obesidad y diabetes. Distintas publicaciones (2) y (3) estiman que la prevalencia global en los países industrializados oscila entre el 2-6% y que en los individuos mayores de 65 años varía hasta un 16%, a expensas fundamentalmente de Tipo II/DMNID), que representa más del 90% de los casos y que constituye el segundo motivo de consulta más frecuente por patología crónica en Atención Primaria (3).

HISTORIA NATURAL DE LA DIABETES MELLITUS

La Diabetes es un síndrome caracterizado por un déficit absoluto o relativo de insulina, consecuencia de múltiples factores, y cuyo resultado es la hiperglucemia con la consiguiente glucosuria. Sin embargo, estas anomalías son solo una parte del "Síndrome diabético", cuyo curso clínico y pronóstico están determinadas por la evolución de sus complicaciones microvasculares (oculares, renales, vasculo-nerviosas) que configuran la auténtica enfermedad.

Los dos tipos de diabetes mellitus, diabetes tipo I y tipo II, tienen una característica en común: niveles altos de glucosa en sangre, debido a un déficit de insulina o a una alteración en la eficacia de su acción. Se reconoce que sus cursos patológicos son iguales pero pueden tener distintas causas.

La Diabetes tipo II aparece alrededor de los 40 años, el 60 % de los pacientes son obesos, a menudo con obesidad importante, suelen ser resistentes a la insulina. La hiperinsulemia o resistencia a la insulina puede ser una característica y la etiología puede ser genética, inmunológica, nutricional o estar asociada a factores ambientales.

A continuación realizamos un pequeño recuerdo de la fisiología de la diabetes:

El páncreas es una glándula que posee dos funciones principales

- 1.- Secreción exocrinopancreática, que contribuye a la digestión.
- 2.- Secreción endocrinopancreática. Esta se realiza en los islotes de Langerhans, formados por un sistema de células de diversas clases:
 - Células B productoras y secretoras de insulina.
 - Células A productoras y secretoras de glucagón.
 - Células D, secretoras de somatostatina, hormona que actúa como un inhibidor potente de la liberación de insulina y glucagón.
 - Células PP, productoras de polipéptido pancreático cuya función fisiológica aún no se conoce totalmente.

La Insulina es una sustancia proteica de acción hormonal que interviene en el metabolismo de los glúcidos. Permite el paso de la glucosa a las células de todo el organismo y favorece la transformación de la glucosa hemática en glucógeno y su depósito en el hígado y en los músculos.

La insulina alcanza las células de los tejidos diana donde se une a unas lipoproteínas específicas llamadas receptores de superficie, después de una serie de procesos bioquímicos se internaliza en la célula y produce sus efectos metabólicos.

El glucagón es segregado en las "células A" de los islotes de Langerhans pero también se encuentra en células de la pared del intestino delgado. Así como la insulina es la hormona principal reguladora en las situaciones en que existe ingesta, el glucagón sería una hormona que estaría al servicio de las situaciones de estrés y ayuno, aumentando la movilización de las reservas de glucosa hepática.

Los pacientes con DMNID de tipo II presentan:

- anomalías de la secreción de insulina.
- resistencia a la acción de insulina en los tejidos efectores.

Hay pacientes que están clínicamente asintomáticos y tienen una lenta evolución de la enfermedad.

Los síntomas de cansancio por falta de energía, polifagia debido a la falta de aprovechamiento de los H.C. por las células, polidipsia debido a la pérdida de agua en una posible poliuria pueden no ser tenidos en cuenta por los pacientes por la lenta evolución de la enfermedad.

El desconocimiento de la enfermedad o un mal control de la glucemia puede producir complicaciones crónicas:

Macroangiopatias (estenosis o oclusión de las arterias coronarias, cerebrales y periféricas que pueden dar lugar a infarto de miocardio, accidentes vasculares cerebrales e isquemia periférica).

Microangiopatias (lesiones de los vasos pequeños o engrosamiento de las membranas y se manifiestan por retinopatía, nefropatía y neuropatía).

Como se puede observar por el desarrollo de la enfermedad en sí y sus posibles complicaciones deberíamos tenerla muy en cuenta por su elevado coste social.

SÍNTOMAS CLINICOS DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II

Son variables y guardan relación con el grado de hiperglucemia, siendo la sed y la poliuria de menor intensidad que en la DMID.

- Polifagia: Las células no pueden aprovechar la energía de los hidratos de carbono (H.C.) y dan señal al cerebro de que necesitan alimento.
- Poliuria: El aumento de glucosa en sangre (160-180 mg/dl) será eliminado por la orina arrastrando agua.
- Polidipsia: Debido a la pérdida de agua, aumenta la necesidad de líquido, produciéndose la sed..
- Cansancio: Por la falta de aprovechamiento de los hidratos de carbono y la pérdida de iones a nivel renal aparece cansancio.
- Infección urinaria: Debido a la glucosa en la orina hay un cambio de ph que facilita las infecciones urinarias.
- Prurito: Es consecuencia de la concentración aumentada de glucosa a nivel de la piel (4)
- Pérdida o ganancia de peso corporal, según predomine la anorexia o polifagia en balance con la pérdida de glucosa por la orina.

COMPLICACIONES

- Manifestaciones vasculares:

Al haber una disminución de la eficacia de la insulina aparece una hiperglucemia y trastornos del metabolismo de los lípidos. Estos lípidos se depositan en los vasos sanguíneos y darán lugar a:

- Microangiopatías:

- Retinopatía: que puede llegar hasta la ceguera.
- Nefropatía: que puede llegar hasta la insuficiencia renal crónica.

- Macroangiopatías:

- A nivel del corazón (enfermedad coronaria).
- Arteriopatía periférica a nivel de los miembros inferiores (circulación sanguínea).
- A nivel del cerebro: accidentes cerebrovasculares (AVC)

- Neuropatías.

Son una afectación de los nervios debido a la hiperglucemia, por aumento de polioles y por afectación microangiopática.

Son una inflamación o lesión sufrida por los nervios periféricos que ponen en contacto el sistema nervioso central (SNC) con los órganos de los sentidos. Entre los síntomas más comunes producidos por las lesiones en las fibras nerviosas sensoriales se encuentran:

- entumecimiento.
- pérdida de tacto
- hormigueo
- sensación de frío o dolor

A menudo comienzan en las manos y los pies y se extiende hacia la parte central del cuerpo. Por ello debe darse una especial atención al cuidado e higiene de los pies del diabético.

- Impotencia:

Debido a la alteración circulatoria y nerviosa. Puede ser la primera manifestación clínica de neuropatía diabética autónoma, es debido a la afectación de los nervios terminales sensitivos y motores de los cuerpos cavernosos.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

- Pruebas de glucemia basal en sangre venosa.

No existen efectos adversos si se respetan las normas higiénicas.

- Test de tolerancia oral a la glucosa o sobrecarga oral de glucosa.

No tiene efectos adversos si se hace con los criterios establecidos (glucemia basal: 115-139 mg/dl)

- Exploraciones físicas al paciente:

- Talla
- Peso
- Índice de Masa Corporal (o porcentaje de sobrepeso)
- Tensión Arterial en decúbito y en bipedestación.
- Pulso en extremidades superiores y inferiores (pedios, tibiales y poplíteos).
- Inspección de los pies: anormalidades de color, de la piel, y anatómicas.
- Inspección de la boca
- Oscilometría si procede
- E.C.G.
- Fondo de ojo

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo II se basa en los tres pilares fundamentales: dieta, ejercicio y tratamiento farmacológico.

Se inicia con la realización de una actividad física adecuada y una dieta para conseguir aproximarse al peso ideal, si no se controla la diabetes con ello se introducen los hipoglucemiantes orales (HO).

Los HO pueden producir hipoglucemia si no se toman regularmente y no se respeta la ingesta de alimentos.

Los principios activos más utilizados en nuestro medio son:

- Sulfonilureas:

Clorpropamida, Tolbutamina, Glibenclamida, Glibornurida, Gliclacida, Glipicida, Gliquidona.

- Biguanidas:

Metformina, Femformina y Butformina.

- Inhibidores de la alfa-glicosidasa:

Acarbosa

Remitimos al capítulo 5 de las **Fitxes de Farmacoteràpia de la comissió de Farmacoterapèutica del Àrea de Mallorca. Atenció Primària de Mallorca**. Donde se especifican los mecanismos de acción, indicaciones, posología, efectos indeseables, interacciones, contraindicaciones y precauciones. Así como los nombres comerciales y presentación de los diferentes preparados.

V. AFECTACIÓN DE LOS PATRONES DE SALUD

1.- Percepción-mantenimiento de la salud.

Dado que en la diabetes tipo II los síntomas generalmente son vagos y aparecen en un plazo de semanas o meses, el paciente puede padecer esta enfermedad y percibir que su estado de salud es bueno. En muchas ocasiones el diagnóstico es realizado en revisiones de salud periódicas.

El paciente suele presentar problemas de sobrepeso y puede tener antecedentes familiares de diabetes.

Es importante valorar sus hábitos de consumo de tabaco *, alcohol **, actividad física habitual; así como el conocimiento de la presencia de otros problemas asociados de salud como hipertensión o dislipemia y de la interrelación del paciente con su enfermedad.

* El tabaco agrava los problemas de macro y microangiopatía.

** Dificulta la pérdida de peso en el obeso, puede producir hipoglucemia.

2.- Nutricional-metabólico.

La dieta que sigue el paciente, va a depender de su educación, de patrones culturales y socio-económicos y de sus preferencias personales.

En la actualidad, es frecuente el consumo excesivo de hidratos de carbono refinados y grasas saturadas, así como una ingesta insuficiente de frutas y verduras frescas que conduce a un aumento de peso debido, entre otras cosas, a una mayor ingesta calórica.

Puesto que la dieta tiene un importante efecto sobre la diabetes será muy importante recoger información sobre los hábitos dietéticos del paciente (ver valoración).

3.- Eliminación.

A) Urinaria:

El paciente puede presentar poliuria, debida a la hiperglucemia, así como alteraciones en el color y el olor. Suelen ser frecuentes las infecciones urinarias debidas a la presencia de glucosa en la orina.

B) Intestinal:

Pueden aparecer problemas de estreñimiento o diarrea, debidos a cambios en la dieta o como efecto secundario al tratamiento con hipoglucemiantes orales.

En los pacientes con una diabetes de larga evolución puede aparecer una diarrea crónica que puede alternar con épocas de estreñimiento, como resultado de la afectación del sistema nervioso autónomo.

Debe describirse sobre todo la frecuencia, consistencia y cantidad, así como hora habitual de la evacuación intestinal.

C) Cutánea: Puede presentar sudoración excesiva, sobre todo en casos de hipoglucemia.

4.- Actividad-ejercicio.

El ejercicio físico tiene un efecto favorable en la evolución del diabético, un plan de ejercicio regular puede ayudar a reducir peso y a mejorar la sensibilidad a la insulina.

El paciente diabético puede haber reducido su actividad física por presentar cansancio o problemas circulatorios, o simplemente estar habituado a una vida sedentaria.

Se deberán tener en cuenta las limitaciones existentes para la realización de ejercicio físico:

- la tolerancia, debe tener presente que posibles hipoglucemias pueden influir tanto en sus actividades de trabajo como de ocio.
- la presencia de úlceras en extremidades inferiores, como de cardiopatía isquémica limitará la práctica de actividades físicas prolongadas.
- una posible retinopatía afectará a cualquier actividad y por tanto al estilo de vida del paciente.

5.- Sueño-descanso.

El paciente puede presentar somnolencia diurna a causa de la hiperglucemia, y dificultades para conciliar el sueño si presenta nicturia, polidipsia o calambres nocturnos (debidos a neuropatía diabética).

Cuando se está en tratamiento con hipoglucemiantes orales pueden presentarse pesadillas, cefaleas por la mañana debido a hipoglucemias nocturnas.

6.- Percepción-sensorial.

Los trastornos más frecuentes referentes a este patrón son:

- * alteraciones visuales por retinopatía, cataratas, neuropatía, glaucoma.
- * sensibilidad táctil alterada, sobre todo en extremidades inferiores, con dificultad para percibir normalmente sensaciones de dolor y de temperatura.
- * sensación de hormigueo y dolores en las extremidades.
- * alteraciones del gusto y sabor metálico cuando se toman ciertos hipoglucemiantes orales.
- * episodios de desorientación temporo-espacial cuando se presentan hipoglucemias.

A nivel cognitivo puede haber variabilidad en el tiempo de aprendizaje influido por factores como la edad, el nivel cultural, déficits visuales y auditivos.

7.- Autoestima.

Ante el descubrimiento de su nueva situación el paciente puede presentar:

- * sentimientos de dependencia o de sobreprotección por parte de los demás.
- * sentimientos de culpa si transgrede alguna de las recomendaciones.
- * sentimientos de pérdidas, duelo en relación a su situación de salud anterior.

8.- Rol-relaciones.

Este patrón puede verse alterado si el paciente deja de relacionarse con amigos/as, familiares... para evitar transgredir la dieta o tener que controlarla.

Puede tener problemas en el trabajo al tener horarios irregulares que dificultan la ingesta a las horas adecuadas o no poder coincidir con los compañeros.

Puede presentar problemas de dependencia o de delegación de responsabilidades en sus familiares.

9.- Sexualidad.

El diabético varón puede tener problemas de impotencia (debida a neuropatía autónoma diabética) y en ambos sexos disminución de la libido ante la aparición de una situación nueva.

10.- Adaptación al estrés.

La aparición de esta enfermedad conllevará un período de adaptación y aprendizaje de nuevos hábitos que alterará su vida habitual.

Puede presentar: temor al rechazo de los demás, a la pérdida del empleo, a no poder llevar una vida normal; irritabilidad y nerviosismo; negación de la enfermedad.

11.- Valores-creencias.

Por estar en una comunidad cuyo valor cultural-espiritual es eminentemente de la religión católica, raramente creemos que una alteración de este patrón se vea afectado.

De cualquier modo, siempre aconsejamos valorarlo.

VI. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.DEFINICIÓN

ALTO RIESGO DE ALTERACIÓN EN EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

Estado en que el individuo o grupo está en riesgo de experimentar un trastorno en la salud debido a un estilo de vida insano o a la falta de conocimientos para manejar una situación.

Relacionado con:

- Déficit de conocimientos sobre la enfermedad y tratamiento.
- Estilo de vida (alimentación, ejercicio).
- Hábitos tóxicos.
- Hábitos higiénicos.
- Percepción de estar sano.
- Factores socioeconómicos.

ALTO RIESGO DE ALTERACIÓN DEL BIENESTAR.

Estado en el que un individuo experimenta una sensación incómoda como respuesta a un estímulo nocivo.

Relacionado con:

- Prurito.
- Cefalea.
- Disuria.
- Taquicardias.
- Abdominalgias.
- Calambres, hormigueo y dolor extremidades.

ALTO RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA.

Estado en el que el individuo que previamente tenía una autoestima positiva, experimenta o tiene riesgo de experimentar sentimientos negativos hacia sí mismo como respuesta a un suceso (pérdida, cambio).

Relacionado con:

- Debut enfermedad crónica.

ALTO RIESGO DE INFECCIÓN URINARIA

Estado en el que el individuo está en riesgo de ser invadido por un agente oportunista o patogenicidad de origen externo.

Relacionado con:

- Diabetes Mellitus.

ESTREÑIMIENTO.

Estado en el que el individuo experimenta o está en alto riesgo de experimentar una estasis del intestino grueso, lo que da como resultado una eliminación poco frecuente o heces secas y duras.

Relacionado con:

- Diabetes Mellitus.
- Tratamiento de H.O. (Sulfonilureas).
- Cambios de dieta.
- Afectación del sistema nervioso autónomo.

DIARREA.

Estado en el cual un individuo experimenta o presenta un riesgo de experimentar la producción frecuente de deposiciones líquidas no formadas.

Relacionado con:

- Diabetes Mellitus.
- Tratamiento de H.O. (Sulfonilureas).
- Cambios de dieta.
- Afectación del sistema nervioso autónomo.

ALTERACIÓN DEL PATRÓN DEL SUEÑO

Estado en el que el individuo experimenta o está en riesgo de experimentar un cambio en la cantidad o calidad del patrón de reposo que corresponde a sus necesidades ideológicas y emocionales.

Relacionado con:

- Frecuencia urinaria.
- Calambres nocturnos.

ALTO RIESGO DE LESIÓN.

Estado en que un individuo se encuentra en riesgo de lesionarse a causa de una deficiencia fisiológica o de percepción, falta de conciencia o edad madura.

Relacionado con:

- Alteración de la visión.
- Hipo-hiperglucemia.
- Deficiencias sensoriales.

ALTO RIESGO DE ALTERACIÓN DE LA SEXUALIDAD.

Estado en el cual el individuo experimenta un cambio en la salud sexual.

VII.PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	CRITERIOS DE RESULTADOS	ACTIVIDADES
<p>ALTO RIESGO DE ALTERACIÓN DE LA SALUD R/C</p> <p>1. Déficit de conocimientos sobre la enfermedad y tratamiento.</p> <p>2. Estilo de vida (alimentación, ejercicio).</p> <p>3. Hábitos tóxicos.</p> <p>4. Hábitos higiénicos.</p> <p>5. Percepción de estar sano.</p> <p>6. Factores socioeconómicos.</p>	<p>1. El paciente describirá sus conocimientos sobre la D.M, los signos y síntomas de posibles complicaciones (hipo-hiperglucemia) y realizará el tratamiento prescrito.</p> <p>2. El paciente seguirá la dieta aconsejada y realizará ejercicio habitualmente.</p> <p>3. El paciente no ingerirá alcohol ni fumará.</p> <p>4. El paciente realizará una higiene corporal correcta, en especial la de los pies.</p> <p>5. El paciente demostrará que reconoce la necesidad de seguir un estilo de vida adecuado por el hecho de padecer una enfermedad crónica asintomática.</p> <p>6. El paciente conocerá la fuente de información o ayudas que cada caso requiere.</p>	<p>1. Evaluar sus conocimientos según "Guía de Educación Diabetológica", adaptarla a la educación individualizada. Fijar objetivos y metas, planificar evaluación.</p> <p>2. Elaborar una dieta considerando su actividad personal-profesional, edad, peso corporal y distribución de las comidas para evitar desajustes en el nivel de glucemia, según Protocolo de Diabetes. Estimular ejercicio continuado y regular: .Recomendar ejercicios tipo nadar, bicicleta, andar. .Ir aumentando progresivamente el tiempo de ejercicio .Evitar ejercicios violentos</p> <p>3. Explicar al paciente las consecuencias del tabaco y alcohol en el proceso de su enfermedad. .Realizar consejos de ayuda para el abandono tabaquico .Explicar el peligro del alcohol asociado a hipoglucemias</p> <p>4. Enseñar al paciente el cuidado de la boca, piel y pies.</p> <p>5. Explicar al paciente las posibles complicaciones si no sigue unos hábitos y estilo de vida correctos.</p> <p>6. Encaminar al paciente necesitado por falta de medios, hacia la asistente social o asociaciones de ayuda a diabéticos.</p>

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	CRITERIOS DE RESULTADOS	ACTIVIDADES
<p>ALTO RIESGO DE ALTERACIÓN DEL BIENESTAR R/C</p> <p>1. Prurito</p> <p>2. Cefaleas</p> <p>3. Disuria</p> <p>4. Taquicardias</p> <p>5. Abdominalgias</p> <p>6. Calambres, hormigueo y dolor extremidades.</p>	<p>1. El paciente conocerá las causas del Prurito y utilizará los medios para evitarlo.</p> <p>2. El paciente mantendrá cifras de glucosa normales.</p> <p>3. El paciente ingerirá un mínimo de 1.5 l. de líquido al día.</p> <p>4 y 5. El paciente sabrá que las abdominalgias y taquicardias. Pueden ser secundarios al tratamiento de HO.</p> <p>6. El paciente sabrá las causas de dichos síntomas como consecuencias de trastornos vasculares secundario a D.M. y como aliviarlos.</p>	<p>1. Explicar las siguientes medidas para evitar el Prurito:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hidratar la piel - evitar fuentes de calor - usar tejidos naturales y suaves - evitar ropa ajustada <p>2. Informar de la importancia de cumplir el horario de las comidas.</p> <p>3. Beber 1.5 litros de agua fuera de las comidas.</p> <p>4 y 5.</p> <ul style="list-style-type: none"> - enseñar métodos de relajación - enseñar masajes abdominales e insistir en ejercicio. - remitir al médico para valorar el tratamiento. <p>6. Enseñar masajes y duchas para facilitar retorno venoso.</p> <ul style="list-style-type: none"> - elevar extremidades inferiores cuando esté sentado. - evitar tener los pies fríos. - evitar elásticos de medias y calcetines. - usar medias especiales para favorecer circulación sanguínea.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	CRITERIOS DE RESULTADO	ACTIVIDADES
<p>ALTO RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL R/C</p> <p>debut de enfermedad crónica.</p>	<p>El paciente comprenderá que llevando un estilo de vida sana y tratamiento adecuado la D.M. no influirá negativamente en su vida diaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - fomentar diálogo paciente-familia- enfermera. - reforzar confianza en sí mismo. - fomentar la participación en charlas educativas de asociaciones diabéticas. - implicar al paciente en un mutuo establecimiento de objetivos a alcanzar. - ayudar a asumir la propia responsabilidad en la evolución de la enfermedad

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	CRITERIOS DE RESULTADOS	ACTIVIDADES
<p>ALTO RIESGO DE INFECCIÓN URINARIA R/C</p> <p>Diabetes MELLITUS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El paciente conocerá los síntomas de infección urinaria y cómo prevenirlas. - El paciente sabrá que un mal control metabólico de la D.M. puede provocar cambios en el ph de la orina y así favorecer infecciones. - El paciente no presentará glucosa en la orina 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicarle las causas de la infección. - Enseñar al paciente a realizar las autodeterminaciones de glucosa en orina. - Enseñarle a mantener una higiene correcta. - Aumentar la ingesta de agua (1,5-2 l/24 h)

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	CRITERIOS DE RESULTADOS	ACTIVIDADES
<p>ESTREÑIMIENTO/DIARREA R/C</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diabetes mellitus. - Tratamiento de H.O. (Sulfonilureas) - Cambios de dieta. - Afectación del sistema nervioso autónomo. 	<ul style="list-style-type: none"> - El paciente conocerá las causas de dicha alteración intestinal. - El paciente sabrá actuar en cada caso (diarrea, estreñimiento). 	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñarle a realizar la dieta apropiada para solventar su problema de eliminación intestinal. -Estreñimiento: <ul style="list-style-type: none"> .recomendar ejercicio diario, según posibilidades beber como mínimo 1,5-2l/24 h (si no existe contraindicación). .comer alimentos ricos en fibra .fijar un horario para las deposiciones -Diarrea: <ul style="list-style-type: none"> .recomendar dieta astringente, evitando productos lácteos. beber como mínimo 1,5-2l/24 h (si no existe contraindicación).

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	CRITERIOS DE RESULTADOS	ACTIVIDADES
<p>ALTO RIESGO DE ALTERACIÓN DEL PATRÓN DE SUEÑO R/C</p> <p>1. Frecuencia urinaria</p> <p>2. Calambres nocturnos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El paciente expresará las razones que no le permiten dormir. - Conocerá ayudas para conciliar el sueño. - Sabrá proporcionarse un ambiente favorecedor del sueño. 	<p>Explicar al paciente como obtener un ambiente propicio y tranquilo para el sueño.</p> <p>Recomendar al paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> .Limitar las horas de sueño diurnas. .Limitar la ingesta de líquidos al atardecer y orinar antes de acostarse. .Evitar la ingesta de bebidas estimulantes (café, te, colas). .Enseñar técnicas de relajación (respiración lenta y profunda) .Aumentar la actividad durante el día. .Utilizar almohadas para el apoyo de Extremidades inferiores.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	CRITERIOS DE RESULTADOS	ACTIVIDADES
<p>ALTO RIESGO DE LESIÓN R/C</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alteración de la visión. 2. Hipo-hiperglucemia 3. Deficiencias sensoriales. 	<p>- El paciente conocerá los factores que aumentan los riesgos de lesión y las medidas de prevención.</p>	<p>.Recomendar la consulta con el oftalmólogo regularmente.</p> <p>.Recomendar al paciente y familiares la importancia de mantener los objetos domésticos en el mismo lugar, sin cambiarlos para facilitar el manejo del paciente en el hogar.</p> <p>2. Mantener cifras de glucemia entre 80-120 , siguiendo la dieta y tratamiento prescrito.</p> <p>3.Mantener fuentes de calor a distancia. .Regular la temperatura del baño con un termómetro, evitando temperaturas superiores a 38°C. .Evitar la utilización de mantas eléctricas.</p> <p>Inspeccionar e periódicamente las extremidades en busca de heridas, para su tratamiento precoz.</p>

VIII.- COMPLICACIONES POTENCIALES

COMPLICACIONES POTENCIALES	ACTIVIDADES
HIPOGLUCEMIA	<p>Vigilar la aparición de los siguientes signos de alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sudoración fría - temblores (rodilla, manos) - ansiedad - palpitaciones - mareo - confusión - comportamiento anormal - visión borrosa - pesadillas, cefalea matutina...
HIPERGLUCEMIA	<ul style="list-style-type: none"> - polidipsia - polifagia - poliuria - prurito - inf. cutánea - cetosis; dolor abdominal o vómitos
DESHIDRATACION	<ul style="list-style-type: none"> - pliegue cutáneo - sequedad de la piel y mucosa
COMPLICACIONES RENALES	<ul style="list-style-type: none"> - poliuria - infecciones urinarias - disuria - proteinuria
DIARREA	<ul style="list-style-type: none"> - aumento de deposiciones - deposiciones sueltas y líquidas - dolor cólico abdominal
ESTREÑIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> - deposiciones duras - disminución de frecuencia

COMPLICACIONES POTENCIALES	ACTIVIDADES
ANEMIA	<p>Vigilar la aparición de los siguientes signos de alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - palidez piel - color pálido en conjuntivas - cansancio - decaimiento
CARDIOPATIA ISQUEMICA	<ul style="list-style-type: none"> - dolor precordial - sudoración fría - arritmias <p>ECG alterado</p>
ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR	<ul style="list-style-type: none"> - afasia - desviación comisura bucal - desorientación temporo-espacial - aumento T.A. - hemiplejía - hemiparesia
COMPLICACIONES OCULARES	<ul style="list-style-type: none"> - disminución de la agudeza visual - entumecimiento - pérdida de tacto
NEUROPATIAS	<ul style="list-style-type: none"> - hormigueo - sensación de frío o dolor - cambio del color de la piel

IX. BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA:

1. Laboratorio Fournier. Endocrinología, metabolismo y nutrición Ed Masson Salvat p:178-183
2. Cano Perez J y Trilla Soler M. Diabetes Mellitus. En Martín Zurro A, Cano Perez J. Manual de Atención Primaria. 2ª Edición. Barcelona: Doyma, 1988; 323-346.
3. Manual para equipos de atención primaria. Diabetes Mellitus tipo II. Laboratorio Novo-Nordisk. 1993. p: 13,18, 22
4. Farreras, Rozman. Medicina Interna, vol. II. 11ª Edición. Barcelona: Doyma, 1989; 1737.
5. Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermería .3ª Ed. Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1990
Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermería .5ª Ed. Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1995

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

- Harrison. Principios de Medicina Interna, vol. II. Mexico: Interamericana, 1994; 2022-2023.
- Enciclopedia Larousse de Enfermería. Tomo 7. 1ª Edición. Barcelona: Planeta, 1994; 1643
- Moncada, E. Educar en diabetes. Guía para educadores. Madrid: Científico Médica, 1986.
- Dankmeijer, H.F. Diabetes Mellitus. Guía práctica para el médico general. Barcelona: Laboratorios Fher S.A., 1983.
- Guilhaume, B. Perlemuter, L. Endocrinología. Diabetes. Cuadernos de la Enfermera. Barcelona: Toray-Masson, 1979.
- Consenso para la atención a las personas con diabetes en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1995.