

**Universidad Autónoma de Guadalajara**  
**INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**



1  
2es.

**FACTORES QUE CONDICIONAN EL ABANDONO DE  
LA DIETA POR EL PACIENTE DIABETICO**

**TESIS**  
**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE**  
**LICENCIADO EN ENFERMERIA Y**  
**OBSTETRICIA.**

Asesor

M. C. José Manuel López García

**PRESENTA**  
**GLORIA ELIZABETH ORTEGA LOPEZ**

100721

**TESIS CON**  
**FALLA DE ORIGEN**

GUADALAJARA JALISCO

1998



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

Apunados de Feas

*[Handwritten signature]*

Dr. Manuel López García

*[Handwritten signature]*  
Dr. Spc. Gómez C.



## A G R A D E C I M I E N T O

A DIOS POR HABERME PUESTO EN ESTE CAMINO DONDE  
PUEDO ALIVIAR EL DOLOR AJENO.

A MIS HIJOS LUPITA Y ERNESTO MIS DOS TESOROS  
POR QUIENES CONTINUO SUPERANDOME

A MI ESPOSO POR SU COMPRESION Y APOYO

A MI MADRE POR SU VALIOSA AYUDA. PACIENCIA Y  
MOTIVACION

A MIS HERMANAS POR SU APOYO Y MOTIVACION

A MIS ASESORES POR LA APORTACION DE CONOCIMIENTOS  
Y EXPERIENCIA

A LA U. A. G. POR MI FORMACION PROFESIONAL

## I N D I C E

INTRODUCCION .....	1
JUSTIFICACION .....	5
MATERIAL Y METODOS .....	6
RESULTADOS .....	16
CONCLUSIONES .....	44
SUGERENCIAS .....	46
CUIDADOS DE ENFERMERIA .....	48
BIBLIOGRAFIA .....	65

## A N T E C E D E N T E S

La primera descripción real de la diabetes mellitus data desde 1500 A.C.

Diabetes palabra griega que significa deslizarse a través de un sifón . Mellitus se deriva del latín que significa miel o jarabe de azúcar, porque el sabor de la orina de éstos pacientes es dulce.

La diabetes sacarina, caracterizado por hiperglicemias, escasez de insulina, debido a la insuficiencia de las células beta de los islotes de Langerhans o a una acción inadecuada de ésta hormona en los tejidos periféricos por lo que produce un transtorno en los carbohidratos, proteínas y grasas.

La etiología de la enfermedad no es del todo conocida.

Entre los factores de riesgo para desarrollarla se encuentra la herencia, raza y medio ambiente, obesidad, predominando en la clase baja desconociéndose la causa, ambos sexos predominando en la mujer.

Los síntomas comunes de la diabetes mellitus son poliuria, polifagia, polidipsia, pérdida inexplicable de peso, agotamiento físico, visión borrosa, dolores vagos y cansancio inespecífico de piernas, prurito de diferentes partes del cuerpo, infecciones crónicas, hormigueos, calambres, ardores, piquetes, el coma diabético puede ser el primer síntoma.

Existen dos tipos de diabetes:

TIPO I insulino dependiente, como son los niños, adolescentes y alrededor de 10% de adultos delgados. Estos pacientes requieren de la insulina para su control.

TIPO II no insulino dependiente, comienza en la madurez, generalmente se desarrolla después de los cuarenta años. No dependiente de la insulina para su control ya que si se lleva a cabo la dieta prescrita por el médico mantiene los niveles normales de la glucosa.

La diabetes es un gran problema de salud pública, actualmente a pesar del descubrimiento de la insulina, en 1921 y los hipoglicemiantes orales.

El tratamiento actual de la diabetes consiste en insulina, hipoglicemiantes orales, ejercicios y la dieta.

La dieta prescrita es de acuerdo a la edad, actividad física, peso y la dosis de insulina e hipoglicemiantes orales.

Desde 1950 los médicos y dietistas han usado un sistema de aprendizaje de la dieta llamada ( planeación de la dieta ), con lista de intercambios, la cual ha sido preparada por la Asociación Americana de diabetes, consistiendo en que los alimentos son divididos en seis diferentes grupos llamados lista de intercambios. Cada alimento en dicha lista tiene aproximadamente el mismo contenido de carbohidratos, grasa y proteínas que otro que pertenezca al mismo grupo. Para el diabético, la dieta es simplemente una combinación y balance de aquellos nutrientes necesarios que le permitirán usar esta comida para sus requerimientos energéticos, la meta no es privarlos de comida, sino mas bien hacer un ajuste en los hábitos alimenticios que se ajusten a las necesidades del individuo.

## D I E T A

Todos los alimentos se componen de carbohidratos, proteínas y grasa también contiene vitaminas y minerales. Los carbohidratos son necesarios para producir energía y cada gramo ingerido proporciona 4 calorías.

Las proteínas son necesarias para producción y liberación de energía más lenta y asistida, y también para formación de músculo y tejido, cada gramo da 4 calorías. Las grasas proveen también energía y se almacenan para un uso futuro, cada gramo proporciona 9 calorías.

Los elementos de la dieta son carbohidratos, proteínas y grasas.

Los carbohidratos proporcionan un combustible para producir energía en forma rápida, alimentos en alto contenido en carbohidratos. (dulces, azúcar, jarabes).

Con alto contenido en harinas incluye pan, galletas, papas, arroz, cereales, frijol, maíz, macarrones, leche. Las frutas y verduras también tiene cantidad variable de carbohidratos, las proteínas se encuentran en carnes rojas, pescados, huevos, etc.

Estos proporcionan elementos necesarios para reemplazar la estructura del cuerpo aunque los carbohidratos se degradan finalmente en glucosa, las proteínas se degradan en aminoácidos, las grasas proporcionan energía en forma más lenta y se degradan en ácidos grasos.

Estos ácidos grasos son almacenados cuando se utilizan inmediatamente para proporcionar energía, alimentos que contienen grasa son: mantequilla, margarina, crema, tocino, grasa de la carne, aceites, mayonesa y todos los alimentos fritos.

El cuerpo necesita de vitaminas y minerales.

Hay dos tipos de vitaminas hidrosolubles (complejo B y Vit. C) y liposolubles (Adek), es difícil de evitar consumir vitaminas ya que se encuentran en los alimentos, obviamente en mayor cantidad unas que otras.

Los minerales intervienen en muchas funciones del organismo, estos se encuentran ampliamente en los alimentos y no hay necesidad de tomar suplementos.

Los requerimientos para la dieta del diabético son de 40% de carbohidratos, 20% de proteínas y 40% de grasas de acuerdo a la edad, peso, actividad, etc.



Cuando los carbohidratos, proteínas y grasas son utilizadas por el cuerpo, se produce energía que se mide en calorías y una caloría es la cantidad de calor que se necesita para elevar un grado centígrado a la temperatura de un litro de agua.

Una dieta bien balanceada debe incluir diariamente leche, frutas, verduras, carnes, pan, cereales y grasas.

Un paciente diabético al llevar el tratamiento de la dieta sabrá que los sacrificios son pequeños cuando se compara con los beneficios que se obtienen.

## J U S T I F I C A C I O N

La diabetes mellitus es una de las patologías que requieren mayor atención ya que en la actualidad está considerada como uno de los principales problemas de la salud de México y a nivel mundial.

La diabetes mellitus II, no insulino dependiente es aquella que se puede controlar solamente con dieta, para esto se requiere de un control estricto y participación activa del paciente y su familia, asesorados por el equipo de salud.

Se ha observado en nuestra experiencia diaria tanto en el hospital como en la consulta externa, a pacientes diabéticos que abandonan la dieta desconociéndose la causa que los impulsa a ello, y que es perjudicial para la salud. Es por ello que se realiza la siguiente investigación.

## O B J E T I V O S

I.- DETERMINAR EL CONOCIMIENTO DEL PACIENTE SOBRE LA DIETA.

II.- DETERMINAR LAS CAUSAS QUE ORIGINAN, QUE EL PACIENTE DIABETICO ABANDONE LA DIETA PRESCRITA POR EL MEDICO.

III.- DETERMINAR QUIEN PROPORCIONA INFORMACION SOBRE LA DIETA AL PACIENTE DIABETICO.

## DESCRIPCION DEL PROBLEMA

En el Centro Médico Nacional del Noroeste y Unidad de Medicina Familiar de Cd. Obregón, Son. se observa que los pacientes diabéticos reciben orientación tanto por personal médico como de enfermería y trabajo social, sobre la importancia de la dieta para un mejor control de su padecimiento, sin embargo parte de ellos no siguen el régimen indicado por el médico.

## FORMULACION DEL PROBLEMA

Cuales son las causas por el que el paciente diabético abandona su dieta?

## H I P O T E S I S

HI EL NO CUMPLIMIENTO DE LA DIETA, ES OCASIONADO POR LA ESCASA INFORMACION, SOBRE EL PADECIMIENTO Y TRATAMIENTO.

HO EL NO CUMPLIMIENTO DE LA DIETA, NO ES OCASIONADO POR LA ESCASA INFORMACION SOBRE EL PADECIMIENTO Y SU TRATAMIENTO.

HI EL FACTOR ECONOMICO, NO INFLUYE EN EL ABANDONO DE LA DIETA INDICADA AL PACIENTE DIABETICO.

HO EL FACTOR ECONOMICO, INFLUYE EN EL ABANDONO DE LA DIETA INDICADA AL PACIENTE DIABETICO.

## DISEÑO DEL ESTUDIO

### TIPO DE TRABAJO

hipotético

### UNIVERSO DE TRABAJO

Centro médico Nacional del Noroeste

Unidad de Medicina Familiar No. 1

### MUESTRA

Todo paciente diabético que se presentó en la consulta externa del 15 al 30 de junio de 1989.

### TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS

ENCUESTAS

TIEMPO DE DURACION DEL ESTUDIO

15 al 30 de junio 1989.

LUGAR

Unidad Médica Familiar No. 1  
Centro Médico Nacional del Noroeste

TRABAJO DE CAMPO Y COORDINACION

Para la realización de la presente investigación  
se solicitó autorización a:

Dirección de la Unidad  
Jefatura de Enseñanza e Investigación

ESTUDIO PILOTO

Se aplicó a pacientes hospitalizados del Centro Médico  
Nacional del Noroeste.

## INSTRUMENTACION DE RECOLECCION DE DATOS

Cuestionario

## INSTRUMENTO DE MEDICION

Se realizará un análisis en porcentajes de las respuestas del cuestionario

## TIPO DE PROCESAMIENTO

Gráficas y cuadros

## CRITERIOS DE EXCLUSION

Pacientes hospitalizados y diabéticos insulino dependientes (niños)

## CRITERIOS DE INCLUSION

Pacientes diabéticos que se presentaron en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 1



## VARIABLES

I.- CONOCIMIENTO DE LA DIETA

II.- INDISCIPLINA

III.- FACTOR ECONOMICO

### VARIABLE I

CONOCIMIENTO DE LA DIETA

Concepto:

Son los conocimientos que permitan al paciente seleccionar los alimentos adecuados para su dieta.

### VARIABLE II

INDISCIPLINA

Concepto:

La negativa voluntaria a la dieta del médico.

### VARIABLE III

FACTOR ECONOMICO

Concepto:

Orden económica en el gasto de un hogar, evitando gastos inútiles

## VARIABLE I

### CONOCIMIENTO

#### INDICADORES

#### UTILIDAD

Son los beneficios que se obtienen al llevar la dieta prescrita por el médico.

#### SIGNIFICADO

Sentido o valor que tiene la dieta.

#### CALIDAD

Conjunto de cualidades específicas que contienen los alimentos de la dieta del diabético.

#### INFORMACION

Proporcionar información específica al paciente sobre como seleccionar sus alimentos.

VARIABLE II

INDISCIPLINA

INDICADORES

NEGATIVA

Rechazo o molestia al recibir y cumplir con la orden médica.

INDIFERENCIA

Estado de ánimo en que no sienten inclinación ni repugnancia por su dieta.

NECESIDAD DE ESTIMULO

Motivación que necesita el paciente para llevar y aceptar su dieta.

## VARIABLE III

### INDICADORES

#### INGRESO MENSUAL

Cantidad mensual utilizada para calcular las prestaciones familiares o sociales.

#### ALTERACION DEL PRESUPUESTO FAMILIAR POR EL COSTO DE LA DIETA

Modificación del presupuesto debido a la adquisición de los alimentos que componen la dieta.

## RESULTADOS

# POBLACION DIABETICA AMBOS SEXOS

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1

Cd. Obregón Son. 1989

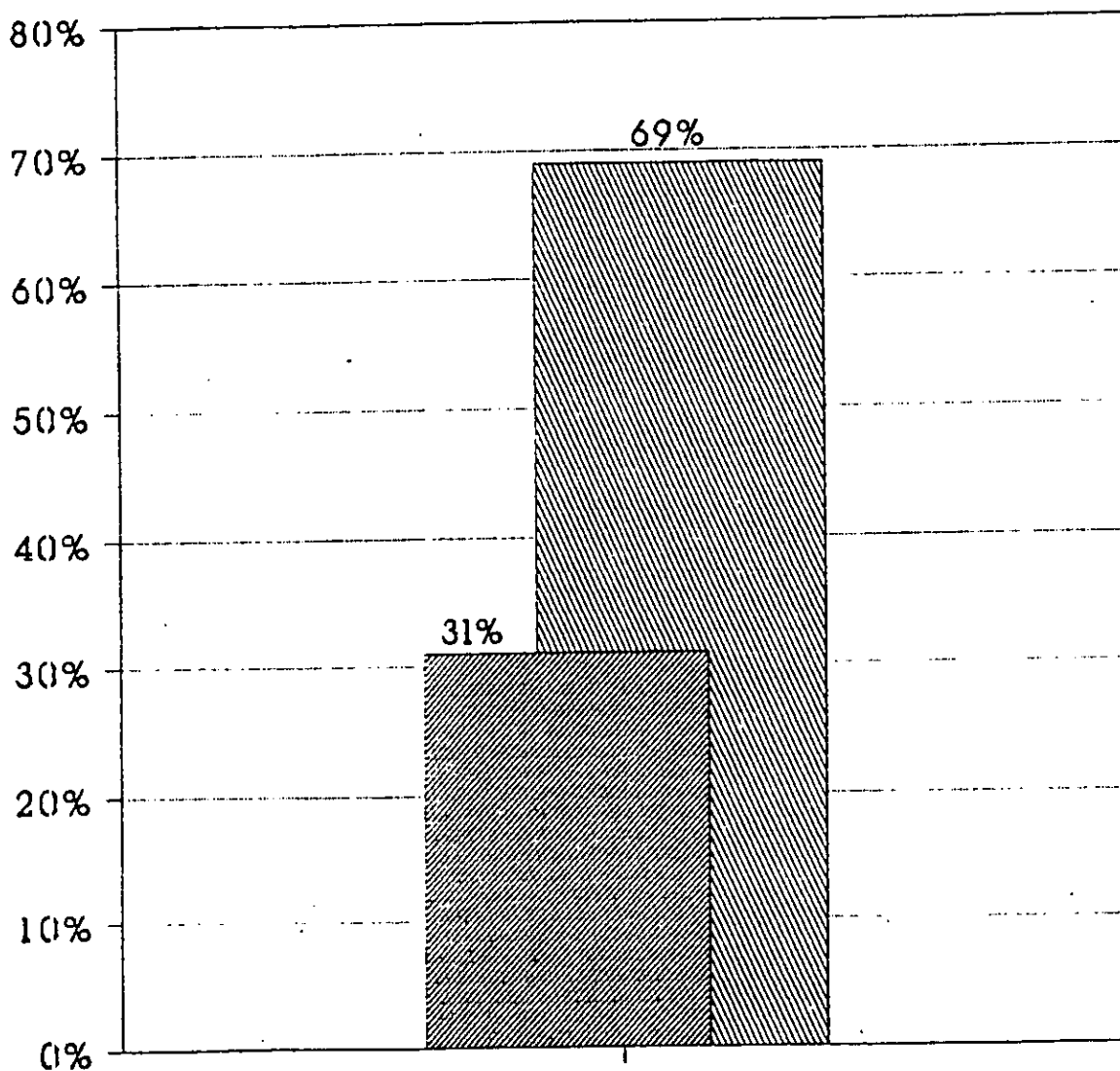
POBLACION DIABETICA AMBOS SEXOS		
SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
MUJERES	80	69%
HOMBRES	36	31%
TOTAL	116	100%

Fuente: Cuestionario  
116 Pacientes

# POBLACION DIABETICA AMBOS SEXOS

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1

Cd. Obregón Son. 1989



FUENTE: Cuestionario

TOTAL 116

## I N T E R P R E T A C I O N

La presente investigación acerca de los factores que condicionan el abandono de la dieta por el paciente diabético comprende 116 pacientes de los cuales 80 son mujeres representando el 69% de la población total y 36 son hombres correspondiendo el 31% por lo que existe una relación de 2 a 1.



# PACIENTES DIABETICOS POR SEXOS QUE ACTUALMENTE LLEVAN SU DIETA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1

Cd. Obregón Son. 1989

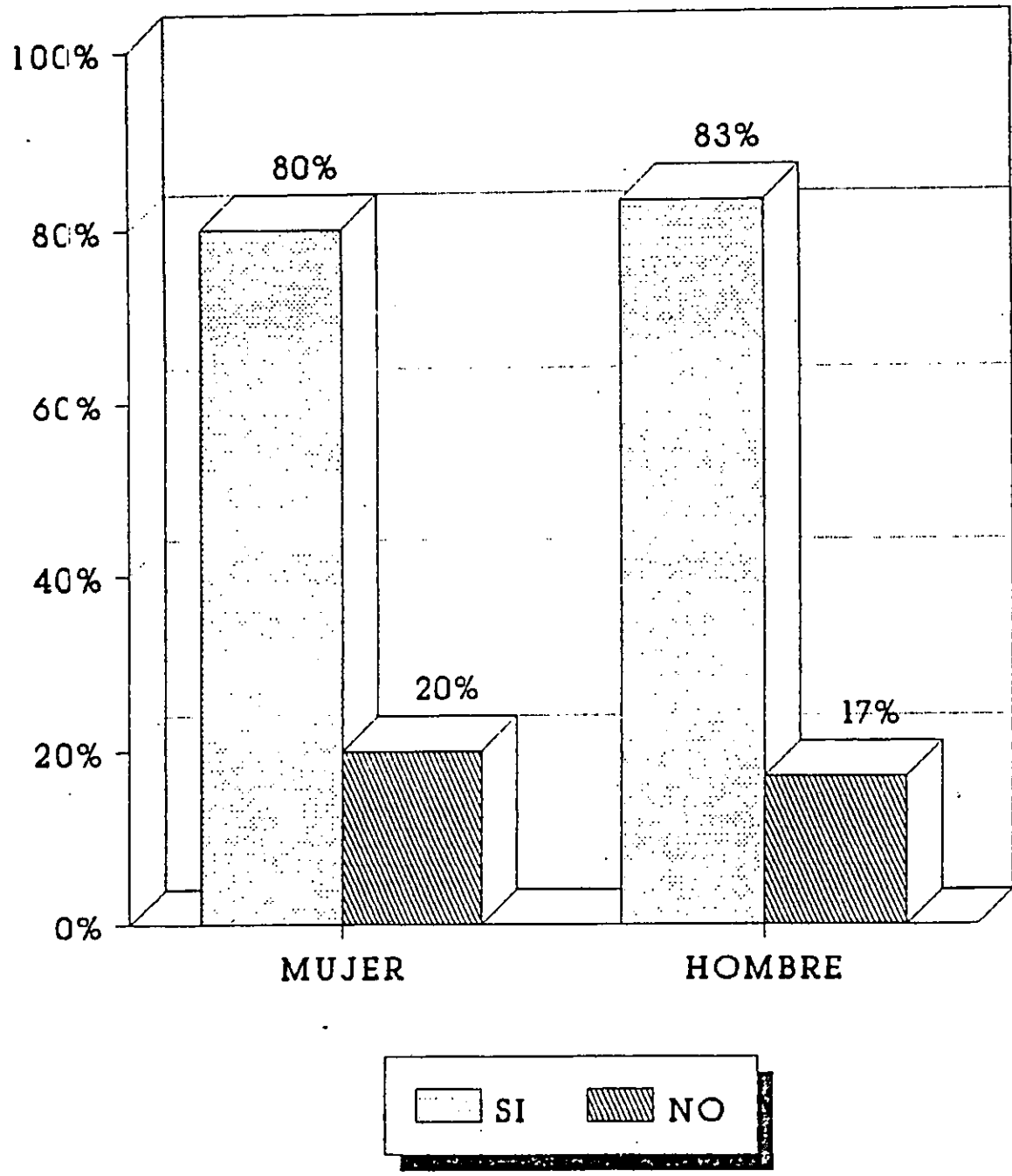
ACTUALMENTE LLEVA SU DIETA					
	SI	%	NO	%	TOTAL
MUJERES	64	80	16	20	80
HOMBRES	30	83	6	17	36
TOTAL	94	81	22	19	116

**Fuente:** Cuestionario

El % es en relación al número de pacientes por sexo

# PACIENTES DIABETICOS POR SEXOS QUE LLEVAN SU DIETA ACTUALMENTE

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1  
Cd. Obregón Son. 1989.



Fuente: Cuestionario

TOTAL 116

## I N T E R P R E T A C I O N

Los datos obtenidos en nuestra investigación sobre los factores que condicionan el abandono de la dieta por el paciente diabético, nos muestra que actualmente el 81% del total de pacientes cumple con su dieta.

Al separarlos por sexos se observó que un 80% del sexo femenino lleva la dieta y un 83% del sexo masculino, lo cual nos dice que no existe una diferencia significativa en cuanto al cumplimiento del tratamiento de la dieta.

# POBLACION DIABETICA POR GRUPOS DE EDADES Y SEXO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1

Cd. Obregón Son. 1989

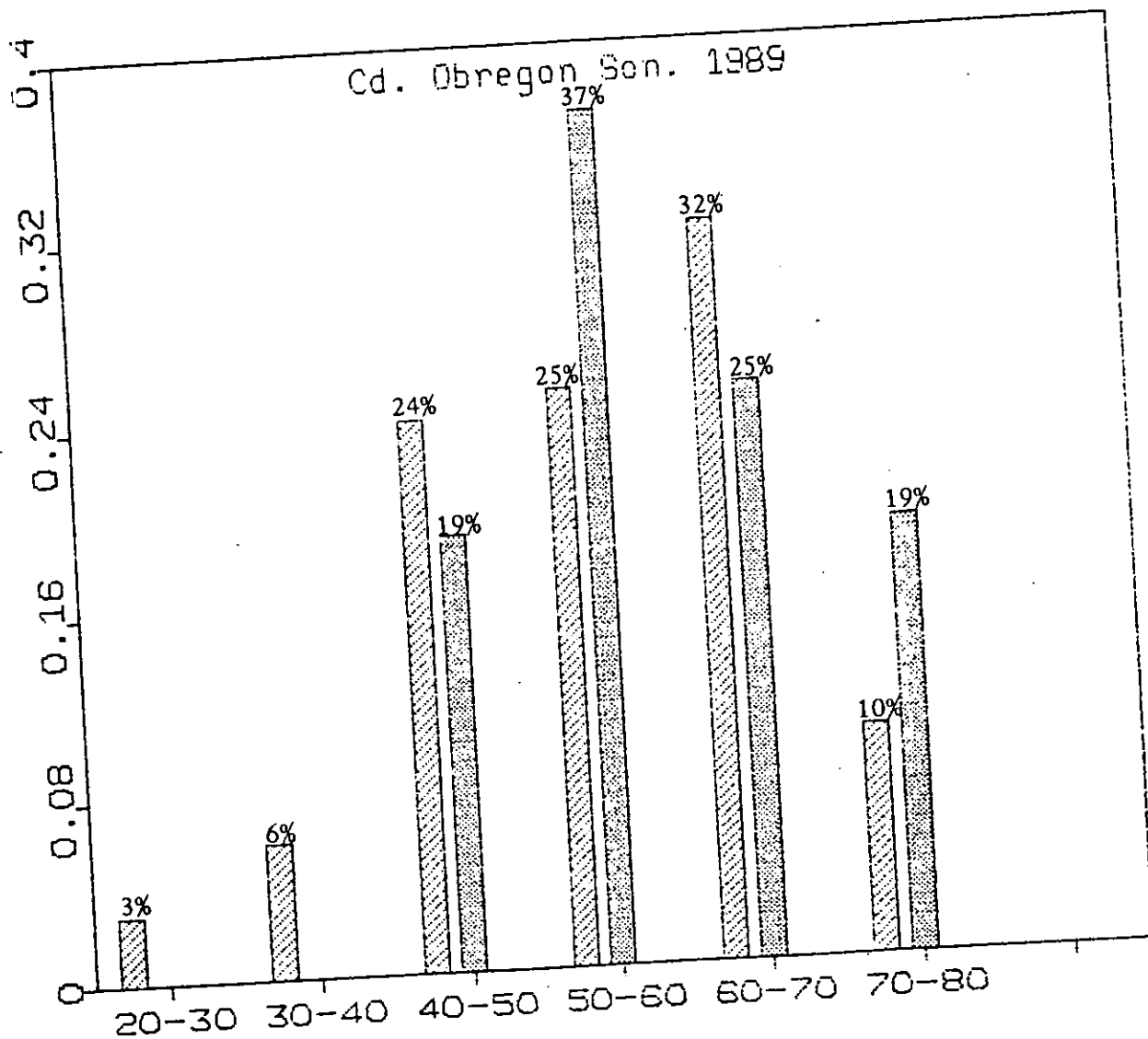
POBLACION DIABETICA POR GRUPOS DE EDADES				
DECADA	SEXO FEM.	%	SEXO MASC.	%
20-30	2	3%	0	0
30-40	5	6%	0	0
40-50	19	24%	7	19%
50-60	20	25%	13	37%
60-70	26	32%	9	25%
70-80	8	10%	7	19%



Fuente: Cuestionario

El resultado es en relación al total

de pacientes por grupos de edad y sexo.

POBLACION DIABETICA POR GRUPOS  
DE EDADES Y SEXO  
Unidad de Medicina Familiar No. 1



 MUJER  
 HOMBRE

TOTAL 116

FUENTE: CUESTIONARIO

## I N T E R P R E T A C I O N

En la presente investigación acerca de los factores que condicionan el abandono de la dieta por el paciente diabético en la Unidad de Medicina Familiar se encuentra que ésta patología afecta en un 3% al sexo femenino entre la segunda y tercera década de la vida, en un 6% igualmente al sexo femenino. En la tercera y cuarta década de la vida, en un 24% al sexo femenino y en un 19% al masculino, en la cuarta y quinta década de la vida en un 25% al sexo femenino y el 37% al masculino.

En la quinta y sexta década de la vida, en un 32% al sexo femenino y el 25% al sexo masculino.

Entra la sexta y séptima década de la vida y finalmente en un 10% al sexo femenino y el 19% al masculino.

# CONOCIMIENTO DEL PACIENTE DIABETICO SOBRE LA DIETA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1

Cd. Obregón Son. 1989

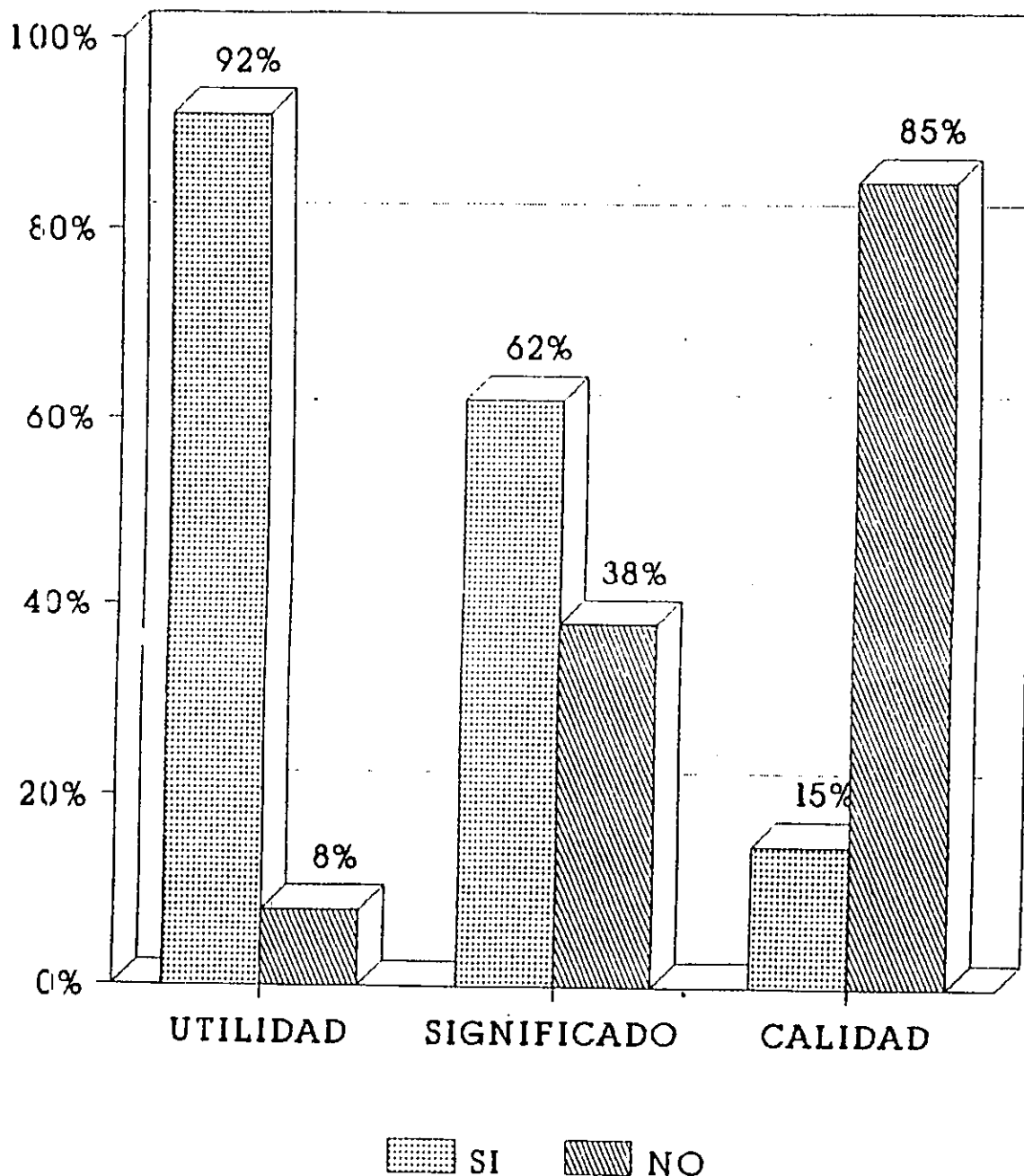
VARIABLE I	CONOCIMIENTO				
	SI	%	NO	%	TOTAL
INDICADORES					
UTILIDAD	107	92	11	8	116
SIGNIFICADO	72	62	44	38	116
CALIDAD	17	15	99	85	116

Fuente: Cuestionario

Total 116

# CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES DIABETICOS SOBRE SU DIETA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1  
Cd. Obregón Son. 1989



Fuente: Cuestionario

Total 116



## I N T E R P R E T A C I O N

Los resultados de la investigación acerca del conocimiento de los factores que condicionan el abandono de la dieta por el paciente diabético, sobre el uso de la dieta nos indica que de 116 pacientes encuestados el 92% reconoce que su dieta le es útil, el 62% conoce el significado de su dieta y llama la atención que el 85% desconoce como debe estar integrada una dieta para que sea considerada de calidad.

**INDISCIPLINA DE LOS PACIENTES  
DIABETICOS RESPECTO  
A SU DIETA**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1  
CD. OBREGON, SON. 1989**

VARIABLE II		INDISCIPLINA			
INDICADORES	SI	%	NO	%	TOTAL
NEGATIVA	26	22%	90	78%	116
INDIFERENCIA	15	13%	101	87%	116
NECESIDAD DE ESTIMULO	45	39%	71	61%	116

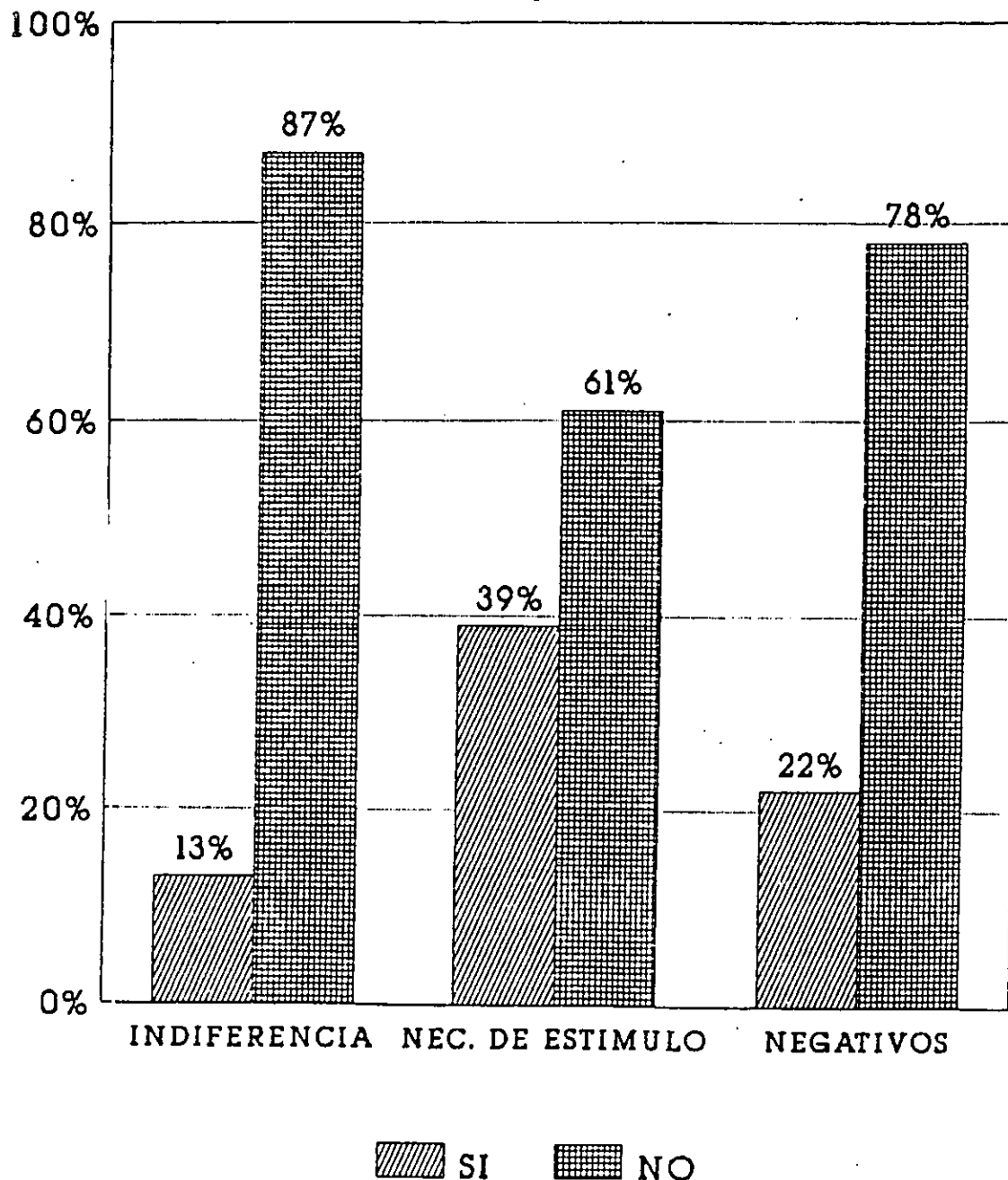
**FUENTE: CUESTIONARIO**

**TOTAL 116**

# COMPORTAMIENTO DE LOS PACIENTES DIABETICOS RESPECTO A SU DIETA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1

Cd. Obregón Son. 1989



Fuente: Cuestionario

## I N T E R P R E T A C I O N

La Indisciplina de los pacientes diabéticos respecto a su dieta es el siguiente: Total de pacientes encuestados (116) de ambos sexos se encuentra que solo el 13% le es indiferente el uso de su dieta, el 39% necesita de estímulo para cumplir con ella y el 22% se niega a llevarla.

# PERSONAL QUE PROPORCIONA ENSEÑANZA SOBRE LA DIETA AL PACIENTE DIABETICO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.1

Cd. Obregón Son. 1989

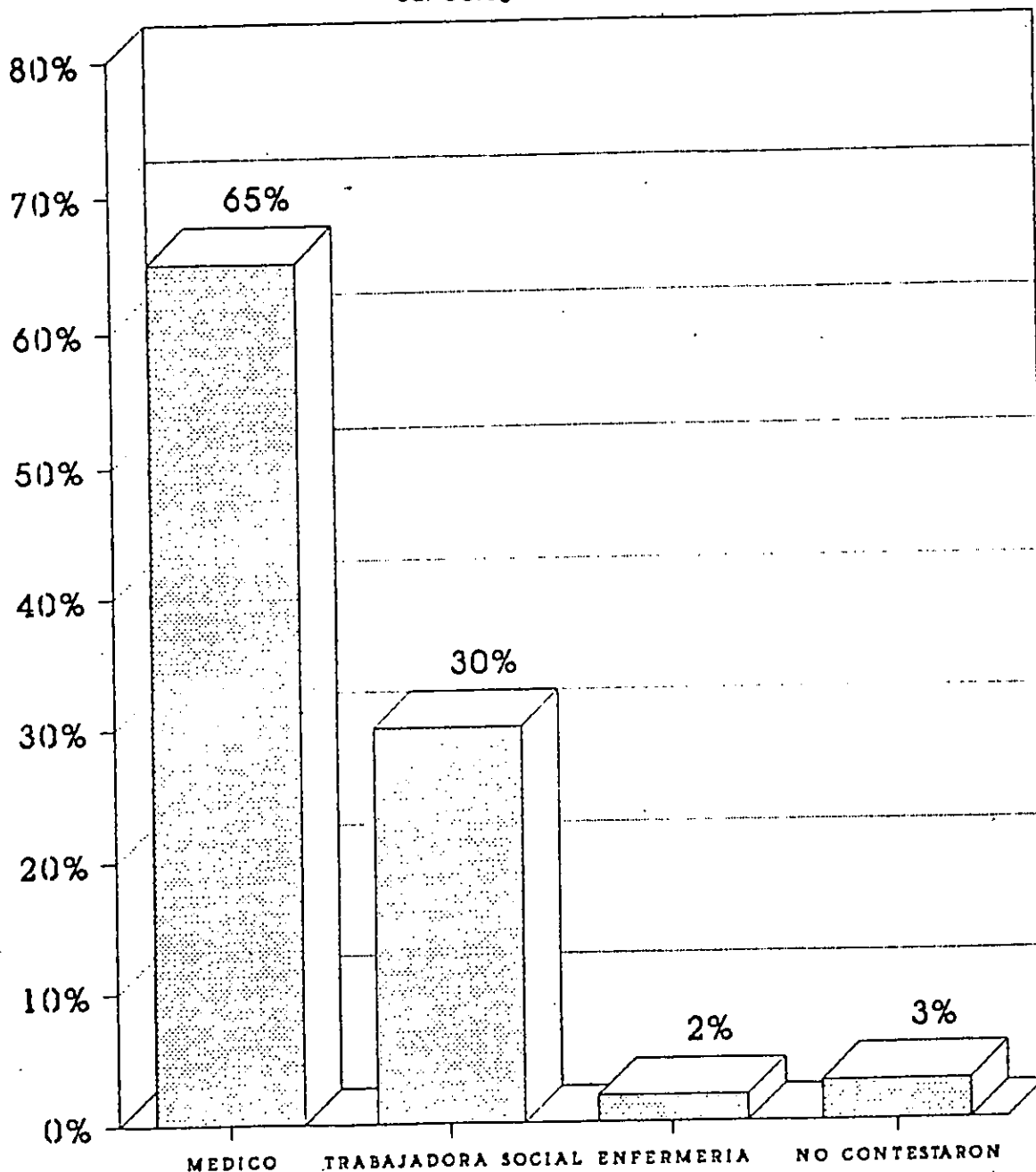
VARIABLE	CONOCIMIENTO	
	INFORMACION	
INDICADOR	No.	%
MEDICO	75	65%
TRABAJADORA SOCIAL	34	30%
ENFERMERIA	3	2%
NO CONTESTARON	4	3%
TOTAL	116	100%

Fuente: Cuestionario

Total 116

# PERSONAL QUE PROPORCIONA ENSEÑANZA SOBRE LA DIETA AL PACIENTE DIABETICO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1  
Cd. Obregón Son. 1989



Fuente: Cuestionario

Total 116

## I N T E R P R E T A C I O N

Los resultados obtenidos en la recolección de datos a 116 pacientes diabéticos, sobre los factores que condicionan el abandono de la dieta por el paciente diabético, nos muestra que el 65% recibe información directamente del médico, el 30% del departamento de trabajo social y solamente el 2% del departamento de enfermería.

# INGRESO MENSUAL QUE PERCIBEN LOS FAMILIARES DEL PACIENTE DIABETICO.

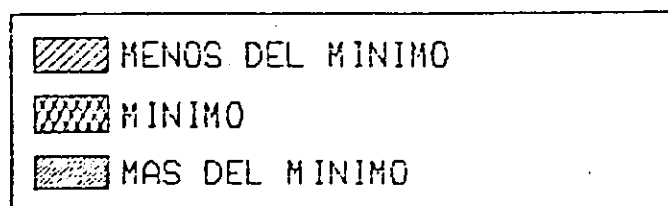
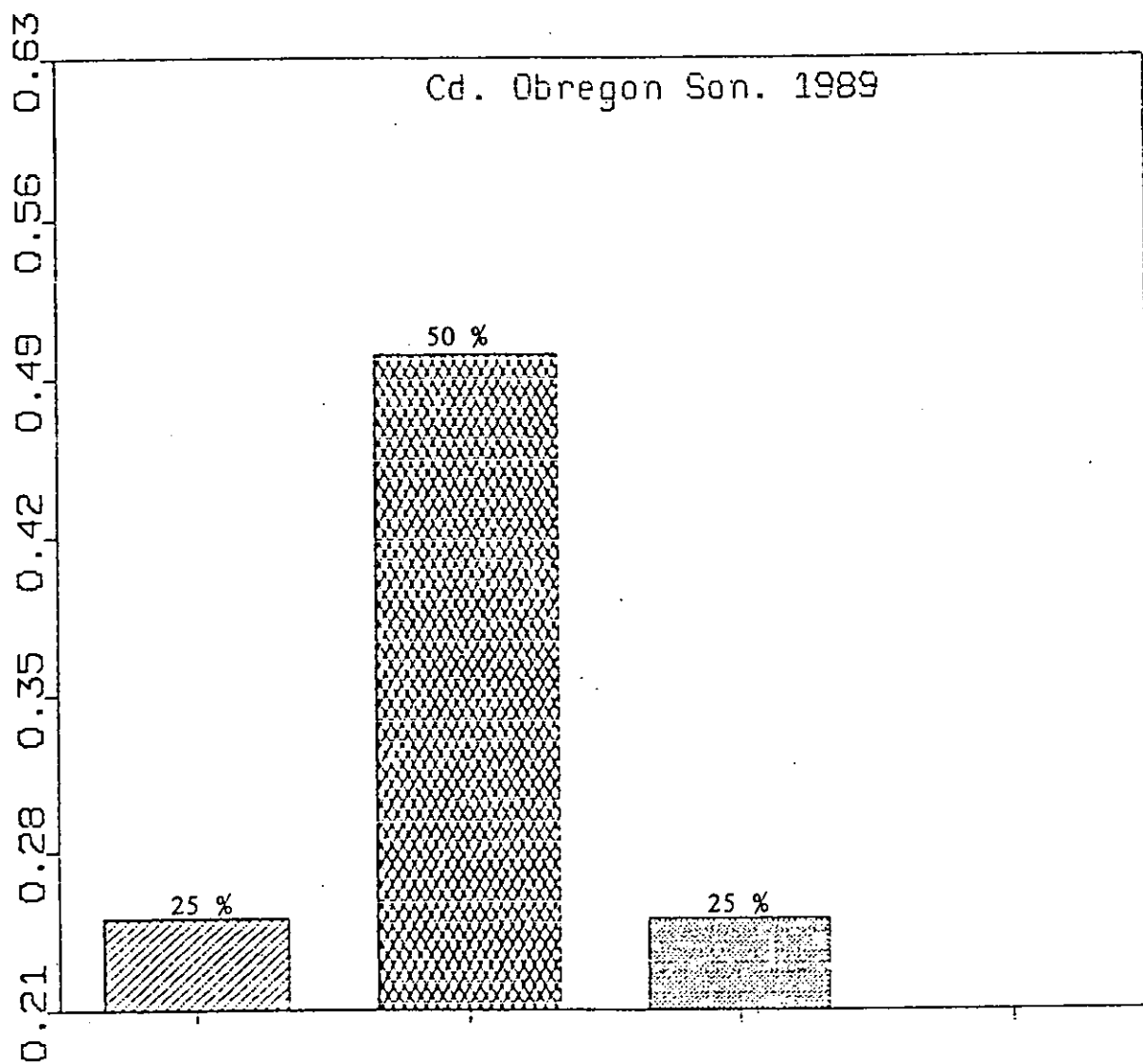
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1  
Cd. Obregón Son. 1989

VARIABLE III		FACTOR ECONOMICO	
INGRESO MENSUAL	CANTIDAD	PORCENTAJE	
MENOS DEL SALARIO MINIMO	29	25%	
SALKARIO MINIMO	58	50%	
MAS DEL SALARIO MINIMO	29	25%	
TOTAL	116	100%	

Fuente: Cuestionario  
Total 116 Pacientes



SALARIO MENSUAL QUE SE PERCIBE  
EN AMBOS SEXOS  
Unidad de Medicina Familiar No. 1



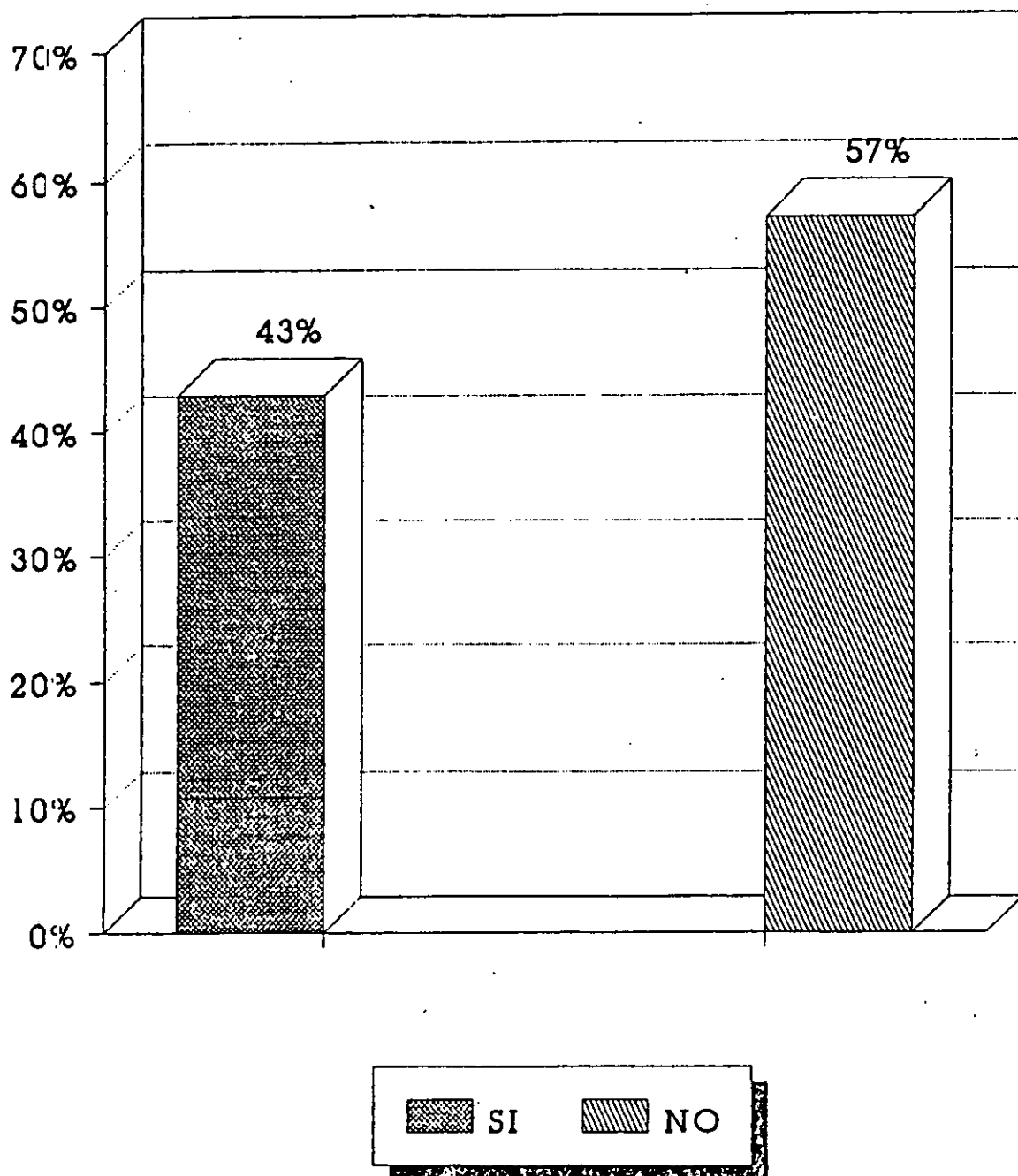
## I N T E R P R E T A C I O N

Los resultados observados en nuestro estudio referente a la influencia del factor económico sobre los factores que condicionan el abandono de la dieta por el paciente diabético en la Unidad Médico Familiar , encontramos que el 50% percibe mensualmente el sueldo mínimo, el 25% más del mínimo y el 25% menos del mínimo.

El salario mínimo diario en nuestra ciudad es de \$ 8,475.00 dato obtenido de la Cámara Nacional de Comercio (junio de 1989)

# ORGANIZACION DE SALARIOS EN AMBOS SEXOS

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1  
Cd. Obregón Son. 1989



Fuente: Cuestionario

116

# ORGANIZACION DEL SALARIO Y DIETA EN AMBOS SEXOS

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1  
Cd. Obregon Son. 1989

VARIABLE III	FACTOR ECONOMICO				
INDICADOR	SI	%	NO	%	TOTAL
ORGANIZACION, SALARIO	50	43%	66	57%	116

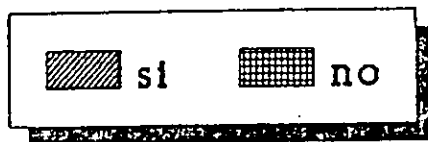
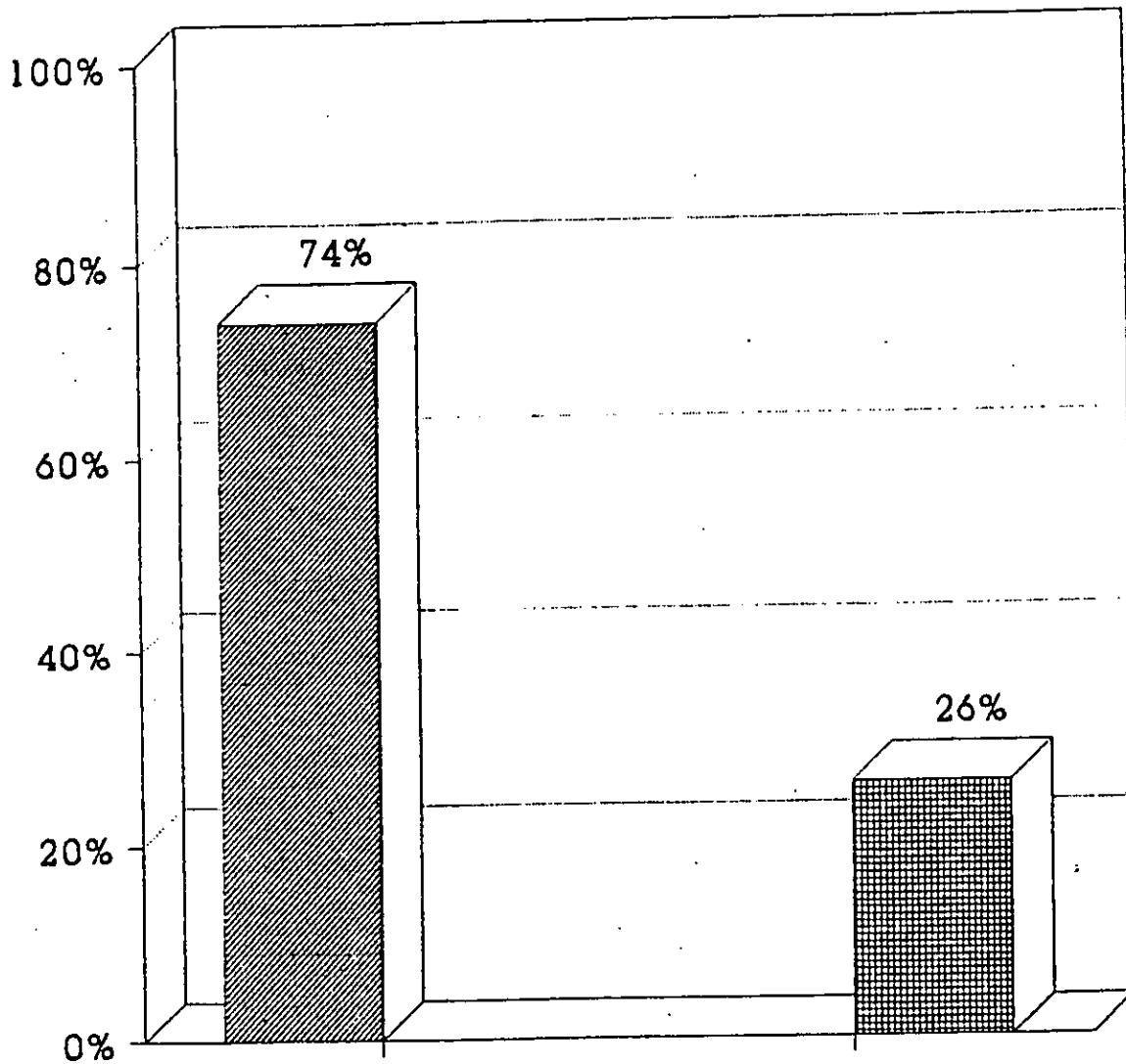
VARIABLE III	FACTOR ECONOMICO				
INDICADOR	SI	%	NO	%	TOTAL
ORGANIZACION FAM. DE LA DIETA	86	74%	50	26%	116

Fuente: Cuestionario

Total 116

# ORGANIZACION DE LA DIETA EN AMBOS SEXOS

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1  
Cd. Obregón Son. 1989



Fuente: Cuestionario

116

## I N T E R P R E T A C I O N

Los datos obtenidos en nuestra investigación sobre la organización del salario y la dieta por el paciente diabético en el uso de la misma, llevado a cabo en la Unidad de Medicina Familiar, está comprendida por 116 pacientes.

Encontramos que el 43% de los pacientes les afecta la economía de su familia, llevar a cabo su dieta, el 74% de los pacientes selecciona adecuadamente los alimentos que integran su dieta con la colaboración de su familia.

## LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN ESTA INVESTIGACION SON LOS SIGUIENTES

El 65% recibe enseñanza del médico, 30% de trabajo social, 2% de enfermería, 3% no contestaron.

No se considera comprobada ya que no se investigó el tipo de información que reciben los pacientes.

La hipótesis de "El no cumplimiento de la dieta es ocasionado por la escasa información sobre el padecimiento y su tratamiento"

El 50% de los pacientes reciben el salario mínimo, el 25% menos del mínimo (pensionado).

"Con lo que queda confirmado la siguiente hipótesis"

"El factor económico influye en el abandono de la dieta, indicada al paciente diabético".

## R E S U L T A D O S

LOS OBJETIVOS PROPUESTOS A ESTA INVESTIGACION SE CUMPLEN CON LOS SIGUIENTES RESULTADOS:

### OBJETIVO 1

Determinar el conocimiento del paciente sobre la dieta, solamente el 15% de los pacientes sabe como integrar sus alimentos de acuerdo a su régimen dietético.

El 92% reconoce que le es útil llevar su dieta, 62% conoce el significado de la dieta.

### OBJETIVO 2

DETERMINAR LA CAUSA POR LA QUE EL PACIENTE DIABETICO ABANDONE LA DIETA PRESCRITA POR EL MEDICO.

El factor económico, el 50% percibe el salario mínimo y el 25% menos del mínimo.

### OBJETIVO 3

DETERMINAR QUIEN PROPORCIONA INFORMACION SOBRE LA DIETA DEL PACIENTE DIABETICO.

El 65% recibe información de parte del médico, el 30% de trabajo social, 3% no contestaron, el 2% de enfermería.



## C O N C L U S I O N E S

### CUADRO NO. 1

En nuestra población de pacientes diabéticos se observa que el sexo femenino predomina en un 69% con un promedio de edad de 56 años correspondiendo al sexo masculino el 31% con un promedio de edad 61 años. El sexo femenino es más afectado por este padecimiento ya que en la gestación se presenta algunas veces un tipo especial de diabetes que se conoce como diabetes gestacional.

### CUADRO 2

De los pacientes que actualmente cumplen con su dieta. De éstos solo el 15% conoce como debe estar integrada su dieta; por lo tanto queda demostrado que no están llevando su dieta en las condiciones adecuadas como lo requiere el padecimiento.

### CUADRO 3

En nuestra población diabética encuestada en la Unidad de Medicina Familiar No.1, se observa que el sexo femenino y masculino son casi igualmente afectados entre la cuarta y sexta década de la vida, siendo muy significativo que el sexo femenino es afectado al inicio de su edad adulta.

### CUADRO 4

De nuestra población encuestada en la Unidad de Medicina Familiar No.1 la mayor parte de los pacientes reconoce que le es útil su dieta para el control de su padecimiento y conoce lo que significa cumplir con ella, sin embargo es significativo que un mínimo porcentaje de éstos pacientes, sabe como deben estar integrados los nutrientes necesarios de su dieta.

### CUADRO NO. 5

De los resultados obtenidos en las entrevistas a 116 pacientes diabéticos en la Unidad de Medicina Familiar, nos muestra que dentro del equipo de salud, significativamente es el médico quien proporciona siempre información al paciente (65%). La trabajadora social es quien en segundo lugar orienta al paciente (30%), ya que los reúne una vez por semana. La enfermera proporciona información a los pacientes en un porcentaje muy bajo (2%).

Cabe mencionar que éste resultado puede ser debido a que en la mayoría de los consultorios a los que acuden los pacientes, no cuentan con personal de enfermería.

#### CUADRO 6

Los datos obtenidos en nuestra información acerca de los factores que condicionan el abandono de la dieta por el paciente diabético, nos muestra la necesidad de estimularlos y orientarlos para el cumplimiento de su dieta en forma adecuada.

#### CUADRO 7

De los 116 pacientes de la Unidad, de ambos sexos es de gran significancia que la mitad de ellos (50%) solo percibe el salario mínimo, la cuarta parte de los pacientes más del mínimo y el resto menos del mínimo. El factor económico afecta a la falta de la información y orientación, nos lleva a atender el porqué el paciente diabético no lleva en forma constante y adecuada su dieta.

#### CUADRO 8

Los datos obtenidos en nuestra investigación, sobre los factores que conducen el abandono de la dieta por el paciente diabético, es significativo que la mitad de los pacientes son afectados en su economía familiar al cumplir con su dieta. Cabe hacer notar que actualmente nuestra región está considerada como zona de vida cara.

El 74% de los pacientes cuentan con el apoyo de su familia para la selección de los alimentos que integran su dieta.

## SUGERENCIAS

Concientizar al paciente diabético de que la dieta es el tratamiento de elección para el control de su padecimiento.

Orientación al paciente de acuerdo al nivel socio económico y cultural, de parte del personal médico y de enfermería para que éste colabore mejor con el tratamiento que se prescribe.

Concientizar al paciente sobre su tratamiento, para que actúe con responsabilidad en el control de su padecimiento.

Que la enfermera participe activamente en la educación del paciente en las unidades de medicina familiar y hospital.

Que enfermería pase a formar parte del equipo de salud en el club de diabéticos para que adiestre al paciente, en la realización de la técnica de inyección de insulina, interpretación y ejecución de destroxtis y glucoacetoneurias, dieta, higiene y ejercicio.

Que el personal de dietología individualice al paciente para proporcionarle la dieta de acuerdo a sus necesidades.

Que el personal de dietología integre la dieta del paciente de acuerdo a su salario y las comidas que predominan en la región.



## CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE DIABETICO

### ORIENTACION AL PERSONAL DE ENFERMERIA PARA LA ENSEÑANZA DEL PACIENTE DIABETICO (AUTOCONTROL)

En la investigación realizada en la Unidad de Medicina Familiar acerca de los "Factores que condicionan el abandono de la dieta por el paciente diabético". se encontró que la información que recibe el paciente diabético es básicamente del médico y trabajo social además de formar parte del equipo de salud a cargo del club de diabéticos. Notándose la ausencia del personal de enfermería en forma significativa siendo después del médico quien más está en mayor contacto con el paciente.

La responsabilidad del tratamiento de la diabetes. pertenece exclusivamente al enfermo y por esa razón deberá recibir enseñanzas sobre la forma de llevar acabo las actividades que en el hospital corresponden a enfermería.

El mejoramiento en el nivel de salud es uno de los aspectos fundamentales del bienestar social y la enfermera debe formar parte del equipo de salud de la Unidad de Medicina Familiar para mantener estable al diabético. Sus enseñanzas están basadas en conocimientos científicos.

Los pacientes diabéticos aprenderán el autocontrol de su padecimiento basado en los siguientes principios como son: dieta, realización de autoexámenes, higiene y ejercicio físico.

Además se incluyen cuidados de enfermería en situaciones de urgencia.

## D I E T A

La dieta es la base del tratamiento, debe de ser variable y apetecible, depende del peso ideal, edad y actividad física. En la obesidad se disminuyen calorías (1200). En la desnutrición se aumentan las calorías (1800), y en peso normal (1500).

Para los requerimientos básicos se multiplica el peso ideal por veintidos, el reparto será:

carbohidratos	40%	
proteínas	20%	
grasas	40%	
carbohidratos	2 gr. por kg	aumentan en el ejercicio
proteínas	1 gr. por kg	aumentan en el embarazo y niñez
grasas	variable	

La enfermera explicará al diabético su dieta. Ciertos puntos son especialmente importantes de subrayar al enfermo. Todo diabético debe saber que ha de tomar sus alimentos a "horas fijas" sin saltarse una comida, además la enfermera informará al diabético de que su dieta está establecida por el médico en función de su peso, talla, edad, gustos alimenticios y actividad, está pues adaptada a su caso y debe ser seguida en su composición como en su horario.

## GLUCOACETONURIAS

El paciente deberá aprender como interpretar glucoacetoneurias, el horario de estas y su importancia, checar la orina a diferentes horas del día especialmente antes de los alimentos y a la hora de acostarse. Es una enfermedad sujeta a cambio constantes de alzas y bajas de azúcar como la diabetes, es muy importante para llevar un mejor control.

El paciente deberá realizar glucoacetoneurias de preferencia en segunda muestras de orina, porque reflejarán la proporción actual del azúcar en la vejiga.

Los exámenes de orina son muy sencillo de realizar, solo se necesita orinar en un recipiente limpio. Es muy fácil la interpretación de acuerdo a los productos comerciales que se utilizan, ya que cada uno de ellos trae un instructivo muy amplio.

### Métodos para detectar glucoacetoneurias:

1.-DIASTIX (glucosuria) son tiras individuales de plástico y en uno de sus extremos tiene un reactivo color azul claro, cuando la prueba es positiva hay cambios de los colores para distinguir desde un verde hasta un café obscuro, se lee en 30 segundos.

2.-CLINISTIX Tiras individuales de plástico y en uno de los extremos tiene un reactivo de color rojo, cuando la prueba es positiva hay cambio de color desde un guinda hasta un púrpura obscuro. Se lee en 10 segundos y solo muestra tres cambios de colores que se interpreta como poca, regular o mucha azúcar.

3.-ACETEX (cetonuria) El reactivo es una pastilla de color crema, se aplica una gota de orina sobre la pastilla previamente puesta sobre un papel blanco de baño y se espera 30 segundos, si la prueba es positiva hay cambios de color, comparar los resultados con el instructivo anexo.

KETOSTIX Tiras individuales de plástico y en uno de sus extremos tiene un reactivo de color crema. Si la prueba es positiva en 60 segundos el reactivo pudiera tomar tres diferentes tonos, lila o morado.

BILLILABSTIX Son tiras individuales de plástico por medio del cual se detectan a parte de glucosa y cetona P.H. Son tiras, proteínas, sangre y bilirrubina, si la prueba es positiva hay cambios de color, consulte el instructivo.

KETODIASTIX Tiras individuales para detectar glucosa y acetona en uno de sus extremos tiene dos reactivos de azul para glucosa, el crema para cuerpos cetónicos se interpretan de la misma manera que las tiras de Ketostix y Diastix.

DESTROXTIS Vigilar la glucosa en sangre destroxitis puede realizarse en cualquier hora, pero lo ideal es antes de las comidas. Estos procedimientos para estimar la glucosa en sangre son de gran utilidad aunque de ninguna manera esto sustituye a la glicemia.

DESTROXTIS Son tiras individuales de plástico y en uno de sus extremos tienen un reactivo de color crema. Para realizar el destroxitis se efectúa asepsia con una torunda alcoholada y con aguja calibre 25, se pincha en la yema del dedo y se exprime para que salga una gota de sangre.

GLICEMIA Exámen de glucosa en sangre, solamente lo indica el médico dependiendo el estado de la diabetes. Para realizar éste exámen se requiere que el paciente esté en ayunas, esta muestra generalmente la toma la persona del laboratorio.

Para la toma de muestra se realiza asepsia en el lugar elegido para la punción, se necesita de 4 ml. de sangre con un tubo sin anti-coagulante se membreta con los datos del paciente.



## I N S U L I N A

Cuando en el diabético está justificado un tratamiento mediante la insulina, la enfermera deberá hacer comprender la necesidad absoluta del fármaco. Es necesario que el paciente conozca los tipos de insulina de acuerdo a su acción, técnicas de aplicación de insulina y sitios de aplicación.

### INSULINA ACCION RAPIDA (40, 80, 100 U)

También recibe el nombre de insulina cristalina, regular simple o zinc cristalina. Es fácil distinguirla de las otras insulinas por su aspecto cristalino como el agua se absorbe rápidamente del sitio de la inyección.

### INSULINA DE ACCION INTERMEDIA (40, 80 Y 100 U)

En este grupo entran las insulinas NPH y la insulina lenta. Su aspecto es turbio y lechoso desde el punto de vista práctico son muy parecidas, por lo tanto intercambiables, aunque la acción de la lenta pudiera ser un poco más larga que la NPH.

Generalmente se utilizan como dosis única diaria de mantenimientos aplicada antes del desayuno, ocasionalmente unos pacientes necesitan este tipo de insulina dos veces al día, mañana y noche.

La NPH comienza su efecto de 1 a 2 horas, su máxima acción de 6 a 12 horas, su efecto dura de 18 a 26 horas.

### INSULINA LENTA

Comienza su efecto de 1 a 2 horas, su máxima acción es de 6 a 16 horas y su efecto dura de 18 a 28 horas.

### INSULINA DE ACCION PROLONGADA (40,80 U)

Protamina zinc insulina, su aspecto es turbio y lechoso, su efecto máximo es por la noche, de aquí a que las posibles bajas de azúcar pudieran presentarse en la madrugada; por lo tanto los pacientes no debieran olvidar la colación de la hora de dormir, su efecto comienza de 14 a 20 horas y termina de 24 a 36 horas.

## SITIOS DE APLICACION DE INSULINA

La aplicación de insulina es subcutánea, es decir en la grasa que está inmediatamente por debajo de la piel y por lo tanto cualquier parte del cuerpo es adecuado, sin embargo para propósitos prácticos los sitios mas frecuentemente utilizados son la parte superior de los brazos, la cara anterior del tercio medio del muslo, la parte baja del abdomen y el cuadrante superior externo de los glúteos. Desde el punto de vista práctico los sitios de inyección son 8: es decir, dos para cada uno de los lugares mencionados, cada lugar puede servir una semana si se inyecta una sola vez al día.

## TECNICA DE LA APLICACION DE LA INSULINA

- Lavarse las manos con agua y jabón y maneje con mucho cuidado la higiene, todo el equipo necesario, evitando contaminación del embolo, jeringas y agujas.

- Asegurarse de tener a la mano el paquete de la jeringa y agujas desechables, el frasco de insulina y torundas alcoholadas.

- Rote el frasco para asegurar la mezcla más adecuada y limpie con la esponja alcoholada el tapón de hule del frasco.

- Coja la jeringa y elimine los restos de alcohol evitando tocar con los dedos el émbolo y la aguja.

- Cerciorese de las dosis que va a inyectarse y llene la jeringa de aire, jalando el pistón hasta el número de unidades de dosis, inyecte este aire al frasco de insulina y luego extraiga eliminando la burbuja de aire.

- Coloque la jeringa en la mesa.

- Escoja el sitio de inyección, limpie con agua y jabón, enseguida con la torunda alcoholada.

- Tome la jeringa cargada y a un ángulo de 45 - 90 grados (en ángulo, en forma vertical) inserte rápidamente la aguja para que la inyección sea subcutánea ya sea en forma directa o bien cogiendo la piel, pinchando entre los dos dedos índice y pulgar de la otra mano mientras inserta la guja, particularmente si no hay suficiente grasa debajo de la piel, ahora jale el émbolo y asegúrese de no estar en una vena, inyecte la insulina y finalmente retire la aguja y jeringa aplicando presión.

- Se recomienda a los pacientes usar material desechable y tener un frasco de insulina de reserva

## HIPOGLUCEMIANTES ORALES.

Existen dos tipos diferentes de compuestos quimicos llamados genericamente sulfonilurea y biguanidas.

### SULFONILUREAS.

Bajan el azúcar fundamentalmente a través de estimular las células beta productoras de insulina del páncreas del propio paciente para que produzca más insulina.

### INDICACIONES

Pacientes arriba de 40 a 50.

- Que tengan una diabetes de menos de 10 años de evolución.
- Que tengan menos del 20% de sobrepeso.

### EFFECTOS SECUNDARIOS

- Anorexia, sabor metálico y amargo en la boca, nauseas, vómitos, no raras veces presentan bajas de azúcar que son más severas que las ocasionadas por insulina.

### NOMBRES COMERCIALES

Tolbutamida	(rastinón)
Acetoexamida	(dimelor)
Glibenclamida	(daonil euglucon)
Cloropropamida	(diabinese)
Carbutamida	(nadisan)
Tolciclámida	(diaboral)
Tolazamida	(tolenase)

## BIGUANIDAS

En México existen tres tipos de sales de la misma familia y se clasifica de acuerdo de la potencia y duración de la acción del medicamento. Se llama fenformina, metformina y buformina.

La acción mayor de las biguanidas es retardando la absorción gastro intestinal de carbohidratos (harina) y aumentan el consumo de azúcar de los tejidos.

### INDICACIONES

Paciente diabético adulto y obeso en combinación con sulfonilureas cuando éstas habían fracasado.

- En combinación con insulina en algunos diabéticos inestables.

### EFFECTOS SECUNDARIOS

La gran mayoría de las personas toleran las biguanidas sin efectos secundarios, sin embargo ocasionalmente causan síntomas digestivos como las sulfonilureas, y no raras veces una acumulación de grasas de la sangre llamada acidosis láctica.

### NOMBRES COMERCIALES

Fenformina (Azúcares, asipol, debeone)

Buformina (Gliporal, lentocaps)

Metformina

## H I G I E N E

Prestar atención especial a la higiene personal por la posibilidad de infecciones, éstas se presentan cuando el azúcar está alto en la sangre, lo que puede conducir a problemas de la piel.

### INDICACIONES

Bañarse todos los días con agua tibia, usar jabón suave.

Protegerse la piel, evitar rasguños, pinchazos y lesiones.

Lavarse los dientes tres veces al día.

Cuidado de los pies:

Examinarse los pies diariamente.

La circulación de los pies disminuye comunmente con la edad y en la diabetes disminuye aún más, porque las arterias y los nervios no funcionan bien. Las infecciones de los pies pueden venir por una herida pequeña, humedad, excesivo roce de los zapatos, uñas mal cortadas, falta de movimiento.

### INDICACIONES

Examinarse los pies diariamente.

- Lavarse los pies diariamente con agua tibia (se debe probar por otra persona).

- Secarlos bien especialmente entre los dedos, usar preparados de lanolina en piel seca y talco en pies sudorosos.

- Utilice zapatos cómodos de piel suave. Cuando compre zapatos nuevos no los traiga todo el día, amoldelos poco a poco, descansen los pies quitándose los zapatos unos cuantos minutos diario.

- Cambio de calcetín diariamente, evite ligaduras apretadas y calcetines, utilice en el día calcetín de algodón y por la noche de lana para mantener sus pies tibios.

Si los dedos de los pies se enciman unos con otros sepárelos con lana de borrego y utilice zapatos especiales recetados por el médico ortopedista.

- No camine descalzo

- Use piedra pomez mojada para quitar callos, callosidades, no corte los callos ni use parche.

- No caliente los pies con bolsa de agua caliente, cojines, etc.

- Al primer dato de sospecha de problemas con los pies, acuda al médico.

- No fume empeora la circulación de los pies.

### EJERCICIO

La actividad física continua es parte importante del tratamiento de la diabetes, un diabético bien controlado puede realizar actividad física de acuerdo a indicación médica. Pero es necesario que el paciente conozca y se le entrene en que forma el ejercicio modifica la diabetes. Es necesario que el paciente sepa que con el ejercicio utiliza su azúcar efectivamente, reduce la cantidad de insulina que se necesita, aumenta la circulación de la sangre, controla su peso y alivia su estrés.

### IDENTIFICACION

Además de las medidas anteriores es aconsejable que las personas diabéticas traigan en sus pertenencias alguna forma de identificación, de preferencia una medalla o tarjeta como sigue:

#### SOY DIABETICO

NOMBRE \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR AL MEDICO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

## H I P O G L I C E M I A

Coma diabético hipoglicémico.

HIPOGLICEMIA.- Es una complicación de la diabetes, la cual puede presentarse en cualquier época, inclusive en el coma temprano de la diabetes son generalmente remediables.

La hipoglicemia simplemente significa un nivel bajo de azúcar en la sangre, generalmente menos de 50 mg y por ciento que esto varía de persona a persona.

### SINTOMAS

Son muy variables y su duración depende del medicamento que estén recibiendo (insulinas o pastillas).

Los síntomas y signos de baja de azúcar son: deterioro en el funcionamiento del S.N.C. y además por los efectos generalizados de una mayor liberación de adrenalina a la sangre que sucede en estas condiciones.

### SINTOMAS Y SIGNOS DE LA HIPOGLICEMIA

- Aparición súbita de sudoración fría.
- Sensación de temblor de cuerpo.
- Palpitaciones y aceleración del corazón.
- Hambre y debilidad física.
- Adormecimientos, hormigueo de brazos, manos, pies y alrededor de la boca.
- Dolor de cabeza.
- Nerviosismo y miedo.
- Dificultad para pensar y actuar adecuadamente.
- Incoherencias al hablar
- Dificultad para coordinar movimientos
- Mirada fija y ojos brillosos
- Cambios de carácter
- Excepcionalmente convulsiones

En términos generales pudieran presentarse uno o varios síntomas, no necesariamente en el orden en que se mencionan.

### CAUSAS DE HIPOGLICEMIA

- No comer en el horario acostumbrado, sobre todo las personas que se inyectan insulina.
- Sobredosis de insulina y pastillas antidiabéticas.
- Aumento de actividad física.

## PAPEL DE LA ENFERMERA ANTE UNA HIPOGLICEMIA.

- La enfermera deberá pensar siempre la posibilidad de una hipoglicemia.

- La enfermera mantendrá la calma, actuará en forma precisa y rápida y llamará al médico de guardia.

- La urgencia médica es tal que si la enfermera está habituada a esta patología mientras llega el médico debe realizar lo siguiente:

- Realizar destroxtis y signos vitales

- Toma de muestra (glicemia)

- Vena permeable con solución glucosa al 50%

- Si el paciente está conciente proporcionarle azúcar por la boca, ésta se realiza después de la muestra de laboratorio.

- Administración de glucagón y dextrosa al 50%

- Aplicación de sonda vesical, ya que esto permite recoger la orina y determinar azúcar y cuerpos cetónicos (la ausencia de glucosuria en un diabético es un argumento de peso en forma de un coma hipoglicémico)

- Iniciar control de líquidos cuando el enfermo despierte la enfermera intentará conocer la causa de la hipoglicemia e intentará hacer comprender al enfermo los signos precursores, de un coma hipoglicémico y la prevención del mismo mediante la ingestión de azúcar ante los "indicios" de hipoglicemia.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**



## COMA HIPERGLUCEMICO (NO CETOCICO) COMA HIPEROSMOLAR

El coma es más frecuente en los adultos.

El efecto químico básico en la falta de insulina eficaz. La hiperglucemia persistente causará diuresis osmótica, que induce pérdida de agua y electrolitos para mantener el equilibrio osmótico, el agua se desplaza desde el espacio del líquido intracelular al del líquido extracelular con la glucosuria y la deshidratación ocurren hipernatremia e hiperomolaridad.

No se han dilucidado aún las razones por virtud de las cuales en estos pacientes es mínima o no existe cetosis.

No obstante que no cursa con cuerpos cetónicos frecuentemente conduce a un estado comatoso profundo con convulsiones y es por lo menos 4 veces más serio que la acidosis diabética.

### SIGNOS Y SINTOMAS:

- Poliuria y polidipsia
- Náuseas y vómitos
- Hipotensión y taquicardia
- Deshidratación
- Signos neurológicos variables (alteración del sensorio, convulsiones, hemiparesia, etc.
- Concentraciones séricas de glucosa elevada.
- Anormalidades electrolíticas.

### C A U S A S

- Falta de conocimientos del paciente.
- Infecciones
- Ingestión de drogas (diuréticos, propanolol, provocan insuficiencia de insulina)
- Métodos terapéuticos (diálisis, hemodiálisis, hiperalimentación)

## CETOACIDOSIS DIABETICA

La cetoacidosis diabética es debido a la ausencia o cantidad inadecuada de insulina (exógena, endógena) lo cual produce la hiperglucemia y causa una serie de transtornos bioquímicos.

Los niveles de glucosa sanguíneos aumentan a la falta de insulina. Como consecuencia al reducir la cantidad de glucosa que entra a las células. Se metabolizan las grasas en lugar de carbohidratos y se movilizan ácidos grasos libres a partir del tejido adiposo. El cuerpo es forzado a esto para obtener energía (los cuerpos cetónicos son los productos finales de una degradación impropia de las grasas y éstos se acumulan en la sangre y se desechan en la orina, las oxidasas hepáticas actúan sobre los ácidos grasos, convirtiéndolos en cuerpos cetónicos los cuales se escapan a la sangre donde éstos se acumulan y se desechan por la orina, donde se reconoce como cuerpos cetónicos.

### C A J S A S

- Falta de conocimientos del paciente
- Abandono de la insulina o agentes hipoglucemiantes orales
- Abandono de la dieta
- Presencia de infecciones
- Puede ser el primer síntoma de un diabético

### SIGNOS Y SINTOMAS

- Poliuria, polidipsia, polifagia.
- Debilidad, náuseas y vómitos
- Dolor abdominal
- Ataque al estado general
- Deshidratación
- Respiración de kussmaul
- Piel enrojecida
- Cefalea
- Aliento cetónico (olor a manzana)

## PAPEL DE LA ENFERMERA ANTE EL ENFERMO QUE PRESENTA UN COMA DIABETICO

- La enfermera actuará en forma rápida y eficaz.
- La enfermera realizará lo siguiente:
  - Toma de signos vitales
  - Toma de muestra para el laboratorio
  - Vena permeable ( sol. fisiológica)
  - Colocación de sonda vesical ( para medir orina) y realizar glucoacetoneurias.
- Vigilar estado de conciencia
- Administración de insulina subc. o I.V.
- Educación del paciente
- Antes de que éste abandone al hospital, se le debe informar todo lo referente a su enfermedad y su tratamiento.

## CHOQUE INSULINICO

Es lo opuesto a una cetoacidosis diabética.

Este se presenta cuando existe demasiada insulina en relación a la cantidad de glucosa.

### C A U S A S

Administración de insulina sin ingerir alimentos. aumento de la actividad física sin comer.

### SIGNOS Y SINTOMAS

- Baja de glucosa
- Nerviosismo
- Irritabilidad
- Lenguaje furfullante
- Palidez. diaforesis
- Náuseas. convulsiones. coma

## PAPEL DE LA ENFERMERA ANTE EL ENFERMO CON CHOQUE INSULINICO

- La enfermera actuará en forma rápida y eficaz.
- Toma de signos vitales
- Vigilar estado de conciencia
- Mantener vena permeable
- Administración de dextrosa al 50%

- Por lo general, el diagnóstico se establece mediante la administración de dextrosa, si el enfermo no reacciona el paciente es encuentra en una cetoacidosis diabética, si el paciente presenta choque insulínico comenzará a despertar.

- Obtener la muestra para glucemia antes de la administración de la glucosa.

## B I B L I O G R A F I A

Billie C. Meador  
Enfermería en cuidados intensivos  
Edit. el manual moderno, S.A. de C.V.  
primera edición, pag. 230-243

Bruner - Smith  
Enfermera Médico Quirúrgico  
Ed. Interamericana, segunda y cuarta edición  
pag 875-896, 745-758

Enfermería Práctica  
Interamericana, 1ra. Ed. pag. 399-408

Goth Andres  
Farmacología Médica  
Ed. Interamericana, srpt. ed. pag. 399-408

Herman San Martín  
Salud y Enfermedad  
Laparamericana Mexicana, S.A., 4ta. ed.

Dr. Leo Krall  
Manual de diabetes Jorlin  
Compañía Ed. Continental, 1ra. Ed. en español  
Mayo 1989

Mildred D. Mason  
Enfermería Médico Quirúrgico  
Ed. Interamericana 3ra Ed. pag 299-309

Dr. Petzoldt-Sochoffling  
Hablando de diabetes  
Ed. Italeraf, S.A. Bogotá, Colombia  
1981.

Raquel Gutierrez Aragón  
Roberto Herver Gómez  
Carlos Magaña Silva  
Principios de Investigación, Ed. Porrúa, S.A.  
México 1976

Dr. Solano Sánchez Alberto  
Diabetes  
Universidad Autónoma de Guadalajara 1979  
1ra. Ed.

Guill Haume-Pellemoter  
Cuaderno de Enfermería  
No. 5 Endocrinología-Diabetes ed. Toray-Masson, S.A.  
Barcelona pag. 83-130

Curso Paramericano de graduados  
Diabetes Mellitus en Medicina General  
Universidad de Congreso del C.M.N. de I.M.S.S.  
pag. 28 y 29 abril 1980

Clinicas de Enfermeria de Norteamerica  
Vol. 4 1984  
Diabetes Ed. Interamericana

Medicina Interna  
Farreras - Rozna Tomo II  
Ed. Marin , pag. 712-746