

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON CETOACIDOSIS
DIABETICA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE
CLINICO QUIRURGICO DANIEL ALCIDES
CARRION HUANCAYO, 2018**

TRABAJO ACADÉMICO

PRESENTADO POR:

LIC. NADIA KARINA SANCHEZ RAVICHAGUA

PARA OPTAR TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
ENFERMERIA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

ASESORA:

Mg. NERY CHOY ZAVALA

LIMA - PERU
2018

DEDICATORIA

A mi familia, esposo e hijos por su gran apoyo incondicional y culminar con éxito mi carrera profesional.

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios, mi familia, esposo e hijos por ser los pilares de mi vida.

En segundo lugar, a la unidad de Emergencias del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo.

INDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCION	3
CAPITULO I	
MARCO TEORICO	5
1.1 Bases Teóricas	5
1.1.1 Diabetes Mellitus	5
1.1.1.1 Definición	¡Error! Marcador no definido.
1.1.1.2 Clasificación de la diabetes mellitus	5
1.1.2 Cetoacidosis Diabética	6
1.1.2.1 Definición y clasificación	6
1.1.3 Fisiopatología de la cetoacidosis diabética	6
1.1.4 Factores desencadenantes	7
1.1.5 Manifestaciones Clínicas	7
1.1.6 Diagnóstico y abordaje inicial	8
1.1.6.1 Diagnóstico diferencial	8
1.1.7 Laboratorio	8
1.1.7.1 Valores complementarios	9
1.1.8 Complicaciones	9
1.1.9 Tratamiento	10
1.1.9.1 Administración de fluidos	10
1.1.9.2 Insulina	10
1.1.9.3 Potasio	¡Error! Marcador no definido.
1.2 Teorías de enfermería	11
1.2.1 La teoría del autocuidado	11
1.2.2 La teoría de los sistemas de enfermería.	11
1.3 Cuidados de enfermería	12
1.3.1 Insulinoterapia por bomba	13
1.3.2 Resumen de controles	14
1.4 Estudios relacionados al tema	14

CAPITULO II	
APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA BASADO EN EVIDENCIAS	
	17
2.1. Situación Problemática	17
2.1.1. Control de funciones vitales y escala de glasgow	18
2.1.2. Examen céfalo caudal:	18
2.2. Valoración según necesidades básicas	19
2.2.1. Datos de filiación:	19
2.2.2. Motivo de ingreso:	20
2.2.3. Antecedentes:	20
2.2.4. Diagnóstico inicial:	21
2.2.5. Datos relevantes de medición inicial	21
2.2.6. Diagnostico medico actual:	23
2.3. Valoración según dominios	27
2.4. Diagnóstico de enfermería	30
2.4.1. Priorización de diagnósticos de enfermería	30
2.5. Planificación, ejecución y evaluación	31
CAPÍTULO III	46
3.1. Conclusiones	46
3.2. Recomendaciones	48
REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍAS	49
ANEXOS	52

RESUMEN

La Cetoacidosis Diabética es una complicación grave de la diabetes mellitus en cualquier momento de la enfermedad, provocando inestabilidad hidroelectrolítica y corporal, que pueden llevar a la muerte.

El objetivo de este trabajo académico es servir como guía de atención en las emergencias hospitalarias, debido a su crecimiento desmesurado a nivel mundial.

Presentamos el caso clínico de paciente sexo femenino con diagnóstico médico, diabetes mellitus tipo I, cetoacidosis diabética descompensada, acidosis metabólica anión gap elevado, atendida en la unidad de Emergencias Shock Trauma del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, Huancayo, se realizó la valoración según dominios, taxonomía NANDA, formulación de diagnósticos de enfermería y plan de cuidados NIC, NOC e intervenciones apoyadas en la teoría de Dorotea Orem, resultando favorables y controlando el cuadro clínico.

Se concluye que se ha realizado intervenciones y actividades dirigidas a controlar el problema patológico sin descuidar la parte de educación en paciente y familia.

Se recomienda aplicar los cuidados de enfermería con conocimiento científico y la práctica eficiente, de manera continua.

PALABRAS CLAVES: Cuidado de Enfermería, Diabetes Mellitus Complicada, Cetoacidosis Diabética.

ABSTRACT

Diabetic ketoacidosis is a complication severe of diabetes mellitus at any time of the disease, causing electrolyte and body instability that can lead to death.

The objective of this academic work is to serve as a guide off attention in the hospital emergencies due to its disproportionate growth worldwide.

We present the clinical case of a female patient with diagnosis doctor, Diabetes Mellitus Type I, decompensated diabetic ketoacidosis, metabolic acidosis, elevated Anion Gap, attended in the emergency unit – Shock Trauma of the Regional Clinical Teaching Hospital, Daniel Alcides Carrion, Huancayo, we perform the valuation, by domains, taxonomy NANDA, formulation form diagnostics form nursing and plan of care NIC, NOC and interventions supported by the theory of Dorotea Orem, resulting favorable and controlling the clinical picture.

It is concluded that interventions and activities have been carried out aimed at controlling the pathological problem without neglecting the part of education in patient and family.

It is recommended to apply nursing care with scientific knowledge and efficient practice in a continuous manner.

KEYWORDS: Nursing Care, Complicated Diabetes Mellitus, Diabetic Ketoacidosis.

INTRODUCCION

En la unidad de Emergencias del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, Huancayo, se atiende una gran demanda de pacientes con Diabetes Mellitus y en estados complicados como es la Cetoacidosis Diabética.

La Diabetes Mellitus, es una enfermedad metabólica frecuente en la Región Junín, en nuestro país y a nivel mundial.

La mayoría que presenta la enfermedad es a causa del estilo de vida desordenada y sedentaria, las edades aproximadamente son de 30 años a más y una de las complicaciones más peligrosas que presenta esta enfermedad, es la Cetoacidosis diabética.

Esta Cetoacidosis Diabética no controlada a tiempo puede llevar a la muerte.

El propósito de este trabajo académico, es unificar conocimiento científicos actualizados referentes a la patología de la Cetoacidosis Diabética, factores, causas, tratamiento e intervención y plantear una guía de atención en emergencias hospitalarias orientada a mejorar la intervención de enfermería, durante la enfermedad en su etapa inicial, avanzada y descompensada.

La Cetoacidosis Diabética es una complicación severa de la diabetes mellitus de cualquier tipo, en cualquier momento de la enfermedad. es decir podría presentarse al inicio, por discontinuidad al tratamiento o durante un proceso infeccioso.

Esta patología es el resultado de diferentes factores que llevaron a la presentación de dicha enfermedad, con la clásica triada de hiperglicemia, hipercetonemia y acidosis metabólica.

Las manifestaciones se dan en menos de veinticuatro horas, si esta no es controlada a tiempo la enfermedad se complica hasta llegar a lesiones cardíacas, cerebrales, vasculares.

El tratamiento se enfoca en normalizar la homeostasis corporal en el paciente, hidratar y nivelar la glucosa elevada.

El plan de atención de enfermería en pacientes con cetoacidosis diabética, inicia desde su valoración, diagnóstico, intervención, planteamiento y ejecución.

Este plan de atención en la unidad de Emergencias del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, Huancayo, debe ser inmediata con conocimientos científicos, teóricos y prácticos actualizados, que nos ayuden a mejorar, controlar y recuperar la salud del paciente, seguir un plan jerarquizado según las necesidades vitales afectadas, controlando hasta llegar a su normalidad de la glucosa sérica.

La intervención de enfermería en este tipo de patología, como es la Cetoacidosis Diabética, utiliza la teoría de Dorotea Orem, donde se enfatiza el cuidado del ser humano a nivel holístico, psicológico y biológico.

A continuación, se describen algunos diagnósticos prioritarios de enfermería en este tipo de pacientes a partir de lo dispuesto por la NANDA y se ejercitan otras posibilidades diagnósticas, las cuales se presentan según los órganos y sistemas afectados.

Trabajo realizado aplicando el proceso de Atención de Enfermería, en la asistencia del paciente, con diagnóstico médico de Cetoacidosis Diabética.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1 Bases Teóricas

1.1.1 Diabetes Mellitus

1.1.1.1 Definición

Son alteraciones metabólicas crónicas, caracterizados por la glucosa elevada en sangre debido a la ausencia o resistencia de la insulina en el cuerpo. (Triplitt. C, Solís. C, Reasner. Ch, Defronzo. R, Cersosimo. E; 2015).

Las valoraciones a nivel mundial, son 422 millones de adultos con diabetes en el 2014, multiplicándose cada año, de 4,7% al 8,5 % en adultos. (Organización Mundial de la Salud OMS; 2016).

Estas cifras alarmantes obligan a realizar investigaciones epidemiológicas, sobre los servicios de salud, con programas de intervención.

La diabetes ocasiona múltiples trastornos cardiacos, neurológicos, renales, visuales, amputaciones y neuropatías, causando a futuro muertes precoces. Durante el embarazo, la diabetes ocasiona diversos trastornos y riesgo de muerte fetal. (Organización Mundial de Salud OMS; 2016).

1.1.1.2 Clasificación de la diabetes mellitus

- A. Diabetes tipo 1 (destrucción de células Beta del páncreas con déficit absoluto de insulina).
- B. Diabetes tipo 2 (pérdida progresiva de la secreción de insulina con resistencia a la insulina).

- C. Diabetes Mellitus Gestacional (diabetes que se diagnostica en el segundo o tercer trimestre del embarazo).
- D. Diabetes específica por otras causas (fibrosis, diabetes por medicamentos). (American Diabetes Association; 2016).

1.1.2 Cetoacidosis Diabética

1.1.2.1 Definición y clasificación

La Cetoacidosis diabética, es un trastorno grave de la diabetes mellitus, con glucosas séricas elevadas continuas, asociados a la ausencia o resistencia de la insulina a nivel corporal y la alteración hídrica/electrolítica. Se presenta en su mayoría en jóvenes adultos (20%) y niños a partir de los 18 meses de edad. (Arroyo, G y Quirós, S; 2016)

Se clasifica en:

- **Leve:** Glicemia mayor a 250 mg/dl, Ph DE 7,25-7,30 y bicarbonato de 10 a 15 meq/l, estado de conciencia alerta.
- **Moderada:** Glicemia mayor a 250mg/dl, Ph de 7,00 – 7,24 y bicarbonato de 10 a 15 meq/l, estado de conciencia somnoliento.
- **Severa:** Glicemia mayor a 250mg/dl, Ph menor de 7,00 y bicarbonato de 10 meq/l, estado de conciencia en estupor o coma.

1.1.3 Fisiopatología de la cetoacidosis diabética

Es el trastorno metabólico de la glucosa y cetonas, promoviendo la elevación de la glucosa, el cual provoca a nivel del cuerpo deshidratación por pérdidas hídricas y electrolíticas, principalmente del sodio, potasio y cloro. Los componentes que permiten este cuadro, son la deficiencia de insulina, la

descomposición lipídica, generando la producción de cuerpos cetónicos, el aumento de las hormonas contrarreguladoras, deshidratación por pérdida hidroelectrolítica por vómitos persistentes y aumento de la diuresis provocando la hipovolemia. (Arroyo, G y Quirós, S; 2016).

La alteración de la insulina provoca no poder utilizar la glucosa y al necesitar el cuerpo energía, busca alternativas, descomponiendo lípidos, ácidos grasos libres del tejido lipídico convirtiéndose en acetil coenzima A, que proporciona energía, pero también cetonas de manera rápida. El glucógeno y proteínas son transformadas a glucosa induciendo al exceso de glucosa en sangre, diuresis osmótica, acidosis metabólica y un cuadro altamente osmolar. (Hayes. J; 2015).

1.1.4 Factores desencadenantes

- Resistencia de adición a la insulina.
- Cualquier tipo de infección en el organismo.
- Estados médicos que producen salida de las hormonas contrarreguladoras.
- Fármacos que provocan alteraciones metabólicas (cocaína, alcohol, corticoesteroides, etc.).
- Inicantes de la enfermedad, sin predisposición. (jóvenes diabéticos tipo 1 y niños). (Arroyo, G y Quirós, S; 2016).

1.1.5 Manifestaciones Clínicas

- Incremento de los niveles de glucosa, orina abundante, sed intensa, aumento del apetito, síntomas comunes de la enfermedad.
- Se muestran en un tiempo menor a las 24 horas, sus síntomas son, trastornos en los niveles de conciencia, aliento a cetona, respiración

kussmaul, dolor en el abdomen, náuseas y vómitos. (Arroyo, G y Quirós, S; 2016).

- En menores de edad sus síntomas son indefinidos, algunos ingresan a consulta por la triada clásica de la enfermedad, otros con deshidrataciones graves, dolores en el abdomen acompañado de náuseas y vómitos. (Jiménez, A y Cortes, J; 2013).

1.1.6 Diagnóstico y abordaje inicial

El abordaje inicial se da a partir de la clínica, acompañado de múltiples exámenes de laboratorios que certifica el diagnóstico como son: la toma de glucosa en sangre, análisis de gases arteriales, bicarbonato en sangre, cuerpos cetónicos en sangre y orina. (Arroyo, G y Quirós, S; 2016).

1.1.6.1 Diagnóstico diferencial

Es frecuente en pacientes ya diagnosticados de diabetes con un inadecuado control, se busca otros posibles trastornos metabólicos subsecuente a enfermedades como el cáncer, sepsis, etc. (Arroyo, G y Quirós, S; 2016).

1.1.7 Laboratorio

En un principio hay afluencia de cetoácidos y en un estado avanzado acidosis láctica por la deshidratación. La intervención que se realiza en una cetoacidosis es la aplicación de líquidos intravenosos, insulina de acción rápida y un riguroso control médico. Su estado crítico de una cetoacidosis diabética es el edema cerebral. (Ballesteros. A, Ríos. A, Flores. D, Vélez. A; 2013).

Para diagnosticar una cetoacidosis diabética debe presentar una glucosa

elevada mayor de 200 mg/dl, un Ph venoso menor de 7.3, bicarbonato menor de 15mmol/l, cetona en sangre u orina, (Hayes, J; 2015).

1.1.7.1 Valores complementarios

- Hemograma.
- Glucemia.
- Creatinina.
- Niveles plasmáticos de sodio, potasio, cloro, calcio, fosforo y magnesio.
- Gasometría venosa.
- Cetona en orina – Beta – hidroxibutirato.
- Electrocardiograma. (Hayes, J; 2015).

La cetoacidosis diabética es una acidosis metabólica, con leucocitos elevados no necesariamente por una infección, presencia de cetona beta – hidroxibutirato, incremento de las enzimas lipasa - amilasa y cetonemia. (Hayes, J; 2015).

1.1.8 Complicaciones

- Glucosa baja por debajo de lo normal debido a un exceso de insulina.
- Disminución del potasio secundario al bicarbonato e insulina.
- Incremento de la glucosa por un escaso uso de insulina.
- Los pacientes ya en mejoría, por la cantidad de soluciones salinas para disminuir la glucosa sérica, subsecuentemente originan hipercloremia, provocando acidosis metabólica con anión gap normal, el cual se soluciona paulatinamente hasta en 48 horas.
- La dificultad mayor de la patología es el edema cerebral el cual es poco

frecuente, si se presenta en niños produce trastornos en la conciencia, convulsiones y paro respiratorio.

- Lesiones cardiacas predisponentes a infarto.
- Lesiones vasculares trombóticas en vísceras, extremidades y cerebro.
- Mucormicosis. (Sociedad Argentina de Terapia Intensiva; 2008).

1.1.9 Tratamiento

Enfocados en regular los trastornos metabólicos, hídricos y electrolíticos. (Arroyo, G y Quirós, S; 2016).

1.1.9.1 Administración de fluidos

Se administra solución salina 0.9%, en pacientes con shock se pasa un litro de dicha solución en una hora y luego 15-20 ml/kg/hora en las dos horas continuas, luego en las seis horas siguientes dos litros y finalmente dos litros más en las últimas doce horas. (Arroyo, G y Quirós, S; 2016).

El tratamiento es individualizado valorando continuamente el estado hídrico, electrolítico y gasto urinario. (Arroyo, G y Quiros, S; 2016).

Si disminuye la glucosa sérica a 250 mg/dl, se instala dextrosa al 5% y si cae más dextrosa al 10% e insulina, en casos renales, cardiacos monitorizar rigurosamente. (Arroyo, G y Quiros, S; 2016).

1.1.9.1.1 Insulina

Antes de administrar insulina se debe hidratar con solución salina al 9% luego se espera los resultados de los electrolitos en especial del potasio en sangre, el cual debes estar menor a 3.3.meq/l, es ahí donde se puede iniciar con

insulina en bolo de 0.1 U/Kg o en su efecto en infusión de 0.1U/kg/h, también lo puede realizar por infusión continua de 0.14 U/kg/h intravenosa, el resultado deseado es bajar la glucosa a 70 – 90 mg/dl/h si no sucede es probable resistencia a la insulina. Al iniciar dextrosa la insulina se disminuye a la mitad 0.02-0.05 U/kg/h. El ideal es llegar a una glucosa 150-200mg/dl y pasar a la vía oral. (Arroyo, G y Quirós, S; 2016).

1.1.9.2 Potasio

Solo se recomienda el uso de potasio de 10meq/l/h si está en parámetros de 4.0- 5.3 meq/l en sangre, menor a ello se coloca cloruro de potasio de 20-60 meq/l/h a la hidratación intravenosa, si hay daño renal u oliguria, bajo un electrocardiograma donde se presume hipocalemia, determinar el uso mínimo de potasio (Arroyo, G y Quirós, S; 2016).

1.2 Teorías de enfermería

Según Dorotea Orem se tiene presente tres enfoques, autocuidado, déficit del autocuidado y sistemas de enfermería.

1.2.1 La teoría del autocuidado

Su teoría se enfoca en la necesidad de buscar ayuda de otros para el cuidado de nuestra salud por dificultad de poder realizarlo uno mismo. Tiene como miembros del autocuidado, el cuidar de uno mismo, sus limitaciones y el aprendizaje. (Naranjo. Y, Concepción. J, Rodríguez. M; 2017).

1.2.2 La teoría de los sistemas de enfermería.

Dorotea Orem nos hace referencia a tres tipos de sistemas: totalmente

compensador, parcialmente compensador y apoyo educativo. La teoría de sistemas se basa en la atención o cuidado que se realiza al usuario y del vínculo entre enfermera, paciente, familiares, sociedad. (Naranjo. Y, Concepción. J, Rodríguez. M; 2017).

La teoría de Dorotea Orem nos enfoca al autocuidado de la persona, este a su vez se relaciona con la patología que se está tratando en este trabajo que es La cetoacidosis diabética, debido a que con sus parámetros y orientaciones nos permite, que el paciente una vez estabilizado o controlado de un proceso como es la cetoacidosis diabética, aprenda el usuario o paciente a convivir con la enfermedad.

1.3 Cuidados de enfermería

La intervención de enfermería en cetoacidosis diabética está enfocada en la valoración del estado de conciencia, hídrico y metabólico, dependerá de ello la acción realizada para controlar la situación o enfermedad (Rodríguez, y Ballesteros, J; 2014).

1. Exploración informativa del paciente.
2. Control de funciones vitales, incluye la toma de hemoglucotest
3. Colocación del monitor cardiaco.
4. Colocación de una o dos vías intravenosas, toma de muestras sanguíneas para exámenes auxiliares de hemograma, bioquímica, amilasa, CPK, análisis de gases arteriales (sodio, potasio y cloro) y evidenciar si hay cetonuria.
5. Hidratación endovenosa fluida aproximadamente de 3 a 5 litros de solución salina 9%.

6. Análisis de orina completa y sedimentación.
7. Si paciente esta con trastorno de la conciencia, se coloca una sonda vesical, para el control estricto de orina.
8. Si el paciente esta con trastorno de conciencia, vómitos continuos se procederá a colocar sonda nasogástrica para descompresión.
9. Toma de electrocardiograma.
10. Toma de exámenes radiológicos de tórax, si paciente esta con alteración de conciencia se pedirá portátil.
11. Electrocardiograma. Monitorización.
12. Colocación de un dispositivo de administración de oxígeno si la presión de oxígeno en el análisis arterial es menor o igual a 80mmhg.
13. Se procederá a mantener nada de alimento por vía oral mientras continúe los vómitos.
14. Se coloca la terapéutica médica, según lo indicado. (Rodríguez, y Ballesteros, J; 2014).

La hidratación es veloz en pacientes ausentes de otro tipo de patología sumada a la que tiene. La administración de insulina son la de acción rápida por medio endovenoso en bomba de infusión. (Rodríguez, y Ballesteros, J; 2014).

Cuando la glucosa disminuye menor de 250mg/dl, se agrega dextrosa al 5%, para nivelar. Si el paciente presenta glucosas seriadas controladas se suspende la insulina por bomba de infusión y se cambia por la vía subcutánea. (Rodríguez, A y Ballestero, J; 2014).

1.3.1 Insulinoterapia por bomba

- A. Se inicia con 50UI de insulina en 500ml de solución salina al 9%.

- B. Bolo inicial de 10UI intravenoso de insulina rápida.
- C. Se administra a una velocidad de 50-60 ml/h.
- D. Si la glucosa disminuye menos de 250mg/dl, se reduce la velocidad de 20 a 40ml/h.
- E. Toda administración es de acuerdo a la glucosa de forma horaria (Rodríguez, A y Ballester, J; 2014).

1.3.2 Resumen de controles

De manera horaria las primeras siete horas (glucemia capilar, glucemia venosa, urea, iones y gasometría venosa). (Rodríguez, A y Ballester, J:2014).

1.4 Estudios relacionados al tema

Alva Cabrera, A, Aguirre Quispe, W, Alva Díaz, C, García Mostajo, J, Zapana Mansilla, A, (2018). Perú. “Factores asociados a la alteración de la glicemia basal en el primer control posterior a una hospitalización en pacientes con diabetes mellitus 2”, Horizonte Medico, 18(2) ,32-40. Objetivo: Analizar los factores asociados a la alteración de la glicemia basal en el primer control posterior a una hospitalización en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, es un estudio observacional, retrospectivo, se trabajó con 100 historias médicas de pacientes mayores de 18 años de sexo femenino y masculino con diabetes mellitus tipo 2. Conclusión: Los factores son los triglicéridos elevados, falta de adherencia, compromiso al tratamiento.

Pérez Gonzales, M, Camejo Puentes, M, Pérez Cardoso, J, Díaz Llano, P, (2016). Perú. Síndrome metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Rio,20(4),26-36. Objetivo: Determinar

la frecuencia del síndrome metabólico en paciente de 40 años a más con diabetes mellitus tipo 2, el estudio es descriptivo, observacional, transversal, se trabajó con 64 pacientes de consulta externa en el Policlínico Universitario Hermanos Cruz, Pinar del Río, de julio a diciembre del 2014.,Resultado: Predominio de síndrome metabólico en pacientes mujeres con diabetes mellitus tipo 2 en edades de 60 a 69 años es 73.8%.Conclusion: E síndrome metabólico debe ser considerada un instrumento que ayude al control, seguimiento y riesgo cardiovascular.

Mirabal Izquierdo, Daylín, Vega Jiménez, Junior. (2015). Cuba. “Detección precoz de pacientes con riesgo de diabetes mellitus en la atención primaria de salud”. Revista Médica Electrónica, 37(5), 469-478.Objetivo: Caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes diagnosticados con prediabetes. El estudio es descriptivo, transversal de 60 pacientes prediabéticos del Policlínico Universitario Héroes del Moncada de Cárdenas Matanza, de enero a diciembre del 2013. Resultado: Grupo femenino predominante de 40 a 59 años, se evidencio obesidad y sobrepeso 66,7%, la hipertensión arterial 48,3%, dislipidemias 45%, la glucosa en ayunas se evidencio alterada 65%. Conclusiones: La mayoría de paciente prediabéticos esta desinformado acerca de su proceso de enfermedad, por lo cual es necesario instaurar programas para la detección temprana a nivel primario en salud.

Chávez, N. y García. (2014). Cuba. “Cetoacidosis Diabética en niños menores de 15 años”. Revista Cubana de Medicina Integral,30(1),93-102.Objetivo: Identificar las características clínicas de la cetoacidosis diabética en niños menores de 15 años del Hospital Pediátrico Luis Ángel Milanés Tamayo de Bayamo, de junio del 2006 a junio del 2012.Se utilizó componentes de edad,

sexo, desencadenantes, edad de debut, dosis de insulina, complicaciones agudas y crónicas. Resultado de niños de 9 a 12 años, 9 casos (50%), los desencadenantes más frecuentes fueron las transgresiones dietéticas, 10 casos (55,5%), la falta de tratamiento 8 pacientes (44,4%). La edad debut se encontró de 6,5 años y la dosis insulina diaria por kilo de peso es 0,8 unidades, se encontraron casos graves en 4 pacientes (22,2%) son de 9 a 12 años y los factores desencadenantes encontrados fueron las transgresiones genéticas y la falta de tratamiento.

Ticse, R, Peinado, A, Baiocchi, A, Castro, L. (2014). Perú. “Características demográficas y epidemiológicas de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 hospitalizados por cetoacidosis diabética de enero del 2001 y diciembre del 2009, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima – Perú”. Objetivo: Describir las características demográficas, epidemiológicas de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 hospitalizados con cetoacidosis diabética en un hospital de Lima Perú. El estudio es observacional, descriptivo, en pacientes mayores de 18 años-Resultado: De 3683 pacientes, 3470 con diabetes tipo 2, 206 presentaban cetoacidosis diabética, la edad de los pacientes oscila entre 50.6 años, vinculados con infecciones 42,23% y patologías cardíacas 13,59%. Conclusiones: En el Hospital Nacional Cayetano Heredia –Lima, presenta un aumento de pacientes con cetoacidosis diabética con diabetes tipo 2 con una reciente tasa de muerte en adultos mayores.

CAPITULO II

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA BASADO

EN EVIDENCIAS

2.1. Situación Problemática

Paciente adulta joven de iniciales C.R.J. de 18 años, de sexo femenino, natural de Huancayo, procedente del distrito de chilca, domiciliada en Jr. Pasaje Los Héroes s/n, de ocupación su casa, ingresa al servicio de emergencia en camilla a la unidad de shock trauma, acompañada de su madre, por presentar malestar corporal, desde hace tres días. Madre refiere, que su hija consumió un pedazo de pastel con un vaso de gaseosa, tiene conductas alimenticias inadecuadas, cambio de peso durante los últimos seis meses, no puede caminar sin apoyo y no podía dormir por el dolor además refiere que su hija es paciente de diabetes mellitus tipo I desde hace trece años. Hija refiere “me voy a morir”. tengo mucho calor”.

A la entrevista el día 16/07/2018, la paciente con facies quejumbrosa y de angustia, refiere que presenta malestar corporal desde hace tres días de forma insidiosa, progresiva, caracterizado por cefalea de tipo opresivo Eva 8/10, sensación de cansancio extremo, somnolencia, falta de apetito y manifiesta tener mucha sed, dolor de predominio abdominal en hipogastrio, llegando al vomito en dos oportunidades, de contenido alimenticio y salival, ardor, dolor al miccionar ,con globo vesical, por lo cual tomo una pastilla el cual no recuerda el nombre.

A la exploración física se evidencia, paciente con somnolencia, Glasgow 13/15 puntos, facies quejumbrosa -angustiada, Eva 8/10, en posición antalgica, piel caliente, con hipertermia T°38.9°c, mucosas secas, cefalea de tipo opresiva,

con ventilación espontánea, náuseosa, con falta de apetito, ruidos hidroaéreos disminuidos presencia de sonda nasogástrica para drenaje con contenido ligeramente bilioso (100cm) a la palpación profunda dolor a nivel del hipogastrio, presencia de sonda vesical permeable, presenta miembros inferiores con flacidez disminución de fuerza muscular y corporal.

2.1.1. Control de funciones vitales y escala de Glasgow

Temperatura: 38.9 °C.

Frecuencia Cardíaca: 110 por minuto.

Frecuencia Respiratoria: 23 por minuto.

Presión Arterial: 90/60 mmHg.

Saturación de Oxígeno: 92%

Escala de Glasgow: A Motor (5) /Ocular (4) /Verbal (3). Total: 13/15.

2.1.2. Examen céfalo caudal:

- Cabeza: Normocéfalo, Cabello normal, de regular implantación, de color negro, con cefalea
- Cara: Simétrica, músculos de buen tono, fascia quejumbrosa, pestañas con buena implantación, presenta cejas.
- Ojos: Circulares, negros, pupilas isocóricas, fotoreactivas, sin alteraciones.
- Nariz: Sin desviaciones del tabique u otras deformidades, con sonda nasogástrica permeable, con contenido ligeramente bilioso. (100cm).
- Orejas: Simétricas, implantación adecuada, pabellones sin alteraciones.
- Cuello: Delgado, sin alteraciones, movimientos conservados, no se palpa adenopatías, tumoraciones.

- Tórax: Amplio, simétrico, sin alteraciones, no se evidencia tumores, a la auscultación pasaje adecuado en ambos campos pulmonares.
- Mamas: Simétricas, pequeñas, presenta areolas normales, no se evidencia adenopatías, tumores, secreciones.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos normales, ritmo cardiaco normal, no se evidencia cardiomegalias.
- Abdomen: Blando, doloroso a la palpación profunda, ruidos hidroaéreos disminuidos, vomito en dos oportunidades de contenido alimenticio y salival, con sonda nasogástrica permeable, se evidencia en la bolsa de drenaje contenido ligeramente bilioso. (100cm).
- Aparato genitourinario: Puño percusión lumbar (+), con sonda vesical permeable.
- Aparato Sistema Nervioso Central: Glasgow 13/15, somnolencia.
- Extremidades: Sin deformidades, miembros inferiores con flacidez, disminución de la fuerza muscular y corporal, con vía periférica permeable.
-

2.2. Valoración según necesidades básicas

2.2.1. Datos de filiación:

Nombre del paciente: C.R.J

Sexo: Femenino

Etapas de vida: Adulto joven.

Edad: 18 años.

Lugar de nacimiento: Huancayo

Fecha de nacimiento: 20 de mayo de 2000

Grado de Instrucción: Secundaria incompleta

Ocupación: Casa.

Estado Civil: Soltera.

Religión: católico

Número de SIS: 241725

Número de Hcl: 74833609

Fecha de Ingreso a Emergencia –Shock Trauma: 16 de julio del 2018

Fecha de Valoración: 16 de julio del 2017

Domicilio: Pasaje los Héroe s/n – Chilca- Huancayo.

Responsable: Martha Romero Díaz (madre)

2.2.2. Motivo de ingreso:

El paciente ingresa a la unidad de emergencias del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión- Huancayo, el día 16/07/18, hora: 09.58 am en camilla, por presentar malestar corporal, insidiosa y progresiva, cefalea de tipo opresiva, cansancio extremo, somnolencia, falta de apetito, dolor a nivel de hipogastrio, llegando al vómito y dolor al miccionar, es atendido en la unidad de shock trauma.

2.2.3. Antecedentes:

A. Antecedentes Patológicos Personales: Niega otro tipo de enfermedades

Enfermedad crónica: Diabetes mellitus tipo 1 hace 13 años.

Transfusiones de sangre: Niega

B. Antecedentes Patológicos Familiares:

Hermanos: 4, ninguno con enfermedad actual.

Padre: Muerte por diabetes mellitus no tratada.

Madre: Hipertensión arterial elevada controlada

2.2.4. Diagnóstico inicial:

A. Diagnóstico médico inicial:

- Diabetes mellitus tipo I descompensada
- d/c cetoacidosis diabética
- d/c infección del tracto urinario.

B. Tratamiento inicial:

- NPO
- Colocación de sonda nasogástrica para drenaje.
- Colocación de sonda vesical.
- Control de Hemogluco test c/8h
- Cloruro de sodio 9% 1000cc I, II, III
- Insulina R 5UI. Subcutáneo, luego del II frasco
- Reevaluación con resultados

C. Exámenes Auxiliares:

Radiografía de Tórax, abdomen simple, Análisis de Gasometría Arterial y Electrolitos, Hemograma, Glucosa, Urea, Creatinina, Examen de orina, urocultivo, electrocardiograma.

Hemogluco test al ingreso: Hight

2.2.5. Datos relevantes de medición inicial

HRDCQ DANIEL ALCIDES CARRION-HYO.AGA 16/7/18 11:54 am

T°: 38.9°C. FIO 0.21%.

Análisis de Gases Arteriales/Resultado/Valor Referencial

PCO2:12.6 mmHg (35mmhg-48mmhg).

PO2:102 mmHg (83mmhg-108mmhg).

PH: 7,26 (7,35-7,45).

Hematocrito:45% (35%-55%).

CNa:126mmol/ (136mmol/l-146mmol/l).

CK:4,14mmol/ (3,40 mmol/l – 4,50 mmol/l).

CCl:88mmol/l (98 mmol/l – 106 mmol/l).

Hemoglobina:14,7 mg/dl.

Chco3:5,5 mmol/l.

Saturación de oxígeno: 97%.

Anión Gap: 32.2 mmol/l.

HRDCQ DANIEL ALCIDES CARRION-HYO HEMOGRAMA 16/07/18

Hemograma/Resultado/Valor Referencial

Hemoglobina:12,7 mg/dl (11 mg/dl-16mg/dl).

Hematocrito:36, (37%-54%).

Leucocitos:19.61 (4-10,00 10³/UI).

Neutrófilos:91.1%.

Linfocitos:5.6%.

Plaquetas491 (150-450).

HRDCQ DANIEL ALCIDES CARRION-HYO BIOQUIMICA 16/07/18

Bioquímica/Resultado/Valor Referencial

Glucosa:460mg/dl (70mg/dl-110mg/dl)

Urea:84.9 mg/dl (10mg/dl-50mg/dl)

Creatinina:1.80mg/dl (0.720mg/dl- 110.0 mg/dl)

HRDCQ DANIEL ALCIDES CARRION-HYO EXAMEN DE ORINA 16/07/18

Orina/Resultado

Sedimento: Colurica

Células epiteliales: 1-3 por campo.

Leucocitos: Mayor de 100 por campo.

Hematíes: 2-4

Piocitos: 7- 8

Elementos Anormales

Glucosa: 3+

Cuerpo cetónico:2+

Gérmenes:2+

Aspecto de orina: Te cargado.

2.2.6. Diagnostico medico actual:

A. Diagnostico Medico Actual:

- Diabetes Mellitus Tipo I
- Cetoacidosis diabética descompensada
- Acidosis Metabólica Anión Gap elevado

B. Tratamiento Médico Actual

16/7/18 continuación al tratamiento inicial:

- Nada por vía oral/sonda nasogástrica
- Cloruro de sodio 9% 1000cc, II, III, IV

- Insulina R 100UI+ Cloruro de sodio 9% 100cc Bomba infusión 3cc/hora titulable
- Bicarbonato de sodio 3ampollas c/4h
- Ceftriaxona 2g Ev c/24h previo urocultivo
- Metamizol 1.5g Ev c/8h
- Hemoglucotest c/4h
- Análisis de gases arteriales c/12h
- Control de funciones vitales/
- Balance hídrico estricto

HRDCQ DANIEL ALCIDES CARRION – HYO –HEMOGLUCOTEST

16/7/18

Hight (12am)

299mg/dl (4pm)

135mg/dl (8pm)

HRDCQ DANIEL ALCIDES CARRION-HYO-HEMOGLUCOTEST 17/7/18

88mg/dl (2am)

157mg/dl (6am)

HRDCQ DANIEL ALCIDES CARRION-HYO AGA 16/7/18 12PM MEDIA

NOCHE T:37°C FIO 0.21%

Análisis de gases arteriales/Resultado/Valor referencial

PCO2:14.6 mmHg(35mmhg-45mmhg).

PO2:105 mmHg (83mmhg-108mmhg).

PH:7,21 (7,35-7,45)

Hematocrito:38% (35%-45%)

CNa:147 mmol/l (136mmol/l-146mmol/l)

CK:3.84mmol/l (3.40mmol/l-4.50mmol/l)

CCl:112mmol/l (98mmol/l – 100mmol/l)

Hemoglobina:12.7mg/dl

Chco3:5.6

Saturación de oxígeno:97%

Anión Gap:29mmol/l

17/07/18 Tratamiento:

Probar tolerancia oral/ si tolera retira de sonda nasogástrica

Cloruro de sodio 0.45%:

Agua destilada 1000cc	}	120 gotas por minuto
Hipersodio 20% 1amp		
Kalium 10% 1amp		
Bicarbonato 8.4% 3cc	}	2 horas
Xilocaína s/e 2% 1cc		
Cloruro de sodio 85cc		

Dextrosa 5%	}	45 gotas por minuto
Kalium 1amp		

Ceftriaxona 2gr Ev c/24

Insulina R 100UI
Cloruro de sodio 9% 100CC } 1cc/h

Metamizol 1.5 g PRN a T>0 = 38°c

Control de funciones vitales – balance hídrico estricto

Hemogluco test c/4h

Aga c/6 h

HRDCQ DANIEL ALCIDES CARRION –HYO –HEMOGLUCOTEST

17/07/18

149mg/dl (10am)

91mg/dl (2pm)

125mg/dl (6pm)

HRDCQ DANIEL ALCIDES CARRION-HYO AGA 17/7 /18 2PM T 37°C FIO:

0.21%.

Análisis de gases arteriales/Resultados/Valor referencial

PCO2:33.4 mmHg (35mmhg-48mmhg).

PO2:86 mmHg (83mmhg-108mmhg).

PH:7,31 (7,35-7,45).

Hematocrito:43% (35%-45%).

CNa: 159mmol/(136mmol/l-146mmol/l).

Ck: 2.88 mmol/l (3.40mmol/l-4.36mmol/l).

CCl: 120mmol/l (98mmol/l-106mmol/l).

Hemoglobina: 14mg/dl.

Chco311.5 mmol/l.

	Clase 5 Hidratación.	00027 Déficit de volumen de líquidos.	Datos subjetivos: Manifiesta tener mucha sed. Datos objetivos: Somnolencia. Mucosas: secas Sed aumentada Disminución de fuerza muscular, corporal.
		00195 Riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico	Datos subjetivos: Madre refiere que su hija tuvo vómitos en dos oportunidades Datos objetivos: Mucosas: secas Sed aumentada. Alteración del análisis de gases arteriales: CNa 159mmol/l Ck 2.88mmol/l
Dominio 3 Eliminación e intercambio.	Clase 1 Función urinaria	00016 Deterioro de la eliminación urinaria	Datos subjetivos: Manifiesta ardor, dolor al miccionar por lo cual tomo una pastilla Datos objetivos: Presenta globo vesical Presenta sonda vesical
	Clase 2 Función gastrointestinal.	00196 Motilidad gastrointestinal disfuncional.	Datos subjetivos: Madre refiere que su hija presenta náuseas y vómitos de contenido alimenticio y salival con un dolor abdominal Datos objetivos: Sonda nasogástrica contenido bilioso en cantidad 100cc.
Dominio 4 Actividad/repos o	Clase 1 Sueño Reposo	00198 Trastorno del patrón del sueño.	Datos subjetivos: Madre refiere que su hija no podía dormir por el dolor Datos objetivos: Se le observa somnolienta y con cansancio extremo.
	Clase 2 Actividad Ejercicio.	00085 Deterioro de la movilidad física.	Datos subjetivos: Refiere que no puede caminar sin apoyo. Datos objetivos: Se le observa los miembros inferiores con flacidez y disminución de fuerza muscular, corporal.

Dominio 8 Sexualidad	Clase 3 Reproducción	00227 Riesgo de proceso de maternidad ineficaz	Datos objetivos: Sexo: Femenino Peso: 48kg Talla: 1:56cm IMC: 19.8 Somnolencia Piel pálida Cansancio Extremo Se le observa los miembros inferiores con flacidez y disminución de fuerza muscular, corporal.
Dominio 9 Afrontamiento /tolerancia al estres	Clase 2: Respuesta de afrontamiento	00069 afrontamiento ineficaz	Datos subjetivos: Madre refiere que su hija tiene conductas alimenticias inadecuadas Datos objetivos: Conducta destructiva a si mismo No va a sus citas medicas No se involucra en mejorar su salud
Dominio 9 Afrontamiento /tolerancia al estrés	Clase 2: Respuesta de afrontamiento	00146 ansiedad	Datos subjetivos: Hija refiere "me voy a morir". Datos objetivos: paciente con facie quejumbrosa y de angustia.
Dominio 11 Seguridad /protección	Clase 1: Infección;	00004 riesgo de infección	Datos objetivos: catéteres: Periféricos: si Procedimientos invasivos: Si colocación de vía periférica, sonda nasogástrica, vesical, toma de Agá, toma de Hemoglucotest
	Clase 6: termorregulación	00007 hipertermia	Datos subjetivos: Paciente manifiesta tener mucho calor Datos objetivos: Temperatura 38.9°c Piel caliente Mucosas secas Sed intensa
Dominio 12 Confort	Clase 1 Confort físico.	00132 Dolor agudo.	Datos subjetivos: Familiar refiere que tiene dolor de predominio abdominal en hipogastrio Datos objetivos: Presenta facies de dolor EVA: 8 /10

2.4. Diagnóstico de enfermería

2.4.1. Priorización de diagnósticos de enfermería

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	PRIORIZACION
Dolor agudo r/c agentes lesivos biológicos e/p facie quejumbrosa, angustia, EVA 8/10.	1
Déficit volumen de líquidos r/c mecanismos de regulación comprometidos e/p somnolencia, mucosas secas, sed aumentada.	2
Alteración del equilibrio ácido base r/c aumento de cuerpos cetónicos en sangre y disminución del bicarbonato en sangre. e/p somnolencia, cansancio extremo, mucosas secas, disminución de fuerza muscular y corporal, dolor abdominal.	3
Hipertermia r/c proceso inflamatorio – infeccioso e/p cuantificación de la temperatura corporal 38.9°C, mucosas secas, sed intensa.	4
Deterioro de la eliminación urinaria r/c multicausalidad e/p disuria.	5
Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales r/c ingesta diaria insuficiente e/p cambio de peso en los últimos seis meses.	6
Motilidad gastrointestinal disfuncional r/c intolerancia alimentaria e/p náuseas, vómitos y sonda nasogástrica	7
Trastorno del patrón del sueño r/c factores biológicos e/p somnolencia y cansancio.	8
Deterioro de la movilidad física r/c disminución de la fuerza muscular e/p manifestaciones verbales	9
Afrontamiento ineficaz r/c crisis situacional e/p conducta destructiva a si misma	10
Ansiedad r/c proceso de la enfermedad. e/p facie quejumbrosa, angustia.	11
Mantenimiento ineficaz de la salud r/c incapacidad para realizar juicios apropiados e/p falta de expresión de interés por mejorar las conductas de salud.	12
Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c deterioro de los mecanismos reguladores	13
Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos.	14

2.5. Planificación, ejecución y evaluación

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos subjetivos: “Me duele todo el cuerpo, dolor de predominio abdominal en hipogastrio y mucho cansancio”.</p> <p>Datos objetivos: Presenta facie quejumbrosa, angustia. EVA 8/10 Fc.110 x min. Dolor a la palpación profunda e hipogastrio.</p>	<p>Dolor agudo r/c agente lesivos biológicos e/p facie quejumbrosa, angustia, EVA 8/10.</p>	<p>Objetivos Generales: Paciente disminuirá el dolor con apoyo del personal de salud.</p> <p>Objetivos específicos: El paciente disminuirá el dolor en hipogastrio y no presentará facie de dolor EVA 3/10.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se valora la escala y registro del dolor. • Se administra para el alivio del dolor optimo mediante analgésicos, prescritos en indicación médica: Metamizol horario 1.5g/c 8 horas, endovenoso. • Se elimina factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor, ruidos, luz. • Paciente adopta posición antalgica. • Se valora la intervención realizada evaluando nuevamente con la escala EVA. 	<p>Paciente disminuye el dolor y no presenta facie de dolor EVA 3/10.</p>

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
García, J.	2017	http://www.scielo.org.mx/pdf/am/v29s1/2448-8771-am-29-00077.pdf	Manejo básico del dolor agudo y crónico.	II
Herdman, T.H.	2014	American Psychological Association.	Nanda internacional Diagnósticos Enfermeros.	II
Fraile, M.	2013	Servicio Extremeño de Salud /Dirección General de Asistencia Sanitaria- Mérida.	Plan de Cuidado de Enfermería en Atención Especializada.	II

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos subjetivos: Manifiesta tener mucha sed.</p> <p>Datos objetivos: Mucosas secas, sed aumentada.</p>	<p>Déficit volumen de líquidos r/c mecanismos de regulación comprometidos e/p somnolencia, mucosas secas, sed aumentada.</p>	<p>Objetivo General: Paciente logrará mejorar el volumen de líquidos con apoyo del personal de salud.</p> <p>Objetivo Específico: Paciente mantendrá una adecuada hidratación con apoyo del personal de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valore la hidratación del paciente. • Control de funciones vitales. • Colocación de vía periférica y toma de muestras • Reposición de líquidos y electrolitos según prescripción por vía intravenosa según indicación CLNA 9% I –II-III Lts, en 24 horas. • Comprobar perfusión horaria. • Monitorice las funciones vitales cada hora, luego cada cuatro horas de acuerdo a la evolución. • Balance hídrico en cada turno. • Comprobar el nivel de hidratación las primeras ocho horas y cada dos horas en las 16 siguientes. • Probar tolerancia oral con líquidos claros. • Monitorizar diuresis horaria. • Observar, prevenir cualquier alteración de la integridad cutánea. • Control de AGA cada seis horas. • Hemogluco test cada dos horas. • Coordinar con laboratorio para que los exámenes complementarios sean más rápidos. • Administrar dieta hipoglucida. • Cuidados bucales cada 12 horas. 	<p>El paciente logra un volumen de, líquidos adecuados.</p>

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Alonso, L Morales, A Polito, R	2011	https://es.slideshare.net/crac0/cetoacidosis-diabetica-10160895	Cetoacidosis Diabética	III
Herdman T.H.	2014	American Psychological Association	Nanda Internacional Diagnósticos Enfermeros	III
Fraile, M	2013	Servicio Extremeño de Salud/Dirección General de Asistencia Sanitaria – Mérida.	Plan de Cuidados de Enfermería en Atención Especializada	III

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos subjetivos: Manifiesta tener mucha sed y cansancio. Datos objetivos: Somnolencia. Mucosas secas. Sed aumentada. Disminución de fuerza muscular y corporal. Hemoglucoest Hight Aga alterado: PCO (12.6mmhg) PO2 (102mmhg) PH (7,26) HCTO (45%) CNa (126 mmol/l) Ck (4.14 mmol/l) Ccl (88 mmol/l) Hb (14.7 g/dl) Chco3 (5,5 mmol/l) Sat02 (97.2%) Anión gap (32.2 mmol/l)</p> <p>Examen de orina alterado: Leucocitos (mayor a 100 por campo) Píocitos (6-8) Glucosa (3 a +) C cetónicos (2+) Gérmenes (2+) Aspecto de orina: Colúrica, te cargado.</p>	<p>Alteración del equilibrio ácido base r/c aumento de cuerpos cetónicos en sangre y disminución del bicarbonato en sangre e/p somnolencia, cansancio extremo, mucosas secas, disminución de fuerza muscular y corporal, dolor abdominal.</p>	<p>Objetivo General: Paciente logrará eliminar la acidosis metabólica, con apoyo del personal de salud.</p> <p>Objetivo Específico: Paciente mantendrá el equilibrio ácido- base dentro de los parámetros normales con apoyo del personal de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado de conciencia/Glasgow. • Valorar posibles alteraciones en la respiración. (respiración de kussmaul). • Valorar dolor abdominal. • Control de funciones vitales cada hora las primeras ocho horas, luego cada dos horas las últimas 16 horas. • Hidratar al paciente con solución salina según indicación médica. • Administrar insulina según prescripción médica (SC/IV/Bomba de infusión). • Control de glucosuria y cetonuria en cada micción si no está sondado. • Control de glucemia cada hora. • Mantener permeable la sonda nasogástrica. • Control de AGA cada 4 horas, controlado o compensado cada 6 horas. • Control de pérdidas por sondas y drenajes. • Valoración del estado de alteración hidroelectrolítica después de la intervención. 	<p>El paciente mantiene controles de análisis de gases arteriales dentro de los valores normales.</p>

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Alonso, L Morales, A Polito, R	2011	https://es.slideshare.net/crac0/cetoacidosis-diabetica-10160895	Cetoacidosis Diabética	III
Herdman T.H.	2014	American Psychological Association	Nanda Internacional Diagnósticos Enfermeros	III
Rodríguez, A y Ballesteros, J	2014	https://elenfermerodelpendiente.files.wordpress.com/2014/11/cetoacidosis-diabetica.pdf	Actuación De Enfermería En Urgencias Ante Cetoacidosis Diabética	III

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos subjetivos: Paciente manifiesta tener mucho calor.</p> <p>Datos objetivos: Temperatura 38.9°C. Piel caliente Mucosas secas Sed intensa.</p>	Hipertermia r/c proceso inflamatorio- infeccioso e/p cuantificación de la temperatura corporal 38.9°C, mucosas, sed intensa.	<p>Objetivo General: Paciente lograra disminuir la hipertermia con apoyo del personal de salud durante la estancia hospitalaria.</p> <p>Objetivo Específico: Paciente mejorara resultados a la cuantificación de la temperatura a parámetros normales con apoyo del personal de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verifique estado de conciencia. • Control de funciones vitales • Hidratación por vía endovenosa, según indicación médica con CLNA 9% XVI gts. por minuto. • Administración de medios físicos para disminuir la temperatura elevada. • Se disminuye cobertores. • Se administra antipirético según prescripción médica, Metamizol 1.5 gr, endovenoso, utilizando los diez correctos. • Administración de antibiótico Ceftriaxona 2gr.endovenoso, cada 24 horas de manera profiláctica hasta obtener el resultado de los análisis, e iniciar con el antibiótico correcto o continuar con la terapia indicada.. 	El paciente mantiene temperatura corporal 36°C-37°C, dentro de los parámetros normales.

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Rivas, J y Rivera, M	2011	http://www.hno.oaxaca.gob.mx/wp-content/uploads/des/07/hipertermia.pdf	Plan de Cuidados de Enfermería- Hipertermia	II
Herdman T.H.	2014	American Psychological Association	Nanda Internacional Diagnósticos Enfermeros	II
Fraile, M	2013	Servicio Extremeño de salud/Dirección general de asistencia sanitaria. Mérida.	Plan de Cuidados de Enfermería en Atención Especializada	II

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos subjetivos: Madre refiere que su hija siente ardor, dolor al miccionar por lo cual tomo una pastilla</p> <p>Datos objetivos: Presenta sonda vesical Presenta globo vesical</p>	Deterioro de la eliminación urinaria r/c multicausalidad e/p disuria	<p>Objetivos Generales: Paciente mejorara la eliminación urinaria con apoyo del personal de salud</p> <p>Objetivos Específicos: El paciente disminuirá el dolor y ardor al miccionar, con apoyo del personal de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir el globo vesical. colocando sonda Foley, indicada por el médico. • Toma de muestra estéril de orina para examen de orina y urocultivo. • Mantener la permeabilidad de la sonda vesical. • Irrigar los catéteres uretrales por turno • Balance hídrico estricto • Observar y anotar las características de la orina. • Proporcionar tiempo suficiente para el vaciado de vejiga (10 min) • Con los resultados de los análisis, iniciar con la antibiótico terapia. • Aseo de genitales. 	Paciente en vías a mejorar la eliminación urinaria, disminuyo el dolor y ardor al momento de miccionar

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Alonso, L Morales, A Polito, R	2011	https://es.slideshare.net/crac0/cetoacidosis-diabetica-10160895	Cetoacidosis Diabética	II
Herdman T.H.	2014	American Psychological Association	Nanda Internacional Diagnósticos Enfermeros	II
Fraile, M	2013	Servicio extremeño de Salud/Dirección General de Asistencia Sanitaria – Mérida.	Plan de Cuidados de Enfermería en Atención Especializada	II

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos subjetivos: Cambio de peso durante los últimos 6 meses:</p> <p>Datos objetivos: Mucosa oral: seca Piel: pálida Presenta sonda nasogástrica Peso: 48kg talla:1.56cm Índice de masa corporal :19.8</p>	Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales r/c ingesta diaria insuficiente e/p cambio de peso en los últimos seis meses.	<p>Objetivos Generales: Paciente mejorara el equilibrio nutricional con apoyo del personal de salud y familia.</p> <p>Objetivos Específicos: Paciente recibirá una dieta adecuada de acuerdo a requerimiento metabólico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ajustar dieta al estilo del paciente • Que la dieta contenga alimentos fibrosos para evitar el estreñimiento. • . Definir los gustos alimenticios del paciente. • Dar comidas ligeras en purés o blandas • El paciente deberá recibir asistencia nutricional 	Paciente mejora el equilibrio nutricional logrando un peso ideal con el apoyo del personal de salud y familia.

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Gómez, C Palma, S	2015	https://www.kelloggs.es/content/dam/europe/kelloggs_es/images/nutrition/PDF/Manual_Nutricion_Kelloggs_Capitulo_19.pdf	Nutrición y Diabetes	II
Herdman T.H.	2014	American Psychological Association	Nanda Internacional Diagnósticos Enfermeros	II
Fraile, M	2013	Servicio extremeño de salud/dirección general de asistencia sanitaria. Mérida.	Plan de Cuidados de Enfermería en Atención Especializada	II

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos subjetivos: Presenta náuseas y vómitos</p> <p>Datos objetivos: Sonda nasogástrica contenido alimenticio, salival</p>	Motilidad gastrointestinal disfuncional r/c intolerancia alimentaria e/p náuseas, vómitos y sonda nasogástrica	<p>Objetivos Generales: Paciente mejorara la eficacia de la motilidad gastrointestinal con apoyo del personal de salud y el de la familia</p> <p>Objetivos Específicos: El paciente lograra tolerar los alimentos evitando tener náuseas y vómitos con apoyo del personal de salud y familiares.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación por sonda nasogástrica • Se valora el estado del abdomen • Se auscultan ruidos abdominales • Se prueba tolerancia oral • Control de ingestas y excretas por turnos 	Paciente mejora la eficacia nutricional logrando tolerar alimentos por vía oral sin sonda nasogástricas con apoyo de la familia y el personal de salud

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Rodríguez, A y Ballesteros, J	2014	https://elenfermerodependiente.files.wordpress.com/2014/11/cetoacidosis-diabetica.pdf	Actuación de Enfermería en urgencias ante cetoacidosis diabética.	II
Herdman T.H.	2014	American Psychological Association	Nanda Internacional Diagnósticos Enfermeros	II
Fraile, M	2013	Servicio extremeño de salud/dirección general de asistencia sanitaria. Mérida.	Plan de Cuidados de Enfermería en Atención Especializada	II

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos subjetivos: Paciente no podía dormir por el dolor</p> <p>Datos objetivos: Se le observa somnolienta y cansada</p>	Trastorno del patrón del sueño r/c factores biológicos e/p somnolencia y cansancio	<p>Objetivos Generales: Paciente mejorara el patrón del sueño con apoyo del personal de salud y el de la familia</p> <p>Objetivos Específicos: El paciente lograra dormir 8 horas con apoyo del personal de salud Y sus familiares</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a eliminar los factores estresantes antes de ir a dormir • Determinar el esquema de sueño del paciente • Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular terapéutica • Se fomenta el aumento de horas de sueño 	Paciente mejora el patrón del sueño logrando dormir 8 horas diarias con apoyo de la familia y el personal de salud

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Pazos, A	2015	https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/15282/PazosDominguez_Alexandra_TFG_2015.pdf?sequence=2&isAllowed=y	Trastornos del Patrón del Sueño en Unidad de Cuidados Críticos: Definición Operacional de los Indicadores de Sueño.	II
Herdman T.H.	2014	American Psychological Association	Nanda Internacional Diagnósticos Enfermeros	II
Fraile, M	2013	Servicio extremeño de salud/dirección general de asistencia sanitaria. Mérida.	Plan de Cuidados de Enfermería en Atención Especializada	II

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos subjetivos: Madre refiere que su hija no puede caminar sin apoyo.</p> <p>Datos objetivos: Se le observa los miembros inferiores con flacidez y disminución de fuerza.</p>	<p>Deterioro de la movilidad física r/c disminución de la fuerza muscular e/p manifestaciones verbales.</p>	<p>Objetivos Generales: Paciente disminuirá el deterioro de la movilidad física con apoyo del personal de salud</p> <p>Objetivos Específicos: El paciente recuperara la fuerza muscular en miembros inferiores, con apoyo del personal de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir un programa de ejercicios con el paciente • Verificar que paciente use un calzado adecuado. • Apoyar al paciente a levantarse y dar paseos determinados. • Realizar ejercicios pasivos y asistidos según requiera el paciente • Animar al paciente para realizar los ejercicios y deambule 	<p>Paciente disminuye el deterioro de la movilidad física y recupero la fuerza muscular con ayuda del equipo de salud</p>

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Rodríguez, A y Ballesteros, J	2014	https://elenfermerodependiente.files.wordpress.com/2014/11/cetoacidosis-diabetica.pdf	Actuación de enfermería en urgencias ante cetoacidosis diabética.	III
Herdman T.H.	2014	American Psychological Association	Nanda Internacional Diagnósticos Enfermeros	II
Fraile, M	2013	Servicio extremeño de salud/dirección general de asistencia sanitaria. Mérida.	Plan de Cuidados de Enfermería en Atención Especializada	II

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos subjetivos: Madre refiere que su hija tiene conductas alimenticias inadecuadas</p> <p>Datos objetivos: Conducta destructiva a si mismo No va a sus citas medicas No se involucra en mejorar su salud</p>	Afrontamiento ineficaz r/c crisis situacional e/p conducta destructiva a si misma	<p>Objetivos Generales: Paciente lograra mejorar el afrontamiento con ayuda del personal multidisciplinario y familiar durante su estancia hospitalaria</p> <p>Objetivos Específicos: paciente afrontara su enfermedad, con apoyo del personal de salud y familiar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el apoyo emocional • Apoyar paciente en la toma de decisiones • Manejar un asesoramiento • Acrecentar el afrontamiento. • Mejorar los sistemas de apoyo al paciente. • Manejo de la conducta: autolesión • Apoyar a la unión e integración familia-paciente. • Grupos de apoyo. • Terapia de grupo 	Paciente afronta adecuadamente con ayuda de familiares.

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Domínguez, M y Viamonte, Y	2014	http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212014000300009&lng=es&tlng=es.	Ansiedad, depresión y vulnerabilidad al estrés ante el diagnóstico reciente de diabetes mellitus tipo 2	II
Herdman T.H.	2014	American Psychological Association	Nanda Internacional Diagnósticos Enfermeros	II
Fraile, M	2013	Servicio Extremeño de Salud/Dirección General de Asistencia Sanitaria – Mérida.	Plan de Cuidados de Enfermería en Atención Especializada	II

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos subjetivos: Paciente refiere: Me voy a morir.</p> <p>Datos objetivos: Paciente con facie quejumbrosa y de angustia</p>	<p>Ansiedad r/c proceso de la enfermedad. e/p facie quejumbrosa, angustia.</p>	<p>Objetivos Generales: Paciente lograra disminuir su ansiedad con apoyo del personal de salud</p> <p>Objetivos Específicos: El paciente mantendrá tolerancia hacia su enfermedad, con apoyo del personal de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observar sus manifestaciones verbales e identificar indicios de ansiedad. • Apoyar emocionalmente. • Realizar actividades que reduzcan sus niveles de ansiedad. • Búsqueda de apoyo familiar. • Introducir a programas de ayuda acerca de su enfermedad. • Reconocimiento de avances actuales hacia la enfermedad. • Empatía con el paciente. • Informar acerca del diagnóstico, pronóstico y tratamiento. • Acompañar y escuchar al paciente. • Comunicación asertiva con el paciente. 	<p>Paciente disminuye los niveles de ansiedad, se le observa más tranquilo ante la situación de salud.</p>

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Domínguez, M y Viamonte, Y	2014	http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212014000300009&lng=es&tlng=es .	Ansiedad, depresión y vulnerabilidad al estrés ante el diagnóstico reciente de diabetes mellitus tipo 2.	II
Herdman T.H.	2014	American Psychological Association	Nanda Internacional Diagnósticos Enfermeros	II
Fraile, M	2013	Servicio extremeño de salud/dirección general de asistencia sanitaria. Mérida.	Plan de Cuidados de Enfermería en Atención Especializada	II

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	IINTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos subjetivos: Paciente consumió un pedazo de pastel con un vaso de gaseosa y es paciente de diabetes mellitus tipo I.</p> <p>Datos objetivos: Incumplimiento en la dieta hipoglucida</p>	<p>Mantenimiento ineficaz de la salud r/c incapacidad para realizar juicios apropiados e/p Falta de expresión de interés por mejorar conductas de la salud.</p>	<p>Objetivos Generales: Paciente lograra cumplir con el tratamiento indicado con ayuda del personal de salud y familiares durante su estancia hospitalaria</p> <p>Objetivos Específicos: Paciente se comprometerá a cumplir con el tratamiento indicado en el tiempo indicado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar las ventajas y desventajas de las soluciones. • Se brinda una comunicación asertiva con el paciente. • Apoyarle en la toma de acciones. • Incluir al paciente a grupos de apoyo. • Respetar si desea recibir o no información. • Definir los sistemas de ayuda. • Entusiasmarlo a integrarse en actividades sociales. • Apoyar a incluir a programas comunitarios de prevención y promoción de salud. • Fomentar a la familia a incluirse en el apoyo emocional e integral del paciente. 	<p>Paciente logra cumplir con la dieta indicada con ayuda del personal de salud.</p>

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Vergara, M Anarte, C Mansoliver, A Herrero, N	2017	http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/Primavera%202017/RevistaRqR_Primavera2017_DM2.pdf	Conocimientos sobre su enfermedad de los pacientes diabéticos tipo 2.	II
Herdman T.H.	2014	American Psychological Association	Nanda Internacional Diagnósticos Enfermeros	II
Fraile, M	2013	Servicio extremeño de salud/dirección general de asistencia sanitaria.	Plan de Cuidados de Enfermería en Atención Especializada	II

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos subjetivos: Presento vómitos en dos oportunidades</p> <p>Datos objetivos: Mucosas: secas CNa 159mmol/l 136-146 Ck 2.88mmol/l 3.40-4.50</p>	<p>Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c Deterioro de lo mecanismo reguladores</p>	<p>Objetivo General: Paciente no presentara riesgo de desequilibrio electrolítico con ayuda del personal de salud y familiares.</p> <p>Objetivo Específico: Paciente tomara líquidos cada hora con ayuda del personal de salud durante su estancia hospitalaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de líquidos cristaloides • Reposición de potasio. • Control estricto de líquidos. • Control de pérdidas por sondas y drenajes • Monitorización de signos vitales (sólo a partir de hipovolemias grado II se presentan algunos cambios en tensión arterial y frecuencia cardiaca) • Valorar signos de deshidratación: mucosas, piel, sensación de sed (se presenta cuando hay pérdidas del 10% a 20% del volumen de líquidos corporales) • Control de diuresis, determinar rata urinaria para identificar oliguria o anuria. • Manejo de líquidos. • Manejo de electrolitos. • Monitorización de líquidos. 	<p>Paciente al termino de turno aumento su volumen de líquidos y que hidratado con mucosas orales húmedas.</p>

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Arroyo, G y Quirós, S.	2016	http://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr161r.pdf	Cetoacidosis diabética hiperglucémico hiperosmolar: un enfoque práctico.	II
Herdman T.H.	2014	American Psychological Association	Nanda Internacional Diagnósticos Enfermeros	II
Fraile, M	2013	Servicio extremeño de salud/dirección general de asistencia sanitaria. Mérida.	Plan de Cuidados de Enfermería en Atención Especializada	II

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos objetivos: catéteres: Periféricos: si Procedimientos invasivos: Si colocación de vía periférica, sonda nasogástrica, Foley, toma de Agá, toma de hemoglucotest</p>	<p>Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos.</p>	<p>Objetivo General: Paciente no presentara el riesgo de infección con ayuda del personal de salud y de familiares</p> <p>Objetivo Específico: El personal extremara medidas de bioseguridad en el procedimiento invasivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados del sitio de inserción. • Cuidados perineales. • Manejo de la nutrición. • Manejo de líquidos y electrolitos. • Protección contra las infecciones. • Vigilancia de la piel. • Análisis de la situación sanitaria. • Baño. • Control d enfermedades transmisibles. • Lavarse las manos antes y después de cada actividad. • Usar medidas de bioseguridad. • Asegurar una técnica de cuidados de heridas. • Mantener un ambiente aséptico. • Enseñar al paciente el lavado de manos correcto. 	<p>Paciente no presenta riesgo de infección por que se adoptó las medidas de asepsia para prevenir infección por el procedimiento invasivo.</p>

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Arroyo, G y Quirós, S.	2016	http://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr161r.pdf	Cetoacidosis diabética y estado hiperglucémico hiperosmolar: un enfoque práctico.	II
Herdman T.H.	2014	American Psychological Association	Nanda Internacional Diagnósticos Enfermeros	II
Rodríguez, A y Ballesteros, J	2014	https://elenfermerodependiente.files.wordpress.com/2014/11/cetoacidosis-diabetica.pdf	Actuación de Enfermería en urgencias ante cetoacidosis diabética.	II

CAPÍTULO III

3.1. Conclusiones

1. La Cetoacidosis Diabética es una complicación grave de la Diabetes Mellitus, caracterizada por la hiperglicemia, hipercetonemia y acidosis metabólica.
2. Los síntomas de la Cetoacidosis Diabética se instalan en menos de veinticuatro horas, hiperglicemia, poliuria, somnolencia, trastorno del sensorio, dolor abdominal, náuseas, vómitos, respiración kussmaul, aliento a cetona, coma.
3. El tratamiento a esta patología, consiste en nivelar a parámetros normales, la glucosa sérica elevada, mejorar el estado de hidratación/electrolítica del paciente y su homeostasis corporal.
4. La Cetoacidosis Diabética no controlada o tratada a tiempo provoca lesiones cardiacas, cerebrales, vasculares y la muerte.
5. El plan de Atención de Enfermería elaborado en la unidad de Emergencias del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, Huancayo, en pacientes con Cetoacidosis Diabética, utiliza como guía la teoría de Dorotea Orem en las actividades que realiza el enfermero/a y el cuidado al paciente.
6. Las intervenciones de Enfermería realizadas en la unidad de Emergencias del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión ,Huancayo, en pacientes con Cetoacidosis Diabética, se enfoca en monitorizar el estado del paciente, estabilizar los niveles altos de glucosa a parámetros normales , mayor o igual a 125 g/dl en sangre ,apoyados en la aplicación de insulina, si existiera algún foco infeccioso, se elimina dicho

agente con la medicación indicada por el médico tratante, hidratación con solución salina, mejorar la acidosis metabólica y evitar la suma de mayores complicaciones.

7. El caso clínico presentado en el trabajo académico del paciente de iniciales C.R.J., de 18 años de edad, natural de Huancayo/chilca, con Diabetes Mellitus tipo I desde hace trece años, enfermedad crónica no controlada adecuadamente, atendida en la unidad de Emergencias del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, Huancayo, el día 16 de julio del 2018, con la clínica y síntomas de estar presentando cetoacidosis diabética descompensada, se vigiló atentamente su estado general, cognitivo y en especial sus constantes vitales, porque paciente llegó en somnolencia e hipertermia de T° 38.9 $^{\circ}$ c, clínicamente y observable con una cetoacidosis marcada evidenciado en el análisis de gases arteriales PH 7.26, PCO₂ 12.6mmhg Y HCO₃ 5.5mmol/l y por la enfermedad crónica (Diabetes tipo 1) se supone riesgo de complicaciones.
8. Se realizó intervenciones y actividades dirigidas a controlar el problema patológico sin descuidar la parte de educación que hemos tenido con el paciente y familiares para intentar evitar que vuelvan a darse situaciones como la ocurrida.
9. El Plan de Atención de Enfermería aplicado en nuestro paciente con Cetoacidosis Diabética, es exitoso llegando a cumplir los objetivos trazados, con evolución favorable del paciente.
10. Actualmente en la unidad de Emergencias del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, Huancayo, no cuenta con una guía de atención hospitalaria en emergencias.

3.2. Recomendaciones

1. Al Jefe de Enfermeros de la unidad de Emergencias del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, Huancayo., crear las guías de atención de enfermería hospitalaria en nuestra institución de salud; así como los protocolos de atención y planes de cuidados para este tipo de pacientes, con el apoyo de todo el personal que labora en la unidad.
2. Al Jefe de Enfermeros del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, Huancayo., se recomienda contar y mantener enfermeros con especialidad en Emergencias para continuar y mejorar nuestra calidad de atención de manera eficiente.
3. Al Jefe de Enfermeros del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, Huancayo., se recomienda crear círculos de actualización teórico y práctico a todos los enfermeros/as de la unidad, en el cuidado, manejo de equipos modernos, que ayudan a restablecer la salud del paciente.
4. El Plan de Atención de enfermería se debe realizar con conocimiento científico, con intervenciones de cuidado efectivas, para obtener resultados favorables.
5. Contribuir con nuestra población, con enfermeras/os actualizados, informados y capacitados con el único fin de mejorar la salud de los pacientes que recurren a una atención médica.
6. Brindar una guía al paciente diabético, identificando la importancia del cuidado en la enfermedad y así evitar complicaciones futuras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alonso, L; Morales, A; Polito, R. (2011). Cetoacidosis Diabética.

<https://es.slideshare.net/crac0/cetoacidosis-diabetica-10160895>.

Alva Cabrera, A, Aguirre Quispe, W, Alva Díaz, C, García Mostajo, J, Zapana Mansilla, A. (2018). Perú. Factores asociados a la alteración de la glicemia basal en el primer control posterior a una hospitalización en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Horizonte Medico*,18(2),32-40.

American Diabetes Association. Guía ADA (2016). Resumen, clasificación y diagnóstico de diabetes.

Arroyo, G y Quirós, S. (2016). Cetoacidosis diabética y estado hiperglicémico hiperosmolar: un enfoque práctico. *Revista Clínica de la Escuela de la Medicina. UCR-HSJD. Costa Rica*.

Ballesteros Calderón, Alicia Lucia, Meneses Muñoz, Ángela Patricia, Ríos Patiño, David, Flórez, Iván Darío, Quevedo Vélez, Augusto. (2013) Características epidemiológicas y clínicas y hallazgos de laboratorio de los niños menores de 15 años con cetoacidosis diabética atendidos en el Hospital Universitario San Vicente Fundación en Medellín, Colombia, entre enero de 2001 y diciembre 2010. *latreia*,26(3),278 – 290.

Chávez, N. y García. (2014). Cuba." Cetoacidosis Diabética en niños menores de 15 años". *Revista Cubana de Medicina Integral*, 30(1) ,93-102.

Domínguez Reyes, Miguelina Y, Viamonte Pérez, Yariamna. (2014). Ansiedad, depresión y vulnerabilidad al estrés ante el diagnóstico reciente de diabetes mellitus tipo 2. *Gaceta Médica Espirituana*, 16(3),01-09.

- Fraile, M. (2013). Plan de Cuidados de Enfermería en Atención Especializada: Estandarización en Extremadura. Dirección General de Asistencia Sanitaria Servicio Extremo de Salud. Mérida.
- García, J. (2017). Manejo Básico del Dolor Agudo y Crónico. Anestesia en México 2017; Volumen 29: (1) 77-85
- Gómez, C. y Palma, S. (2015). Nutrición y Diabetes. Manual Práctico de Nutrición y Salud. Volumen 19 (1),301-307.
- Hayes Dorado, Juan Pablo. (2015). Cetoacidosis diabética: evaluación y tratamiento. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría, 54(1),18-23.
- Herdman T.H. (2014). Diagnósticos Enfermeros, Definiciones, Clasificación. Nanda Internacional. Barcelona. Elsevier.
- Jiménez Fadul, Ana María, Cortes Millán, Juan Carlos. (2013). Enfoque diagnóstico y terapéutico de la cetoacidosis diabética en niños y adolescentes en el servicio de urgencias. Universidad de Antioquia. Colombia: Iatreia.
- Mirabal Izquierdo, Daylín, Vega Jiménez, Junior. (2015). Cuba. “Detección precoz de pacientes con riesgo de diabetes mellitus en la atención primaria de salud”. Revista Médica Electrónica, 37(5),469-478.
- Naranjo Hernández, Ydalsys, Concepción Pacheco, José Alejandro, Rodríguez Larreynaga, Miriam. (2017). La teoría déficit del autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica. Espirituana, 19(3).89 -100.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Informe Mundial sobre la Diabetes.
- Pazos, A (2015). Trastorno del Patrón del Sueño en Unidad de Cuidados Críticos: Definición Operacional de los indicadores de sueño. Escuela Universitaria de Enfermería. Coruña. España.

- Pérez Gonzales, Manuel Enrique, Camejo Puentes, Marianela, Pérez Cardoso, Javier Joaquín, Díaz Llano Pedro A. (2016). Perú. Síndrome metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista de Ciencias Médicas de Pinar. Del Rio, 20(4),26-36.
- Rivas, J y Aguilera, M. (2011). Plan de Cuidados de Enfermería- Hipertermia. Comisión Permanente de Enfermería. Gobierno Federal de Salud. México.
- Rodríguez Almodóvar Ana Isabel, Ballester Jimémez Jaime A. (2014). Actuación de Enfermería en Urgencias ante Cetoacidosis Diabética. DUES. SUH. Hospital Santa Bárbara. Puerto Llano. Ciudad Real.
- Sainz Menéndez, Benito. (2006). Alteraciones del Equilibrio Acido Básico. Revista Cuba de Cirugía, 45(1).
- Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. (2008). capítulo de Enfermería Crítica. Protocolos y Guías de Práctica Clínica.
- Tavera, M y Coyote, N. (2006). Cetoacidosis Diabética. Asociación Médica ABC. México: Medigraphic Artemisa.
- Ticse Ray, Alan – Peinado, Alexis, Baiocchi- Castro, Luis. (2014). Perú.” Características demográficas y epidemiológicas de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 hospitalizados por cetoacidosis diabética en un hospital general de Lima- Perú. Revista Médica Herediana, 25(1), 5- 12.
- Triplitt, Curtis, Solís Herrera, Carolina, Reasner, Charles, DeFronzo, Ralph A., Cersosimo Eugenio. (2015).” Classification of Diabetes Mellitus”. Estados Unidos: MDText. Com, Inc.
- Vergara Sánchez M, Anarte Ruiz C, Masoliver Fores A, Herrero Cubel N. (2017). Conocimiento sobre su enfermedad de los pacientes diabéticos tipo 2. RqR. Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA); 5(2) ,24-34.
- Wikipedia (2018). Modelos y Teorías de Enfermería.

ANEXOS



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL "DANIEL A. CARRION"
MIRAFLORES

DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA
CLÍNICA Y A.P.

APELLIDOS Y NOMBRES: Campos Romero Janeth SERVICIO: ENS CAMA:

SECCIÓN UROANÁLISIS

EXAMEN FÍSICO	SEDIMENTO
Color <u>Amillo</u>	C. Epiteliales <u>1-2</u>
Aspecto <u>Leche</u>	Leucocitos <u>2-4</u>
Densidad <u>1.010</u>	Hemáties <u>2-4</u>
Reacción <u>Acid</u>	Ptocios <u>6-8</u>
ELEMENTOS ANORMALES	Cilindros Hialinos
Albúmina	Cilindros Granulosos
Hemoglobina	Cilindros Céceos
Glucosa <u>3.41</u>	Cristales
Nitritos	Uratos Amorfos
R. Biliares	Oxalato de Calcio
C. Cetónicos <u>2.41</u>	Filamentos Mucosos
Urobilina	Levaduras
A. Ascórbico	Tricomonas Vaginales
PROTEINURIA	Gérmenes <u>2.41</u>
Volúmenes	gr/24 horas
	litros

SANGRE OCULTA EN HECEs:

FECHA: 16, 7, 18 HORA: 12:08

NOMBRE RESPONSABLE: _____

FIRMA: _____

"DANIEL ALCIDES CARRION"
SERVICIO DE EMERGENCIA

Código: 7 CAMPOS (Hombre) Fecha de test: 7/16/2018

Apellido: CAMPOS ROMERO Nombre: JANETH

Notas:

Análisis	Método	Resultado	(Resultado 24h)	Rango	(Rango 24h)
UREMIA	UV CINÉTICA	(*) <u>84.9 mg/dl</u>		19.00 - 50.00	
CREATININA	JAFFE	(*) <u>1.80 mg/dl</u>		0.720 - 1.160	
GLUCOSA	TRINDER	(*) <u>460.0 mg/dl</u>		70.00 - 110.0	

HOSPITAL "DANIEL A. CARRION" - ETS

SERVICIO DE EMERGENCIA

Versión: 1.13.2.0RT

Page 1

HRDCQ DAC HUANCAYO - SERV. HEMATOLOGIA

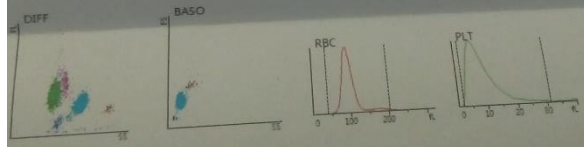
Nombre: **JANETH** Apellido: **CAMPOS ROMERO** ID maestr: **63**
 Sexo: **MUJER** Ed: **18Años** ID pac: **74838609**
 Dpto: **MEDICINA INTERNA** Nº cama: Fecha analisis: **18/05/2018 10:17 a.m.**
 Modo: **AL-WB-CD**
 Diagnóstico:

Param.	Result	Unid	Intervalos de referencia
1 WBC	7.21	10 ⁹ /L	4.00 - 10.00
2 Neut#	4.90	10 ⁹ /L	2.00 - 7.00
3 Lym#	1.95	10 ⁹ /L	0.80 - 4.00
4 Mon#	0.26	10 ⁹ /L	0.12 - 1.20
5 Eos#	0.06	10 ⁹ /L	0.02 - 0.50
6 Bas#	0.04	10 ⁹ /L	0.00 - 0.10
7 IMG#	0.01	10 ⁹ /L	0.00 - 999.99
8 Neut%	68.0	%	50.0 - 70.0
9 Lym%	27.0	%	20.0 - 40.0
10 Mon%	3.7	%	3.0 - 12.0
11 Eos%	0.8	%	0.5 - 5.0
12 Bas%	0.5	%	0.0 - 1.0
13 IMG%	0.1	%	0.0 - 100.0
14 RBC	4.40	10 ¹² /L	3.50 - 5.50
15 HGB	14.1	g/dL	11.0 - 16.0
16 HCT	41.7	%	37.0 - 54.0
17 MCV	94.8	fL	80.0 - 100.0
8 MCH	32.1	pg	27.0 - 34.0
9 MCHC	33.8	g/dL	32.0 - 36.0
10 RDW-CV	13.3	%	11.0 - 16.0
11 RDW-SD	45.9	fL	35.0 - 56.0
2 PLT	H 354	10 ⁹ /L	100 - 300
3 MPV	9.4	fL	6.5 - 12.0
4 PDW	16.1	fL	15.0 - 17.0
5 PCT	H 0.333	%	0.108 - 0.282
6 P-LCC	79	10 ⁹ /L	30 - 90
7 P-LCR	22.2	%	11.0 - 45.0

Mensaje WBC

Mensaje RBC

Mensaje PLT



TECNICARIO
 CHAU

Entrég. Por: Operado por: **admin** Validado por: Hora de impr: **18/05/2018 10:17**
 Hora de: Hor traz: Hora de impr:

