

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ESTRATEGIA DE DAÑOS
NO TRANSMISIBLES-DIABETES MELLITUS-DEL CENTRO DE SALUD
I-4 MORROPÓN-PIURA, 2015-2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA Y
COMUNITARIA**

ELISABETH DEL CARMEN PISCOYA PAZ

**Callao, 2018
PERÚ**



HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|--|------------|
| ➤ DRA. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA | PRESIDENTA |
| ➤ LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO | SECRETARIO |
| ➤ DRA. TERESA ANGÉLICA VARGAS PALOMINO | VOCAL |

ASESORA: DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 272

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 22/04/2018

Resolución Decanato N° 974-2018-D/FCS de fecha 12 de Abril del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Marco Conceptual	9
2.3 Definición de Términos	17
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	19
3.1 Recolección de Datos	19
3.2 Experiencia Profesional	19
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	20
IV. RESULTADOS	25
V. CONCLUSIONES	29
VI. RECOMENDACIONES	30
VII. REFERENCIALES	31
ANEXOS	33

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo académico tiene como finalidad presentar mi experiencia laboral como enfermera responsable de la intervención a pacientes con diabetes mellitus para disminuir las complicaciones, así como lograr un autocuidado que les ayude a vivir con la enfermedad.

Esta enfermedad, constituye uno de los principales problemas de salud pública en el mundo debido a su elevada prevalencia, dado que puede afectar a personas de cualquier edad, sexo, clase social y área geográfica, así como su elevada morbimortalidad y costo sanitario. Tanto la Diabetes tipo 1 como el tipo 2 cursan con hiperglucemia, lo que puede originar complicaciones crónicas macro y microvasculares.

El profesional de enfermería desempeña un rol fundamental en el soporte, apoyo y empatía al paciente con diabetes, de tal manera que se sienta que se preocupan por su salud y bienestar

El presente informe consta de VII capítulos: en el primer capítulo se incluye la descripción problemática con su objetivo y su justificación.

En el capítulo II comprende a los antecedentes, así como información científica del tema a tratar, teoría de enfermería definición de términos.

En el capítulo III comprende la recolección de datos y la experiencia profesional y los procesos.

En el capítulo IV tenemos los resultados, en el capítulo V las conclusiones, en el capítulo VI las recomendaciones y en el capítulo VII la referencia Bibliográfica.

Este informe va a permitir establecer la importancia que el profesional de Enfermería desempeña actividades que se dirijan a pacientes con enfermedades crónicas. Quedando como modelo para ser tomado y constatar la importancia de la consejería de enfermería y del trato amable y dignificante a los pacientes de la estrategia.

I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

La diabetes es una enfermedad crónica grave que sobreviene cuando el páncreas no produce suficiente insulina (hormona que regula la concentración de azúcar [glucosa] en la sangre, o glucemia) o cuando el organismo no puede utilizar de manera eficaz la insulina que produce. La diabetes es un problema de salud pública importante y una de las cuatro enfermedades no transmisibles (ENT) cuya carga los líderes mundiales se proponen aliviar mediante diversas medidas. Tanto el número de casos como la prevalencia de diabetes han aumentado progresivamente en los últimos años (1)

La DM en los últimos años se ha convertido en uno de los grandes problemas de salud en todo el mundo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó 171 millones de portadores en el año 2000, el cual se proyecta aumentará a 366 millones en el año 2030. A escala mundial se calcula que 422 millones de adultos tenían diabetes en 2014, por comparación con 108 millones en 1980. Desde 1980 la prevalencia mundial de la diabetes (normalizada por edades) ha ascendido a casi el doble —del 4,7% al 8,5%— en la población adulta. Esto se corresponde con un aumento de sus factores de riesgo, tales como el sobrepeso y la obesidad. En el último decenio, la prevalencia de diabetes ha aumentado con más rapidez en los países de ingresos medianos que en los de ingresos altos. (2)

Según la Federación Internacional de Diabetes (IDF International Diabetes Federation) , en el mundo existirían 387 millones de personas con diabetes, de los que 179 millones (46%) estarían no diagnosticados. La mayoría tiene entre 40 y 59 años. El 77% de las personas con diabetes

viven en países con ingresos medianos y bajos. Para el 2035 se estima que en el mundo se sumarían 205 millones de nuevos diabéticos. En América habría alrededor de 64 millones de personas con diabetes: 25 millones en América Central y América del Sur, y 39 millones en América del Norte y El Caribe. Para el 2035 se estima que la prevalencia de diabetes en la región de América Central y América del Sur crecerá en 60%(3).

El número de personas con diabetes mellitus está creciendo rápidamente en nuestro país y la causa principal de su veloz incremento es el importante cambio en el estilo de vida de la población peruana, caracterizada por una ingesta excesiva de alimentos de alto contenido calórico como la "comida chatarra" y las bebidas azucaradas, así como una reducción de la actividad física (4). El cuidado de la salud de un paciente con diabetes es esencial ya que de no cuidarse o controlarse adecuadamente, la diabetes puede causar complicaciones devastadoras e irreversibles, como trastornos micro vasculares retinopatía que desembocan en ceguera; lesiones renales (nefropatía) que terminan en insuficiencia renal; y lesiones de los nervios que ocasionan impotencia y pie diabético (que a veces obliga a amputar como consecuencia de infecciones muy graves) y macro vasculares (lesiones de vasos sanguíneos más grandes). Las complicaciones macro vasculares son las enfermedades cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares y la insuficiencia circulatoria en los miembros inferiores. (4)

En el Perú, según la Organización Mundial de la Salud, existiría un 6.7% de personas con 18 años a más que tienen azúcar elevada en sangre (≥ 126 mg/dl) o que toman medicación hipoglucemiante o tuvieron diagnóstico previo de diabetes mellitus. En el reporte PERUDIAB, realizado en personas de 25 años a más del área urbana y suburbana, en el país existiría una prevalencia de diabetes mellitus de 7% de los que el

4.2% refirieron que un médico o una enfermera les mencionó tener diabetes o utilizaban medicación para tratarla (antidiabéticos orales o insulina). (2)

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), informó que, a nivel nacional, en el año 2015, el 2,9% del total de la población de 15 y más años reporta tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud, según el documento "Indicadores de Programas Presupuestales 2011 – 2015". El 4,0% de la población que reside en la Costa reportó tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud, siendo la zona urbana donde se registra mayor incidencia de esta enfermedad (4,1%) y en el área rural solo el 2,7%. Le siguen las regiones de la selva con 1,9%, la zona urbana registra el 2,7% y rural el 1,1%, en tanto que la sierra figura con 1,6%, el área urbana 2,5% y rural con 1,0%. (5)

Por otro lado, según la Dirección General de Epidemiología, la diabetes mellitus es la sexta causa de carga de enfermedad en el país y la primera en personas de 45 a 59 años. (2)

Las estadísticas reflejan además que en la región Piura de cada mil habitantes, 6 por lo menos padecen de esta enfermedad. El año pasado la incidencia fue 5.5 de cada mil habitantes. A setiembre de este año la región Piura reportó 11 mil 052 casos. Piura (provincia) reportó 4 mil 218 casos; Sullana, 2mil 630; Morropón, mil 345; Talara, 859; Ayabaca, 475; Huancabamba, 444; Paita, 709, y Sechura 372 casos. (6). Un reporte de la Dirección Regional de Salud (Diresa) - Piura asegura que en la región la tasa de población que padece diabetes se encuentra en el 8% y tiene que ver mucho con el tema alimenticio, con el sedentarismo y el consumo excesivo de tabaco y alcohol". (5)

1.2 Objetivo

Describir la intervención de enfermería en la estrategia de daños no transmisibles -Diabetes Mellitus del Establecimiento de Salud I-4 Morropón –Piura, 2015-2017.

1.3 Justificación

La diabetes constituye un problema personal y de salud pública de enormes proporciones, siendo una de las principales causas de invalidez y muerte prematura en la mayoría de los países desarrollados y es motivo de un importante deterioro en la calidad de vida de las personas afectadas.

Por ser una patología altamente prevalente, crónica y muy compleja, genera reacciones o respuestas humanas que alteran las necesidades básicas y deterioran la calidad de vida del individuo, lo que limita su autonomía. Por tanto es un problema de salud que requiere un abordaje específico por parte de los profesionales de Enfermería.

Actualmente, se calcula que la población con DM puede consumir entre un 8 y un 14% del gasto sanitario global en los países occidentales

Este informe laboral tiene como propósito impulsar el conocimiento sobre las intervenciones de enfermería en el control de daños no transmisibles; para que los futuros profesionales de la salud lo tengan como referencia para seguir salvaguardando la salud de las personas o previniendo las complicaciones de las personas afectadas con la enfermedad.

El presente trabajo de informe laboral servirá como referencia al profesional de enfermería para la ejecución de procesos dirigidos a los pacientes con diabetes mellitus y cuyo único propósito es promocionar los autocuidados necesarios para un adecuado control de la enfermedad y disminuir la prevalencia de las complicaciones contribuyendo al mantenimiento de una calidad de vida satisfactoria.

II.- MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Internacionales

J.MAR García en su Artículo de investigación:” Relación entre automanejo y percepción de funcionalidad familiar en personas con diabetes mellitus tipo2” cuyo objetivo fue analizar la relación entre el automanejo y la percepción de funcionalidad familiar en personas con diabetes tipo 2 que reciben atención en los centros de salud de la Jurisdicción n. 2 de Tampico, Tamaulipas, México. Empleando un estudio transversal-correlacional, muestreo no probabilístico por conveniencia con una N = 100. Se aplicaron los instrumentos Partners in Health Scale y APGAR familiar tuvo como resultados analizar la relación entre el automanejo y la percepción de funcionalidad familiar en personas con diabetes tipo 2 que reciben atención en los centros de salud de la Jurisdicción n. 2 de Tampico, Tamaulipas, México y concluye que la relación entre automanejo y percepción de funcionalidad familiar debe ser explorada con mayor detalle, ya que podría ser un elemento de suma importancia en el diseño de estrategias de combate a la diabetes, no exclusivamente desde la labor de la enfermería sino en colaboración con el equipo multidisciplinario de salud.(7)

CASTRO Meza y Pérez Zumano en su Artículo de investigación “La enseñanza a pacientes con diabetes: significado para profesionales de enfermería” que tuvo como objetivo describir el significado que para profesionales de enfermería tiene la enseñanza a pacientes diabéticos hospitalizados sobre su cuidado en el hogar, empleando un método de estudio cualitativo, fenomenológico, descriptivo,

teniendo como resultados la necesidad de redefinir el papel del enfermero en la enseñanza a pacientes diabéticos y considerar la importancia del contexto en desarrollo de esta función. (8)

VELASCO Casillas Andrea y Efraín Raúl Ponce Rosas en la Revista **Atención Familiar** en el artículo de investigación **“Impacto de un mapa conversacional como estrategia educativa para mejorar el control metabólico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2”** tuvo como objetivo evaluar el impacto *Diabetes mellitus* tipo 2 (DM2) realizando estudio longitudinal, prospectivo, cuasi experimental, comparativo, realizado en una unidad de salud de medicina familiar una plática educativa interactiva utilizando el mapa conversacional "Comer sano y mantenerse activo". Se evaluaron los conocimientos e indicadores clínicos, antropométricos y de laboratorio clínico, antes y después de la intervención educativa con un lapso de tres meses y concluye que las Intervenciones Educativas hacia los Pacientes con DM 2 mejoraron significativamente los indicadores antropométricos y los de laboratorio clínico de tal manera que confirma que la educación en las enfermedades crónicas como la DIABETES es imprescindible para mejorar el nivel de los conocimientos y la comprensión sobre la enfermedad, de esta manera se pueden desarrollar habilidades para la modificación del estilo de vida. (9)

SIMONIZE Cunha Barreto y col en su tesis **“ Construcción y validación del Instrumento de evaluación de autocuidado para pacientes con diabetes mellitus tipo 2 ”** tuvo como objetivo construir y validar los contenidos del instrumento de evaluación de autocuidado para pacientes con diabetes mellitus tipo 2 empleando un estudio metodológico, concluyendo que este estudio permitió una mejor comprensión de los significados de los requisitos de autocuidado, desde la perspectiva de los profesionales de la salud y los pacientes con DM2, y permitió que se

desarrollara un instrumento para medir este constructo, con evidencia de la validez del contenido. Se recomiendan estudios futuros para probar sus propiedades psicométricas y convertirla en una herramienta válida y confiable en la evaluación del autocuidado de pacientes con DM2, al identificar los requisitos para su cumplimiento. Esto contribuirá a la toma de decisiones en la práctica clínica, así como a la obtención de mejores resultados en la autogestión de la atención por parte de los pacientes. (10)

Nacionales

GAMBOA Castillo Ericka en su tesis “ **Efectividad de un taller educativo sobre el nivel de autocuidado de miembros inferiores en adultos mayores con diabetes mellitus Tipo 2 Hospital Regional Docente de Trujillo 2016**” que tiene como objetivo evaluar la efectividad de este taller con una investigación de tipo cuantitativa, con diseño pre experimental, con una pre prueba y post prueba, con un solo grupo de control, teniendo una población de 282, y concluye que hay suficiente evidencia para demostrar que el taller educativo es efectivo sobre el nivel de autocuidado de miembros inferiores en adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 después de recibir la intervención educativa. (11)

2.2 Marco Conceptual

Según la Organización Mundial de la Salud en su artículo de noviembre 2017 describe que la diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo

daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos. (12)

Según la ASOCIACIÓN AMERICANA DE DIABETES ADA en su guía 2018 clasifica a la diabetes en las siguientes categorías:

1. Diabetes tipo 1 (destrucción de células β del páncreas con déficit absoluto de insulina).
2. Diabetes tipo 2 (pérdida progresiva de la secreción de insulina generalmente acompañada de resistencia a la insulina).
3. Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) diabetes que se diagnostica en el segundo o tercer trimestre del embarazo.
4. Diabetes por otras causas (por ejemplo: fibrosis quística, pancreatitis, diabetes inducida por medicamentos).

Así mismo en esta guía nos da a conocer que la diabetes puede ser diagnosticada en base a los niveles de glucosa, ya sea a través de una prueba rápida de glucosa en plasma o de una prueba de glucosa en plasma 2 horas después de haber ingerido 75 gramos de glucosa vía oral o con una prueba de hemoglobina glicosilada (A1C) teniendo como criterios diagnósticos:

- o Glucosa en ayuno ≥ 126 mg/dl (no haber tenido ingesta calórica en las últimas 8 horas)
- o Glucosa plasmática a las 2 horas de ≥ 200 mg/dl durante una prueba oral de tolerancia a la glucosa. La prueba deberá ser realizada con una carga de 75 gramos de glucosa disuelta en agua.
- o Hemoglobina glicosilada (A1C) $\geq 6.5\%$. Esta prueba debe realizarse en laboratorios certificados
- o Paciente con síntomas clásicos de hiperglicemia o crisis hiperglucémica con una glucosa al azar ≥ 200 mg/dl. (13)

La Diabetes Mellitus provoca un deterioro del sistema vascular que termina siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad de los

pacientes que la presentan. Este deterioro vascular engloba la alteración de los lechos capilares, causante de las complicaciones microvasculares, y la aceleración del proceso aterotrombótico, que ocasiona las complicaciones macrovasculares. Las principales manifestaciones de las alteraciones microvasculares relacionadas con la diabetes son la retinopatía, la nefropatía y la neuropatía. La hiperglucemia es la causante de la microangiopatía diabética, y su duración y gravedad son el principal condicionante del riesgo de desarrollarla. El proceso fisiopatológico, si es que es el único, por el que se desarrollan las complicaciones microvasculares en la diabetes no es bien conocido. Sin embargo, sabemos de dos hechos que están implicados, y probablemente interrelacionados, en el daño tisular: En los tejidos hay una acumulación de moléculas producidas en exceso en situaciones de hiperglucemia mantenida, como sorbitol y los productos glicosilados. Además, hay una alteración en los mecanismos de regulación de la microcirculación que provoca isquemia y, como una respuesta reactiva, la formación de nuevos vasos sanguíneos que tienen una permeabilidad aumentada, lo que favorece la exudación y el desarrollo de fibrosis en los tejidos. En la aparición de neo vascularización y fibrosis tisular contribuyen los factores de crecimiento, como el factor de crecimiento endotelial. (14)

El término macroangiopatía diabética abarca las afectaciones de las arterias de mediano y gran calibre, provocadas por el resultado de una combinación de alteraciones específicas de la diabetes, y de la aceleración del proceso de arteriosclerosis común a todos los individuos. Las características de las lesiones arterioscleróticas en los pacientes diabéticos son: un desarrollo más rápido y precoz de la enfermedad, afección más generalizada y grave, mayor frecuencia de placas inestables e incidencia similar en ambos sexos, y mayor presencia de isquemia-necrosis silenciosa o con menor expresividad clínica. Las principales manifestaciones clínicas de la arteriosclerosis son: la cardiopatía

isquémica los accidentes cerebrovasculares y la insuficiencia arterial periférica. (15)

Los pacientes con diabetes mellitus pueden presentar con el paso del tiempo diferentes complicaciones relacionadas con el deterioro del sistema vascular por tal motivo se debe considerar la educación al paciente con enfermedades crónicas como una acción preventiva encaminada a evitar o a disminuir complicaciones, la cual no se circunscribe a la transmisión de conocimientos sobre su condición biomédica, sino que debe contemplar también aspectos psicológicos y sociales relacionados con sus padecimientos y con los temas que conforman su mundo racional: entorno físico, espiritual, ecológico y de otra índole que contribuyan a la adopción de conductas que le ayuden a sobrellevar la enfermedad.

Teoría de Enfermería

La educación del paciente abarca aspectos muy amplios, por lo que su abordaje directo en el desarrollo de investigaciones es un tanto complejo. Existe evidencia que en el rol educativo del profesional de enfermería se usan indistintamente los términos promoción de la salud, educación para la salud y educación al paciente, entre otros

La enfermería desde sus inicios se ha considerado como un producto social vinculado al arte de cuidar, por lo que responde a la necesidad de ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí misma o a las personas, que dependen de ellas, la calidad y cantidad de cuidados para mantener la vida, identificando los problemas de salud y las necesidades reales y/o potenciales de la persona, familia y comunidad que demandan cuidados, generando autonomía o dependencia como consecuencia de las actividades que asuma el enfermero. (16)

Es importante señalar que el cuidado de enfermería debe ser continuo y no esporádico, un proceso de interacción entre enfermera paciente, a la par dialógico en la enseñanza que el profesional de enfermería está comprometido a proporcionar. (8)

El cuidado es definido por Colliere como "un acto de mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables, pero que son diversas en su manifestación. Las diferentes posibilidades de dar respuesta a estas necesidades vitales crean e instauran hábitos de vida propios de cada grupo o persona. El cuidado forma parte de la realidad cotidiana y de él dependen la supervivencia y la felicidad que son indispensables para los seres humanos desde el nacimiento hasta la muerte. El cuidado, es un acto inherente al ser humano, y continuo a lo largo de toda la vida. El cuidado, además, es el objeto de estudio de la disciplina enfermera, y para delimitar su ámbito de actuación profesional y los fenómenos relacionados, así como las relaciones entre ellos, se han ido elaborando a lo largo del tiempo diferentes modelos de enfermería. Uno de ellos es el modelo de enfermería de tipo conceptual elaborado por Dorothea Orem en 1980, que nació de sus propias experiencias como enfermera y de una pregunta clave: "*¿En qué estado se encuentra una persona cuando se decide que una enfermera intervenga en la situación?*". Ese "estado" indicaría la incapacidad de la persona para procurarse el autocuidado que necesitan. En el marco de su modelo de enfermería, Orem, formuló su teoría General del Déficit de Autocuidado, que está formado por otras tres teorías y una adicional, entre la que se encuentra la Teoría del Autocuidado. El Autocuidado es una función reguladora del ser humano que debe llevarse a cabo por las personas, por sí mismas, deliberadamente para cubrir unos requisitos reguladores, para el mantenimiento de la vida, el buen funcionamiento y desarrollo, la salud y el bienestar.

En su teoría se aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida. De igual manera conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad, incluyendo la competencia desde su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado, donde debe respetar la dignidad humana, practicar la tolerancia, cumpliendo el principio del consentimiento informado, confidencialidad, credo, veracidad e intimidad entre otros aspectos, permitiendo que el enfermo participe en la planificación e implementación de su propia atención de salud, si tuviese la capacidad para ello, acogido a los adelantos científico-técnicos que propicien el desarrollo ascendente de la ciencia enfermera, respetando las normas, códigos ético- legales y morales que desarrolla la profesión. Autores como Benavent, Ferrer, plantean que la teoría de Orem "Déficit de autocuidado " es una de la más estudiada y validada en la práctica de enfermería por la amplia visión de la asistencia de salud en los diferentes contextos que se desempeña este profesional, ya que logra estructurar los sistemas de enfermería en relación con las necesidades de autocuidado.

Dorotea Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

- *Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado

dependiente.

*Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona

*Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. (16)

Los Requisitos de Autocuidado son las necesidades comunes a todos los seres humanos, universales. Son lo necesario. Se basan, según Orem, en que "los seres humanos tienen por naturaleza necesidades comunes para el aporte de materiales (agua, aire, y alimento), y para producir y mantener condiciones de vida que apoyen los procesos vitales, la formación, y el mantenimiento y promoción de la integridad estructural".

En situaciones de práctica profesional de la enfermería, la Teoría de Autocuidado de Orem, sirve de guía a las enfermeras para que sean capaces de calcular la demanda de autocuidado terapéutico de la persona que atienden. Para hacerlo hay que tener en cuenta los Factores Condicionantes Básicos, que afectan al tipo y cantidad de autocuidado requerido. Según Orem y Taylor, una de las primeras referencias para la práctica del autocuidado lo define como las acciones que los individuos inician y realizan por sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar, Además, indica que los resultados de salud que obtenemos

varían desde la prevención primaria hasta la rehabilitación. Es por ello por lo que, hoy en día, los autocuidados son considerados como una herramienta imprescindible dentro del plan terapéutico de muchas enfermedades, haciendo especialmente hincapié en las enfermedades crónicas para evitar que debiliten la calidad de vida (17)

En resumen, en la Teoría General del Déficit de Autocuidado de Orem, las personas son vistas como agentes de autocuidado, cuando se embarcan en una acción deliberada para proveérselo a sí mismas o a las personas que dependen de ellas. El autocuidado son las acciones que realiza una persona con el objetivo de promover la vida, la salud y el bienestar. Para conseguir este objetivo, esas acciones deben satisfacer unas necesidades comunes a todos los seres humanos que se denominan Requisitos de Autocuidado Universales. Cada persona, además, posee unas características propias o Factores Condicionantes Básicos, que le influirán a la hora de llevar a cabo ese autocuidado. Al analizarlas, en relación con la satisfacción de los Requisitos de Autocuidado, se puede determinar tanto la Agencia (capacidad del individuo de llevar a cabo el autocuidado), como la Demanda (las acciones necesarias que se deben llevar a cabo para que se produzca el autocuidado). (18)

La enfermería juega un papel fundamental en la práctica comunitaria y hospitalaria ya que ayuda a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico. Para poner en práctica el autocuidado de la salud es importante examinar los factores que influyen, ver qué tipo de problemas en salud se presentan y conocer el déficit de autocuidado. Para ello hay que recabar información sobre estos factores (valoración) y poner en marcha estrategias de autocuidado planificando intervenciones (diagnóstico y planificación) que puedan ser llevadas a cabo por parte del personal de enfermería y por el propio paciente (ejecución), motivándolo para que participe de forma activa en el manejo y control de su propia salud. Es importante que el profesional de Enfermería lleve a la práctica

los Sistemas de enfermería que menciona Orem en su teoría: sistema totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y el apoyo educativo durante el cual la enfermera regula el ejercicio y desarrollo de la agencia de autocuidado ayudando al paciente con orientación, enseñanza y consejo para que sea capaz de realizar su autocuidado. El sistema de apoyo educativo es adecuado para situaciones en las que el paciente es capaz de realizar, o puede y debería aprender a realizar medidas de autocuidado terapéutico pero que no puede hacerlas sin ayuda, es decir necesita guía, soporte, enseñanzas o un entorno que favorezca el desarrollo y las acciones y conductas adecuadas que tiene que realizar el paciente, para ir avanzando en la generación de prácticas de Autocuidado. (19)

2.3 Definición de Términos Básicos

- **Intervención de Enfermería.** Se define como una Intervención Enfermera a “Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”

Es un tratamiento realizado directamente con el paciente y/o la familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo. (20)

Es un tratamiento realizado sin el paciente, pero en beneficio de este o de un grupo de pacientes.

- **Autocuidado.** El Autocuidado se define como las acciones que asumen las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal, son las prácticas de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud para prevenir enfermedades. (19)
- **Diabetes Mellitus.** Es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el

organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. (12)

- **Complicaciones de la Diabetes.** La mayoría de las complicaciones de la diabetes son el resultado de alteraciones en los vasos sanguíneos. Cuando las concentraciones de glucosa se mantienen altas durante mucho tiempo, los vasos sanguíneos, tanto de pequeño calibre como de gran calibre, se estrechan. Como consecuencia, disminuye el aporte sanguíneo a muchas zonas del organismo, lo que da lugar a complicaciones diversas. (21)

III.- EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

Para el presente informe de experiencia laboral profesional desarrollado en el EESS I4 Morropón, se llevó a cabo la recolección de datos empleando la revisión documentaria de los siguientes registros:

- Reporte de la oficina de Estadística(HIS)
- Cuaderno de Padrón de Paciente con Diabetes
- Cuaderno de registro de atención diaria de pacientes con Diabetes
- Historias Clínicas
- Libro de registro de emergencias y hospitalizaciones.

3.2 Experiencia Profesional

Soy enfermera nombrada egresada de la Universidad Nacional de Trujillo en el año 1998, realicé mi SERUMS equivalente en el PS Elio Jacobo Caffo-Campiña de Moche –Trujillo en el año 1999.Trabajé paralelamente al SERUMS como docente en instituto privado para técnicos en enfermería...

Empecé a laborar en el año 2001 en el EESS I 1 Tamboya en la sierra de Piura donde permanecí por un periodo de siete años (mayo 2007) pues fui rotada al EESS I-4 Morropón donde se me designo como responsable del área de Salud Niño como se le denominaba en ese entonces permaneciendo en esta área durante tres años , aquí se logró coberturas adecuadas debido al trabajo organizado con la actividades extramurales que permitieron un mejor seguimiento y a la revisión y monitoreo de registros y cruce de información con el área de estadística.

Así mismo laboré como responsable de la coordinación de Enfermería del centro de salud lo que me permitió realizar actividades en conjunto con las licenciadas del establecimiento responsables de las estrategias mejorando el trabajo en equipo de las actividades preventivo promocionales y asistenciales. Y es desde el año 2014 que empiezo a tener responsabilidad en la estrategia daños no transmisibles específicamente en Diabetes Mellitus del Establecimiento de Salud I-4 Morropón dedicándome a planificar actividades dirigidas a la población: valoración de factores de riesgo en la población y a la captación de pacientes con diagnóstico de diabetes..

3.3 Procesos realizados durante la intervención de enfermería.

3.3.1.- VALORACIÓN Se realizó recojo de información que ayude a desarrollar actividades en mejora de la atención de enfermería del paciente con diabetes mellitus y lograr su autocuidado.

Se identificó lo siguiente:

- * Demanda por consulta externa de pacientes con diabetes mellitus sin ningún tipo de seguimiento ni control.
- * Profesional de Enfermería capacitado para la atención de pacientes con diabetes mellitus.
- * Elevado número de emergencias por crisis hiperglicémicas e hipoglicémicas .
- * Consumo alimentario elevado en carbohidratos dentro de la población asignada.
- * Equipo de laboratorio inoperativo y carencia de reactivos.
- * Ausencia de registros de captación y seguimiento de los pacientes con diabetes mellitus.
- * Falta de ambiente para atención de enfermería a pacientes diabéticos.

3.3.2.- PLANIFICACIÓN

- * Coordinar con gerencia para actividades del programa.
- * Establecer la población objetivo.
- * Estimar los insumos de acuerdo a la población objetivo.
- * Reunión con trabajadores para concientización del programa.

3.3.3.- EJECUCIÓN

A.- Captación de pacientes con diagnóstico de diabetes para ello se realizaron las siguientes actividades:

-Elaboración de un cronograma de citas para la atención de enfermería al paciente con diabetes mellitus.

-Elaboración de un cuaderno de citas, cuaderno de captación o padrón nominal y de atenciones a pacientes con diabetes mellitus.

-Elaboración de un formato de registro de pacientes con diabetes mellitus procedentes en consulta externa y/o actividades extramurales para captación y seguimiento.

-Reuniones con personal técnico en enfermería para informarles sobre el sistema de citas con el profesional de enfermería para los pacientes con diabetes mellitus que capten en la actividad extramural o en el servicio de traje.

B.-Educación a pacientes con diabetes mellitus

* **Entrevista de enfermería** primer contacto con el paciente y tiene como finalidad desarrollar diferentes actividades que contribuyan a mejorar los niveles de glucosa y a disminuir crisis de hipoglicemia e

hiperglicemia, complicaciones en el paciente y sobre todo que adopte conductas de autocuidado, para ello se realizan las siguientes actividades:

-Evaluación antropométrica, perímetro abdominal el índice de masa corporal y la presión arterial.

-Aplicación de la FICHA EPIDEMIOLÓGICA.

-Registro en el libro de Padrón Nominal de pacientes con diabetes Mellitus.

-Registro en el libro de Atenciones y registro de consejerías a pacientes con diabetes mellitus.

-Registro del paciente en el libro de citas, brindándole cita para el mes siguiente.

-Entrega de su libreta de control.

-Entrega de solicitud de laboratorio para su primer control laboratorial: glucosa en ayunas, colesterol total – fraccionado y triglicéridos

-Entrega de citas mensuales para control de glucosa con glucómetro

*** Orientación y consejería** se brinda siguiendo el siguiente orden:

a) Consejería N 1 La diabetes y sus complicaciones

b) Consejería N 2 alimentación adecuada.

c) Consejería N 3 la hipoglicemia

d) Consejería N 4 importancia de adherencia al control y tratamiento farmacológico y nutricional.

e) Consejería N 5 evaluación de salud ocular por el profesional de enfermería.

f) Consejería N 6 revisión y exploración de los pies:

* Evaluación de pulso poplíteo, femoral y tibial.

* Evaluación de la sensibilidad con monofilamento.

* Valoración del Estado de Higiene y la constitución de los pies, el adecuado recorte de uñas y el uso adecuado de medias y calzado.

***Sesiones Educativas Grupales**

-Programación de sesiones educativas dos veces al año para reforzar conocimientos adquiridos en los diferentes grupos del programa.

***Sesiones recreativas grupales**

-Celebración del día de la Diabetes

-Juegos recreacionales en las sesiones educativas.

3.3.4.- EVALUACIÓN para poder conocer el avance de este programa y ver resultados se realizan las siguientes actividades:

- Revisión del cuaderno de citas para poder hacer seguimiento a los que no acudieron al control.

- Evaluación en cada entrevista de enfermería los resultados hematológicos para observar cumplimiento a tratamiento nutricional, a la toma de medicamentos y al cambio de conductas que contribuyan al autocuidado de pacientes con diabetes mellitus.

- Aplicación de la FICHA DE SEGUIMIENTO al año de captación del paciente.
- Consolidado de pacientes captados que recibieron consejerías completas según lo establecido en el programa.
- Evaluación mensual de reportes proporcionados por la oficina de estadística del establecimiento de salud para evaluar cumplimiento de metas.
- Reuniones de evaluación con Unidades ejecutoras para evaluar avances de programaciones.

IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1

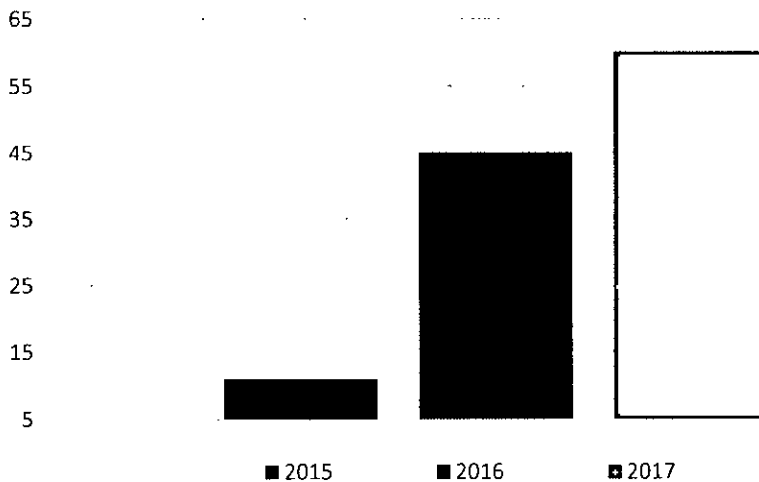
**PACIENTES CON DIABETES MELLITUS CAPTADOS EN EL ESI-4
MORROPÓN-PIURA, 2015 – 2017.**

Casos	2015	2016	2017
	11	45	60

Fuente: registro padrón nominal de enfermería de pacientes con diabetes mellitus.

GRAFICO 4.1

**PACIENTES CON DIABETES MELLITUS CAPTADOS EN EL ESI4
MORROPÓN -PIURA, 2015-2017**



Se observa que la captación a pacientes con diabetes desde el 2015 fueron 11, en el 2016, 45 y en el año 2017, 60 lo que nos demuestra un incremento en la captación de estos desde el año que la estrategia fue asumida por profesional de enfermería.

CUADRO 4.2

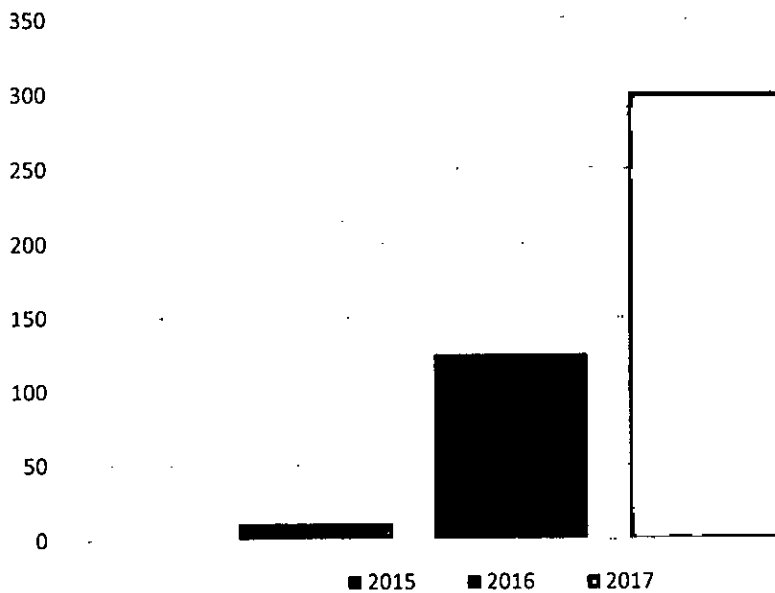
**CONSEJERÍAS A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS DEL ESI 4
MORROPÓN, PIURA 2015-2017**

Consejerías	2015	2016	2017
	11	125	300

Fuente: Registro de Atenciones diarias a pacientes con diabetes mellitus

GRAFICO 4.2

**CONSEJERÍAS A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS DEL ESI
4 MORROPÓN, PIURA 2015-2017**



Se observa que en el año 2015 hubieron 11, en el 2016, 125 y en el 2017, 300, lo que nos indica que las consejerías de enfermería han incrementado en este periodo.

CUADRO 4.3

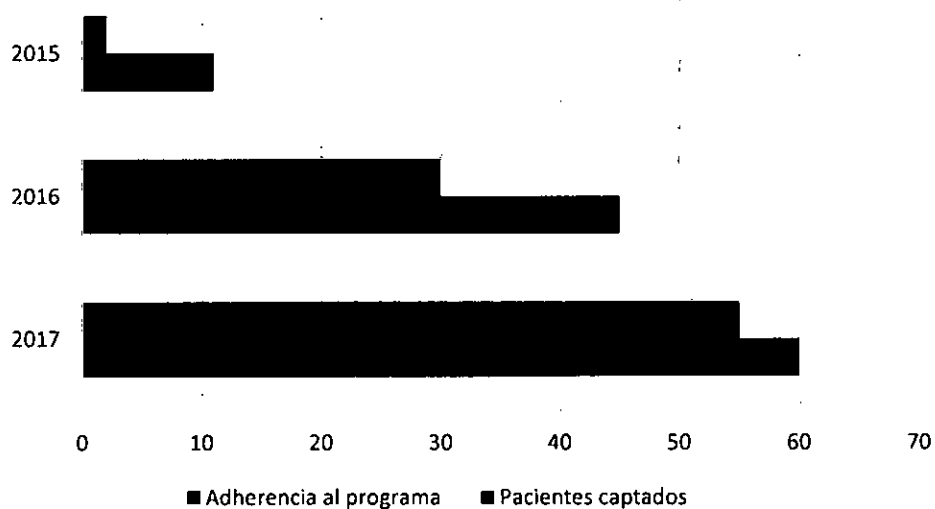
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS CAPTADOS Y SU ADHERENCIA AL PROGRAMA ESI 4- MORROPÓN, PIURA, 2015-2017.

	2015	2016	2017
Pacientes captados	11	45	60
Adherencia al programa	02	30	55

Fuente: Registro de enfermería atenciones diarias de pacientes con diabetes, 2015- 2017.

GRÁFICO 4.3

PACIENTES CON DIABETES CAPTADOS Y SU ADHERENCIA AL PROGRAMA ESI 4- MORROPÓN, PIURA, 2015-2017.



Se observa que de los pacientes captados durante este periodo se incrementó la adherencia al programa.

CUADRO 4.4

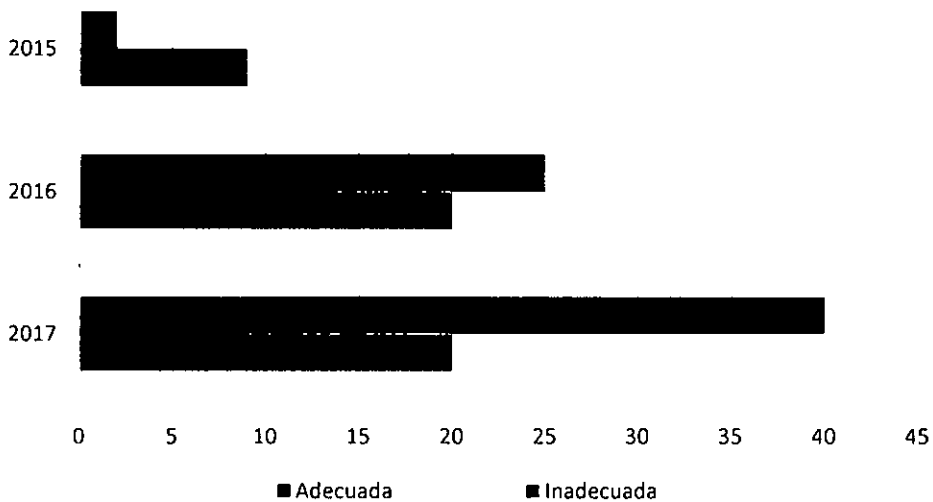
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS CON NIVELES DE GLUCOSA EN AYUNO ADECUADAS E INADECUADAS DEL ESI 4-MORROPÓN, PIURA, 2015-2017.

	2015	2016	2017
Glucosa en ayunas adecuada	02	25	40
Glucosa en ayunas inadecuada	09	20	20

Fuente: Registro de enfermos a atenciones diarias de pacientes con diabetes, 2015- 2017.

GRÁFICO 4.4

PACIENTES CON DIABETES MELLITUS CON NIVELES DE GLUCOSA EN AYUNO ADECUADAS E INADECUADAS DEL ESI 4-MORROPÓN, PIURA, 2015-2017.



Se observa que la tendencia de glucosa en ayuno adecuada va en incremento en cada año, mientras que la glucosa en ayunas inadecuadas va en descenso.

V.- CONCLUSIONES

- a) La intervención del profesional de enfermería en la captación de pacientes con diabetes mellitus en el periodo 2015-2017 se ve incrementada pues de 11 pacientes se incrementa a 60 pacientes.

- b) El número de consejerías de enfermería a paciente con diabetes mellitus se ve incrementada de 11 a 300 en el periodo 2015-2017 lo que contribuye a que el paciente adopte conductas de autocuidado y se pueda evitar complicaciones.

- c) Después de la intervención de enfermería del total de pacientes captados en cada año se fue incrementando la adherencia al programa pues de un total de 60 pacientes captados en el año 2017 se logró que 55 acudieran durante todo el año a sus controles.

- d) Los niveles de glucosa en ayunas mejoraron con la intervención de enfermería pues de 60 pacientes se logró que 40 obtuvieron resultados óptimos.

VI. RECOMENDACIONES

- a) A la institución se sugiere incrementar el número de profesionales de enfermería y la capacitación continua del mismo que permita tener un mejor enfoque en la captación, seguimiento y cambios de conducta en el paciente con diabetes mellitus.

- b) Coordinar con la institución para asignación de presupuestos que permitan implementar un ambiente adecuado y material impreso para las consejerías a pacientes con diabetes mellitus que permitan abordar mejor la educación al paciente.

- c) Pedir a la institución que realice evaluaciones trimestrales en el Establecimiento de salud para evaluar resultados y propiciar elaboración de ideas que ayuden al autocuidado del paciente diabético.

- d) Sugerir a la institución la operatividad y abastecimiento de insumos en laboratorio en forma continua, así como realizar las coordinaciones respectivas para el abastecimiento de medicamentos en farmacia que contribuyan a la adherencia del paciente al programa.

VII. REFERENCIALES

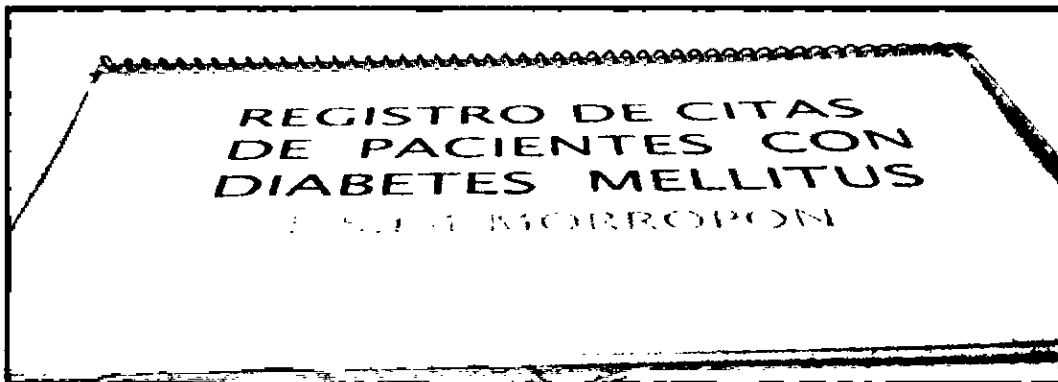
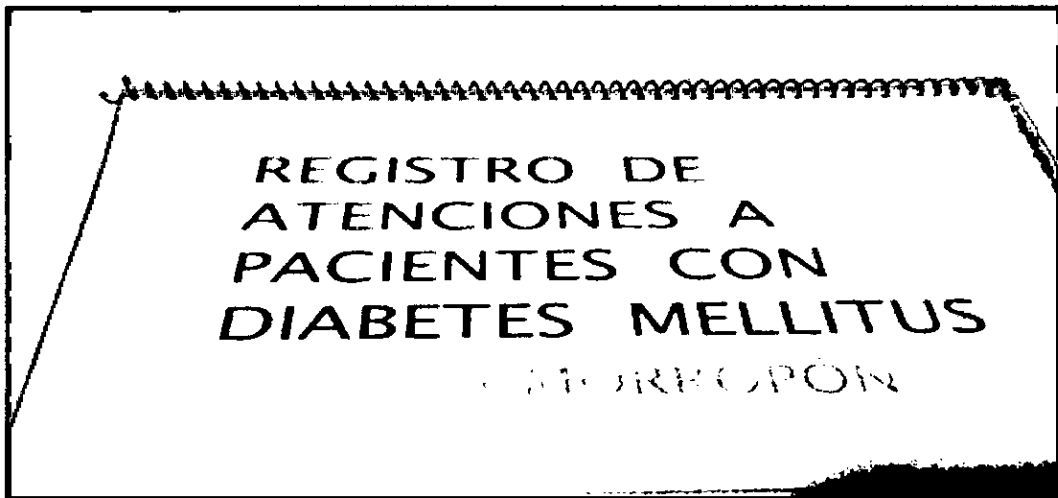
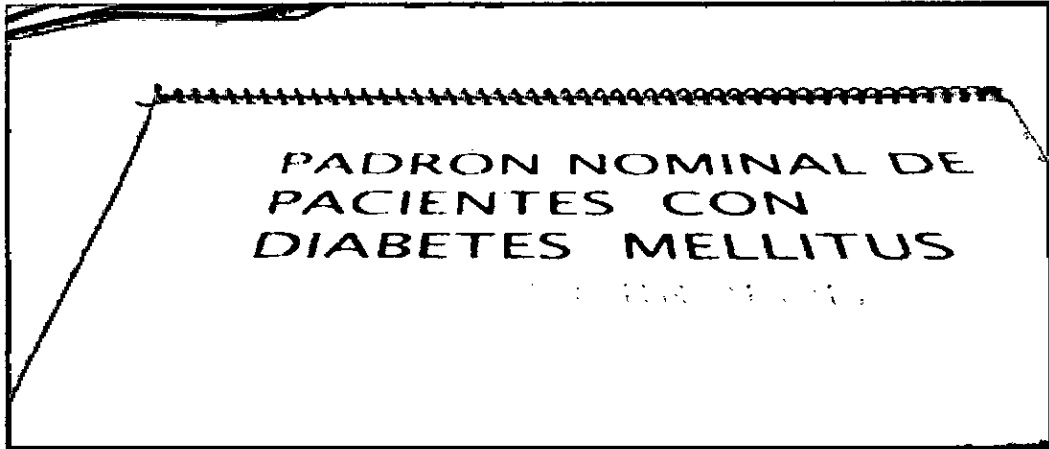
1. OMS. Informe sobre la diabetes 2016
2. URBAN Reyes Berta. Estilo de vida y control glucémico en pacientes con diabetes mellitus. Revista en Atención Familiar Vol. 22: Julio a Setiembre 2015.
3. MINSA: Guía práctica para el diagnóstico tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo2.RM719-5015
4. CHASAGUANO Edgar. Estilos de vida en los pacientes con diabetes mellitus que asisten al club del diabético del centro de salud No 1Latacunga.julio-agosto 2015.
5. INEI. Nota de prensa No 64. noviembre 2016.
6. Atención primaria Educación grupal frente a individual en el paciente diabético tipo 2.V 32.pag 36-41.
7. JMAR-García. Relación entre automanejo y percepción de funcionalidad familiar en personas con diabetes mellitus tipo 2. Revista de enfermería. Vol. 14. setiembre 2017
8. CASTRO-Meza A.N. La enseñanza a pacientes con diabetes: significado para profesionales de enfermería Revista Enfermería Universitaria.v14. Marzo 2017
9. VELASCO Casillas Andrea. Impacto de un mapa conversacional como estrategia educativa para mejorar el control metabólico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista de Atención Familiar.V21-2. Abril-junio 2014.
10. BARRETO de Moncada Simonize Construcción y validación del Instrumento de evaluación de autocuidado para pacientes con diabetes mellitus tipo 2 V 25. junio 2017
11. GAMBOA CASTILLO Ericka "efectividad de un taller educativo sobre el nivel de autocuidado de miembros inferiores en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 hospital regional docente de Trujillo 2016".

Tesis para obtener el título profesional de licenciada en enfermería
julio 2016

12. OMS. Nota descriptiva sobre la diabetes. Noviembre 2017
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
13. GUIA ADA 2018.Standars of medical care en diabetes.2018
14. SANCHEZ Fuentes. Protocolo de diabetes mellitus 2. Sociedad española de medicina.2010
15. VALDES Ramos Eduardo, Niurka Bencosme. Las complicaciones microvasculares y su relación con algunas variables clínicas y bioquímicas en diabetes tipo 2. Revista cubana de Endocrinología. Diciembre 2010.
16. PRADO Solar,Liana Alicia La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. v36.Matanzas noviembre-diciembre 2014.
17. RODRIGUEZ Moreno Inmaculada Relación de la calidad de vida y los autocuidados podológicos con las complicaciones asociadas a la diabetes. Revista española de podología 28. Diciembre 2017.
18. GARCES Costellote Elena, JIMENEZ RODRIGUEZ Lourdes. Transhumanismo: cómo el mejoramiento humano cambiará el cuidado. Un análisis desde la teoría general del déficit de autocuidado.V10. Santa Cruz 2016.
19. SILLAS Gonzales Delia, Jordán Jinez Lourdes. Autocuidado, Elemento Esencial en la Práctica de EnfermeríaV19. Marzo 2011.
20. NICK Intervención de enfermería <http://enfermeriaactual.com/nic/>
21. PREETI Kishore, Manual MSD Complicaciones de la diabetes mellitus

ANEXOS

REGISTROS DE ENFERMERÍA



**REGISTRO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES
MELLITUS PROCEDENTES DE LA CONSULTA EXTERNA
/ACTIVIDADES EXTRAMURALES - ESI4 MORROPÓN**

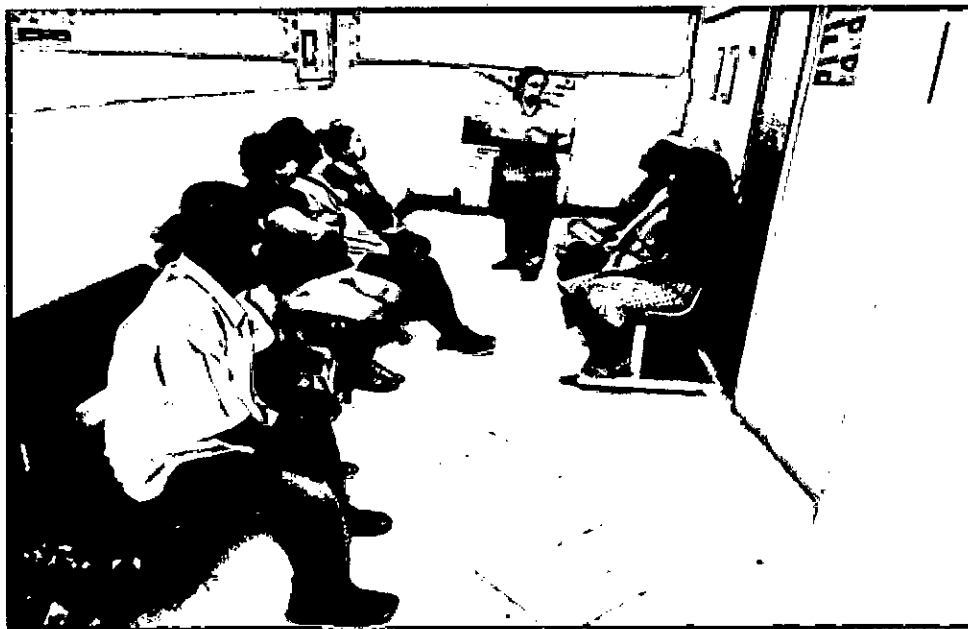
FECHA	HIST CLIN	DNI	APELLIDOS Y NOMBRES	DIRECCION	CELULAR

CONSEJERÍAS A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
ESI4 MORROPÓN

HIST. CLIN	DNI	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	C1	C2	C3	C4	C5	C6

SESIONES EDUCATIVAS A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

SESIONES GRUPALES



Fuente: Elaboración Propia, 2017

ORIENTACIÓN Y CONSEJERIA



Fuente: Elaboración Propia, 2017

EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS



Fuente: Elaboración Propia, 2017

EVALUACIÓN DE PIE DIABÉTICO



Fuente: Elaboración Propia, 2017

EVALUACIÓN DE PULSOS EN MIEMBROS INFERIORES



Fuente: Elaboración Propia, 2017

EVALUACIÓN CON MONOFILAMENTO



Fuente: Elaboración Propia, 2017

PIE DIABÉTICO



Fuente: Elaboración Propia, 2017

CONTROL MENSUAL DE GLUCOSA



Fuente: Elaboración Propia, 2017

FICHA DE PACIENTES NUEVOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES LLENADO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ANEXO 02: FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE DIABETES

PERU Ministerio de Salud Dirección General de Epidemiología		DIABETES FICHA EPIDEMIOLÓGICA	
I-4 MORROPON		98-269	
Datos del paciente			
GARCIA		JIMENEZ	
Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Femenino		Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	
		28/10/1993	
		Edad <input type="text" value="74"/>	
Nº DNI		43463432	
Grado de Instrucción			
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Primaria Incompleta		<input type="checkbox"/> 4. Secundaria completa	
<input type="checkbox"/> 2. Primaria completa		<input type="checkbox"/> 5. Superior no univ. Incompl.	
<input type="checkbox"/> 3. Secundaria Incompleta		<input type="checkbox"/> 6. Superior no univ. Compl.	
<input type="checkbox"/> 7. Superior univ. Incomp.		<input type="checkbox"/> 8. Superior univ. Compl.	
<input type="checkbox"/> 9. Ninguno.			
Lugar de nacimiento			
PIURA		MORROPON	
Departamento		Provincia	
Lugar de residencia			
PIURA		MORROPON	
Departamento		Provincia	
Dirección			
CASA BLANCA		Teléfono fijo	
		Celular	
Tipo de seguro de salud			
<input checked="" type="checkbox"/> 1. SIS		Seguro de salud <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	
<input type="checkbox"/> 2. EsSalud (titular)		<input type="checkbox"/> 7. Privado (prepago)	
<input type="checkbox"/> 3. EsSalud (familiar)		<input type="checkbox"/> 8. Privado (autosseguro)	
<input type="checkbox"/> 10. Otro		<input type="checkbox"/> 9. Privado (seguro de asistencia médica)	
Cual:			
Fecha de captación <input type="text" value="07"/> <input type="text" value="12"/> <input type="text" value="2019"/>		Exámenes Bioquímicos durante la captación del caso	
Tipo de caso: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Caso nuevo (incidente) <input type="checkbox"/> 2. Caso prevalente		Glicemia (ayunas) <input type="text" value="106"/> mg/dL	
Tiempo de enfermedad <input type="text" value="10"/> años <input type="text"/> meses		Glicemia Post Prandial <input type="text"/> mg/dL	
		TTG (2 horas) <input type="text"/> mg/dL	
		Hemoglobina Glicosilada <input type="text"/> %	
Tipo de diabetes: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Tipo 1 <input type="checkbox"/> 2. Tipo 2 <input type="checkbox"/> 3. Gestacional <input type="checkbox"/> 4. Secundaria <input type="checkbox"/> 5. Pre-diabetes <input type="checkbox"/> 6. No Clasificada <input type="checkbox"/> 7. Otro		Microalbuminuria <input type="text"/> mg/gr creatinina	
Peso corporal <input type="text" value="74"/> Kg.		Colesterol LDL <input type="text"/> mg/dL	
Talla <input type="text" value="165"/> cm.		Creatinina sérica <input type="text"/> mg/dL	
Perímetro de cintura <input type="text" value="95"/> cm.		Proteinuria (24 h) <input type="text"/> g/L	
PA sistólica <input type="text" value="120"/> mm Hg		Estado del caso al momento de la consulta:	
PA diastólica <input type="text" value="80"/> mm Hg		<input checked="" type="radio"/> 1 Controlado / Estable	
		<input type="radio"/> 2 Complicado	
		<input type="radio"/> 3 Muerto	
		<input type="radio"/> 4 Descompensado	
		Número de consultas (últimos 12 meses) <input type="text"/> -	
		Número de hospitalizaciones (últimos 12 meses) <input type="text"/> -	
Comorbilidad al momento de la captación del caso (marque una o más)		Complicaciones al momento de la captación del caso:	
<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Enf. Tiroidea		Caso Evaluado <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	
<input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Tuberculosis		Complicación(es) detectada(s) en la evaluación.	
<input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> Fuma actualmente		<input type="checkbox"/> Neuropatía	
<input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Cáncer		<input type="checkbox"/> Retinopatía no proliferativa	
<input type="checkbox"/> Hígado graso <input type="checkbox"/> Tipo de cáncer		<input type="checkbox"/> Retinopatía proliferativa	
<input type="checkbox"/> Otra <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Pie diabético (s/ amputación)	
		<input type="checkbox"/> Pie diabético (c/ amputación)	
		<input type="checkbox"/> Episodios de hipoglicemia (últimos 6 meses)	
Tratamiento		Médico tratante _____	
Tratamiento no medicamentoso <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> NO		CMP: _____	
Tratamiento Medicamentoso		OBSERVACIONES	
Tipo de Medicamento (seleccione una o más)		 DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA - MINSA CALLE DANIEL OLAECHEA Nº 199 - JESÚS MARÍA - LIMA 11 CENTRAL 631-4500	
<input checked="" type="checkbox"/> Metformina <input type="checkbox"/> Insulinas análogas			
<input checked="" type="checkbox"/> Sulfonilureas <input type="checkbox"/> Glitazonas			
<input type="checkbox"/> Inhibidores DPP-IV <input type="checkbox"/> Gliflozinas			
<input type="checkbox"/> Insulinas Humanas <input type="checkbox"/> Agonistas de receptores GLP 1			
9 Otros			
Tiempo que estas en tratamiento <input type="text" value="08"/> años <input type="text"/> meses			
Recibió Educación en Diabetes <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> NO			
Cumplimiento del tratamiento <input type="text" value="2"/>			
1 Cumple <input type="checkbox"/> 2 No cumple <input type="checkbox"/> 3 Iniciando tratamiento <input type="checkbox"/>			

FICHAS ANUALES DE CONTROL A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

ANEXO 03 FICHA DE SEGUIMIENTO DE CASOS DE DIABETES

PERÚ Ministerio de Salud Dirección General de Epidemiología	DIABETES FICHA DE SEGUIMIENTO												
ICH MORROPON 00-2403													
SAavedra DE AGUIRO BENEDITA													
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa) 19 4 1950	Edad 67												
Número DNI 03335344													
Dirección actual HUAVILLA													
Teléfono fijo Celular													
Seguro de salud <input checked="" type="checkbox"/> 1. SI 2. No													
Tipo de seguro de salud <input checked="" type="checkbox"/> 1													
<table style="width: 100%; font-size: small;"> <tr> <td>1. sis</td> <td>2. EsSalud (facultativo)</td> <td>7. Privado (prepago)</td> </tr> <tr> <td>2. EsSalud (titular)</td> <td>3. EsSalud (régimen especial)</td> <td>8. Privado (autoseguro)</td> </tr> <tr> <td>3. EsSalud (familiar)</td> <td>6. FFAA. / PNP</td> <td>9. Privado (sólgo de asistencia médica)</td> </tr> <tr> <td>10. Otro</td> <td colspan="2">Cual: _____</td> </tr> </table>		1. sis	2. EsSalud (facultativo)	7. Privado (prepago)	2. EsSalud (titular)	3. EsSalud (régimen especial)	8. Privado (autoseguro)	3. EsSalud (familiar)	6. FFAA. / PNP	9. Privado (sólgo de asistencia médica)	10. Otro	Cual: _____	
1. sis	2. EsSalud (facultativo)	7. Privado (prepago)											
2. EsSalud (titular)	3. EsSalud (régimen especial)	8. Privado (autoseguro)											
3. EsSalud (familiar)	6. FFAA. / PNP	9. Privado (sólgo de asistencia médica)											
10. Otro	Cual: _____												
Fecha de Control: 30 11 2017 Tiempo de enfermedad 10 años meses	Exámenes bioquímicos durante el Control: Glicemia (ayunas) 117 mg/dL Glicemia Post Prandial mg/dL TYG (2horas) mg/dL Hemoglobina Glicosilada % Microalbuminuria mg/gr creatinina Colesterol LDL mg/dL Creatinina sérica mg/dL Proteinuria (24 h) g/L Estado del caso al momento de la consulta: <input checked="" type="radio"/> 1 Controlado / Estable <input type="radio"/> 2 Complicado <input type="radio"/> 3 Muerto <input type="radio"/> 4 Descompensado Número de consultas (últimos 12 meses) 09 Número de hospitalizaciones (últimos 12 meses) -												
Comorbilidad al momento de la captación del caso (marque una o más) <input checked="" type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Enf. Tiroidea <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> Fuma actualmente <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Hígado graso <input type="checkbox"/> Tipo de cáncer <input type="checkbox"/> Otra <u>Aritmias</u>	Complicaciones al momento de la captación del caso: Caso Evaluado <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> SI Complicación(es) detectada(s) en la evaluación. <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> Neuropatía diabética <input type="checkbox"/> Retinopatía no proliferativa <input type="checkbox"/> Enf. Isquémica corazón <input type="checkbox"/> Retinopatía proliferativa <input type="checkbox"/> Enf. Cerebrovascular <input type="checkbox"/> Pie diabético (s/ amputación) <input type="checkbox"/> Enf. Arterial periférica <input type="checkbox"/> Pie diabético (c/ amputación) <input type="checkbox"/> Episodios de hipoglucemia (últimos 6 meses)												
Tratamiento Tratamiento no medicamentoso <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Tratamiento Medicamentoso Tipo de Medicamento (seleccione una o más) <input checked="" type="checkbox"/> 1 Metformina <input type="checkbox"/> 2 Sulfonilureas <input type="checkbox"/> 3 Inhibidores DPP-IV <input type="checkbox"/> 4 Insulinas Humanas <input type="checkbox"/> 5 Insulinas análogas <input type="checkbox"/> 6 Glitazonas <input type="checkbox"/> 7 Glifazinas <input type="checkbox"/> 8 Agonistas de receptores GLP 1 <input type="checkbox"/> 9 Otros Tiempo que está en tratamiento años meses Recibió Educación en Diabetes <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cumplimiento del tratamiento <input checked="" type="checkbox"/> 1 1 Cumple 2 No cumple 3 Iniciando tratamiento	Médico tratante _____ CMP: _____ OBSERVACIONES 												

APOYO PSICOLÓGICO Y RECREACIONAL



Fuente: Elaboración Propia, 2017

APOYO PSICOLÓGICO Y RECREACIONAL



Fuente: Elaboración Propia, 2017