



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

CARRERA DE ENFERMERÍA

Dimensión Práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Licenciado(a) en Enfermería

TEMA

Proceso de atención de enfermería en paciente de 60 años con cetoacidosis diabética

AUTOR

Veloz Criollo Lisette Lourdes

TUTOR

Lcda. Maria Cecibel Vera Marquez

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO.....	II
TÍTULO DEL CASO CLINICO	III
RESUMEN.....	IV
INTRODUCCIÓN	¡Error! Marcador no definido.
I. MARCO TEÓRICO.....	1
JUSTIFICACION.....	6
1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	7
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
1.3 DATOS GENERALES.....	8
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	9
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.....	9
2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).	9
2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA).....	10
2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	13
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR	13
.....	14
.....	¡Error! Marcador no definido.
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	19
2.8 SEGUIMIENTO.....	20
OBSERVACIONES.....	23
CONCLUSIONES	24
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25
ANEXOS.....	28

DEDICATORIA

Este presente trabajo está dedicado a Dios quien con su bendición ha llenado mi vida y la de toda mi familia.

A mi madre Carlota Criollo a quien voy amar toda mi vida quien fue una mujer hermosa, increíble llena de bondad, de fortaleza que me impulso, me guio, me ayudo y fue mi fuerza e inspiración para a llegar a este momento importante de mi vida profesional, ella quien con su amor incondicional tuvo toda su confianza en mí. Que ahora no se encuentra físicamente pero siempre va estar su espíritu luchador junto a mí siendo mi mejor compañía.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi familia por ser un pilar fundamental durante mi crecimiento como persona, a mi padre Wilian Veloz por su apoyo, por su ejemplo, por ser ese alguien a quien puedo ver con valores que a su medida han sido correctos, a mis hermanas Mery, Isabel y Maryuri quienes son unas mujeres fuertes pero cariñosas a la vez, que me han mostrado lo bueno de tener amigas con quienes reír, llorar, crear un entorno más ameno y amoroso junto a ellas.

A mi compañero de vida Wladimir Arevalo quien me ha transmitido su paz, su tranquilidad, su paciencia, su cariño a través de gestos, palabras, me enseñó que no hay que detenerse por un problema en el camino y que la vida es más grata si tienes con quien compartirla.

A mi hija Domenica que ha sido mi motivo, mi fortaleza para seguir adelante, para ser una mejor persona, que es a quien amo y cuidaré siempre, a mi sobrina Saleth quien con sus ocurrencias y actos de ternura me ha hecho sonreír.

De igual forma agradecer a la Universidad Técnica de Babahoyo por haberme brindado grandes oportunidades y enriquecerme de conocimientos, de manera especial a mi tutora por haberme guiado durante la realización de este trabajo.

TÍTULO DEL CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DE 60 AÑOS CON
CETOACIDOSIS DIABÉTICA**

RESUMEN

La diabetes es una patología crónica que sucede cuando el órgano pancreático no es capaz de producir los requerimientos necesarios de insulina según la Organización Mundial de Salud, la cantidad de personas afectadas en todo el mundo creció de 115 millones hasta 420 millones en 2016. El estudio de caso presente revela a paciente de 60 años con antecedente personales en diabetes mellitus, a la entrevista el paciente comunica que a los últimos días presento polidipsia que no cedía con líquidos, poliuria y posterior a lo mencionado y más preocupante fue el desarrollo de la dificultad para deglutir alimentos de tipo semisólidos que se acompaña con cuadro asténico horas posteriores se trasladó al hospital y acude por el servicio de emergencia en estado de alteración de su conciencia fue valorado y en el ingreso desarrollo disnea de mediados esfuerzos se realizó exámenes complementarios y se lo diagnóstico con cetoacidosis diabética, después de haber estabilizado su estado hemodinámico y signos vitales se preparó al paciente y se lo traslado al área de medicina interna I donde paso hospitalizado durante 7 días hasta su recuperación clínica, debido a esto fue dado de alta con información referente a su patología y el personal de enfermería brindo educación para la salud acerca del tratamiento en la diabetes mellitus la importancia del consumo en la medicación y las consecuencias en el abandono finalmente se refirió al paciente a su centro de salud para los controles pertinentes.

Palabras claves: Cetoacidosis diabética, insulina, diabetes mellitus, sobrepeso.

ABSTRACT

Diabetes is a chronic pathology that occurs when the pancreatic organ is unable to produce the necessary insulin requirements according to the World Health Organization, the number of people affected worldwide grew from 115 million to 420 million in 2016. The present case study reveals a 60-year-old patient with personal backgrounds in diabetes mellitus, to the interview the patient reports that in the last days I present polydipsia that did not give in with fluids, polyuria and post-mentioned and more worrying was the development of the difficulty in swallowing semi-solid foods that is accompanied by asthenic table hours later moved to the hospital and attended by the emergency service in a state of alteration of his consciousness was valued and in the income development dyspnea in mid-efforts, complementary examinations were performed and diagnosed with diabetic ketoacidosis, after stabilizing his hemodynamic state and vital signs he prepared the patient and transferred him to the area of internal medicine I where he went hospitalized for 7 days until his clinical recovery , because of this he was discharged with information regarding his pathology and nursing staff providing health education about the treatment in diabetes mellitus the importance of consumption in medication and the consequences in abandonment finally referred the patient to his health center for the relevant controls.

Keywords: Diabetic ketoacidosis, insulin, diabetes mellitus, overweight.

INTRODUCCIÓN

La cetoacidosis diabética pertenece a las complicaciones metabólicas de tipo agudas en base a una patología que es la diabetes mellitus, esta se genera cuando el organismo crea los llamados cuerpos cetónicos producto de la incapacidad pancreática al generar una deficiente cantidad de insulina, en las personas con diagnóstico de diabetes tipo II, el 70.5% de los casos suelen padecer, infecciones graves, esto es debido al deterioro del sistema inmunológico, estrés.

Al principio la aparición de la diabetes tipo II, las células captan glucosa, por lo que ocurre la aparición del cuadro sintomatológico el cual incluye, irritabilidad, poliuria deshidratación hiperhidrosis, enfermedades del sistema nervioso central (incluyendo el estado comatoso), la tasa de ingresos hospitalarios es del 1% perteneciente a estado por infección, infarto agudo de miocardio, trauma, pero el 18% ocurren en pacientes que desconocen de padecer diabetes mellitus.

A continuación se presenta un estudio de caso clínico dado en paciente de 60 años con antecedente personales en diabetes mellitus acudió presentando cuadro clínico caracterizado por polidipsia que no cedía con líquidos, poliuria y posterior a lo mencionado y más preocupante fue el desarrollo de la dificultad para deglutir alimentos de tipo semisólidos que se acompaña con cuadro asténico, al individuo se le aplicó el proceso de atención de enfermería según el modelo de Marjorie Gordon utilizando las herramientas, NANDA, NIC, NOC, como base fundamentales durante todo el proceso, este caso clínico ayuda a consolidar los conocimientos adquiridos en la preparación de la carrera de enfermería, y es necesario cumplir con los requisitos académicos y profesionales para asegurar su calidad, eficiencia y una atención human

I. MARCO TEÓRICO

Cetoacidosis diabética

Se define a la cetoacidosis diabética como la complicación más común de la diabetes tipo I y se caracteriza del estado hiperosmolar por el estado cetonemico y acidotico con brecha aniónica elevada; (Sanchez, 2016).

Fisiopatología

Todo inicia con la presencia del estado hiperglicémico producido por los cambios dados por el deterioro de la funcionalidad pancreática en disminución de la insulina y metabolismo de la glucosa lo que provoca desequilibrio hidroelectrolítico en el sodio, cloro y potasio provocando estados hipo osmolares de volúmenes extracelulares y promoviendo a la aparición de la deshidratación como producto final se agrega la aparición de los cuerpos cetónicos; (Sanchez, 2016).

Factores de riesgo

- Infecciones respiratorias, urinarias y de tejidos blandos.
- Afecciones intrabdominales como pancreatitis, isquemia de intestinos, gastroenteritis aguda, colecistitis, iatrogénica farmacológica por simpaticomiméticos, betabloqueantes, tiazidas esteroides, betabloqueantes).
- Diabetes mellitus en etapa temprana.
- Abuso alimenticio.
- Trastornos endocrinológicos (enfermedad de Cushing, tirotoxicosis acromegalia).
- Infarto al miocardio; (Mena, 2017).

Clasificación

Según su severidad se clasifica en:

- **Cetoacidosis leve:** las consideraciones para un estado de cetoacidosis diabética en estado leve son valores de glicemia sérica superiores a 250mg/dl, pH arterial entre 7.2 a 7.3, bicarbonato en valores de 15 a 18 meq/l, con presencia de cuerpo cetónicos y un valor del anion gap superior a 10
- **Cetoacidosis moderada:** las consideraciones para un estado de cetoacidosis diabética en estado moderado son valores de glicemia sérica superiores a 250mg/dl, ph arterial entre 7.2 a 7, bicarbonato en valores de 10 a 15 meq/l, con presencia de cuerpo cetónicos y un valor del anión gap superior a 12.
- **Cetoacidosis severa:** las consideraciones para un estado de cetoacidosis diabética en estado severo son valores de glicemia sérica superiores a 250mg/dl, ph arterial inferior a 7, bicarbonato en valores inferiores a 10 meq/l, con presencia de cuerpo cetónicos y un valor del anión gap superior a 12.

Manifestaciones clínicas

Signos

- Vómitos
- Hipotensión
- Taquicardia
- Deshidratación
- En estado de infección hipertermia
- Aliento cetónico
- Poliuria; (Hernandez, 2016).

Síntomas

- Náusea
- dolor abdominal
- visión borrosa.

- Alteración del estado de la conciencia; (Hernandez, 2016).

Diagnóstico

El diagnóstico en el paciente con cetoacidosis diabética está basado en la historia clínica y examen físico, y los hallazgos de laboratorio.

Historia clínica y examen físico

El cuadro clínico se basa en poliuria, polidipsia, disminución del peso, vómitos, náuseas y pérdida del apetito, el estado anoréxico es importante ya que es la primera manifestación clínica en el transcurso del estado hiperglicémico a cetoacidosis, en los adultos suele manifestarse el dolor abdominal, que puede confundirse con abdomen quirúrgico, es producido por el estado de deshidratación de los tejidos, dilatación gástrica e íleo paralizado, ocurren cuando hay tendencia a estado de deshidratación con desequilibrio hidroelectrolítico, posteriormente como complicaciones muchas más severas aparecen el estado de alteración de la conciencia con episodio de letargia, somnolencia, de no ser tratados progresan al coma diabético, las interpretaciones clínicas muestran constantes vitales en taquicardia, hipotensión, respiración de Kussmaul y en complicaciones asociadas a infecciones presencia de hipertermia; (Calero, 2015).

Hallazgos de laboratorio

Cuando existe la sospecha de cetoacidosis diabética los exámenes complementarios a realizar deben incluir glucemia, cetonemia, bioquímica sanguínea, cetonuria, ionograma, osmolaridad, además de hemograma completo, examen de orina, uro cultivo, electrocardiograma, radiografía de tórax, los criterios para determinar un estado de cetoacidosis diabética es con glucemia superior a los 250 mg/dL un pH arterial inferior a los 7,30 y un bicarbonato sérico inferior a los 15 mmol/L; (Calero, 2015).

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial está basado según el tipo de diabetes que presente el individuo

Diabetes mellitus tipo I

- Abdomen agudo quirúrgico
- Síndrome de reye
- Sepsis
- Intoxicación por salicilatos
- Acidosis láctica
- Errores innatos del metabolismo

Diabetes mellitus tipo II

- Síndrome hiperosmolar no cetónico
- Acidosis láctica
- Intoxicación por metanol
- Cetoacidosis alcohólica
- Sepsis
- Hiperglucemia con cetosis; (Mena, 2017)

Criterios de remisión para la cetoacidosis

- Glicemia inferior a 200 mg / dL.
- Bicarbonato superior a 17 mEq / L.
- pH superior a 7.3.
- Educación en diabetes.
- Plan de tratamiento con administración de insulina; (Soto, 2017).

Tratamiento

El tratamiento está basado en la corrección de la hiperglicemia, la acidosis y la deshidratación durante las primeras 48 horas, por el deceso de la osmolaridad lo que aumenta el riesgo de edema cerebral, para su tratamiento de debe tomar en cuenta los siguientes aspectos:

Hidratación: se inicia con solución fisiológica al 0.9% a una infusión que alcance los 10ml/kg/hora, la reposición de los fluidos se hará en un tiempo de 48 horas habiéndose administrado dos tercios de la solución dentro de las primeras 24

horas y un tercio dentro de las 24 horas siguientes, posterior a la inducción de líquidos la siguiente administración dependerá del nivel del sodio, insistiendo si se evidencia la presencia de hiponatremia y si hay estado normonatremico o hiponatremia se indica solución salina al 0.45%.

Volumen de líquido

Posterior a la administración con de suero fisiológico al 0.9%, 10 mL/kg/h por una a dos horas, se debe indicar el volumen de líquidos correspondiente a líquido de mantenimiento más el líquido de corrección del estado de deshidratación; el resultado no debe exceder dos veces a la del líquido de mantenimiento.

Potasio

Generalmente el déficit de potasio en la cetoacidosis diabética suele ser de 3 a 5 mEq/kg en ocasiones mayor, la hipocalcemia se maneja induciendo potasio 20 - 30 mEq/h, también KCl, a la solución salina al 0.45%.

Bicarbonato

Según la asociación americana de la diabetes se debe indica administrar bicarbonato en aquellos pacientes que con un valor de pH inferior a los 6.9.

Insulina

Es recomendado la infusión de insulina por vía intravenosa continua con dosis en 0.1U/kg/hora, la infusión debe iniciar después de la terapia con solución fisiológica, no es recomendable la infusiones de insulina en suero fisiológico por que no se ha demostrado ser mejor que la administración de insulina continua además existe la posibilidad de que se desarrolle edema cerebral.

Controles de laboratorio

- Control glicémico horario
- Gasometría arterial e Ionograma cada 2 días.

1.1 JUSTIFICACIÓN

La diabetes mellitus se debe estimar como una patología que ha llegado a dimensiones de una epidemia y en la mayoría de los casos no son controladas, los individuos que la padecen desconocen su condición, para esta afección es importante un abordaje de manera temprana para evitar las posibles complicaciones como son el estado hiperosmolar hiperglucémico y la cetoacidosis diabética, la segunda se considera como unas de las principales causas que tienden a terminar en coma diabético (en el caso de no haber sido tratadas), es importante comprender los tiempos y saber determinar los grupos de poblaciones que son factores de riesgos para ayudar con un abordaje de manera temprana y eficaz, según el instituto ecuatoriano de estadísticas y censos (INEC) en el Ecuador se notificaron en el año 2017 aproximadamente 155 casos diagnosticados cetoacidosis diabética debido a pacientes con antecedentes de diabetes mellitus, en esta investigación se proporciona datos que ayudaran a acceder a información veraz para determinar las correctas medidas para abordar a este tipo de sujetos

Además se ejecutó el proceso de atención de enfermería a paciente de sexo masculino de 60 años de edad con cetoacidosis diabética aplicando el modelo de según Marjorie Gordon el cual se basa en 11 necesidades básicas que definen a todo individuo, basados en el humanismo, la ética y la moral, identificando los patrones disfuncionales, las necesidades presentes en el paciente para efectuar un plan de cuidados y un oportuno juicio clínico aporta realizando intervenciones con el fin de mejorar el estado de salud del paciente, se justifica el presente trabajo por el aporte científico contenido en las bibliografías basadas la sistematicidad, y la cronología del mismo.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general

- Desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería en paciente de 60 años con cetoacidosis diabética.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar los patrones alterados presentes a través del modelo de Marjorie Gordon
- Desarrollar diagnósticos de enfermería conforme a las necesidades del paciente
- Ejecutar las intervenciones de enfermería en paciente de 60 años con cetoacidosis diabética

1.3 Datos generales

Nombres y Apellidos: NN

Fecha de nacimiento: 07/09/1961

Nacionalidad: Ecuatoriana

Provincia: Los Ríos

Sexo: Femenino

Raza: Mestizo

Estado civil: Unión libre

Grupo sanguíneo: ORH +

Lugar de nacimiento: Ventana

Lugar de Residencia: Guayaquil

Nivel sociocultural/económico: Medio

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

Paciente de sexo masculino de 60 años acude a esta casa asistencial en compañía de su esposa por presentar cuadro clínico de aproximadamente 8 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal en zona epigástrica, disnea de pequeños esfuerzos, disfagia, más alteración de la conciencia.

Antecedentes patológicos personales

Diabetes mellitus.

Alérgico a penicilina

Quirúrgicos: apendicetomía.

Antecedentes patológicos familiares

Madre diabetes mellitus

Abuela asmática.

Abuelo paterno hipertensión arterial

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

Esposa de la paciente refiere que desde hace 14 días presento dificultad respiratoria de pequeños esfuerzos con cefaleas que no cedían con medicación, opresión leve en su pecho con aumento progresivos de sus síntomas agregándose la dificultad para deglutir, desde hace 8 horas anteriores a la consulta, con episodios intermitentes de alteraciones de su estado de conciencia.

2.3 Examen físico (exploración clínica)

Signos vitales

- Presión arterial: 142/88 mmHg
- Frecuencia cardíaca: 88 Lpm
- Frecuencia respiratoria: 25 Rpm
- Temperatura: 36.4 °C
- Saturación de oxígeno: 93 %

Valoración céfalo caudal

- Cabeza: Normocéfalo.
- Cara: mucosas orales deshidratadas, facies pálidas.
- Cuello: vía central, en región posterior presenta un lipoma, no adenopatía no ingurgitación yugular.
- Tórax: simétrico, semi expandido, sin cicatrices, taquipneico.
- Abdomen: Blando, depresible, distendido, no doloroso a la palpación no se palpa visceromegalias, no masas, no cicatrices.
- Genitales: sin signos clínicos de infección, no cicatrices, no edema.
- Ano: sin lesiones
- Extremidades: superiores simétricas, no edema, no cianosis.
- Extremidades inferiores, simétricas presenta una cicatriz en región femoral derecha, no edemas distales.
- Estado de Conciencia: Con apertura en respuesta a orden verbal, lenguaje desorientado e incoherente y respuesta motora en flexión anormal de sus extremidades (Glasgow 10)

Valoración por patrones funcionales

- **Patrón 1. Percepción de la Salud**
Refiere beber alcohólico desde hace 15 años.
- **Patrón 2. Nutricional / Metabólico**
Peso 88 kilogramos, talla 170 centímetros, índice de masa corporal de 31,4, presenta disfagia, estado hiperglucémico, facies pálidas, no presenta

antecedentes de alergias a medicamentos, con vía central para administración de medicamentos.

▪ **Patrón 3. Eliminación e intercambio.**

Disnea de pequeños esfuerzos, conectado a cánula nasal a 5 litros por minuto, su orina es de color amarillo ámbar se observa sonda vesical con 800 ml de orina expulsada, y sus heces son de aspecto sólidas de color café oscuro.

▪ **Patrón 4. Actividad / Ejercicio**

Estado hipotónico, físicamente inactivo, hipertensión arterial de 142/88 mmhg, con frecuencia respiratoria de 25 rpm, y saturación de oxígeno de 94%.

▪ **Patrón 5. Sueño / Descanso**

Esposa refiere que descansa de 6 a 7 horas diarias sin uso de medicamentos.

▪ **Patrón 6. Cognitivo / Perceptivo**

Presenta ceguera bilateral, y deterioro neurológico con Glasgow de 10.

▪ **Patrón 7. Autopercepción / autoconcepto**

No valorable.

▪ **Patrón 8. Rol / Relaciones**

Convive con su esposa, es padre de un hijo con quienes lleva una buena relación.

▪ **Patrón 9. Sexualidad / Reproducción**

Sexualmente inactivo, esposa refiere sentir falta de apetito sexual, con exámenes negativos a pruebas VRDL.

▪ **Patrón 10. Afrontamiento / Tolerancia al Estrés**

No refiere por su condición clínica.

▪ **Patrón 11. Valores / Creencias**

Esposa refiere que ambos son de creencias católica

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

Biometría hemática

	Resultados	Valores referenciales
Leucocitos	14.56	4 – 10 UI
Neutrófilos	86.5	55- 65 %
linfocitos	13%	25- 40%
Hemoglobina	13.2 g/dl	14.5 – 18.5 g/dl
Hematocrito	41.2 %	45- 55%
Plaquetas	237	150- 450 UI
Ldh	175 mg/dl	150 – 200 mg/dl
Glucosa	292 mg/dl	70 –110mg/dl

Ph	6	7
Pco2	21.6 mmhg	35-45mmhg
Sato2	94%	95-100%
Hco3-	12 meq/litro	22-26 meq/l

Gasometría

Bioquímica sanguínea

Creatinina	0.99	0.7-1.4 mg/dl
Sodio	162	135-145 meq
Cloro	122	90-110 meq
Albumina	3.82	3.4-5.4meq
Urea	59.9	10-50 mg/dl
Potasio	5.8	3.5 – 5.5 meq

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

- **Diagnostico presuntivo:** Estado Hiperosmolar – Hiperglucémico
- **Diagnóstico diferencial:** Acidosis metabólica de otro origen
- **Diagnóstico definitivo:** Cetoacidosis Diabética
- **Diagnóstico de enfermería:** nivel de glicemia inestable; r/c: deterioro neurológico e/p: disfagia.

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar

Es clínicamente valorada según los patrones funcionales del modelo de Marjorie Gordon obteniendo como resultado los siguientes patrones alterados:

- Promoción en salud
- Nutricional / Metabólico
- Eliminación e intercambio
- Sueño / descanso
- Actividad y ejercicio
- Cognitivo perceptivo

Necesidades encontradas:

- Necesidad de oxígeno

- Necesidad insulino terapia
- Necesidad de autocuidado

NANDA: Nutrición
 NOC: II Salud fisiológica
 NIC: Fisiológico basico

00103 Deterioro de la deglución

R/C: Déficit neurológico

E/P: Vómitos, disfagia.

M
E
T
A
S

Dominio II: (2) SALUD FISIOLÓGICA

Clase: K-NUTRICIÓN

Etiqueta: 01010 ESTADO DE DEGLUCIÓN

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

Campo: () FISIOLÓGICO BASICO

Clase: D-APOYO NUTRICIONAL

Etiqueta: 1056 ALIMENTACION POR SONDA

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
101013 Esfuerzo deglutorio normal		X			
101008 Número de degluciones apropiadas para el tamaño / textura del bolo		X			
101010 Momento del reflejo de deglución			X		
101013 Esfuerzo deglutorio normal		X			

- ### ACTIVIDADES
- 1056. Elevar el cabecero de la cama de 30 a 45° durante la alimentación
 - 1056. Antes de cada alimentación intermitente, comprobar si hay residuos.
 - 1056. Parar la alimentación por sonda si los residuos son superiores a 150 ml o mayores del 110-120% de la frecuencia por hora en los adultos.
 - 1056. Vigilar es estado de líquidos y electrolitos.
 - 1056. Al finalizar la alimentación, esperar 30-60 minutos antes de colocar al paciente con la cabeza en posición declive.
 - 1056. Irrigar la sonda cada 4-6 horas durante la alimentación continuada y después de cada alimentación intermitente.
 - 1056. Controlar la ingesta (cantidad de líquidos y alimentos ingeridos)

NANDA: 2 Nutrición
 NOC: II Salud fisiológica
 NIC: Fisiológico complejo

00176 NIVEL DE GLUCEMIA INESTABLE

R/C: Hiperglucemia

E/P: déficit de volumen de líquido, glucosa 280 mg/dl, polidipsia.

M
E
T
A
S

Dominio II: SALUD FISIOLÓGICA

Clase: G LIQUIDOS Y ELECTROLITROS

Etiqueta: 0600 EQUILIBRIO ELECTROLITRICO Y ACIDO BASE

Campo: FISIOLÓGICO COMPLEJO

Clase: G-CONTROL DE ELECTROLITROS Y ACIDOBASICOS

Etiqueta: 2130 MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
060026 Glucosa sérica	x				
060015 Ph urinario		x			
060029 Sodio urinario		x			
060013 Bicarbonato serico		x			

ACTIVIDADES

1. Vigilar los niveles de glucosa en sangre, cada hora.
2. Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa.
3. Vigilar la presencia de cuerpos cetónicos en orina, según indicación.
4. Comprobar los niveles de gases en sangre arterial, electrolitos según disponibilidad.
5. Vigilar presión sanguínea y pulso.
6. Administrar insulina según prescripción.
7. Realizar balance hídrico (incluyendo ingesta y eliminación)
8. Consultar con el médico si persisten o empeoran los signos y síntomas de hiperglucemia

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

NANDA: 3 Eliminación /Intercambio

NOC: II Salud fisiológica

NIC: Fisiológico complejo

(00030) Deterioro del intercambio de gases

R/C: Ph arterial anormal

E/P: Taquipnea, gasometría arterial anormal

Dominio II: SALUD FISIOLÓGICA

Clase: E- CARDIOPULMONAR

Etiqueta: 0402 ESTADO RESPIRATORIO INTERCAMBIO GASEOSO

Campo: II. FISIOLÓGICO COMPLEJO

Clase: K-CONTROL RESPIRATORIO

Etiqueta: 3320 OXIGENOTERAPIA

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
040208 Presión arterial de Oxígeno		X			
040209 presión parcial de dióxido de carbono		X			
040211 Saturación de O2			X		
040210 Ph arterial			X		

ACTIVIDADES

1. Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales
2. Mantener la permeabilidad de las vías aéreas
3. Preparar el equipo de oxígeno y administrar mediante a través de un sistema calefactado y humidificado
4. Administrar oxígeno suplementario
5. Vigilar el flujo de litro de oxígeno
6. Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría en sangre arterial)
7. Observar si hay signos de toxicidad por el oxígeno

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA								
UNIDAD HOSPITALARIA				SALA				
APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE N/N				EDAD 60 AÑOS		FECHA: 12/10/2020		
DIAGNOSTICO MÉDICO CETOACIDOSIS DIABETICA				DIAGNOSTICO ENFERMERO DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASESO R/C: PH ARTERIAL ANORMAL				TIPO DE DX ENFERMERA/O
FECHA / HORA	OBJETIVOS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA DEPENDIENTE	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA INTERDEPENDIENTE	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA INDEPENDIENTE	EJECUCIÓN	FUNDAMENTO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN	OBSERVACIONES
12/10/2021	ELEVAR LOS NIVELES DE OXIGENO A VALORES NORMALES	AVISAR AL MÉDICO LOS LITROS POR MINUTO ADMINISTRAR	BRINDAR APOYO EMOCIONAL AL PACIENTE Y FAMILIARES	COLOCAR AL PACIENTE EN POSICIÓN SEMISENTADO PERMITIENDO LA EXPANSIÓN TORÁCICA	ADMINISTRAR OXIGENO A 4 LITROS POR MINUTO	MEDIANTE LA OXIGENOTERAPIA SE PROPORCIONA OXIGENO DIFERENTE AL AMBIENTE LO QUE PERMITIRA ELEVAR EL NIVEL DE SATURACION DE OXIGENO	SE VULEVE A TOMAR CON EL OXIPULSIMETRO LA SATURACION DE OXIGENO DANDO COMO RESULTADO UNA SATURACION AL 97%	SE OBSERVA EL CAMBIO DE LA COLORACION DE LA FASCIES.

UNIDAD HOSPITALARIA				SALA				
APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE N/N				EDAD 60 AÑOS		FECHA: 12/10/2020		
DIAGNOSTICO MÉDICO CETOACIDOSIS DIABETICA				DIAGNOSTICO ENFERMERO NIVEL DE GLUCEMIA INESTABLE R/C: HIPERGLUCEMIA				TIPO DE DX ENFERMERA/O
FECHA / HORA	OBJETIVOS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA DEPENDIENTE	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA INTERDEPENDIENTE	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA INDEPENDIENTE	EJECUCIÓN	FUNDAMENTO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN	OBSERVACIONES
12/10/2021	DISMINUIR LOS NIVELES DE GLUCEMIA EN SANGRE	ESPERAR AL MEDICO COLOQUE EL ACESO VENOSO CENTRAL PEDIR LA ORDEN MEDICA	BRINDAR APOYO EMOCIONAL AL PACIENTE Y FAMILIARES	VALORAR EL CATETER VENOSO CENTRAL Y MEDIR LOS NIVELES DE GLUCEMIA CAPILAR	ADMINISTRAR INSULINA DE ABSORCION RAPIDA 1ML EN 100 ML DE SOLUCION CRISTALOIDE CLORURO DE SODIO AL 0.9% 100 CC	MEDIANTE LA ADMINISTRACION DE LA INSULINA INTRAVENOSA EL TIEMPO DE REACCION ES MUCHO MAS EFECTIVO Y LA VIDA DEL FARMACO TIENE MAS DURACION	SE CONTROLA LOS NIVELES DE GLUCEMIA A TRAVES DE LA EXTRACION DE UNA MUESTRA SANGUINEA	LOS NIVELES DE GLUCEMIA SE MANTIENEN EN NIVELES NORMALES SE ADMINISTRA GLUCOSA INTRAVENOSA PARA EVITAR HIPOGLUCEMIA INDUCIDA

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales

El presente proceso enfermero está fundamentado bajo el criterio según Marjorie Gordon el cual impone 11 necesidades básicas esta teoría establece a los individuos como personas con un ser integro, con partes biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales que están en un estado de equidad.

Oxigenoterapia:

Esta actividad mejorara el patrón respiratorio del paciente contribuirá a aumentar la saturación de oxígeno con el fin de oxigenar las célula y evitar la hipoxia tisular.

Posición semi fowler:

Ayuda a la expansión torácica y musculo diafragmático mejorando el ingreso de aire hacia los pulmones.

Hidratación:

La administración de fluidos por iv se efectúa por el estado de deshidratación se administra solución cristaloides como intervención con el objetivo de evitar la descompensación hidroelectrolítica.

Administración de insulina:

Se indujo insulina de absorción rápida para erradicar los niveles anormales de glicemia y el coma diabético.

2.8 Seguimiento

12/10/2021

Paciente de 60 años presenta cuadro clínico de 14 días de evolución manifestado por disfagia y hace 8 horas presenta deterioro neurológico y dificultad respiratoria, responde a estímulos de dolor con extremidades hipotónicas

Medidas generales:

- Se procedió al control de signos vitales
- se brindó cuidados de enfermería, como la administración de medicamentos bajo prescripción médica
- aseo personal,
- cambios posturales
- evaluación de riesgo de caídas
- aplicación de balance hídrico estricto
- dieta basada a la patología presente
- control de glicemia cada hora
- colocación de sondaje vesical
- cuantificación de diuresis horaria.

Plan de tratamiento

Fluidos

- Lactato de Ringer 1000 cc + soletrol Na 10 cc + sulfato de magnesio pasar 120 ml/hr
- Cloruro de sodio 0.9% 100 cc + 100 UI insulina pasar a 5ml/hr
- Dextrosa al 10% cuando la glicemia pase a 180 mg/dl

Medicación

- Omeprazol 40 mg cada día
- Ampicilina + sulbactam 3 gr cada 8 hr iv

18/10/2021

Paciente de 60 años quien cursa su sexto día hospitalización en el área de unidad cuidados intensivos con signos de mejoría clínica y buen pronóstico, se realizó extubación por mejoría fisiológica pulmonar.

Medidas generales:

- Se procedió al control de signos vitales
- se brindó cuidados de enfermería, como la administración de medicamentos bajo prescripción médica
- aseo personal,
- cambios posturales
- evaluación de riesgo de caídas
- aplicación de balance hídrico estricto
- dieta basada a la patología presente
- control de glicemia cada hora
- colocación de sondaje vesical
- cuantificación de diuresis horaria.

22/10/2021

Paciente de 60 años cursa por su décimo día de hospitalización en cuidados intensivos recibe pasa a sala de medicina interna I, hemo dinámicamente estable con glicemia de 160 mg/dl, más medicación de la Unidad de cuidados intensivos

22/10/2021

Se recibe paciente de 60 años de edad con diagnóstico médico de cetoacidosis diabética, hemodinamicamente estable signos vitales de 132/70 mmhg, fc 100 lpm, fr 19 rpm, temperatura de 36.6 grados.

- Se canaliza vía endovenosa periférica
- Se brinda cuidados de enfermería
- Se administra medicación prescrita
- Se realiza cambios posturales
- Se evalúa escala de riesgo de caída
- Se retira sondaje vesical por orden médica

28/10/2021

Paciente recibe alta médica bajo condiciones clínicas estables se le brinda información sobre procedimientos realizados y se alienta a seguir el tratamiento para evitar a futuro otra complicación de su enfermedad.

2.9 Observaciones

Se le realizó una entrevista al esposo para recolectar datos que ayuden al oportuno diagnóstico.

La paciente fue internada en el área de vigilancia crítica, en donde se brindó un adecuado tratamiento acorde a la manifestación clínica presentada, consiguiendo una evolución favorable consiguiendo de este modo su recuperación, fue dado de alta bajo el consentimiento de la misma se ofreció la información apropiada, referente a la patología presentada.

CONCLUSIONES

Todo paciente con cetoacidosis requiere de un manejo estricto, con una vigilancia estrecha en signos vitales, glucemia capilar, diuresis horaria, balance hídrico, electrolítico, gasométrico y monitoreo de glucemias uno de los parámetros más importantes para el control de cetoacidosis es evaluar la presencia de cetonas en orina o bien en sangre el objetivo principal fue bloquear la cetogénesis con el uso de insulina; de esta forma se restaura el equilibrio ácido-base y se restablece la captación de glucosa.

El proceso de atención de enfermería compone una herramienta básica y primordial en la labor cotidiana de los que conformamos todo el personal de enfermería, debido a que por medio de esta metodología de trabajo el profesional interactúa con el paciente logrando los datos precisos para la formulación del diagnóstico de enfermería, empleando las intervenciones correctas para satisfacer las necesidades que se presenten.

Para concluir, cabe recalcar que se consiguieron cumplir los objetivos presentados al iniciar este estudio de caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agora, A. (2016). Proceso de Atención de Enfermería. *Manual EIR*, 5-6.
- Blanca, F. (2017). *Aplicación de los lenguajes normalizados NANDA, NIC, NOC*. Madrid: DAE Editorial.
- Martínez., E. c. (2016). *Morales, Jose*. Mexico: Manual Moderno.
- Mena, R. (2017). *Normas de Diagnóstico y Tratamiento en Edrinología*. Bolivia : Panamerica .
- Soto, I. M. (2017). *Manual de enfermería en atención de urgencias* . Barcelona: Mediterraneo.
- Cisneros, F. (2018). proceso de atención de enfermería (pae). *programa de enfermería*, 1-12.
- Dugas, B. (2017). *Tratado de enfermería practica*. Mexico: Editores, S. A. .
- Lopez, J. (2016). *Fisiopatología Medica en esquemas*. Mexico: Editorial Trillas, S. A. de C, V.
- Valdespina, C. (2018). *Clasificaciones Nanda, Noc, Nic*. Barcelona: Salusplay S.A.
- Zamora Editores. (2008). *Manual de Enfermería*. Bogotá D.C., Colombia: ATLAS.

EDAD: 49 CAMA: _____
 DIAGNÓSTICO: Cetoacidosis diabética H.G. 0905215342
 ANTECEDENTES APP: Diabetes Mellitus

VIA PERIFERICA: VIA CENTRAL:
 FECHA: _____ COLOCACIÓN: _____
 CURACIÓN: 10-6-20 FECHA: 13-5-20
14-3-20

DIENTE: SONDA VESICAL: CONTROL PA:
 FECHA: _____ FECHA: 06-03-20 CURVA TÉRMICA: NPO: SNG:
 FECHA: _____ FECHA: _____

CONTROL DE HGT: BALANCE HÍDRICO: SOPORTE DE O2: CURACIÓN DE U:
 ESCALA DE INGESTA: _____ POSITIVO: _____ NEGATIVO: _____
 NPO: 10/20 FECHA: 30-01-20

LEYENDA: _____

RA	SR
----	----

STORIA C
 15312
 AL SERVICIO
 INTERNOS U