



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA REAL Y POTENCIAL EN UN
PACIENTE CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2, INSULINO DEPENDIENTE,
HIPERTENSO Y
ANURICO

TRABAJO PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A
LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA:
MOROCHO FAREZ ZOILA ODALIA

MACHALA - EL ORO

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Yo; MOROCHO FAREZ ZOILA ODALIA, con C.I. 0706255247, estudiante de la carrera de ENFERMERÍA de la UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA, en calidad de Autora del siguiente trabajo de titulación DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA REAL Y POTENCIAL EN UN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, INSULINO DEPENDIENTE, HIPERTENSO Y ANURICO

- Declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional. En consecuencia, asumo la responsabilidad de la originalidad del mismo y el cuidado al remitirme a las fuentes bibliográficas respectivas para fundamentar el contenido expuesto, asumiendo la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera EXCLUSIVA.

- Cedo a la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA de forma NO EXCLUSIVA con referencia a la obra en formato digital los derechos de:
 - a. Incorporar la mencionada obra al repositorio digital institucional para su democratización a nivel mundial, respetando lo establecido por la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0), la Ley de Propiedad Intelectual del Estado Ecuatoriano y el Reglamento Institucional.

 - b. Adecuarla a cualquier formato o tecnología de uso en internet, así como incorporar cualquier sistema de seguridad para documentos electrónicos, correspondiéndome como Autor(a) la responsabilidad de velar por dichas adaptaciones con la finalidad de que no se desnaturalice el contenido o sentido de la misma.

Machala, 10 de diciembre de 2015



MOROCHO FAREZ ZOILA ODALIA
C.I. 0706255247

CERTIFICACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **ZOILA ODALIA MOROCHO FAREZ**, autora del siguiente trabajo de titulación: **“DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA REAL Y POTENCIAL EN UN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, INSULINODEPENDIENTE, HIPERTENSO Y ANURICO”**. Declaro que la investigación, ideas, conceptos, procedimientos y **resultados** obtenidos en el siguiente trabajo son de mi absoluta responsabilidad.



ZOILA ODALIA MOROCHO FAREZ

C.I.: 0706255247

FRONTISPICIO

Autora



Zoila Odalia Morocho Farez
C.I. 0706255247

Dirección; El Guabo, El Oro
0999723725
zoila.morocho@gmail.com

COMITÉ EVALUADOR



Lcda. Gladis Mora Veintimilla
C.I. 0702547316



Lcdo. Humberto Elizalde Ordoñez
C.I.0702596628



Lcda. Verónica Almache Delgado
C.I.0704479534

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo en primer lugar a Dios por haberme bendecido con mi salud y ha sido mi complemento perfecto en el momento de desarrollar mi desempeño académico. A mis grandes amores que es mi padre y mi madre y hermano que han estado conmigo en todo momento porque este logro lo hemos obtenido juntos, por su paciencia, amor y perseverancia. Y también dedico en memoria de mi papito (abuelito) que está en el cielo y a mi mamita (abuelita) que aún permanece a nuestro lado y a todas las personas que me supieron dar buenos consejos.

Zoila M

AGRADECIMIENTO.

Agradezco infinitamente a la Universidad Técnica De Machala - Carrera De Enfermería y a cada uno de sus docentes por esforzarse arduamente al compartir sus conocimientos y hacerme mejor cada día.

A todo el personal del Hospital Teófilo Dávila donde realice el internado rotativo de las cátedras de Clínico Quirúrgico y Materno Infantil, así mismo al subcentro que me acogió en mi rotación de comunidad, logrando de esta manera dirigirme en el camino de la culminación de mi carrera profesional.

Zoila M

RESUMEN.

La mayor parte de la población es afectada por esta patología. El paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) “requiere ajustarse de la manera que va avanzando la enfermedad, como a las cosas que puede darse en su vida diaria ⁽⁴⁾, “es una enfermedad crónica degenerativa que se caracteriza por los altos niveles de glucosa en la sangre a la inadecuada producción de insulina”

⁽¹⁾Se presenta más en la edad adulta y puede desarrollarse de corto plazo a largo plazo de manera crónica , la diabetes es una de las principales causas de mortalidad.

Se valora por medio de los patrones funcionales alterados y plan de cuidados, en este trabajo planteado, se manifiesta claramente, que el proceso de atención de enfermería es una de las maneras que ayuda para la solución de los problemas de salud, los diagnosticos reales y potenciales nos permite encaminarnos a las intervenciones y de esta manera aumentar la calidad en los cuidados que realiza el personal de enfermería.

ABSTRACT

Most of the population is affected by this pathology. Patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) "requires adjusted the way that the disease progresses, as to the things that can happen in your daily life (4)," is a chronic degenerative disease that is characterized by high levels glucose in the blood to inadequate production of insulin "(1) .It has more in adulthood and may develop short-term to long-term chronically diabetes is a major cause of mortality.

It is valued by altered functional patterns and plan of care, in this proposed work is clearly evident that the process of nursing care is one way to help solve health problems, actual diagnosis and It allows us striving toward potential interventions and thus increase the quality of care performed by the nursing staff.

1. INTRODUCCION

“la diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica degenerativa que se caracteriza por los altos niveles de glucosa en la sangre, la inadecuada producción de insulina”⁽¹⁾. Esta enfermedad afecta a la mayoría de la población reduciendo la calidad de vida de la persona enferma y la de la familia.

“La diabetes de tipo 2 (también conocida insulino dependiente o de inicio en la edad adulta) constituye el 90 % de los casos mundiales y se da más en personas con un peso corporal excesivo y a la falta de actividad física. Se determina que más del 80 % de las muertes son por diabetes y según proyecciones de la OMS para el año 2030 la diabetes será la séptima causa de mortalidad”.⁽²⁾

Una de las principales causas de mortalidad es la diabetes mellitus “según el Instituto Nacional de estadísticas y Censos (INEC) en el año 2013 se registraron 4.695 muertes con un porcentaje de 7.44%.”⁽³⁾

El paciente con DMT2 “requiere ajustarse tanto al avance de la enfermedad, como a las cosas que puede darse en su vida diaria. Esto determina una dieta, ejercicio, medicamentos, insulina, control de glucosa, y control médico. Diversos estudios determinan que un buen tratamiento disminuye la posibilidad de complicaciones.”⁽⁴⁾

Identificar diagnósticos de enfermería reales y potenciales en la paciente con diabetes mellitus tipo 2 con la finalidad de brindar cuidados adecuados.

2. DESARROLLO

2.1 DIABETES MELLITUS

2.1.1 Definición.

La diabetes es una enfermedad crónica muy frecuente en la que el cuerpo tiene dificultad para regular la cantidad de azúcar normal en la sangre. ⁽⁵⁾

Es un grupo de alteraciones metabólicas que se manifiesta por un defecto en la secreción de la insulina, y el mal funcionamiento de muchos órganos y sistemas, principalmente los riñones, ojos, nervios, corazón y vasos sanguíneos. ⁽⁶⁾

2.2 INSULINODEPENDIENTE.

Se denomina insulino dependiente cuando la persona necesita la administración de insulina para mantener controlado los niveles de glucosa en el organismo.

2.3 DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2)

Diabetes mellitus tipo 2, también llamada no insulino dependiente, es un trastorno en el que los niveles de insulina pueden estar normales, elevados o disminuidos, dependiendo de la evolución del cuadro, pero cuya alteración basal es la resistencia a la acción de la insulina en los tejidos, la deficiente secreción o el conjunto de ambas hace que exista una fuerte asociación genética, por lo que los antecedentes familiares son un importante factor de riesgo. Esta enfermedad puede presentarse de forma lenta y progresiva pudiendo pasar años inadvertida. ⁽⁷⁾

Si la reserva de insulina esta baja o es nula en la diabetes mellitus tipo 2 también se da la cetoacidosis, quiere decir que la resistencia a la insulina esta aumentada. ⁽⁸⁾

2.4 HIPERTENSION.

La hipertensión arterial se define como la presión arterial alta es decir fuera del rango normal 140/90 mmHg o mayor. ⁽⁹⁾

Se relaciona con la obesidad y la resistencia a la insulina, los niveles séricos de insulina se hallan siempre más elevados en pacientes con hipertensión arterial que en los sujetos normotensos. ⁽¹⁰⁾

2.5 ANURIA.

Es la ausencia de la diuresis, que puede ser causa de algunas clínicas como un mal funcionamiento renal o diabetes o también por medicamentos.

2.6 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Definido por la Nanda es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, una familia o una comunidad con relación a problemas de salud real o potencial o a procesos vitales que favorecen a base para una terapia definitiva que busca alcanzar resultados de los que la enfermera es responsable. ⁽¹¹⁾

2.7 TIPOS DE DIAGNOSTICOS

2.7.1 Diagnostico Real.

Formado por P.E.S: problema, etiología signos y síntomas.

2.7.2 Diagnóstico Potencial / Riesgo.

Un diagnóstico de riesgo describe respuestas humanas a estados de salud, compuesto del problema más factor de riesgo. ⁽¹²⁾

2.8. VALORACION SEGÚN LOS PATRONES FUNCIONALES DE SALUD.

1. Patrón De Manejo – Percepción De La Salud.

Diagnostico Nanda: Gestión ineficaz de la propia salud r/c complejidad del régimen terapéutico e/p fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo.

2. Patrón Nutricional – Metabólico.

Categoría Diagnostica: riesgo de nivel de glucemia inestable (00179)

Dominio 2: nutrición.

Clase 4: metabolismo.

3. Patrón De Eliminación.

Categoría Diagnostica: Deterioro de la eliminación urinaria (00016)

Dominio 3: eliminación e intercambio.

Clase 1: función urinaria.

Diagnostico Nanda: deterioro de la eliminación urinaria r/c multicausalidad e/p ausencia de diuresis.

4. Patrón De Actividad / Reposo.

Categoría Diagnostica: perfusión tisular periférica ineficaz (00204)

Dominio 4: actividad / reposo.

Clase 4: respuestas cardiovasculares / pulmonares.

Diagnostico Nanda: perfusión tisular periférica ineficaz r/c hipertensión e/p cifras altas.

6. Patrón De Autopercepción – Autoconcepto.

Categoría Diagnostica: riesgo de baja autoestima situacional (00153)

Dominio 6: autopercepción.

Clase 2: autoestima.

Diagnostico Nanda: riesgo de baja autoestima situacional r/c antecedentes de abandono.

9. Patrón De Afrontamiento – Tolerancia Al Estrés.

Categoría Diagnostica: ansiedad ante la muerte (00147)

Dominio 9: afrontamiento / tolerancia al estrés

Clase 2: respuestas de afrontamiento.

Diagnostico Nanda: ansiedad ante la muerte r/c confrontamiento con la realidad de una enfermedad terminal e/p expresa temor a una muerte prematura.

11. Patrón De Seguridad Y Protección.

Categoría Diagnostica: riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)

Dominio 4: Seguridad/protección.

Clase 4: Lesión física

Diagnostico Nanda: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c deterioro del estado metabólico.

(13)

2.9 CUADRO DE RELACION DE PROBLEMAS.

PROBLEMA	TIPO/ DATO	PATRON AFECTO	APARATO O SISTEMA AFECTO	PATRON RESPUESTA	CATEGORIA DIAGNOSTICA
Anuria	Objetivo	Dominio 3. Eliminación e intercambio	Clase 1. Función urinaria	Dominio 3. Eliminación e intercambio	Deterioro de la eliminación urinaria.(00016) Pg. 193
Disminución o aumento de la glucosa	Objetivo	Dominio 2. Nutrición	Clase 4. Metabolismo	Dominio 2. Nutrición	Riesgo del nivel de glucemia inestable.(00179) pg.183
Hipertensión arterial	Objetivo	Dominio 4 Actividad/ reposo	Clase 4 Respuesta cardiovascular/ pulmonar	Dominio 4 Actividad/ reposo	Perfusión tisular periférica ineficaz (00204)Pág.239

2.10 PLAN DE CUIDADOS ⁽¹⁴⁾

Diagnóstico Clínico: Diabetes Mellitus.

DIAGNOSTICO ENFERMERO	RESULTADOS ESPERADOS NOC	PLAN DE INTERVENCIONES NIC	EVALUACION
<p>Deterioro de la eliminación urinaria r/c multicausalidad e/p retención (ausencia de diuresis) pg. 193</p>	<p>-Eliminación urinaria.</p>	<p>MANEJO DE LA ELIMINACION URINARIA</p> <p>-Debemos explicar al paciente los signos y algún síntoma de infección que presente. -Insertar sonda vesical, si procede. -Controlar la eliminación urinaria, su frecuencia, olor, volumen y color. - Evitar los líquidos si procede. Pg. 277</p>	<p>Paciente en tratamiento</p>
<p>Riesgo del nivel de glucemia inestable r/c conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes pg. 183</p>	<p>Nivel de glucemia</p>	<p>MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA</p> <p>-Vigilar la glucemia, si está indicado. -Observar si hay signos y síntomas como poliuria, polidipsia debilidad etc. -Monitorizar la presión arterial ortostática y el pulso, si está indicado. -Administrar insulina según prescripción. -Potenciar la ingesta oral de líquidos. -Monitorizar el balance hídrico (entradas y salidas) -Administrar líquidos IV si es preciso. -Consultar con el medico si persisten o empeoran los síntomas de hiperglucemia -Restringir el ejercicio cuando los niveles de glucosa en sangre sean >250mg/dl. -Fomentar el autocontrol de la glucemia. -Revisar los registros de glucemia con el paciente y/o familia. - Instruir al paciente acerca de la actuación con la diabetes, incluyendo el uso de la insulina o antidiabéticos orales, control de la ingesta de líquidos, remplazo de los hidratos de carbono y cuando debe solicitarse</p>	<p>Paciente en control de glucemia.</p>

<p>Perfusión tisular periférica ineficaz r/c hipertensión e/p cifras de tensión arterial elevada pág. 143</p>	<p>Estado circulatorios Presión arterial normal.</p>	<p>asistencia sanitaria profesional. -Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y ejercicio.pg. 279. MANEJO DE LA HIPOGLUCEMIA. -Monitorizar la presencia de signos y síntomas: temblores, diaforesis, nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, palidez, nauseas, fatiga etc. -Administrar hidratos de carbono simples, si está indicado. -Mantener una vía periférica. -Administrar glucosa IV si está indicado. -Instruir sobre las interacciones de la dieta, insulina, antidiabéticos orales y ejercicio. -Fomentar el autocontrol de la glucemia. Pg. 281</p> <p>CUIDADOS CARDIACOS -Observar signos vitales con frecuencia. -Monitorizar el estado cardiovascular -Controlar el estado respiratorio por si procede síntomas de insuficiencia cardiaca. -Controlar el equilibrio de líquidos (ingestión/eliminación y peso diario). -Reconocer la presencia de alteraciones de la presión sanguínea. -Vigilar la respuesta del paciente a los medicamentos antiarrítmicos. -Instruir al paciente y la familia sobre las limitaciones y la progresión de las actividades. -Establecer ejercicios y periodo de descanso para evitar la fatiga. -Promover la disminución del estrés.pg 132</p>	<p>Paciente recibe control de la presión arterial</p>
---	--	--	---

3. CIERRE

Sabemos que el personal de enfermería representa un apoyo fundamental en las personas que sufren enfermedades crónicas; una de ellas como la diabetes mellitus tipo 2, con la valoración podemos identificar los problemas y plantear nuestros objetivos.

En este trabajo partiendo de la descripción de la patología y complicaciones que presenta el paciente y la elaboración de diagnósticos enfermeros se manifiesta claramente, que el proceso de atención de enfermería es una de las maneras más precisa para la solución de los problemas de salud, los diagnósticos reales y potenciales de un paciente nos permite encaminarnos a las intervenciones y de esta manera aumentar la calidad en los cuidados que realiza el personal de enfermería.

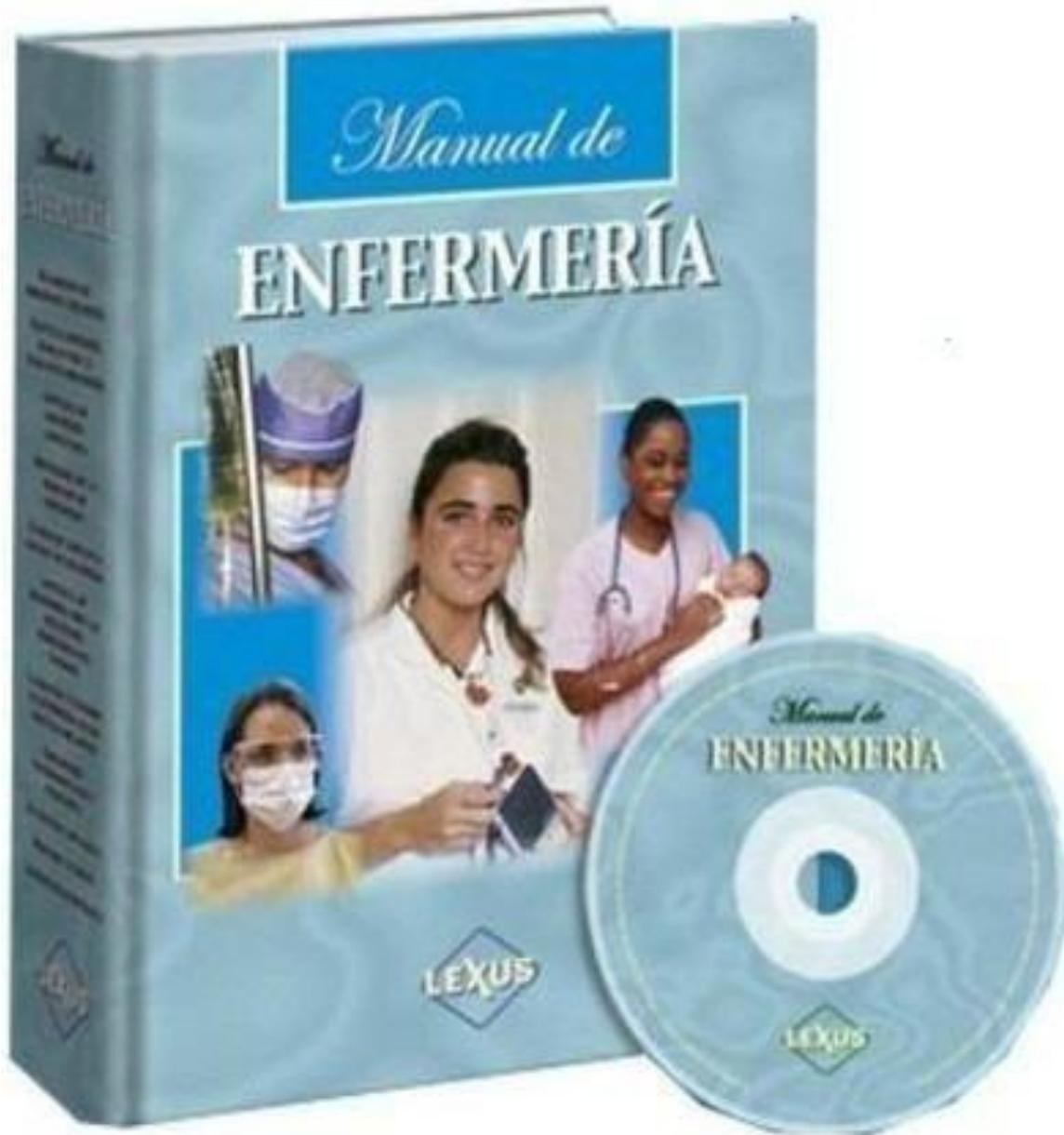
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Díaz M, Fernández J, Luna R, Baena J. Valoración Y Cuidados De Enfermería De Los Sistemas Organicos.En: Lexus,(eds.).*Manual De Enfermeria*.Madrid:Diorki;2014.305
2. OMS.*Diabetes*. Septiembre 2013. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/> (ultimo acceso 29 de Septiembre del 2015).
3. Usiña J, Carrera S. *Inec* ,*Instituto Nacional De Estadisticas Y Censos* 2013. http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2013.pdf . (ultimo acceso 29 de Septiembre del 2015).
4. Lazcano M, Salazar B. *Adaptacion En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Según Modelo De Roy*. Diciembre 2010. <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n3/v9n3a04.pdf>. (ultimo acceso 29 de Septiembre del 2015).
5. Instituto Nacional De Los Estados Unidos.*Diabetes*. Agosto 2014. <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001214.htm>. (ultimo acceso 30 de Septiembre del 2015).
6. Rojas E, Molina R, Cruz Rodriguez. *Endocrinologia Y Metabolismo* . Agosto 2012. http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1690-31102012000400003&script=sci_arttext. (ultimo acceso 02 de Octubre del 2015).
7. Díaz M, Fernández J, Luna R, Baena J. Valoración Y Cuidados De Enfermería De Los Sistemas Organicos.En:(eds.).*Manual De Enfermeria*.Madrid: Diorki; 2014.307.
8. Cipriani Lima Julio 2014. (ultimo acceso 02 de Octubre del 2015).
9. Vidalon F. *Clínica De La Hipertensión*. Lima 2010.(ultimo acceso 02 de Octubre del 2015).
10. Acosta G. *Vigencia del Síndrome Metabólico*. La Plata Julio 2011. (ultimo acceso 02 de Octubre del 2015).
11. Buttura L. *Clasificaciones De Diagnóstico E Intervención De Enfermería: Nanda-Nic*. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002009000700003&lang=pt#b ack. (ultimo acceso 02 de Octubre del 2015).

12. Heather H, Von G. La Taxonomía De Nanda International En: Heather H (ed.) *Nanda Diagnostico Enfermeros*. Barcelona: Elsevier; 2012-2014. 61
13. Margaret L, Odenbreit M, Muller M. Valoración Enfermera En: Heather H (ed.) *Nanda Diagnostico Enfermeros*. Barcelona: Elsevier; 2012-2014. 6-8

ANEXOS

Artículo 1:



betes, aunque nada tiene que ver con la diabetes mellitus, dado que algunas manifestaciones clínicas son similares pero produce una orina diluida, insípida, por la falta del efecto de la ADH.

Etiología. La diabetes insípida central o neurogénica está producida por un defecto hormonal en el hipotálamo o en la hipófisis de carácter idiopático familiar. La diabetes insípida periférica o nefrogénica se produce por una insensibilidad del túbulo renal a la ADH; es muy infrecuente y se transmite por herencia ligada al cromosoma X. Otras causas posibles son las traumáticas, las tumorales, las infecciosas y las de origen vascular inflamatorio. Asimismo, el alcohol y algunos fármacos, como la difenilhidantoína, producen inhibición central de la secreción de hormona anti-diurética.

Signos y síntomas. Clínicamente, este trastorno se caracteriza por la aparición de forma súbita de poliuria (excesiva orina) y polidipsia (necesidad de beber mucho). La sed se produce como consecuencia de la deshidratación y provoca la ingesta de grandes cantidades de líquido (más 4 l/día). La poliuria es de hasta 20 litros diarios, de orina clara no concentrada, con una densidad menor de 1006 mOsm/l, mientras que la osmolaridad del suero está elevada.

Las manifestaciones clínicas caracterizan al cuadro, pero para el diagnóstico etiológico hay que realizar diferentes pruebas de imagen y de laboratorio y descartar la polidipsia de origen psicógeno (trastorno psiquiátrico por el que el paciente bebe grandes cantidades de agua por una sensación de sed funcional, de origen psíquico).

Tratamiento. El tratamiento de la diabetes insípida depende de la causa que la origina. Si ésta es reversible, el tratamiento se centrará en eliminarla. En caso contrario, se dirigirá a la compensación del déficit. Inicialmente, en cualquier caso, se dirige a la reposición de los líquidos y los electrolitos, lo que requiere muchas veces la perfusión parenteral de éstos. Cuando se trata de trastornos crónicos, el tratamiento debe ir dirigido a mantener la concentración de la sangre y de la orina dentro de los límites de la normalidad y de forma continuada. En los casos en que existe un déficit hormonal, éste se consigue solventar con análogos hormonales (p. ej., desmopresina por vía nasal). Otros fármacos que se pueden

utilizar cuando existe liberación hormonal son la carbamacepina y la clorpropamida (un hipoglucemiante de la familia de las sulfonilureas que se utiliza por su acción sensibilizadora a la hormona antidiurética). En la diabetes insípida nefrogénica se recomienda la restricción de sal junto a fármacos como los diuréticos tiazídicos o la clorpropamida.

Pautas de actuación de enfermería. El diagnóstico de enfermería principal en este tipo de pacientes es el de alto riesgo de déficit de volumen de líquidos. En consecuencia, la primera labor de enfermería será valorar el estado hidroelectrolítico del enfermo, dado que su brusca alteración puede originar deshidratación importante, trastornos del nivel de consciencia e incluso la muerte, sobre todo en niños y ancianos. Para ello, se deben controlar cuidadosamente la ingestión de líquidos y la excreción urinaria, y medir con precisión las variaciones diarias del peso corporal, ya que aporta una información indirecta de la hidratación corporal. La perfusión de líquidos parenterales se debe realizar atendiendo a la prescripción médica, tanto cualitativamente, como en la velocidad de infusión y en el volumen total.

El personal de enfermería debe estar atento también a los problemas originados por la falta de información sobre la enfermedad, su evolución y tratamiento. Se deben poner en marcha planes dirigidos a que el paciente conozca y comprenda su enfermedad, así como la importancia del seguimiento del tratamiento y de las pautas dietéticas.

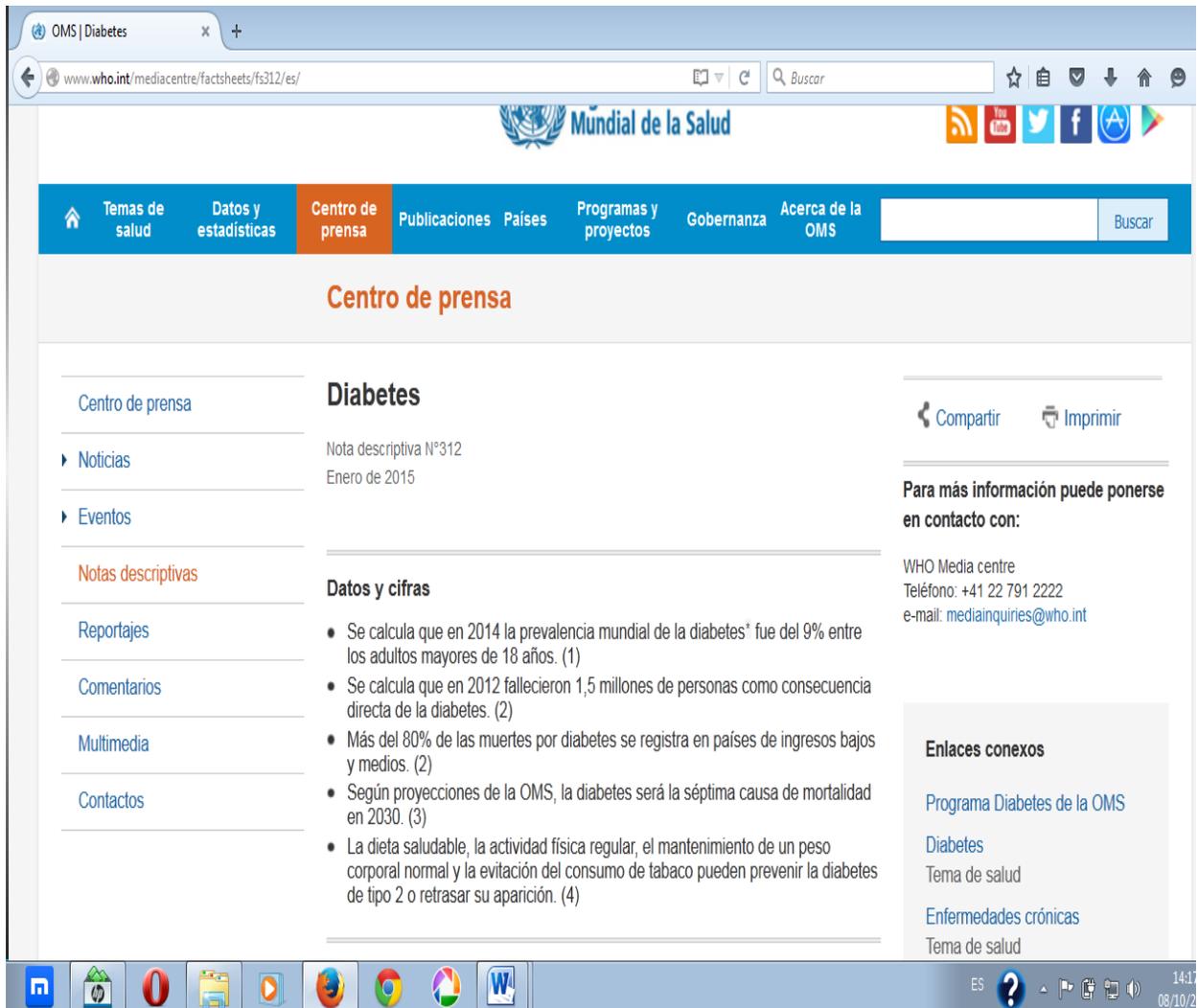
En síntesis, los objetivos de la actuación de enfermería son normalizar al paciente en la fase aguda después del diagnóstico, conseguir que no exista poliuria y que, en el momento del alta, el paciente conozca la posología de su tratamiento, los riesgos de la sobredosificación, las medidas higiénico-dietéticas recomendadas, así como los mecanismos para conseguir una atención médica urgente.

DIABETES MELLITUS. La diabetes mellitus comprende un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por una hiperglucemia secundaria a defectos en la secreción de la insulina, en su acción o en ambas.

Etiología y tipos. La mayoría de los casos se encuentran involucrados en dos categorías etiopatogénicas: la diabetes tipo 1, causada

Artículo 2:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>



The screenshot shows a web browser window displaying the WHO website. The address bar shows the URL www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/. The page features a blue navigation bar with the WHO logo and the text "Mundial de la Salud". Below the navigation bar, the main content area is titled "Centro de prensa" (Press Centre). The main article is titled "Diabetes" and is identified as "Nota descriptiva N°312" from "Enero de 2015". The article is categorized under "Notas descriptivas" (Descriptive notes). The main text of the article is under the heading "Datos y cifras" (Data and figures) and contains four bullet points:

- Se calcula que en 2014 la prevalencia mundial de la diabetes^a fue del 9% entre los adultos mayores de 18 años. (1)
- Se calcula que en 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencia directa de la diabetes. (2)
- Más del 80% de las muertes por diabetes se registra en países de ingresos bajos y medios. (2)
- Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030. (3)

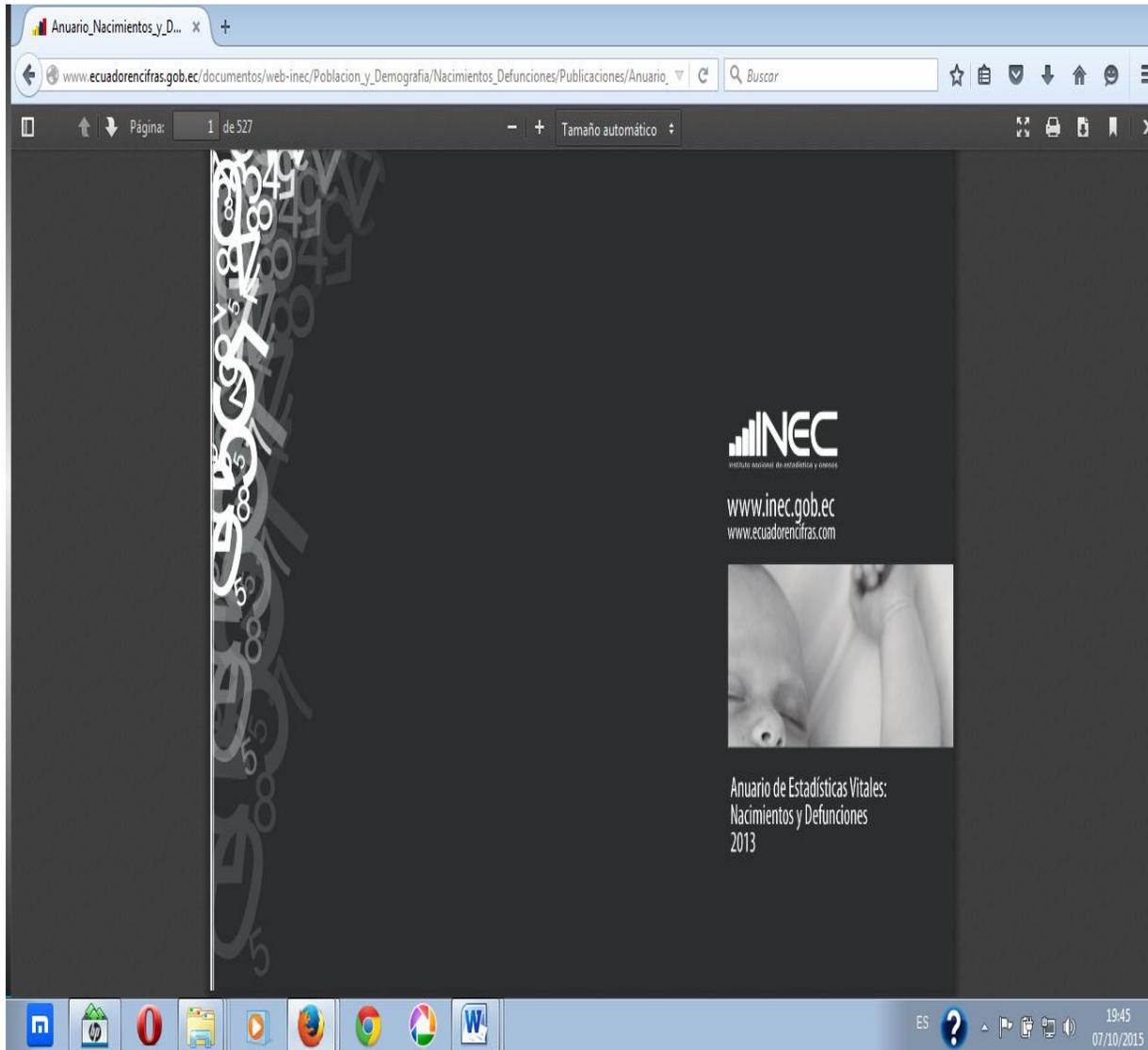
The fourth bullet point is partially visible: "La dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y la evitación del consumo de tabaco pueden prevenir la diabetes de tipo 2 o retrasar su aparición. (4)".

On the right side of the page, there are social media sharing options for "Compartir" and "Imprimir". Below these, there is contact information for the WHO Media centre: "Teléfono: +41 22 791 2222" and "e-mail: mediainquiries@who.int". There is also a section for "Enlaces conexos" (Related links) with links to "Programa Diabetes de la OMS", "Diabetes" (Tema de salud), and "Enfermedades crónicas" (Tema de salud).

The browser's taskbar at the bottom shows various application icons and the system clock indicating the time is 14:17 on 08/10/2012.

Artículo 3

http://www.ecuadrencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2013.pdf



Anuario_Nacimientos_y_D... x +
 ntos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2013.pdf

Página: 33 de 527 110%

			Population estimada 2013	13,774,745		
			Total de defunciones	63,104		
			Tasa de mortalidad general (x 100,000 hab.)	400,03		
Nº Orden	Código L.C.	Cód. CIE-10 detallada	Causas de muerte	Número	%	Tasa
1	26	E10-E14	Diabetes mellitus	4.695	7,44%	29,76
2	34	I10-I15	Enfermedades hipertensivas	4.189	6,64%	26,56
3	46	J10-J18	Influenza y neumonía	3.749	5,94%	23,77
4	42	I60-I69	Enfermedades cerebrovasculares	3.567	5,65%	22,61
5	57	V00-V89	Accidentes de transporte terrestre	3.072	4,87%	19,47
6	35	I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	2.942	4,66%	18,65
7	51	K70-K76	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	2.005	3,18%	12,71
8	53	N00-N99	Enfermedades del sistema urinario	1.874	2,97%	11,88
9	41	I50-I51	Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades mal definidas	1.716	2,72%	10,88
10	09	C16	Neoplasia maligna del estómago	1.570	2,49%	9,95
11	47	J40-J47	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1.425	2,26%	9,03
12	55	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el período prenatal	1.390	2,20%	8,81
13	64	X85-Y09	Agresiones (Homicidios)	1.271	2,01%	8,06
14	24	C81-C96	Neoplasia maligna del tejido linfático, hematopoyético y afines	1.090	1,73%	6,91
15	65	Y10-Y34	Eventos de intención no determinada	1.025	1,62%	6,50
16	56	Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	908	1,44%	5,76
17	20	C61	Neoplasia maligna de la próstata	842	1,33%	5,34
18	07	B20-B24	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia (VIH)	762	1,21%	4,83
19	18	C53-C55	Neoplasia maligna del útero	702	1,11%	4,45
20	63	X60-X84	Lesiones autoinflingidas intencionalmente (Suicidio)	676	1,07%	4,29
21	15	C33-C34	Neoplasia maligna de la tráquea, bronquios y pulmón	642	1,02%	4,07
22	11	C22	Neoplasia maligna del hígado y de las vías biliares	637	1,01%	4,04
23	48	J80-J84	Edema pulmonar y otras enfermedades respiratorias que afectan al intersticio	606	0,96%	3,84
24	10	C18-C21	Neoplasia maligna del colon, sigmoide, recto y ano	598	0,95%	3,79
25	17	C50	Neoplasia maligna de la mama	521	0,83%	3,30
88		RESTO	Resto de causas	15.143	24,00%	96,00
99		R00-R99	Causas mal definidas	5.487	8,70%	34,78

* Las tasas de Mortalidad por causas, están relacionadas por 100.000 habitantes, por efectos de combinación interseccional

En el año 2013 se registraron 4.695 muertes a causa de Diabetes mellitus, convirtiéndose en la principal causa de mortalidad general con un porcentaje de 7,44% y una tasa de mortalidad de 29,76. Enfermedades hipertensivas, es la segunda causa de muerte con un porcentaje de 6,64% y una tasa de 26,56. En el mismo año, la Neoplasia maligna de la mama se registran como una de las causas de menor ocurrencia con un porcentaje de 0,83% y una tasa de mortalidad de 3,30.

Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 2013

ES ? 15:44 08/10/2015

Artículo 4

<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n3/v9n3a04.pdf>

207 - 211 Primeras Paginas... X +

www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n3/v9n3a04.pdf

Buscar

Página: 1 de 10

Tamaño automático

AQUICHAN - ISSN 1657-5997

Margarita Lazcano-Ortiz¹
Bertha Cecilia Salazar-González²

Adaptación en pacientes con diabetes Mellitus Tipo 2, según Modelo de Roy

RESUMEN

Objetivo. Determinar la influencia entre estímulos focales y contextuales, y la adaptación fisiológica y psicosocial en personas con diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2). **Material y método.** El diseño fue descriptivo, transversal, predictivo. El muestreo fue probabilístico, sistemático. La muestra con 200 participantes de ambos géneros de 30 a 65 años, se determinó para un 95% de confianza, con una potencia de prueba de 90%. **Resultados.** Los resultados mostraron que el tiempo desde diagnóstico explicó la adaptación fisiológica $F(1,198) = 9,18, p = ,003$. Se observó efecto entre complicaciones y adaptación psicosocial $F(4,195) = 4,97, p = ,001$, con un coeficiente de determinación del 74%. Los estímulos contextuales influyeron en la adaptación fisiológica y psicosocial, $F(6,193) = 2,89, p = ,010$, y $F(6, 193) = 2,41, p = ,029$. **Conclusiones.** Los resultados de este estudio permiten sugerir relaciones entre las proposiciones teóricas propuestas y derivadas del Modelo de Adaptación de Roy, particularmente entre los estímulos y la adaptación fisiológica y psicosocial en pacientes con diabetes Mellitus Tipo 2.

ES ? 20:00 07/10/2015

207 - 211 Primeras Paginas... x

www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n3/v9n3a04.pdf

Buscar

Página: 3 de 10

140%

persona, lo que lleva a su desadaptación (4). Frecuentemente, la DMT2 cursa con factores de riesgo como la hiperlipidemia caracterizada por elevación de niveles de triglicéridos y colesterol (5) que a su vez desencadenan problemas cardiovasculares como hipertensión, aterosclerosis, angina coronaria, infarto del miocardio, factores que afectan la adaptación de la persona y su vida productiva. Por esta razón, el control glucémico es crítico por parte de la persona que padece DMT2 para reducir el riesgo de las complicaciones a largo plazo.

El paciente con DMT2 requiere adaptarse tanto a la evolución de la enfermedad, como a las demandas que ésta le plantea en su vida diaria. Esto incluye dieta, ejercicio, medicamentos orales o aplicación de insulina, vigilancia regular de la glucosa capilar, y revisión periódica por el equipo de salud (6). Diversos estudios muestran que la observancia del tratamiento disminuye la probabilidad de complicaciones (7). Sin embargo, algunos autores (8) han concluido que las dificultades principales en las recomendaciones del tratamiento de la diabetes están relacionadas con la dieta y el ejercicio. Esto consiste en una prescripción individualizada para lograr el control glucémico mediante la reducción de hidratos de carbono y la ingesta calórica, y el aumento de la actividad. En México, un estudio reportó que el 58% de las mujeres y el 53% de los hombres con tratamiento presentaron cifras de glucemia mayor de 200 mg/dl (9).

Pollock (10) señala que la adaptación a las enfermedades crónicas es un proceso complejo que implica un balance entre las demandas de la situación y la habilidad del individuo para responder a dichas demandas, dado que el tratamiento y control de la DMT2 tiene un efecto sobre la adaptación del paciente en términos de bienestar social y psicológico (11).

La diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2), enfermedad crónica degenerativa relacionada con factores ambientales entre los que se encuentran estilos de vida de la población, representa un problema de salud pública, dado que ocupa los

ES ? 14:37 08/10/2015

Artículo 5

<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001214.htm>

The screenshot shows a web browser window displaying the MedlinePlus website. The browser's address bar shows the URL: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001214.htm>. The website header includes the NIH logo and the text "Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU." and "MedlinePlus Información de salud para usted". A search bar with the text "Busque en MedlinePlus" and a "BUSCAR" button is visible. Below the search bar are links for "Sobre MedlinePlus", "Índice", "FAQs", and "Contáctenos". The main navigation bar contains "Temas de salud", "Medicinas y suplementos", "Videos y multimedia", and "English". The article title "Diabetes" is prominently displayed. Below the title is a brief description: "La diabetes es una enfermedad crónica en la cual el cuerpo no puede regular la cantidad de azúcar en la sangre." The "Causas" section explains that insulin is a hormone produced by the pancreas to control blood sugar, and diabetes can be caused by low insulin production or resistance to it. A list of causes includes: "Un azúcar llamado glucosa, que es fuente de energía para el cuerpo, entra en el torrente". To the right of the text are social media icons and two sections: "Temas de salud relacionados" with a link to "Diabetes", and "Imágenes" with two image thumbnails labeled "Glándulas endocrinas" and "Retinopatía diabética". The Windows taskbar at the bottom shows various application icons and the system tray with the date "08/10/2015" and time "14:44".

Diabetes : MedlinePlus enc... X +

<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001214.htm> Buscar

NIH Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU.

MedlinePlus
Información de salud para usted

Busque en MedlinePlus **BUSCAR**

Sobre MedlinePlus Índice FAQs Contáctenos

Temas de salud Medicinas y suplementos Videos y multimedia **English**

Página Principal → Enciclopedia médica → Diabetes

Diabetes

La diabetes es una enfermedad crónica en la cual el cuerpo no puede regular la cantidad de azúcar en la sangre.

Causas

La insulina es una hormona producida por el páncreas para controlar el azúcar en la sangre. La diabetes puede ser causada por muy poca producción de insulina, resistencia a ésta o ambas.

Para comprender la diabetes, es importante entender primero el proceso normal por medio del cual el alimento se descompone y es empleado por el cuerpo para obtener energía. Suceden varias cosas cuando se digiere el alimento:

- Un azúcar llamado glucosa, que es fuente de energía para el cuerpo, entra en el torrente

Temas de salud relacionados

Diabetes

Imágenes

Glándulas endocrinas Retinopatía diabética

sperando a script.crazyegg.com...

ES ? 14:44 08/10/2015

Artículo 6

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1690-31102012000400003&script=sci_arttext

The screenshot shows a web browser window with the following content:

- Page Title:** Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo
- Page Subtitle:** versión ISSN 1690-3110
- Page Info:** Rev. Venez. Endocrinol. Metab. vol.10 supl.1 Mérida oct. 2012
- Section Header:** Definición, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus
- Authors:** Dra. Elizabeth Rojas de P., Dra. Rusty Molina, Dr. Cruz Rodríguez.
- Section Header:** INTRODUCCIÓN
- Text:** La diabetes mellitus es una enfermedad crónica, considerada un problema de salud pública, Venezuela no escapa a esta situación en la que cada año aumenta el número de personas afectadas. Dada la magnitud de la población en riesgo de padecer la enfermedad, resulta imposible que todos los pacientes sean atendidos por el médico especialista, por lo tanto es necesario que los de atención primaria cuenten con herramientas, sencillas y actualizadas que les permitan el abordaje, la evaluación y el tratamiento del paciente diabético, así como decidir cuándo deberían referirlo al especialista (endocrinólogo, oftalmólogo, nefrólogo etc.).
- Section Header:** DEFINICIÓN
- Text:** La diabetes mellitus es un grupo de alteraciones metabólicas que se caracteriza por hiperglucemia crónica, debida a un defecto en la secreción de la insulina, a un defecto en la acción de la misma, o a ambas. Además de la hiperglucemia, coexisten alteraciones en el metabolismo de las grasas y de las proteínas. La hiperglucemia sostenida en el tiempo se asocia con daño, disfunción y falla de varios órganos y sistemas, especialmente riñones, ojos, nervios, corazón y vasos sanguíneos¹⁻⁵.
- Section Header:** CLASIFICACIÓN^{1-3,5}
- Text:** Incluye diversos tipos de diabetes y otras categorías de intolerancia a la glucosa.
- Text:** **Diabetes mellitus tipo 1 (DM1):** Su característica distintiva es la destrucción autoinmune de la célula β , lo cual ocasiona deficiencia absoluta de insulina, y tendencia a la cetoacidosis. Tal destrucción en un alto porcentaje es

On the right side of the page, there is a sidebar titled "Servicios Personalizados" with the following options:

- Artículo en PDF
- Artículo en XML
- Referencias del artículo
- Como citar este artículo
- Traducción automática
- Enviar artículo por email

Below these options are sections for "Indicadores", "Links relacionados", and "Bookmark". At the bottom of the browser window, the taskbar shows various application icons and the system tray with the date 08/10/2015 and time 14:50.

ADRO
3.2

CLASIFICACIÓN ACTUAL DE LAS DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus se clasifica según su mecanismo patogénico en:

1. DIABETES MELLITUS TIPO 1
 - a. Mediada por enfermedad inmunológica
 - b. Idiopática
2. DIABETES MELLITUS TIPO 2
 - a. Resistencia a insulina
 - b. Defecto en la secreción de insulina
3. OTROS TIPOS DE DIABETES MELLITUS, por:
 - a. Defectos genéticos en la función de la célula beta
 - b. Defectos genéticos en la acción de la insulina
 - c. Defectos del páncreas exocrino (p. ej., pancreatitis, neoplasia)
 - d. Endocrinopatías (p. ej., acromegalia, Cushing, feocromocitoma)
 - e. Agentes químicos o drogas
 - f. Infecciones (p. ej., rubeola congénita, citomegalovirus)
 - g. Mediada inmunológicamente, formas raras
 - h. Otros síndromes genéticos asociados en ocasiones (p. ej., síndromes de Down, de Klinefelter)
 - i. Gestación (diabetes mellitus gestacional)

La diabetes mellitus tipo 2 es un trastorno en el que los niveles de insulina pueden estar normales, elevados o disminuidos, dependiendo de la evolución del cuadro, pero cuya alteración basal es la resistencia a la acción de la insulina en los tejidos, la deficiente secreción o el conjunto de ambas. Se suele producir en personas con más de 40 años, siendo más frecuente cuanto mayor es la edad. Existe una fuerte asociación genética, por lo que los antecedentes familiares son un importante factor de riesgo. La obesidad es otro factor de riesgo asociado, al favorecer la resistencia periférica a la insulina, definida como una respuesta de los tejidos inferior a la normal a la acción de una determinada concentración de insulina, aunque exista insulina capaz de inhibir la lipólisis, que es la causante de la cetoacidosis.

Es la forma más frecuente de diabetes mellitus. Se presenta de forma lenta y progresiva pudiendo pasar años inadvertida. Suele iniciarse con los síntomas de hiperglucemia, poluria, polidipsia y polifagia en personas mayores de 50 años, aunque en muchos casos el diagnóstico es casual.

La diabetes gestacional es un trastorno de la regulación del metabolismo de la glucosa que se produce durante el embarazo y que remite normalmente al finalizar éste (v. cap. 8).

La fisiopatología de la diabetes mellitus, independientemente de la causa, supone una mala regulación del metabolismo de la gluco-

sa. Esta regulación se produce normalmente por una hormona que disminuye los niveles de glucosa en la sangre, la insulina, y por cuatro que los aumentan: el glucagón, la hormona del crecimiento (GH), la adrenalina y el cortisol, y que mantienen un equilibrio de la glucemia entre 60-120 mg/dl.

La insulina es una hormona polipeptídica producida por las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas (unas 40-50 unidades/día, de media), como respuesta a la ingestión de alimentos, iniciándose a los 8 minutos y alcanzando el máximo a los 40 minutos, lo que consigue reducir los valores de la glucosa en la sangre posprandial en 90-120 minutos hasta los niveles basales. Esta hormona produce su efecto una vez que se une a un receptor específico situado en la pared celular de muchos tejidos periféricos, como el adipocito, las células musculares o las del hígado, haciendo que la glucosa pase al interior de la célula para acumularse como glucógeno, formar grasa o metabolizarse como sustrato energético.

Como ya se ha comentado, la insulina es la única hormona que disminuye los niveles de glucosa de la sangre y su acción es compensada por un conjunto de hormonas denominadas contrarreguladoras. El glucagón es la más importante y ejerce una función opuesta a la de la insulina; lo fabrican las células alfa de los islotes de Langerhans, ante estímulos

Artículo 8

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2014000300015&lang=pt

The screenshot shows a web browser window with the URL www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2014000300015&lang=pt. The page features the Scielo Perú logo and a navigation menu with buttons for 'artículos', 'sumario', 'anterior', 'próximo', 'autor', 'materia', 'búsqueda', 'home', and 'alfab'. The main content area displays the journal title 'Revista Med Hered vol.25 no.3 Lima jul. 2014' and the article title 'Características demográficas y epidemiológicas de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 hospitalizados por cetoacidosis diabética'. The author is listed as Enrique Cipriani T. 1,a. A sidebar on the right provides 'Servicios Personalizados' including options for 'pdf en Español', 'Artículo en XML', 'Referencias del artículo', 'Como citar este artículo', 'Traducción automática', and 'Enviar artículo por email'. It also includes sections for 'Indicadores', 'Links relacionados', 'Bookmark', and 'Permalink'. The browser's taskbar at the bottom shows various application icons and system tray information including the time 20:43 and date 07/10/2015.

Revista Med Hered vol.25 no.3 Lima jul. 2014

Características demográficas y epidemiológicas de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 hospitalizados por cetoacidosis diabética

Demographic and epidemiological characteristics of patients with type 2 diabetes mellitus hospitalized with diabetic ketoacidosis

Enrique Cipriani T. 1,a

Servicios Personalizados

Artículo

- pdf en Español
- Artículo en XML
- Referencias del artículo
- Como citar este artículo
- Traducción automática
- Enviar artículo por email

Indicadores

Links relacionados

Bookmark

Permalink

La paradoja aparente de DM2 con severo déficit de insulina fue explicada años después por el fenómeno de la glucotoxicidad (5,6) sobre las células beta de los islotes de Langerhans; la hiperglicemia prolongada y severa daña la función de las células beta.

El incremento exagerado de la obesidad en la población mundial, asociado al incremento paralelo de la DM2, ha multiplicado la presentación de cetoacidosis en DM2, particularmente en poblaciones de etnia latinoamericana y afroamericana (7); epidemia que incluye a la niñez (8).

El desarrollo de esta complicación en las etnias señaladas está explicado por razones: a) genéticas, b) razones dependientes de los bajos niveles sociales, culturales y económicos que condicionan una alimentación más rica en carbohidratos por su menor costo; c) desconocimiento del daño ocasionado por la ingesta de un exceso de alimentos; y d) asistencia tardía a centros médicos, estos factores condicionan la presentación de estas personas con grados avanzados de descompensación de la DM2.

Cualquier fenómeno que incremente los requerimientos de insulina, puede desencadenar una descompensación de la diabetes mellitus, esa es la regla en la DM1 y también en la DM2; y cuando la reserva de insulina es muy baja o nula en la DM2 también se presenta la cetoacidosis, pues la resistencia a la insulina está aumentada.

Así tenemos que las infecciones severas; los cuadros con sobrecarga adrenérgica como el infarto del miocardio; las enfermedades con disminución de la perfusión periférica (shock), son los desencadenantes más frecuentes de esta complicación; los hallazgos de Ticse y col (1) refrendan lo descrito en la literatura mundial, así como para los pacientes nativos del Perú descrito por Manrique y col (9) y Pinto y col (10).

La epidemia de obesidad y DM2 en la población mundial afecta también a niños (9); en quienes se destacan las siguientes características: presencia de Acanthosis nigricans; hiperinsulinemia; incremento de peso entre 140%



Artículo 9

Anales de la Facultad de Medicina

www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51025-55832010000400005&lang=pt

artículos | búsqueda de artículos

sumario anterior próximo autor materia búsqueda home alfab

Anales de la Facultad de Medicina
versión impresa ISSN 1025-5583

An. Fac. med. v.71 n.4 Lima dic. 2010

Clínica de la hipertensión arterial, para el médico general
Clinical aspects of arterial hypertension for the general practitioner

Armando Vidalón-Fernández^{1,2,3}

1 Doctor en Medicina, Especialista en Nefrología.
2 Ex Profesor Principal, Facultad de Medicina, UNMSM.
3 Ex Presidente Sociedad Peruana de Nefrología, Sociedad Peruana de Transplantes, Sociedad Peruana de Hipertensión Arterial.

Servicios Personalizados

Artículo ▾

- pdf en Español
- Artículo en XML
- Referencias del artículo
- Como citar este artículo
- Traducción automática
- Enviar artículo por email

Indicadores ▾

Links relacionados ▾

Bookmark ▾

- Facebook
- Twitter
- LinkedIn
- Google+
- StumbleUpon
- Delicious
- Diigo
- Other

Permalink

Resumen

ES 20:51 07/10/2015

causas identificables de HTA, la evaluación clínica y de laboratorio. Se enumera los factores de riesgo vascular y daño de órgano blanco, así como la importancia del sobrepeso/obesidad y errores comunes de concepto sobre la HTA.

Palabras clave: Hipertensión, clasificación, diagnóstico; presión sanguínea; diagnóstico clínico.

Abstract

We review basic clinical aspects of arterial hypertension (AHT). A detailed and updated definition of arterial hypertension and its correspondent classification is presented, the purpose of diagnosis, correct measurement of blood pressure and AHT identifiable causes, clinical and laboratory evaluation, vascular risk factors and target organ damage, as well as the importance of overweight/obesity and common misconceptions on AHT.

Keywords: Hypertension, classification, diagnosis; blood pressure; diagnosis clinical.

Definición

La hipertensión arterial se define como la presión arterial sistólica (PAS) de 140 mmHg o mayor, presión arterial diastólica (PAD) de 90 mmHg o mayor o estar medicado con fármacos antihipertensivos⁽¹⁾.

La relación entre la presión arterial (PA) y la enfermedad cardiovascular (ECV) es continua, consistente e independiente de otros factores de riesgo⁽²⁾. Por lo tanto, la definición de HTA es numéricamente arbitraria e incluso en el rango normotensivo las personas con menos niveles de PA poseen tasas más bajas de ECV⁽³⁾.

Las guías remarcan que la decisión en disminuir la PA en un paciente en particular no se basa exclusivamente en el nivel de la PA, sino en la evaluación del riesgo total cardiovascular en tal individuo^(1,2).

La hipertensión sistólica aislada consiste en cifras ≥ 140 mmHg y la diastólica en ≤ 90 mmHg. La presión del pulso

Artículo 10

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S032529572011000300003&lang=pt

Acta bioquímica clínica lati... X +

www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572011000300003&lang=pt

Buscar

artículos | búsqueda de artículos

sumario anterior próximo autor materia búsqueda home alfab

Acta bioquímica clínica latinoamericana
versión impresa ISSN 0325-2957

Acta bioquím. clín. latinoam. vol.45 no.3 La Plata jul./set. 2011

BIOQUÍMICA CLÍNICA

Vigencia del Síndrome Metabólico
Vigency of Metabolic Syndrome
Vigência da Síndrome Metabólica

Edgar Acosta Garcia¹

¹ Msc. en Nutrición. Profesor Agregado e Investigador Asociado al Instituto de Investigaciones en Nutrición (INVENUT-UC), Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo. Apartado Postal 3459. El Trigal. Valencia. Venezuela 2002-A. Teléfono: 02418915640; 0241-8672852, 0412-0445423. Email: eacosta1@uc.edu.ve; edgaracosta1357@hotmail.com

Servicios Personalizados

Artículo ▾

- pdf en Español
- Artículo en XML
- Referencias del artículo
- Como citar este artículo
- Traducción automática
- Enviar artículo por email

Indicadores ▾

Links relacionados ▾

Bookmark ▾

- Google
- Twitter
- Facebook
- LinkedIn
- Other

Permalink

ES ? 21:04 07/10/2015

transportadora de esterés de colesterol (CEIP) se encuentra asociada a las HDL, y lleva a cabo la transferencia de los EC desde éstas hacia las VLDL, LDL e IDL. Las partículas de LDL ricas en TG son hidrolizadas por la lipasa hepática, generando partículas de LDL pequeñas y densas, más fácilmente oxidables y aterogénicas (18)(19).

La dislipidemia constituye uno de los componentes más frecuentes del SM en niños y adolescentes (20)(21). Esta se caracteriza por un aumento plasmático de TG y disminución de los valores séricos del colesterol asociado a las HDL (c-HDL), en relación a la edad y el sexo. Aunque el colesterol de las LDL (c-LDL) no se ha considerado como criterio diagnóstico del SM, se ha propuesto que su determinación se haga de rutina en niños y jóvenes obesos, con el fin de lograr la identificación temprana de valores altos de esta fracción del colesterol, lo cual constituye un factor de riesgo en la aparición de enfermedad cardiovascular y de lesiones ateroscleróticas a edades tempranas de la vida (17).

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial se asocia con la obesidad y la resistencia a la insulina. Los niveles séricos de insulina se encuentran significativamente más elevados en pacientes con hipertensión arterial esencial que en los sujetos normotensos (18).

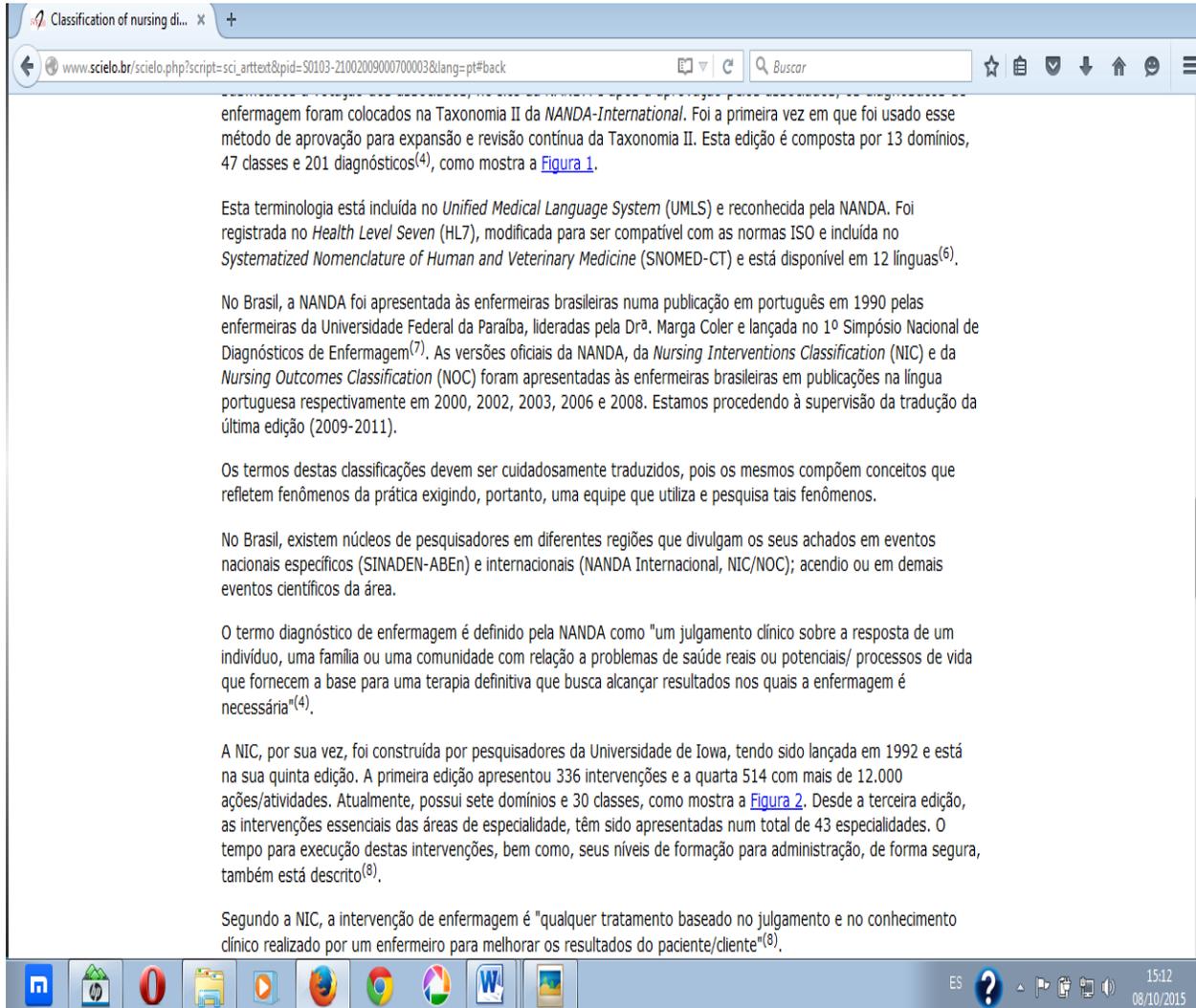
La asociación entre la hipertensión y la resistencia a la insulina, puede deberse principalmente a los efectos de la hiperinsulinemia compensatoria (HIC) que aumenta tanto la reabsorción de sodio como de agua en el túbulo proximal renal. La HIC a su vez aumenta la resistencia vascular periférica ya que incrementa la actividad vasoconstrictora del sistema nervioso simpático (con elevación de las catecolaminas plasmáticas) y estimula el sistema renina-angiotensina II- aldosterona (SRAA). Adicionalmente, la HIC aumenta la contractilidad celular, promoviendo la proliferación e hipertrofia de las fibras musculares lisas del vaso y su migración de la túnica muscular a la túnica íntima, lo cual disminuye el radio de la luz vascular y sus propiedades elásticas (12)(13). Además, existe una disfunción endotelial con alteración en los derivados de óxido nítrico que perturba la vasodilatación, por lo que todo esto condiciona un aumento en la presión arterial (22).

La presión arterial en la población joven se encuentra íntimamente relacionada con el crecimiento somático, que incluye la altura, la madurez esquelética y la sexual. De hecho, el peso y el índice de masa corporal (IMC) constituyen las variables que correlacionan más fuertemente con la presión arterial a esta edad (fundamentalmente con la presión arterial sistólica), principalmente a partir de los 6 años (23)(24).



Artículo 11

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002009000700003&lang=pt#back.



Classification of nursing di... x

www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000700003&lang=pt#back

enfermagem foram colocados na Taxonomia II da *NANDA-International*. Foi a primeira vez em que foi usado esse método de aprovação para expansão e revisão contínua da Taxonomia II. Esta edição é composta por 13 domínios, 47 classes e 201 diagnósticos⁽⁴⁾, como mostra a [Figura 1](#).

Esta terminologia está incluída no *Unified Medical Language System* (UMLS) e reconhecida pela NANDA. Foi registrada no *Health Level Seven* (HL7), modificada para ser compatível com as normas ISO e incluída no *Systematized Nomenclature of Human and Veterinary Medicine* (SNOMED-CT) e está disponível em 12 línguas⁽⁶⁾.

No Brasil, a NANDA foi apresentada às enfermeiras brasileiras numa publicação em português em 1990 pelas enfermeiras da Universidade Federal da Paraíba, lideradas pela Dr^a. Marga Coler e lançada no 1^o Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem⁽⁷⁾. As versões oficiais da NANDA, da *Nursing Interventions Classification* (NIC) e da *Nursing Outcomes Classification* (NOC) foram apresentadas às enfermeiras brasileiras em publicações na língua portuguesa respectivamente em 2000, 2002, 2003, 2006 e 2008. Estamos procedendo à supervisão da tradução da última edição (2009-2011).

Os termos destas classificações devem ser cuidadosamente traduzidos, pois os mesmos compõem conceitos que refletem fenômenos da prática exigindo, portanto, uma equipe que utiliza e pesquisa tais fenômenos.

No Brasil, existem núcleos de pesquisadores em diferentes regiões que divulgam os seus achados em eventos nacionais específicos (SINADEN-ABEn) e internacionais (NANDA Internacional, NIC/NOC); acendiu ou em demais eventos científicos da área.

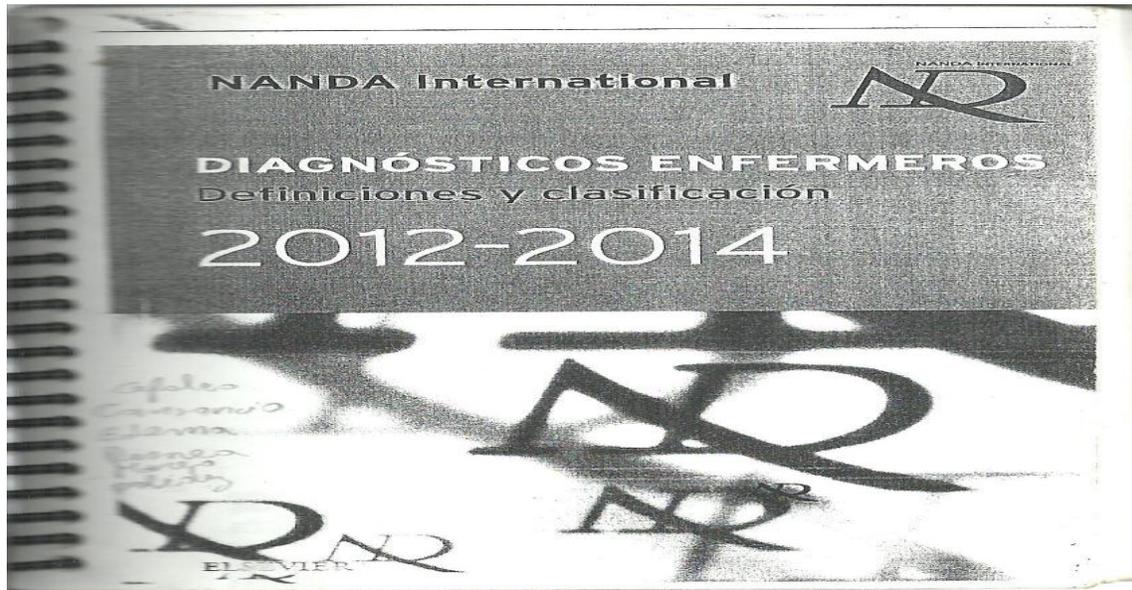
O termo diagnóstico de enfermagem é definido pela NANDA como "um julgamento clínico sobre a resposta de um indivíduo, uma família ou uma comunidade com relação a problemas de saúde reais ou potenciais/ processos de vida que fornecem a base para uma terapia definitiva que busca alcançar resultados nos quais a enfermagem é necessária"⁽⁴⁾.

A NIC, por sua vez, foi construída por pesquisadores da Universidade de Iowa, tendo sido lançada em 1992 e está na sua quinta edição. A primeira edição apresentou 336 intervenções e a quarta 514 com mais de 12.000 ações/atividades. Atualmente, possui sete domínios e 30 classes, como mostra a [Figura 2](#). Desde a terceira edição, as intervenções essenciais das áreas de especialidade, têm sido apresentadas num total de 43 especialidades. O tempo para execução destas intervenções, bem como, seus níveis de formação para administração, de forma segura, também está descrito⁽⁸⁾.

Segundo a NIC, a intervenção de enfermagem é "qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente"⁽⁸⁾.

ES ? 15:12 08/10/2015

Artículo 12



Eje 5: Edad

Se refiere a la edad de la persona sujeto del diagnóstico (eje 2). Los valores del eje 5 son:

- ▣ Feto.
- ▣ Neonato.
- ▣ Lactante.
- ▣ Niño pequeño.
- ▣ Preescolar.
- ▣ Escolar.
- ▣ Adolescente.
- ▣ Adulto.
- ▣ Anciano.

Eje 6: Tiempo

El tiempo describe la duración del núcleo diagnóstico (eje 1). Los valores del eje 6 son:

- ▣ *Agudo*: de duración menor de seis meses.
- ▣ *Crónico*: de duración mayor de seis meses.
- ▣ *Intermitente*: que cesa o empieza de nuevo a intervalos, periódico, cíclico.
- ▣ *Continuo*: ininterrumpido, sin pausa.

Eje 7: Estado del diagnóstico

El estado del diagnóstico se refiere a la existencia o potencialidad del problema/síndrome o a la categorización del diagnóstico como un diagnóstico de promoción de la salud. Los valores del eje 7 son los siguientes:

- ▣ *Real*: existente en realidad, que existe en este momento.
- ▣ *Promoción de la salud*: comportamiento motivado por el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial humano en relación con la salud (Pender, Murdaugh & Parsons, 2006).
- ▣ *Riesgo*: vulnerabilidad, especialmente como resultado de estar expuesto a factores que incrementan la posibilidad de lesión o pérdida.
- ▣ *Síndrome*: un juicio clínico que describe un conglomerado específico de diagnósticos enfermeros que ocurren juntos y que se tratan mejor conjuntamente a través de intervenciones similares.

**PARTE 2 FORMACIÓN E IMPLEMENTACIÓN
DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS DE NANDA
INTERNACIONAL EN LA PRÁCTICA, GESTIÓN,
INVESTIGACIÓN, INFORMÁTICA Y FORMACIÓN**

**Capítulo 2 Valoración enfermera, juicio clínico y diagnósticos
enfermeros: cómo determinar diagnósticos precisos**

Margaret Lunney

Las enfermeras son diagnosticadoras

Competencias intelectuales, interpersonales y técnicas

Competencias intelectuales

Competencias interpersonales

Competencias técnicas

Fortalezas personales: tolerancia a la ambigüedad

y práctica reflexiva

Tolerancia a la ambigüedad

Práctica reflexiva

Valoración y diagnósticos enfermeros

Marco para la valoración

Razonamiento diagnóstico asociado a la valoración enfermera

Reconocer la existencia de claves

Generar mentalmente posibles diagnósticos

Comparar las claves con posibles diagnósticos

Realizar una recogida focalizada de datos

Validación de los diagnósticos

Ejemplo de estudio de un caso práctico

Análisis de los datos de salud: diagnósticos enfermeros

Clasificación de resultados enfermeros

Clasificación de intervenciones enfermeras

Apéndice: Patrones Funcionales de Salud como marco
para la valoración

Directrices

Patrón de manejo-percepción de la salud

Patrón nutricional-metabólico

Patrón de eliminación

Patrón de actividad-ejercicio

Patrón reposo-sueño

Patrón cognitivo-perceptivo

Patrón de autopercepción-autoconcepto

Patrón de rol-relaciones

Patrón de sexualidad-reproducción

Patrón de afrontamiento-tolerancia al estrés

Patrón de valores-creencias

Análisis de los datos, diagnósticos enfermeros, objetivos
e intervenciones

Capítulo 3 El diagnóstico enfermero en la formación

Barbara Krainovich-Müller, Fritz Frauenfelder, Maria Müller-Staub

La importancia para la formación enfermera

La enseñanza del marco del proceso enfermero

La enseñanza de la fase de valoración del proceso enfermero

Capítulo 5 Diagnósticos enfermeros e investigación

Margaret Lunney, Maria Müller-Staub

- Análisis conceptuales
- Validación de contenido
- Validez de constructo y de criterio
- Validación por consenso
- Sensibilidad, especificidad y valor predictivo de los indicadores clínicos
- Estudios de precisión de los diagnósticos enfermeros
 - Estudios de implementación
 - Estudios de prevalencia
- Resumen

Capítulo 6 Juicio clínico y diagnósticos enfermeros en la gestión de enfermería

T. Heather Herdman, Marcelo Chanes

- Prioridades de investigación en enfermería para las enfermeras gestoras
- El rol de la enfermería en la seguridad del paciente
- El modelo triple para las enfermeras gestoras
- Conclusión

Capítulo 7 Clasificaciones enfermeras: criterios y evaluación

Matthias Odenbreit, Maria Müller-Staub, Jane M. Brokel, Kay C. Avant, Gail Keenan

- Características de las clasificaciones
- Criterios de clasificación
- Discusión
- Conclusión

PARTE 3 DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS DE NANDA-I 2012-2014

Consideraciones internacionales sobre el uso de la Taxonomía de Diagnósticos Enfermeros de NANDA-I

T. Heather Herdman

Dominio 1: Promoción de la salud

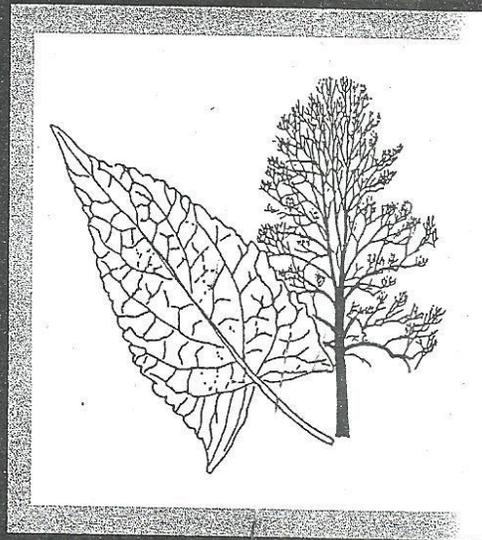
Clase 1: Toma de conciencia de la salud

- Déficit de actividades recreativas (00097)
- Estilo de vida sedentario (00168)

Clase 2: Gestión de la salud

- Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud (00188)
- Disposición para mejorar el estado de inmunización (00186)*
- Gestión ineficaz de la propia salud (00078)
- Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (00162)
- Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar (00080)
- Mantenimiento ineficaz de la salud (00099)
- Protección ineficaz (00043)
- Salud deficiente de la comunidad (00215)

Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)



Sexta edición

Gloria M. Bulechek
Howard K. Butcher
Joanne M. Dochterman
Cheryl M. Wagner

ELSEVIER

- Fomentar la realización de comidas en pequeñas cantidades, frecuentes, y añadir fibra de forma gradual.
- Enseñar al paciente a eliminar los alimentos flatulentos o picantes de la dieta.
- Sugerir una prueba de eliminar los alimentos que contengan lactosa.
- Identificar los factores (medicamentos, bacterias y alimentación por sonda) que puedan ocasionar o contribuir a la existencia de la diarrea.
- Observar si hay signos y síntomas de diarrea.
- Ordenar al paciente que notifique al personal cada episodio de diarrea que se produzca.
- Observar la turgencia de la piel con regularidad.
- Observar la piel perianal para ver si hay irritación o ulceración.
- Medir la producción de diarrea/defecación.
- Pesar regularmente al paciente.
- Notificar al médico cualquier aumento de frecuencia o tono de los sonidos intestinales.
- Consultar con el médico si persisten los signos y síntomas de la diarrea.
- Instruir sobre dietas bajas en fibra, ricas en proteínas y de alto valor calórico, según corresponda.
- Enseñar a evitar los laxantes.
- Enseñar al paciente/familia a llevar un diario de comidas.
- Enseñar al paciente técnicas de disminución de estrés, según corresponda.
- Ayudar al paciente a practicar técnicas de disminución del estrés.
- Vigilar la preparación segura de los alimentos.
- Practicar acciones que supongan un descanso intestinal (dieta absoluta, dieta líquida).

1.ª edición 1992; revisada en 2000, 2004

Bibliografía:

- Hogan, C. M. (1998). The nurse's role in diarrhea management. *Oncology Nurse Forum*, 25(5), 879-886.
- Taylor, C. M. (1987). *Nursing diagnosis cards*. Springhouse, PA: Springhouse.
- Wadle, K. (2001). Diarrhea. In M. L., Maas, K. C., Buckwalter, M. D., Hardy, T., Tripp-Reimer, M. G., Tuler, & J. P., Specht (Eds.), *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes, & interventions* (pp. 227-237). St. Louis: Mosby.
- Williams, M. S., Harper, R., Magnuson, B., Loan, T., & Kearney, P. (1998). Diarrhea management in enterally fed patients. *Nutrition in Clinical Problems*, 13(5), 225-229.

Manejo de la disreflexia

2560

Definición: Prevención y eliminación de los estímulos que causan reflejos hiperactivos y respuestas autónomas inadecuadas en un paciente que padece una lesión de columna cervical o torácica alta.

Actividades:

- Identificar y minimizar los estímulos que puedan precipitar la disreflexia (p. ej., distensión de la vejiga, cálculos renales, infección, impactación fecal, exploración rectal, inserción de supositorios, desgarro de piel y ropa ajustada o ropa de cama ajustada).
- Observar si hay signos y síntomas de disreflexia autónoma (p. ej., hipertensión paroxística, bradicardia, taquicardia, diaforesis por encima del nivel de la lesión, rubefacción facial, palidez por debajo del nivel de la lesión, cefalea, congestión nasal, congestión de los vasos temporales y del cuello, congestión de la conjuntiva, escalofríos sin fiebre, erección pilomotor y dolor torácico).
- Investigar y eliminar la causa responsable (vejiga distendida, impactación fecal, lesiones de la piel, ropas de cama ajustadas, medias elásticas compresivas y fajas abdominales).
- Colocar la cabecera de la cama en posición vertical, según corresponda, para disminuir la presión arterial y estimular el retorno venoso cerebral.
- Quedarse con el paciente y monitorizar su estado cada 3-5 minutos si se produce hiperreflexia.
- Administrar antihipertensivos por vía intravenosa, según prescripción.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de las causas, síntomas, tratamiento y prevención de la disreflexia.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

- McCance, K. L., & Huether, S. E. (2006). *Pathophysiology: The biologic basis for disease in adults and children* (5th ed.). St. Louis: Mosby.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Branner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (Vol. 2). (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2006). *Thelan's critical care nursing: Diagnosis and management* (5th ed.). St. Louis: Mosby.

Manejo de la eliminación urinaria

0590

Definición: Mantenimiento de un esquema de eliminación urinaria óptimo.

Actividades:

- Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, según corresponda.
- Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria.
- Identificar los factores que contribuyan a episodios de incontinencia.
- Explicar al paciente los signos y síntomas de infección del tracto urinario.
- Anotar la hora de la última eliminación urinaria, según corresponda.
- Enseñar al paciente/familia a registrar la diuresis, según corresponda.
- Insertar supositorios uretrales, si procede.
- Obtener una muestra a mitad de la micción para el análisis de orina, según corresponda.

- Evitar realizar actividades de cuidados durante los períodos de descanso programados.
- Planificar las actividades para los períodos en los que el paciente tiene más energía.
- Ayudar al paciente a sentarse en el borde de la cama, si no puede moverse o caminar.
- Ayudar en las actividades físicas normales (deambulación, traslados, cambios posturales y cuidado personal), si resulta necesario.
- Controlar la administración y efecto de los estimulantes y sedantes.
- Recomendar la actividad física (deambulación o realización de actividades de la vida diaria), coherente con los recursos energéticos del paciente.
- Evaluar el aumento programado de los niveles de actividades.
- Controlar la respuesta de oxígeno del paciente (frecuencia cardíaca, ritmo cardíaco y frecuencia respiratoria) a los autocuidados o actividades de cuidados por parte de otros.
- Ayudar al paciente a automonitorizarse desarrollando y utilizando un registro de ingesta calórica y de gasto de energía, según corresponda.
- Instruir al paciente y/o a los allegados sobre la fatiga, sus síntomas comunes y las recidivas latentes.
- Enseñar al paciente y a los allegados aquellas técnicas de autocuidados que minimicen el consumo de oxígeno (técnicas de automonitorización y de ritmo en la realización de las actividades diarias).
- Instruir al paciente y/o a los allegados a reconocer los signos y síntomas de fatiga que requieran una disminución de la actividad.
- Instruir al paciente y/o a los allegados sobre el estrés e intervenciones de afrontamiento para disminuir la fatiga.
- Instruir al paciente y/o a los allegados a avisar al profesional sanitario si los síntomas de fatiga persisten.

1.ª edición 1992; revisada en 2008

Bibliografía:

- Erickson, J. M. (2004). Fatigue in adolescents with cancer: A review of the literature. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 8(2), 139-145.
- Gelinas, C., & Fillion, L. (2004). Factors related to persistent fatigue following completion of breast cancer treatment. *Oncology Nursing Forum*, 31(2), 269-278.
- Glick, O. (1992). Interventions related to activity and movement. In Bulechek, G. M., & McCloskey, J. C. Symposium on nursing interventions. *Nursing Clinics of North America*, 27(2), 541-569.
- McFarland, G. K., & McFarlane, E. A. (1997). *Nursing diagnosis and intervention, planning for patient care* (3rd ed.). St. Louis: Mosby.
- Nail, L. M. (2002). Fatigue in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 29(3), 537-544.
- Oncology Nursing Society. (2005). *Core curriculum for oncology nursing* (4th ed.) [J. K. Itano & K. Taoka, Eds.]. Philadelphia: Saunders.
- Piper, B. (1997). Measuring fatigue. In M., Frank-Stromborg, & S., Olsen (Eds.), *Pathophysiological phenomena in nursing: Human response to illness* (pp. 219-234). Philadelphia: Saunders.

Manejo de la hiperglucemia

2120

Definición: Prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre superiores a lo normal.

Actividades:

- Vigilar la glucemia, si está indicado.
- Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargo, visión borrosa o cefalea.
- Vigilar la presencia de cuerpos cetónicos en orina, según indicación.
- Comprobar la gasometría arterial y los niveles de electrolitos y betahidroxibutirato, según disponibilidad.
- Monitorizar la presión arterial ortostática y el pulso, si está indicado.
- Administrar insulina, según prescripción.
- Potenciar la ingesta oral de líquidos.
- Monitorizar el balance hídrico (incluidas las entradas y salidas), según corresponda.
- Mantener una vía i.v., si lo requiere el caso.
- Administrar líquidos i.v., si es preciso.
- Administrar potasio, según prescripción.
- Consultar con el médico si persisten o empeoran los signos y síntomas de hiperglucemia.
- Ayudar en la deambulación si hay hipotensión ortostática.
- Facilitar la higiene bucal, si fuera necesario.
- Identificar las causas posibles de la hiperglucemia.
- Anticiparse a las situaciones en las que aumentarán las necesidades de insulina (enfermedad intercurrente).
- Restringir el ejercicio cuando los niveles de glucosa en sangre sean >250 mg/dl, especialmente si hay cuerpos cetónicos en la orina.
- Instruir al paciente y sus allegados en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglucemia.
- Fomentar el autocontrol de la glucemia.
- Ayudar al paciente a interpretar la glucemia.
- Revisar los registros de glucemia con el paciente y/o la familia.
- Instruir sobre la prueba de cuerpos cetónicos en orina, si resulta oportuno.
- Instruir sobre las indicaciones e importancia de la prueba de cuerpos cetónicos en orina, si corresponde.
- Instruir al paciente para que comunique al personal sanitario los niveles moderados o altos de cuerpos cetónicos en la orina.
- Instruir al paciente y sus allegados acerca de la actuación con la diabetes durante la enfermedad, incluyendo el uso de insulina y/o antidiabéticos orales, control de la ingesta de líquidos, reemplazo de los hidratos de carbono y cuándo debe solicitarse asistencia sanitaria profesional, según corresponda.
- Proporcionar ayuda en el ajuste de un régimen para evitar y tratar la hiperglucemia (aumento de insulina o antidiabético oral), si está indicado.
- Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y de ejercicio.
- Realizar análisis de la glucemia a los miembros de la familia.

1.ª edición 1992; revisada en 2004

Bibliografía:

- Guthrie, D. W. (Ed.). (1988). *Diabetes education: Core curriculum for health professionals*. Chicago: American Association of Diabetes Educators.
- Smetzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). Assessment and management of patients with diabetes mellitus. In Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing (Vol. 2) (10th ed., pp. 1150-1203). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Thompson, J. M., McFarland, G. K., Hirsch, J. E., & Tucker, S. M. (1998). *Mosby's clinical nursing* (4th ed.). St. Louis: Mosby.

Manejo de la hipoglucemia

2130

Definición: Prevenir y tratar los niveles sanguíneos de glucemia inferiores a lo normal.

Actividades:

- Identificar al paciente con riesgo de hipoglucemia.
- Identificar los signos y síntomas de la hipoglucemia.
- Vigilar la glucemia, si está indicado.
- Monitorizar la presencia de signos y síntomas de hipoglucemia (temblores, diaforesis, nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, impaciencia, taquicardia, palpitaciones, escalofríos, piel sudorosa, aturdimiento, palidez, hambre, náuseas, cefalea, fatiga, somnolencia, debilidad, calor, mareo, sensación de desmayo, visión borrosa, pesadillas, gritos durante el sueño, parestias, dificultad de concentración, habla dificultosa, incoordinación, cambios de conducta, confusión, coma, crisis comiciales).
- Administrar hidratos de carbono simples, si está indicado.
- Proporcionar hidratos de carbono complejos y proteínas, si está indicado.
- Administrar glucagón, según corresponda.
- Contactar con los servicios médicos de urgencia, si es necesario.
- Administrar glucosa i.v., si está indicado.
- Mantener una vía i.v., según corresponda.
- Mantener la vía aérea permeable, si es el caso.
- Proteger contra lesiones, si es necesario.
- Revisar los sucesos anteriores a la hipoglucemia para determinar la posible causa.
- Proporcionar información sobre la conveniencia del autocontrol de la hipoglucemia.
- Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas, factores de riesgo y tratamiento de la hipoglucemia.
- Aconsejar al paciente que disponga de hidratos de carbono simples en todo momento.
- Indicar al paciente que debe obtener y llevar identificación médica de emergencia adecuada.
- Instruir a los allegados en la utilización y administración de glucagón, si resulta oportuno.
- Instruir sobre las interacciones de la dieta, insulina/antidiabéticos orales y ejercicio.
- Ayudar al paciente en la toma de decisiones para evitar la hipoglucemia (reduciendo los insulina/antidiabéticos orales y/o aumentando la ingesta de alimentos si va a hacer ejercicio).

- Fomentar el autocontrol de la glucemia.
- Fomentar el contacto telefónico continuo con un equipo de atención al diabético para consultar los ajustes del régimen del tratamiento.
- Colaborar con el paciente y con el equipo de atención al diabético para realizar cambios en el régimen de insulina (inyecciones múltiples diarias), según esté indicado.
- Modificar los niveles deseables de glucemia para prevenir la hipoglucemia en ausencia de síntomas.
- Informar al paciente del aumento del riesgo de hipoglucemia con el tratamiento intensivo y la normalización de la glucemia.
- Enseñar al paciente los posibles cambios en los síntomas de la hipoglucemia con la terapia intensiva y la normalización de la glucemia.

1.ª edición 1992; revisada en 2000

Bibliografía:

- American Diabetes Association. (1994). *Medical management of insulin-dependent (Type 1) diabetes* (2nd ed.) [J. V. Santiago, Ed.]. Alexandria, VA: Author.
- American Diabetes Association (1995). *Intensive diabetes management*. Alexandria, VA: Author.
- Ahern, J., & Tamborlane, W. V. (1997). Steps to reduce the risks of severe hypoglycemia. *Diabetes Spectrum*, 10(1), 39-41.
- Cryer, P. E., Fisher, J. N., & Shamoon, H. (1994). Hypoglycemia. *Diabetes Care*, 17(7), 734-755.
- Levandoski, L. A. (1993). Hypoglycemia. In V. Peragallo-Dittko (Ed.), *A core curriculum for diabetes education* (pp. 351-372). Chicago: American Association of Diabetes Educators and AADE Education and Research Foundation.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). Assessment and management of patients with diabetes mellitus. In *Brunner, Suddarth's textbook of medical surgical nursing*, (Vol. 2) (10th, ed., pp. 1150-1203). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Manejo de la hipovolemia

4180

Definición: Expansión del volumen de líquido intravascular en un paciente con hipovolemia.

Actividades:

- Pesar a diario al paciente a la misma hora (p. ej., después de orinar, antes del desayuno) y monitorizar las tendencias.
- Monitorizar el estado hemodinámico, incluyendo la frecuencia cardíaca, PA, PAM, PVC, PAP, PECP, GC e IC, según disponibilidad.
- Monitorizar los signos de deshidratación (p. ej., escasa turgencia cutánea, retraso del relleno capilar, pulso débil/filiforme, sed intensa, sequedad de mucosas y oliguria).
- Monitorizar la existencia de hipotensión ortostática y la aparición de mareo al ponerse de pie.
- Vigilar las fuentes de pérdida de líquido (p. ej., hemorragia, vómitos, diarrea, diaforesis, y taquipnea).
- Monitorizar las entradas y salidas.
- Monitorizar el sitio de inserción del dispositivo de acceso vascular en busca de infiltración, flebitis e infección, según corresponda.
- Monitorizar la presencia de datos laboratorio de hemorragia (p. ej., hemoglobina, hematocrito, pruebas de sangre oculta en heces), si están disponibles.
- Monitorizar la presencia de datos de laboratorio de hemoconcentración (p. ej., sodio, BUN, gravedad específica de la orina), si están disponibles.
- Monitorizar la presencia de datos de laboratorio y clínicos de insuficiencia renal aguda inminente (p. ej., aumento del BUN y creatinina, disminución del FG, mioglobinemia y oliguria).

Cuidados cardíacos

4040

Definición: Limitación de las complicaciones derivadas de un desequilibrio entre el aporte y la demanda miocárdico de oxígeno en pacientes con síntomas de insuficiencia cardíaca.

Actividades:

- Monitorizar de forma rutinaria al paciente desde los puntos de vista físico y psicológico según las normas del centro.
- Garantizar un nivel de actividad que no comprometa el gasto cardíaco y que no provoque crisis cardíacas.
- Alentar un incremento gradual de la actividad cuando la afección esté estabilizada (es decir, alentar unas actividades a un ritmo más lento o períodos más cortos de actividad con intervalos de descanso frecuentes después del ejercicio).
- Instruir al paciente sobre la relevancia de notificar de inmediato cualquier molestia torácica.
- Evaluar cualquier episodio de dolor torácico (intensidad, localización, irradiación, duración y factores precipitantes y calmantes).
- Monitorizar la aparición de cambios del segmento ST en el ECG, según corresponda.
- Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, relleno capilar, color y temperatura de las extremidades).
- Monitorizar los signos vitales con frecuencia.
- Monitorizar el estado cardiovascular.
- Monitorizar la aparición de arritmias cardíacas, incluidos los trastornos tanto de ritmo como de conducción.
- Documentar las arritmias cardíacas.
- Observar los signos y síntomas de disminución del gasto cardíaco.
- Monitorizar el estado respiratorio por si aparecen síntomas de insuficiencia cardíaca.
- Monitorizar el abdomen en busca de signos de una disminución de la perfusión.
- Monitorizar el equilibrio hídrico (entradas/salidas y peso diario).
- Monitorizar si los valores de laboratorio son correctos (enzimas cardíacas, niveles de electrolitos).
- Monitorizar el funcionamiento del marcapasos, si correspondiera.
- Evaluar las alteraciones de la presión arterial.
- Evaluar la respuesta del paciente a la ectopia o a las arritmias.
- Proporcionar terapia antiarrítmica según la política del centro (medicamentos antiarrítmicos, cardioversión o desfibrilación), según corresponda.
- Monitorizar la respuesta del paciente a los medicamentos antiarrítmicos.
- Instruir al paciente y a la familia sobre las modalidades de tratamiento, la limitación de las actividades y los progresos.
- Organizar los períodos de ejercicio y descanso para evitar la fatiga.
- Restringir el consumo de tabaco.
- Monitorizar la tolerancia del paciente a la actividad.
- Monitorizar la aparición de disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea.
- Establecer una relación de apoyo con el paciente y la familia.

- Identificar los métodos del paciente para manejar el estrés.
- Fomentar las técnicas eficaces de reducción del estrés.
- Emplear terapia de relajación, si procede.
- Identificar los efectos psicológicos que subyacen en la afección.
- Evaluar a los pacientes para detectar la presencia de ansiedad y depresión, recomendando un tratamiento con antidepresivos adecuados, según esté indicado.
- Fomentar la realización de actividades no competitivas a los pacientes con riesgo de insuficiencia cardíaca.
- Comentar las modificaciones de la actividad sexual con el paciente y su pareja, si es adecuado.
- Instruir al paciente y a la familia sobre la finalidad del cuidado y el modo en el que se medirán los progresos.
- Asegurarse de que todo el personal es consciente de estos objetivos y trabaja de forma conjunta para proporcionar unos cuidados homogéneos.
- Remitir al paciente a un programa de insuficiencia cardíaca o de rehabilitación cardíaca para instruirle, evaluarle y proporcionar un apoyo guiado, destinado a aumentar la actividad y reconstruir su vida, según corresponda.
- Ofrecer apoyo espiritual al paciente y a la familia (contactar con un miembro del clero), según corresponda.

1.ª edición 1992; revisada en 2000 y 2013

Bibliografía:

- American Association of Critical Care Nurses (2006). *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. Philadelphia: Saunders.
- Chummun, H., Gopaul, K., & Lutchman, A. (2009). Current guidance on the management of acute coronary syndrome. *British Journal of Nursing*, 18(21), 1292-1298.
- Clancy, J., McVicar, A., & Hubbard, J. (2011). Homeostasis 4: Nurses as agents of control in myocardial infarction. *British Journal of Nursing*, 20(6), 373-378.
- Marshall, K. (2011). Acute coronary syndrome: Diagnosis, risk assessment and management. *Nursing Standard*, 25(23), 47-57.
- LeMone, P., Burke, K., & Bauldoff, G. (2011). *Nursing care of patient with coronary heart disease. Medical-surgical nursing: Critical thinking in patient care* (5th ed., pp. 908-969). Boston: Pearson.
- Smith, S., Jr., Allen, J., Blair, S., Bonow, R., Brass, L., Fonarow, G., et al. (2006). AHA/ACC guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 update. *Circulation*, 113(19), 2363-2372.
- Thomas, S. A., Chapa, D. W., Friedmann, E., Durden, C., Ross, A., Lee, M. C., et al. (2008). Depression in patients with heart failure: Prevalence, pathophysiological mechanisms, and treatment. *Critical Care Nurse*, 28(2), 40-55.

Cuidados cardíacos: agudos

4044

Definición: Limitación de las complicaciones en un paciente que ha experimentado recientemente un episodio de desequilibrio entre el aporte y la demanda miocárdicos de oxígeno, con la consiguiente aparición de insuficiencia cardíaca.

Actividades:

- Evaluar el dolor torácico (p. ej., intensidad, localización, irradiación, duración y factores precipitantes y calmantes).
- Instruir al paciente sobre la relevancia de notificar de inmediato cualquier molestia torácica.
- Ofrecer medios inmediatos y continuos para llamar a la enfermera e informar al paciente y a la familia de que se responderá de inmediato.
- Monitorizar el ECG para detectar cambios del segmento ST, según corresponda.

Urkund Analysis Result

Analysed Document: ZOILA MOROCHO.docx (D16622010)
Submitted: 2015-12-08 18:07:00
Submitted By: kgarcia@utmachala.edu.ec
Significance: 8 %

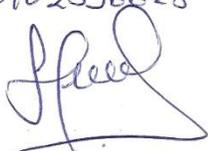
Sources included in the report:

MARIUXI LUNA.docx (D16249613)
JESSICA PADILLA.docx (D16621994)
tema de examen complexivo.docx (D16249822)
PROYECTO-BEATRIZ.docx (D16252360)
BEATRIZ BENAVIDEZ.docx (D16621925)
<http://www.slideshare.net/JoseMendozaPacheco/edublog-conocerladiabetes>
<http://es.slideshare.net/juanluisdelgadoestve/201504-eva-cuidadosenfermeria>
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
https://es.wikipedia.org/wiki/Diabetes_mellitus
<http://www.elcomercio.com/tendencias/malos-habitos-inflan-obesidad.html>
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992003000400011&script=sci_arttext
<http://radioamericahn.net/2013/07/18/los-malos-habitos-inflan-la-obesidad/>
http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1046:octubre-10-2013&catid=703:prensa-nacional&Itemid=356
http://www.researchgate.net/publication/262630412_Adaptation_in_Patients_with_Diabetes_Mellitus_Type_2_According_to_the_Roy_Model
<http://www.elpatagonico.com/la-diabetes-sera-la-septima-causa-mortalidad-2030-n1454352>
http://www.cofupro.org.mx/cofupro/cofupro_web.php?idseccion=1586
<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n3/v9n3a04.pdf>
<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001214.htm>
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1690-31102012000400003&script=sci_arttext
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2014000300015&lang=pt

Instances where selected sources appear:

49

HUNGARO ELIZABETH ORDÓÑEZ
0902596628



The screenshot shows a web browser window with the URL <https://secure.orkund.com/view/16669993-513813-992366#DcgxDgIxDAXRu6QeoTj2dxKugijQCtAWbLMI4u6kedLLM>. The page title is 'URKUND' and the user is logged in as 'Kgarcia (kgarcia@utmachala.edu.ec)'. The document being viewed is 'ZOILA MOROCHO.docx' (ID: 16622010), submitted on 2015-12-08 12:07 (-05:00). The sender is 'kgarcia (kgarcia@utmachala.edu.ec)' and the receiver is 'kgarcia.utmach@analysis.orkund.com'. The message subject is 'TITULACION ZOILA MOROCHO'. A progress indicator shows '8% of this approx. 23 pages long document consists of text present in 20 sources.' A 'List of sources' table is visible on the right side of the interface.

Rank	Path/Filename
1	TRABAJO PRACTICO ZOILA MOROCHO FAREZ ARREGLADO d...
2	PROYECTO-BEATRIZ.docx
3	MARIUXI LUNA.docx
4	JESSICA PADILLA.docx

The main content area displays a side-by-side comparison of document text. The left pane shows the original document text, and the right pane shows the extracted text from the sources. The text is as follows:

UNIVERSIDAD TECNICA DE MACHALA CALIDAD, PERTINENCIA Y CALIDEZ
UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD CARRERA DE ENFERMERIA TRABAJO DE TITULACION PREVIO A LA OBTENCION DE TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA TEMA: DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA REAL Y POTENCIAL EN UN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, INSULINODEPENDIENTE, HIPERTENSO Y ANURICO. AUTORA ZOILA ODALIA MOROCHO FAREZ MACHALA - EL ORO - ECUADOR 2015 DEDICATORIA Dedicó el presente trabajo en primer lugar a Dios por haberme bendecido con mi salud y ha sido mi complemento perfecto en el momento de desarrollar mi desempeño

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA CALIDAD, PERTINENCIA Y CALIDEZ
UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD CARRERA DE ENFERMERIA TRABAJO DE TITULACION PREVIO A LA OBTENCION DE TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA TEMA: DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA REAL Y POTENCIAL EN UN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, INSULINODEPENDIENTE, HIPERTENSO Y ANURICO. AUTORA ZOILA ODALIA MOROCHO FAREZ MACHALA - EL ORO - ECUADOR 2015 DEDICATORIA Dedicó el presente trabajo en primer lugar a Dios por haberme bendecido con mi salud y ha sido mi complemento perfecto en el momento de desarrollar mi desempeño

The browser's taskbar at the bottom shows several open applications: 'Urkund Report - ZOIL...', 'Urkund Report - KA...', and 'EXAMEN.xlsx'. The system tray shows the time as 14:59 on 09/12/2015.