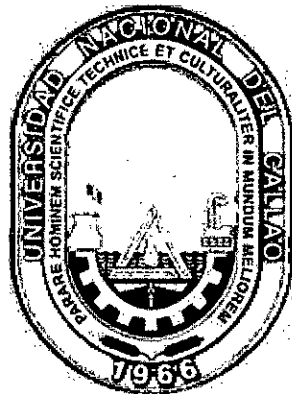


**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES
ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS EN EL
POLICLÍNICO SAN LUIS ESSALUD, LIMA 2013 - 2015”**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

LIC. MIRTHA HAIDEE ORTEGA ROMERO

Callao, 2016

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

DRA. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO	Presidenta
DRA. NÉLIDA ISABEL CHÁVEZ LINARES	Secretaria
MG. MARÍA DEL ROSARIO GUTIÉRREZ CAMPOS	Vocal

ASESORA Dra. LINDOMIRA CASTRO LLAJA

N° de Libro: 03

N° de Acta de Sustentación: 339

Fecha de aprobación de Informe de Experiencia Laboral: 25/11/2016

Resolución de Decanato N° 1354-2016-D/FCS de fecha 23 de noviembre de 2016 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	5
1.2 OBJETIVO	7
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	8
II. MARCO TEÓRICO	10
2.1 ANTECEDENTES.....	10
2.2 MARCO CONCEPTUAL	15
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	29
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	43
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	43
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	44
3.3 PROCESOS REALIZADOS EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS.....	48
IV. RESULTADOS.....	51
V. CONCLUSIONES	58
VI. RECOMENDACIONES.....	59
VII. REFERENCIALES.....	60
ANEXOS.....	63

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus, es un síndrome que puede aparecer a cualquier edad, pero se ha demostrado que el riesgo de aparición aumenta con la edad, siendo las personas de la tercera edad quienes más padecen dicha enfermedad. Se dice que puede deberse al resultado de un proceso auto inmunitario, asociado a predisposición genética, y desencadenado por factores ambientales o bien, puede obedecer a una disminución de la sensibilidad a la acción de la insulina.

La diabetes tiene un gran impacto en la calidad de vida a causa de sus complicaciones a largo plazo; según la Organización Mundial de la Salud (OMS), a causa de la diabetes en el mundo, cada 30 segundos se amputa una pierna y cada 15 segundos muere una persona (1). Es por ello imprescindible que la atención de la persona con diabetes comprenda otros aspectos, además de aquellos que se relacionan con las alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono; además de la ayuda integral a estos sujetos y su familia, fomentando cambios en sus hábitos de vida, que ayuden a mejorar el control metabólico, a prevenir las complicaciones y comprender sus necesidades. El tratamiento de una persona con diabetes requiere tiempo, comprensión y habilidades por parte del equipo de salud, pero es el profesional de Enfermería quien juega un rol muy importante sobre todo en la parte preventiva ante las posibles complicaciones y en la educación para controlar su enfermedad mediante estilos de vida saludables.

El presente informe de experiencia profesional titulado: "Cuidados de enfermería en los pacientes adultos mayores con Diabetes Mellitus en el Policlínico San Luis EsSalud, lima 2013 – 2015" tiene como objetivo dar a conocer o relatar las actividades que el profesional de enfermería realiza, partiendo de mi experiencia con los pacientes adultos mayores que padecen esta enfermedad, priorizando la labor preventivo promocional, enfatizando en el auto cuidado y el trabajo con la familia y comunidad.

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: El capítulo I describe del planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación; el capítulo II incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos; el capítulo III considera la presentación de la experiencia profesional; el capítulo IV expone los resultados; el capítulo V las conclusiones; el capítulo VI las recomendaciones; finalmente en el capítulo VII las referencias, y contiene un apartado de anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La diabetes mellitus es una alteración y/o desorden crónico metabólico y se ha convertido en los últimos años en un problema de salud global y alarmante, siendo una de las principales causas de enfermedad y muerte temprana en los adultos.

Las personas que padecen de diabetes tienen una esperanza de vida reducida; si no se controlan adecuadamente aumentan el riesgo de presentar complicaciones. Así La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó en el 2014 una prevalencia de esta enfermedad de 9% de adultos mayores de 18 años de la población mundial (2). En el año 2012 fallecieron 1.5 millones de personas en el mundo como consecuencia directa de la diabetes y más del 80% de muertes se registran en los países bajos y medios(3). Según proyecciones de OMS, la diabetes mellitus será la séptima causa de mortalidad en el año 2030. Sin embargo cabe mencionar que también puede provocar discapacidad permanente a causa de las complicaciones como: enfermedades cardíacas y accidentes cerebro vasculares, ceguera, enfermedad renal crónica y amputaciones.(4)

Para Latinoamérica, La OPS/OMS estima que alrededor de 62,8 millones de personas padecen diabetes; si la tendencia actual

continúa, se espera que este número aumente a 91,1 millones para 2030 (5). Actualmente el Perú se encuentra entre los cinco países con mayor número de casos, siendo antecedido por Brasil, México, Argentina y Colombia.

De acuerdo a la encuesta demográfica y de salud familiar – ENDES, 2014, 706,775 peruanos mayores de 15 años fueron diagnosticados con diabetes mellitus, siendo la prevalencia de 3.2%. De ellos el 70.2% recibe tratamiento, y aproximadamente 300,000, no conocen que padecen este mal. En total serían un millón de peruanos afectados. Se dice además que de cada 10 adultos mayores en el Perú, 2 padecen de diabetes(6).

La gran complejidad de esta patología, genera que el paciente con diabetes presente muchas necesidades diferentes de aprendizaje en relación con la dieta, la monitorización y los tratamientos; siendo las enfermeras quienes cubren gran parte de estas necesidades, y habitualmente educan a los pacientes para llevar un autocontrol de su enfermedad, ya que una de las actividades comprendidas en la atención primaria de salud, se refiere a la educación sobre los principales problemas de salud y métodos de prevención que se deben brindar a la población. Por lo tanto la DM puede ser abordada en el primer nivel de atención por enfermería, entre otras disciplinas de la salud.

En la actualidad, el Policlínico San Luis de EsSalud cuenta con la Unidad Integral del adulto, donde la enfermera brinda atención a pacientes con enfermedades crónicas, entre ellas la diabetes mellitus, atendiendo un promedio de 1,500 pacientes aproximadamente de forma mensual, correspondiendo el 70 % a pacientes diabéticos. En el informe anual del 2015 se reportó que el 15% de los pacientes tiene diagnóstico de retinopatía diabética, el 9% diagnóstico de nefropatía y el 5% de neuropatía, por lo que se reitera la importancia del control y la consejería respectiva referente a los factores de riesgo que pudiera tener la persona como dislipidemia, obesidad, sedentarismo, entre otros para modificar estilos de vida no saludables para evitar complicaciones.

La experiencia laboral del profesional de Enfermería de este servicio, permitirá analizar el desempeño del profesional, mejorando la calidad del servicio, desarrollando las funciones asistenciales, preventivas, y administrativas que le competen.

1.2 OBJETIVO

Describir la experiencia profesional en los cuidados de enfermería en los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus en el policlínico San Luis EsSalud, lima 2013 - 2015

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer los cuidados de enfermería que se deben brindar a los pacientes geriátricos con diabetes mellitus en el Policlínico San Luis, 2013-2015; con el propósito de disminuir múltiples complicaciones del paciente, asimismo, el presente informe se justifica:

Nivel Teórico: El presente estudio servirá para profundizar los conocimientos en cuanto a los cuidados de enfermería que se deben brindar al paciente y al familiar o cuidador principal en la diabetes mellitus II. De acuerdo a un modelo lineal el informe aporta los lineamientos teóricos científicos a los procesos empíricos estudiados y la contribución de autores basados en la materia, y constituyen base importante para futuros informes vinculados al tema.

Nivel Metodológico: El presente informe es importante a nivel metodológico, ya que logrará precisar algunos aspectos a considerar en los estudios requeridos por profesionales de enfermería al establecer los cuidados en la adecuada educación al paciente y su familia, y por el tiempo que lo requiera para el mejor manejo de su enfermedad y evitar complicaciones.

Nivel Social: A nivel social el informe beneficiará a los pacientes geriátricos que se atienden en la Unidad Integral del Adulto – Adulto Mayor. Asimismo, los resultados que se obtengan serán de

fundamental importancia para desempeñar con éxito la labor, y brindar una excelente atención a este tipo de pacientes.

Nivel Práctico: A nivel práctico el presente informe, permitirá aumentar los conocimientos a los enfermeros, familia o cuidador sobre el control y manejo de su enfermedad, estilos de vida saludables, hábitos de higiene y hábitos nocivos a prevenir para evitar complicaciones

Nivel Económico: Los pacientes geriátricos con diabetes mellitus llrepresentan una alta prevalencia en la salud pública,generando gran coste para la familia por la morbilidad que suponen, como por las graves repercusiones médicas, económicas y sociales que son frecuentes las complicaciones conllevan ala internación y prolongación de su estancia hospitalaria con incremento de costos sanitarios, ocasionando la pérdida de autonomía, independencia y autoestima en el paciente.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

HERRERA LIAN, Arleth; ANDRADE H., Yesid; HERNÁNDEZ S., Orlando; MANRIQUE M., Julián; FARIA C., Karen; MACHADO R., Mayerli. **“Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado”**. Cartagena - Colombia. 2012. cuyo objetivo fue identificar la capacidad de agencia de autocuidado de las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, inscritos en los programas de control de diabetes en 19 UPAS de Cartagena; aplicó el diseño descriptivo con abordaje cuantitativo, en una muestra de 225 adultos de ambos sexos. Se halló el predominó del sexo femenino (68,4%); y al valorar la capacidad de agencia de autocuidado, el 73,8% de los pacientes obtuvo una calificación de muy buena. A lo que se concluyó que el apoyo social recibido por los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y las prácticas de higiene personal y del entorno, el conocimiento y la adherencia a la dieta, permiten a los pacientes una buena capacidad de agencia de autocuidado(7).

DE LA PAZ CASTILLO, K.L.; PROENZA FERNÁNDEZ, L.; GALLARDO SÁNCHEZ Y.; FERNÁNDEZ PÉREZ, S.; MOMPIÉ LASTRE, A. **Factores de riesgo en adultos mayores con diabetes mellitus. Granma – Cuba. 2012.** Con el objetivo de describir los factores de riesgo para padecer dicha diabetes mellitus, realizaron un estudio descriptivo y retrospectivo a 50 adultos mayores con diabetes mellitus pertenecientes al consultorio médico de la familia N° 6 del Policlínico Universitario "Francisca Rivero Arocha" de Manzanillo, desde abril de 2008 hasta enero de 2010. Del total de pacientes con diabetes mellitus, el sexo femenino estuvo representado con 60,0%, y fue el grupo de edad de 70 a 79 años el de mayor predominio. Se concluyó, respecto a los hábitos tóxicos, que el 92,0% ingerían café, con una representación femenina; el porcentaje de fumadores y alcohólicos fue similar con un 30,0% para mujeres y 28,0% para los varones; respecto al cumplimiento de la dieta, se evidenció que el 56,9 % solo cumplían con tres comidas al día, o se alimentaban cada vez que querían, el resto no suplían sus necesidades dietéticas; además, el 56,0% no practican ejercicios ni desarrollaban algún tipo de actividad física(8).

CANTÚ MARTÍNEZ, Pedro C. **“Estilos de vida en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2”**. Monterrey – México. 2014. Tuvo como objetivo describir el estilo de vida de 65 pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 que asistieron al control de dicha enfermedad en diferentes Centros de Salud Urbanos del Área Metropolitana de Monterrey, N.L., México, durante el periodo de julio a septiembre del 2012. Estudio descriptivo y transversal, aplicado a una muestra no aleatoria seleccionada por conveniencia, en el orden de asistencia a consulta, a través del instrumento IMEVID, para explorar el estilo de vida. Resultando que el 70,7% de los encuestados presentan un estilo de vida inadecuado y un 56,92% se caracteriza por una conducta “moderadamente saludable, donde al mayor porcentaje se les diagnosticó sobrepeso (55,3%); en cuanto a las prácticas alimentarias, el 63% tiene un “inadecuado estilo de vida”; el 80% no cuenta con una clasificación saludable en la actividad física. Por lo que se concluyó que la *Diabetes mellitus* tipo 2 está relacionada directamente con los estilos de vida, conociendo más acerca de este padecimiento a partir de los propios actores para conocer mejor sus posturas, así como los cambios de actitud que implicarían una mejor restitución de la salud e integración social de quienes la padecen(9).

DÁVILA SOTO, Rosa Alvina; GARCÍA BUSTAMANTE, Noemí Antonia; SAAVEDRA HUANUIRI, Karen Jannyne.”**Adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores: variables asociadas. Iquitos –Perú. 2013.** El objetivo fue determinar las variables que se asocian a la adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores del Centro de Salud San Juan, ejecutándose un estudio descriptivo correlacional transversal. A una muestra de 75 adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, con selección aleatoria simple, se aplicaron instrumentos como el cuestionario sobre las características sociodemográficas del adulto mayor, la escala de apoyo familiar de Leitón (confiabilidad 0.85 y validez de 0.86), la escala de riesgo de no Adherencia de Gutiérrez y Bonilla (confiabilidad 0.82, de validez 0.91), y el Test de Morisky Green Levine (confiabilidad 0.61). Los hallazgos mostraron que el 69,33% de adultos mayores son no ejecutan las recomendaciones acordadas con el prestador de asistencia sanitaria; y dentro del perfil sociodemográfico, el 82,7% fueron adultos mayores entre 60 a 74 años, más de la mitad de las mujeres tienen estudios primarios (58,5%), mientras que los varones tienen estudios secundarios (45,5%) y superiores con (18,2%). El 40% tiene un tiempo de enfermedad inferior a 5 años y el 38,7% de 11 años a más; y en un 66,7% la patología asociada de mayor frecuencia fue la artrosis (10).

ARIAS, Milagros y RAMIREZ, Sandra. "Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2, zona urbana, distrito de Pachacamac". Lima – Perú.2013.

Determinar la relación del apoyo familiar y las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 zona urbana, distrito de Pachacámac – 2013. Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional en una población muestral de 48 adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 y 48 familiares cuidadores, registrados en el Consultorio Médico Parroquial Padre Rogelio García Fernández de la zona urbana distrito de Pachacámac. De los 48 familiares cuidadores, el 45,8% tienen más de 60 años de edad, el 70,8% es de sexo femenino siendo la hija la que prevalece en el cuidado, y el 32,3% tienen grado de instrucción secundaria. De los 48 adultos mayores 60,4% tienen entre 60 a 69 años, 60,4% son de sexo femenino, y el apoyo familiar es adecuado en el 64,6%; en cuanto a las prácticas de autocuidado, son regulares en un 52,1%, y según dimensiones resultaron regulares en control médico (77,1%), dieta (60,4%), ejercicios (52,1%), cuidado de los pies (68,8%) y control oftalmológico (50%). Concluyen que las variables no se encuentran relacionadas, son independientes entre sí; y el apoyo de la familia es fundamental para llevar un adecuado tratamiento, siendo muy importantes las sesiones educativas para reforzar el autocuidado. (11)

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 DIABETES MELLITUS

a) Definición

La diabetes es una enfermedad metabólica crónica, se origina porque el páncreas no sintetiza la cantidad de insulina que el cuerpo humano necesita, o no es capaz de utilizarla con eficacia, ocasionando a que los valores de glucosa en sangre se incrementen (Hiperglucemia). La insulina es una hormona producida por el páncreas, su principal función es el mantenimiento de los valores adecuados de glucosa en sangre. Permite que la glucosa entre en el organismo y sea transportada al interior de las células, en donde se transforma en energía para que funcionen los músculos y los tejidos. Además, ayuda a que las células almacenen la glucosa hasta que su utilización sea necesaria. (12)

Para comprender la diabetes, es importante entender primero el proceso normal por medio del cual el alimento se descompone y es empleado por el cuerpo para obtener energía: Suceden varias cosas cuando se digiere el alimento: un azúcar llamado glucosa entra en el torrente sanguíneo (la glucosa es una fuente de energía para el cuerpo); un órgano llamado páncreas produce la insulina, cuyo rol es transportar la

glucosa del torrente sanguíneo hasta los músculos, la grasa y las células hepáticas, donde puede almacenarse o utilizarse como energía.

Las personas con diabetes presentan hiperglucemia, debido a que su cuerpo no puede movilizar el azúcar desde la sangre hasta los adipocitos y células musculares para quemarla o almacenarla como energía, y dado que el hígado produce demasiada glucosa y la secreta en la sangre. Esto se debe a que el páncreas no produce suficiente insulina; las células no responden de manera normal a la insulina; o ambas razones anteriores.

b) Etiología

Esta enfermedad crónica aparece en el adulto mayor a causa de la disminución de la secreción de insulina asociada al envejecimiento y por una mayor resistencia a la insulina debido a un incremento en la proporción de grasa corporal y disminución de la masa muscular.

c) Factores de riesgo

Los principales factores de riesgo son: el sobrepeso y obesidad (acumulo de grasa abdominal); el sedentarismo; antecedentes familiares de primer grado de DM; la edad del paciente (a

mayor edad, mayor riesgo de padecer esta enfermedad); y la dieta rica en grasas saturadas y pobre en fibras.

d) Tipos

- **Diabetes tipo 1:** Puede ocurrir a cualquier edad, pero se diagnostica con mayor frecuencia en niños, adolescentes o adultos jóvenes. En esta enfermedad, el cuerpo no produce o produce poca insulina. Esto se debe a que las células del páncreas que producen la insulina dejan de trabajar. Se necesitan inyecciones diarias de insulina. La causa exacta se desconoce.
- **Diabetes tipo 2:** Es mucho más común. Generalmente se presenta en la edad adulta pero, debido a las tasas altas de obesidad, ahora se está diagnosticando en niños y adolescentes. Algunas personas con este tipo de diabetes no saben que padecen esta enfermedad. Con la diabetes tipo 2, el cuerpo es resistente a la insulina y no la utiliza con la eficacia que debería.
- **La diabetes gestacional:** es el nivel de azúcar alto en la sangre que se presenta en cualquier momento durante el embarazo en una mujer que no tiene diabetes.

e) Signos y síntomas

Los más comunes son la visión borrosa, la sed excesiva (polidipsia), la fatiga, la micción frecuente (poliuria), Hambre, y la pérdida de peso significativo en un lapso corto de tiempo.

f) Complicaciones

Después de muchos años, la diabetes puede llevar a otros problemas serios. Estos problemas se conocen como complicaciones de la diabetes e incluyen:

- Problemas oculares, como dificultad para ver (especialmente por la noche), sensibilidad a la luz y ceguera.
- Úlceras e infecciones en las piernas o los pies que, de no recibir tratamiento, pueden llevar a la amputación de estas extremidades.
- Daño a los nervios en el cuerpo causando dolor, hormigueo, pérdida de la sensibilidad, problemas para digerir el alimento y disfunción eréctil.
- Problemas renales, los cuales pueden llevar a insuficiencia renal.
- Debilitamiento del sistema inmunitario, lo cual puede llevar a infecciones más frecuentes.
- Aumento de la probabilidad de sufrir un ataque cardíaco o un ataque cerebral (accidente cerebrovascular).

g) Criterios diagnósticos

- **Glucemia en ayunas:** Se diagnostica diabetes si el nivel de glucosa en ayunas es mayor a 126 mg/dL en 2 exámenes diferentes. Los niveles entre 100 y 126 mg/dL se denominan alteración de la glucosa en ayunas o prediabetes. Dichos niveles son factores de riesgo para la diabetes tipo 2.
- **Examen de hemoglobina A1c (A1C):** Lo normal es menos de 5.7%, prediabetes es entre 5.7% y 6.4% y diabetes es 6.5% o superior.
- **Prueba de tolerancia a la glucosa oral:** Se diagnostica diabetes si el nivel de glucosa es superior a 200 mg/dL luego de 2 horas de tomar una bebida azucarada (se usa con mayor frecuencia para la diabetes tipo 2).

h) Tratamiento

La diabetes tipo 2 se puede contrarrestar con cambios en el estilo de vida, especialmente bajando de peso con ejercicio y comiendo alimentos más saludables; algunos casos de diabetes tipo 2 se pueden mejorar con cirugía para bajar de peso; y para la diabetes tipo 1 no hay cura. El tratamiento tanto de la diabetes tipo 1 como de la diabetes tipo 2 consiste en medicamentos, dieta y ejercicio para controlar el nivel de azúcar en la sangre.

Todas las personas con diabetes deben recibir una educación adecuada y apoyo sobre las mejores maneras de manejar su diabetes. Lograr un mejor control del azúcar en la sangre, el colesterol y los niveles de la presión arterial ayuda a reducir el riesgo de enfermedad renal, enfermedad ocular, enfermedad del sistema nervioso, ataque cardíaco y accidente cerebrovascular.

i) Prevención

Mantener un peso corporal ideal y un estilo de vida activo puede prevenir o retardar el comienzo de la diabetes tipo 2. También pueden usarse algunas medicinas para retrasar o prevenir el inicio de la diabetes tipo 2.

En estos momentos, la diabetes tipo 1 no se puede prevenir. Sin embargo, existen investigaciones prometedoras que muestran que la diabetes tipo 1 se puede retrasar en algunas personas con alto riesgo.(13)

2.2.2 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS

La expresión tercera edad es un término que hace referencia a la población de personas mayores o ancianas, se trata de una

población que tiene 60 años de edad o más; en esta etapa el cuerpo se va deteriorando, lo que es sinónimo de vejez y ancianidad, siendo la séptima y última etapa de la vida (prenatal, infancia, niñez, adolescencia, juventud, adultez y vejez o ancianidad) aconteciendo después de esta, la muerte. Hoy en día, el término más utilizado por los profesionales es: personas mayores en España y Argentina, y adulto mayor (en América Latina).

Este grupo de edad ha estado creciendo en la pirámide de población o distribución por edades en la estructura de población, debido principalmente a la baja en la tasa de mortalidad por la mejora de la calidad y esperanza de vida de muchos países. Las condiciones de vida para las personas de la tercera edad son especialmente difíciles, pues pierden rápidamente oportunidades de trabajo, actividad social y capacidad de socialización, y en muchos casos se sienten postergados y excluidos. En países desarrollados, en su mayoría gozan de mejor nivel de vida, son subsidiados por el Estado y tienen acceso a pensiones, garantías de salud y otros beneficios. Incluso hay países desarrollados que otorgan trabajo sin discriminar por la edad y donde prima la experiencia y capacidad. Las enfermedades asociadas a la vejez

(Alzheimer, artrosis, Diabetes, Cataratas, Osteoporosis etc.).(14)

Las personas adultas mayores, se ha clasificado en tres grupos.

- **Persona Adulta Mayor independiente o autovalente:** Es aquella capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria: comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse, así como también las actividades instrumentales de la vida diaria como cocinar, limpiar la casa, comprar, lavar, planchar, usar el teléfono, manejar su medicación, administrar su economía, con autonomía mental.
- **Persona Adulta Mayor Frágil:** Es quien tiene alguna limitación para realizar todas las actividades de la vida diaria básica.
- **Persona Adulta Mayor dependiente o postrada:** Es aquella que requiere del apoyo permanente de terceras personas. Tiene problemas severos de salud funcional y mental.

Como se ve líneas arriba, el adulto mayor requiere de un cuidado efectivo, que incluya no sólo la recuperación sino también, y muy destacadamente, la promoción de su salud, el crecimiento individual y familiar. Es en este contexto general

donde la profesional de enfermería debe entregar su contribución específica complementando a la ciencia del curar.

Los cuidados de enfermería son actos realizados por un profesional de Enfermería, definidos por el Consejo Internacional de Enfermeras. La atención de enfermería incluye todos los actos que se prodigan a las personas que los necesitan sin distinción de edad, sexo u origen; entre las principales tareas de los cuidados de enfermería se incluyen, entre otros, la promoción y el mantenimiento de la salud pero también la noción de prevención de riesgos. Florence Nightingale, una enfermera británica, fue la primera en reglamentar los principios de los cuidados de enfermería en 1859. Hoy en día, los cuidados de enfermería designan tanto una práctica como una postura moral.(14)

a) Educación al paciente diabético

Tiene por objetivo brindar conocimientos y destrezas que permiten al paciente diabético participar en su autocuidado colaborando de esa manera permanentemente con el equipo de salud que lo atiende. La educación se puede impartir de manera individual o en grupo. La educación individual se inicia en la primera consulta, se le debe explicar al paciente cuales son las características de la enfermedad que le aqueja, las

pautas alimentarias y medicamentosas, se hablará acerca de la importancia del autocuidado, el peligro de los pies, cuidado de los ojos, control de la presión arterial ventajas del ejercicio físico; debe ser permanente en todas las consultas que asiste el paciente. También en la consulta se debe enfatizar el aspecto emocional del paciente respecto de su enfermedad ya que este se ve muy afectado (15).

b) Promoción del autocuidado del profesional de enfermería

El autocuidado para enfermería, constituye un enfoque particular hacia la práctica clínica que pone énfasis primordialmente en la capacidad del usuario de lograr y mantener su salud. El autocuidado aun cuando está íntimamente vinculado con los conocimientos aprendidos, es una conducta que aparece súbitamente en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividades en beneficio de su vida, salud y bienestar (16).

Históricamente, la Enfermería es una disciplina que tiene como uno de sus objetivos la educación de las personas para el autocuidado. El autocuidado es definido como una función reguladora que los individuos utilizan deliberadamente para

manutención de los requisitos vitales, del desarrollo y funcionamiento integral.

La habilidad para desempeñar el autocuidado es desarrollada durante el curso de la vida diaria, por medio de un proceso espontáneo de aprendizaje, en el período de la madurez de la curiosidad intelectual, con la instrucción y supervisión de otros y mediante la experiencia de medidas de autocuidado.

El autocuidado también es considerado como parte del estilo de vida de las personas, el cual es comprendido como estándares de conducta que se reflejan en la forma de interactuar de los individuos con su medio social. Así, la elección de un estilo de vida saludable implica en acciones de autocuidado concreto, tales como la automedicación, el autotratamiento, el apoyo social y el cuidado en situaciones de enfermedad en el ambiente de la persona. La OMS recomienda la educación para el autocuidado con la finalidad de prevenir y tratar las enfermedades crónicas, la misma que debe promover el soporte para el desarrollo de las habilidades de autocuidado, a fin de responsabilizarlas por su salud y ayudarlas a aprender a convivir mejor con la enfermedad, modificar o mantener los hábitos saludables, estimular la autoconfianza para sentirse mejor cualquiera que sea la gravedad de la enfermedad.

El autocuidado es una estrategia eficaz para la reducción de los costos de la salud, colaborando para la reducción del número de admisiones hospitalarias y de las consultas de urgencia, uso racional de los medicamentos y mejor relación entre el profesional de salud y el paciente (17).

c) Estilos de vida saludables

Los estilos de vida son comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud. Están relacionados con los patrones de consumo del individuo en su alimentación, de tabaco, así como con el desarrollo o no de actividad física, los riesgos del ocio en especial el consumo de alcohol, drogas y otras sustancias nocivas(18).

Los estilos de vida saludables son todas aquellas conductas que van a contribuir en prevenir enfermedades o mantenerlas controladas en caso hayan sido adquiridas. Los estilos de vida saludables que más se promueven en el adulto mayor son:

▪ La actividad física

Es buena a cualquier edad. “Muy viejo” y “muy débil” no son razones suficientes para prohibir la actividad física. En realidad, no hay muchas razones de salud para limitar la actividad física. Su médico puede hablarle e indicarle si está en condiciones de realizar ejercicios, y sobre la importancia

de la actividad física en su vida. La actividad física son los ejercicios físicos planificado para cada persona de forma progresiva y diario o interdiario para mantener la fortaleza de los músculos y los huesos.

La importancia de la actividad física radica en que: fortalece los huesos y músculos; permite una sensación de bienestar y disminuye la tristeza, el estrés y la ansiedad; disminuye la grasa (colesterol) y el azúcar en la sangre; ayuda a mantener el buen estado de ánimo; ayuda a dormir mejor y relajado; mejora la capacidad de memoria, la atención y concentración; mejora el corazón y la circulación.

Como promover el ejercicio en el adulto mayor:

- Primero: El ejercicio es planificado para cada persona, de forma progresiva, aproximadamente 30 minutos de preferencia diaria o interdiaria sin descansar los fines de semana ni feriados, aumentando poco a poco la cantidad del ejercicio.
- Segundo: Se realiza en base a un plan: Elección del horario, tipo de ejercicio a realizar, elección de vestimenta adecuada, elección del espacio físico, de equipos o aparato

- Tercero: La actividad física puede ser ejercicios simples como: caminar, bailar, correr, trotar, montar bicicleta; o ejercicios dirigidos: gimnasia, aeróbicos, taichí, ejercicios de flexibilidad, de fortalecimiento, equilibrio. Lo importante es que sea agradable y de fácil ejecución.

▪ **Alimentación y nutrición saludable**

Una de las mejores maneras de darle al cuerpo la nutrición que necesita es comiendo a diario una variedad de alimentos y bebidas con un adecuado contenido de nutrientes. Una buena nutrición promueve y mantiene la salud, retrasando algunos cambios del envejecimiento, disminuyendo la frecuencia de algunas enfermedades.

Factores que intervienen en la nutrición: educación; los cambios del envejecimiento; disminución de la saliva, lo que ocasiona problemas en la masticación y deglución de los alimentos; alteración de la dentadura; los hábitos alimentarios; el estado de salud.

Autocuidado de la alimentación en el adulto mayor:

- Conocer y acceder a los alimentos saludables
- Tener una alimentación balanceada.
- Consumir frutas, verduras, legumbres y cereales fibra.
- Consumir pescado fresco, aves.

- Consumir frecuentemente agua (importante beber líquidos a lo largo del día)
- Comer despacio y en bocados pequeños para evitar atragantarse y/o aspirar alimento.
- Consumir comida variada, con sabor, olor y buena presentación a la vista.
- Evitar frituras, grasas, embutidos, quesos, mantecosos, bebidas gaseosas, ají, enlatados, el exceso de sal y azúcar en las comidas. carnes rojas
- Disfrutar de la alimentación en familia, fomente la comunicación al comer. Haga de la hora de la comida un momento especial.
- Consuma alimentos de temporada, frescos, integrales, sin conservantes.
- Evite los cambios bruscos y las temperaturas extremas en los alimentos (muy caliente o muy fría).

- **Hábitos Nocivos**

- **Consumo de alcohol**

Las bebidas alcohólicas causan problemas en el organismo y en el comportamiento, Además originan caídas, confusión, ansiedad, agresividad, depresión, equilibrio inestable, alteración de la memoria, malnutrición, abandono personal, trastornos del

comportamiento, trastornos del sueño, produce problemas de salud cuando se combina alcohol y medicinas. El consumo prolongado de alcohol puede causar derrames cerebrales, arritmia cardíaca cirrosis hepática y deterioro intelectual.

El bebedor adulto mayor corre el riesgo de tener problemas de salud por las reacciones que se presentan cuando se combinan alcohol y medicinas. Estas reacciones incluyen efectos peligrosos sobre el juicio o discernimiento, lentitud en las reacciones y alerta, además de falta de coordinación.

- **Consumo de Tabaco**

El tabaquismo es una enfermedad, y a la vez es una forma de dependencia, ya que la nicotina es la responsable de la adicción.

El cáncer lo causan adicionalmente las sustancias que surgen de la combustión. Ej. cánceres de pulmón, laringe, vejiga y otros. Los cánceres de pulmón, las bronquitis crónicas y las enfermedades del corazón están relacionados con el tabaquismo.

El fumador pasivo que convive con fumadores activos, también está en riesgo de padecer estas enfermedades.

Dejar de fumar puede tener beneficios insospechados en poco tiempo. Mucha gente lo ha hecho. Las evidencias muestran que nunca es tarde para dejar de fumar.

Los fumadores que han tenido éxito en la decisión de dejar de fumar recomiendan como primer paso simplemente fijar el día en el que ya no se fumará y tirar los cigarros; en algunos es necesario el apoyo profesional.

- **Higiene corporal**

El aseo y arreglo personal muestran una imagen muy agradable de las personas y las hacen sentirse mejor con ellas mismas. La higiene corporal comienza con el baño diario, de preferencia con jabón de tocador; el baño ayuda a quitar impurezas a la piel, la hidrata y le proporciona cierto relajamiento.

Se debe tener cuidado con los cambios bruscos de temperatura al salir del baño, evitar el agua muy caliente o muy fría; Lavarse el cabello con champú suave dos o tres veces a la semana; Afeitarse con mucho cuidado todos los días evitando cortes; Secarse con toalla de forma muy suave todo el cuerpo asegurándose de que los pliegues queden secos.

Es saludable que después del baño se aplique crema o aceite humectante en todo el cuerpo, especialmente en los pies donde haya callos y/o grietas; cepille o peine con cuidado su cabello todos los días para que estimule la circulación capilar; las uñas deben cortarse en ángulo recto para evitar que se incrusten, si esto no lo puede hacer la misma persona, se le debe auxiliar y cortarlas de preferencia después del baño cuando están remojadas.

El cambio de ropa más importante es la ropa interior; usar ropa holgada y fácil de poner y sacar, de preferencia con cierres, pega pega o botones grandes, y de acuerdo a la estación, gustos y necesidades; además, debe usar zapatos cómodos, con suela antideslizante, evitar tacos altos, plataforma y suelas voladas.

2.2.3 TEORÍA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

Orem explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo; es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para

regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

La búsqueda de Orem es lograr una mayor comprensión de la naturaleza de la enfermería, empezó formalmente a finales de la década de los 50's, y dedico mucha energía a comprender el significado de la enfermería y autocuidado. En su postulado "Enfermería: los conceptos de práctica", proporciona un marco que contempla: la práctica, la educación y la gestión de enfermería, con el propósito de mejorar los cuidados.

a) Metaparadigmas:

Concibe a la Persona 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; la salud: es un estado que para la persona 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; y a la enfermería la concibe como un 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.(19)

b) Postulados

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

- **Requisitos de autocuidado universal:** son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- **Requisitos de autocuidado del desarrollo:** promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

- **Requisitos de autocuidado de desviación de la salud:** que surgen o están vinculados a los estados de salud.

c) Aplicación a la práctica

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Orem contempla el concepto auto como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. Puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades: apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal; mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales; prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones; prevención de la incapacidad o su compensación; y la promoción del bienestar.(20)

El cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado. Es la capacidad de las personas de asumir en forma voluntaria el cuidado y el mantenimiento de su salud así como prevenir enfermedades mediante el conocimiento y prácticas que les permitan vivir activos y saludables. La incorporación del concepto de autocuidado enfatiza:

- Autocuidado que promueve la salud; esta categoría promueve prácticas que conllevan el bienestar físico, mental y espiritual. Ej. realizar ejercicios.
- Autocuidado orientado a prevenir enfermedades y riesgos a la salud. Ej. vacunación Selección de alimentos bajos en grasa para prevenir problemas cardiovasculares. Detección temprana de signos y síntomas de enfermedades. Ej. Baja de peso involuntaria autoexamen de mamas.
- Autocuidado en el manejo de enfermedades y cumplimiento del tratamiento, incluyendo el reconocimiento de los efectos farmacológicos indeseables.

El autocuidado se considera como parte del estilo de vida de la persona, entendido como patrones de conducta que reflejan la forma de interactuar de las personas con su medio social.

2.2.4 TEORÍA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA

PENDER

El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud.

La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades

y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida .

Este modelo le da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra. Se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, así:

- La primera teoría, es la de la **Acción Razonada**: originalmente basada en Icek Ajzen y Martin Fishben, explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado.
- La segunda es la **Acción Planteada**: adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas.
- La tercera es la **Teoría Social-Cognitiva**, de Albert Bandura en la cual se plantea que la auto-eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como "los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de

rendimiento". Adicional a lo anterior, la auto-eficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad.

Según Pender, el Modelo de Promoción de la Salud retoma las características y experiencias individuales, además de la valoración de las creencias en salud, en razón a que estas últimas son determinantes a la hora de decidir asumir un comportamiento saludable o de riesgo para la salud, debido a su alto nivel de interiorización y la manera de ver la realidad que lo rodea.

La aplicación del Modelo de Promoción de la Salud de Pender, es un marco integrador que identifica la valoración de conductas en las personas, de su estilo de vida, del examen físico y de la historia clínica, estas actividades deben ayudar a que las intervenciones en promoción de la salud sean pertinentes y efectivas y que la información obtenida refleje las costumbres, los hábitos culturales de las personas en el cuidado de su salud. Este modelo continúa siendo perfeccionado y ampliado en cuanto a su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria.

Modelo de Promoción de Salud de Pender. 1996. Pender considera el estilo de vida como un patrón multidimensional de

acciones que la persona realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud; para comprenderlo se requiere el estudio de tres categorías principales: las características y experiencias individuales; la cognición y motivaciones específicas de la conducta; y el resultado conductual.

Consideramos que el modelo de promoción de salud de Nola es una Meta teoría, ya que para la realización de este modelo ella se inspiró en la teoría de acción razonada de Martin Fishbein y la Teoría del aprendizaje social de Albert Bandura. También relacionamos este modelo con el Paradigma de Categorización, centrado en la salud pública. El Modelo se centra en la salud del individuo, le da la capacidad de cambiar su situación a nivel salud y comprende los elementos externos que sean válidos tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad.

a) Meta paradigmas de la teoría:

- **Salud:** Definido como un estado altamente positivo
- **Persona:** Centro de la teoría, cada individuo está definida por aspectos cognitivo conductuales

- **Entorno:** Representado en las interacciones entre los factores cognitivo perceptuales de conductas promotoras de la salud.
- **Enfermera:** Definido como el principal agente encargado de brindar motivación al individuo para que mantenga su salud. (18)

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas. Este modelo le da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Diabetes Mellitus:** La diabetes mellitus es un grupo de alteraciones metabólicas que se caracteriza por hiperglucemia crónica, debida a un defecto en la secreción de la insulina, a un defecto en la acción de la misma, o a ambas.
- **Hiperglucemia:** Aumento anormal de la cantidad de glucosa que hay en la sangre.

- **Insulina:** Es una hormona producida por el páncreas de manera natural, ésta se libera cada vez que hay un aumento de los niveles de azúcar en la sangre.
- **Cuidado de enfermería:** Según el Consejo Internacional de Enfermeras, es la asistencia al individuo sano o enfermo en la realización de las actividades que mantiene la salud o la restablecen.
- **Adulto mayor:** Nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etario que comprende personas que tienen más de 65 años de edad. También es sinónimo de tercera edad.
- **Autocuidado:** Es la inclinación por facilitarnos atenciones a nosotros mismos. Como norma general el autocuidado está dirigido a nuestra propia salud.

CAPÍTULO III

EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización del presente informe de experiencia laboral profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se hizo la revisión de los registros de Enfermería del servicio, como las historias clínicas, de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio. Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

- **Autorización:** Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura de la Unidad Integral del Adulto – Adulto Mayor, a fin de tener acceso a los registros necesarios.
- **Recolección de Datos:** Los datos se obtuvieron del libro de registro y seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas del adulto y adulto mayor.
- **Procesamiento de Datos:** Se realizó a través del programa informático Excel, que facilitó el trabajo a través de las hojas de cálculo.
- **Resultados:** Los resultados se presentan mediante gráficos.
- **Análisis e interpretación de resultados.**

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

- Recuento de la Experiencia Profesional

Mi desempeño profesional se inicia en noviembre de 1996 en el policlínico San Luis de EsSalud, dedicado a la atención primaria. Desde ese momento comencé a trabajar con las personas adultas mayores, ya que me designaron al área del programa de hipertensión arterial, diabetes mellitus, asma y osteoartrosis, es decir al control de pacientes con enfermedades crónicas que en su mayoría son adultos mayores (más del 80%), siendo la coordinadora de dicho programa por 13 años ininterrumpidos.

Posteriormente fui alternado e otras áreas como: urgencias, tópico de curaciones, inmunizaciones, control de niño sano, programa de tuberculosis, y tópico de inyectables; por espacio de tres años aproximadamente. Después de este tiempo, regresé a laborar en la unidad integral del adulto mayor (antes denominado programa de HTA y DM) hasta la actualidad.

- Descripción del Área Laboral

El Policlínico San Luis, brinda servicios de atención primaria desde octubre de 1995, siendo centro piloto de los programas de hipertensión arterial y diabetes mellitus, llamados así en sus inicios y empezando a trabajar con el sistema computarizado.

El servicio de enfermería para el control de éstos pacientes con enfermedades crónicas siempre laboró en dos turnos de mañana y tarde hasta el día de hoy, contando con una licenciada en cada turno que atiende a 24 pacientes cada una. Se cuenta con dos sistemas de registro que son el SGH (sistema de gestión hospitalaria) y el manual con los libros de registro, así como el uso de las historias clínicas que contienen la hoja de uso exclusivo de la enfermera dónde se consignan los controles mensuales del paciente.

En la actualidad el policlínico San Luis cuenta con 131,420 adscritos, de los cuales corresponden a los adultos mayores. El consultorio de enfermería o Unidad Integral del Adulto atiende anualmente a 3,500 pacientes mayores de 18 años y el 80% corresponden a personas adultas mayores, de las cuales el 70% tiene diabetes mellitus, con riesgos potenciales de tener complicaciones, es por ello que la asistencia integral por el personal de enfermería que labora en esta área es de suma importancia para brindar cuidados que satisfagan las necesidades del paciente asegurando la ausencia de complicaciones. Por lo expuesto, se cree conveniente presentar esta situación y las características de como se trata en la Unidad.

En el Policlínico San Luis se encuentra el consultorio de enfermería, dentro de la unidad integral del adulto - adulto mayor,

a cargo de 3 profesionales de enfermería en turnos rotativos; dos enfermeras laboran en el turno mañana y tarde respectivamente, en las instalaciones del policlínico San Luis; y la tercera cubre el turno de mañana en el anexo del policlínico, ubicado en San Borja, el mismo que tiene solo un turno de atención. En la unidad, se brinda asistencia a toda persona de 18 años de edad cumplidos a más.

- Funciones desarrolladas en la actualidad

A continuación se describen detalladamente las actividades que se realizan en la Unidad Integral del Adulto y adulto mayor-consultorio de enfermería:

a) Área Asistencial

1. Se equipa el coche con los insumos y equipos a utilizarse en el control al paciente.
2. Se inicia la atención del paciente con el llamado respectivo, de acuerdo a la lista de pacientes citados. Se controla el peso, la circunferencia abdominal, la presión arterial, la glucemia (diabéticos) y la flujometría (asmáticos); realizando un registro en la historia clínica y tarjeta de cada paciente.

3. Se revisan los últimos exámenes auxiliares, teniendo especial cuidado en los resultados de creatinina y urea y notificando si fuera el caso en la hoja de VISARE.
4. Se evalúa el pie diabético y se llena la hoja de control anexada a su historia clínica.
5. Seguidamente se brinda la consejería personalizada sobre nutrición, actividad física y factores de riesgo que pudiera tener cada paciente.
6. Se brindan sesiones educativas semanalmente sobre estilos de vida saludable.
7. Se educativa también sobre diabetes, hipertensión arterial, asma bronquial, alimentación saludable, salud renal y otros en las salas de espera del policlínico.
8. Se realizan talleres de autocuidado y familiar acompañante (cuidador principal), dirigido a ancianos frágiles.
9. Se dirigen actividades de los grupos de autoayuda como son: Los Caminantes, Tai Chi y Biodanza, en los que participan los pacientes de la unidad.
10. Visitas domiciliarias a los pacientes en caso de abandono al programa (más de 6 meses de inasistencia).

Además de la evaluación del pie del paciente diabético, se llena un formato que describe el estado de los pies de cada paciente; también se hace la vigilancia de salud renal, mediante la revisión de los exámenes auxiliares de urea, creatinina y depuración de creatinina de los pacientes, que luego son reportados en un formato y se comunica a VISARE (unidad de vigilancia renal del Hospital Almenara).

b) Área Administrativa

- Se registra la atención en la historia clínica y el SGH.
- Se llena el libro de registro y seguimiento de pacientes, así como la tarjeta de control de cada paciente.
- Concluido el turno se hace el parte diario en el SGH.
- Se realiza las estadísticas diarias, mensuales y trimestrales del servicio.
- Estadísticas mensuales de las actividades realizadas.

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS

▪ Innovaciones – Aportes

- En el 2005 se elaboró el plan operativo. (anexo 1)

- En el año 2006 se elaboró el programa "Club del diabético", desarrollado a través de campañas y talleres (anexo 2).
- Se colaboró en forma coordinada, la creación del "Club del caminante para adultos mayores y grupos de apoyo"; el club del caminante se conformó el 13 de febrero de 2005 con apenas 08 personas y luego fueron sumándose más personas y en la actualidad cuentan con 75 personas inscritas, que son en su mayoría adultas mayores, las cuales realizan actividades en tres parques aledaños al policlínico.
- En el 2014 se formó el "programa de familiar acompañante", realizando la capacitación por grupos de 12 personas, dos veces al año. Cada grupo recibe una charla taller cada semana por espacio de 2 meses de diferentes temas como prevención de caídas, curación de UPP, alimentación saludable, higiene etc. Para este año se aumentaron a 4 capacitaciones por año.

▪ **Limitaciones para el Desempeño Profesional**

La ubicación del establecimiento es uno de los mayores inconvenientes, debido a que el acceso es de alto tránsito, lo que genera demoras en la llegada y la incomodidad de los pacientes; además de la peligrosidad, que también limita la participación de los pacientes en las diversas actividades.

A nivel de infraestructura, el único ambiente de capacidad regular para desarrollar las actividades programadas, se encuentra en el cuarto piso; considerando que los pacientes adultos mayores necesitan lugares de fácil acceso y bajo riesgo, se prefiere realizar las actividades en el mismo consultorio, sin embargo la capacidad es muy reducida. Además de lo ya mencionado, no hay equipos que faciliten una rápida educación como los equipos multimedia, proyectores, y computadores portátiles.

Adicional a ellos, el recurso humano de un profesional de enfermería por turno, limita en gran medida el tiempo que se requiere en la realización de coordinaciones estratégicas, seguimientos, y visitas domiciliarias constantes; ya que ejecutar estas actividades significaría dejar cerrado el consultorio, dejando a pacientes sin atención. Sin embargo, no escapan eventos de ausencia del personal por descanso médico, o vacaciones; en lo que no hay personal suplente.

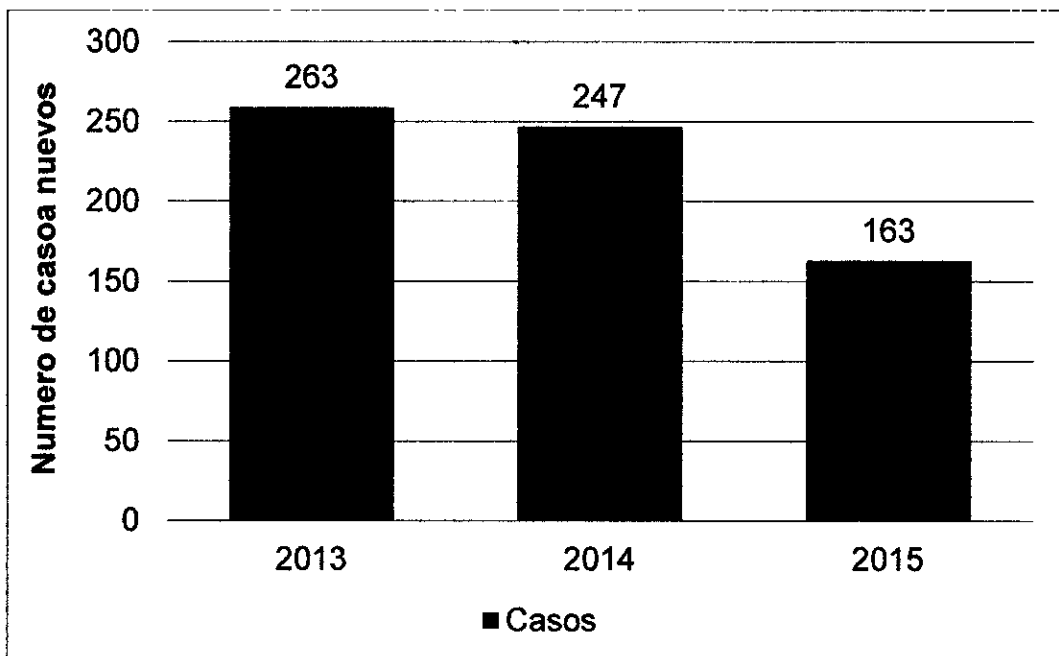
Para culminar, un factor adicional son los recursos económicos, debido a que el consultorio no cuenta con fondos propios; por ello, las actividades que se tratan de mantener y se realizan actualmente, es por apoyo gratuito de colaboradores que se solidarizan con la causa.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

GRÁFICO 4.1

**DISTRIBUCIÓN DE CASOS NUEVOS DE DIABETES MELLITUS
SEGÚN AÑO EN LA UNIDAD INTEGRAL DEL ADULTO – ADULTO
MAYOR, POLICLÍNICO SAN LUIS 2013 - 2015**

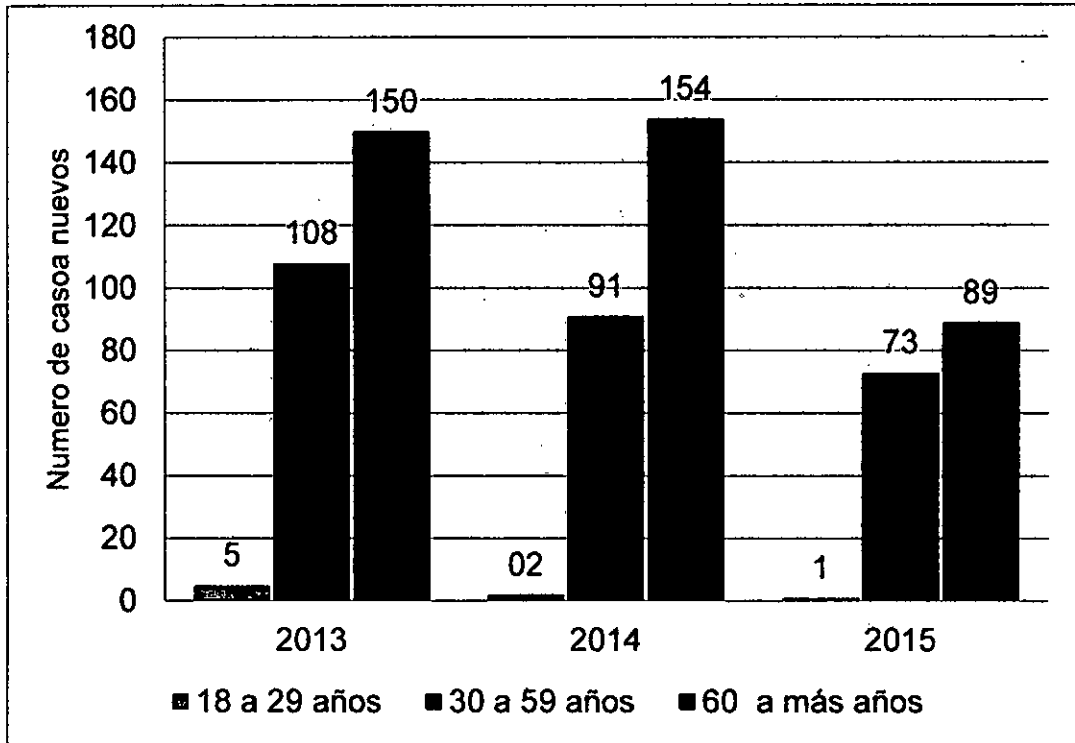


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 4.1, podemos apreciar que se reduce la aparición de casos nuevos de diabetes mellitus en los pacientes adultos mayores, y que en estos últimos 3 años, se ha reducido aproximadamente a la mitad.

GRÁFICO 4.2

**DISTRIBUCIÓN DE CASOS NUEVOS DE DIABETES MELLITUS
SEGÚN GRUPO ETARIO EN LA UNIDAD INTEGRAL DEL ADULTO -
ADULTO MAYOR, POLICLÍNICO SAN LUIS 2013 - 2015**

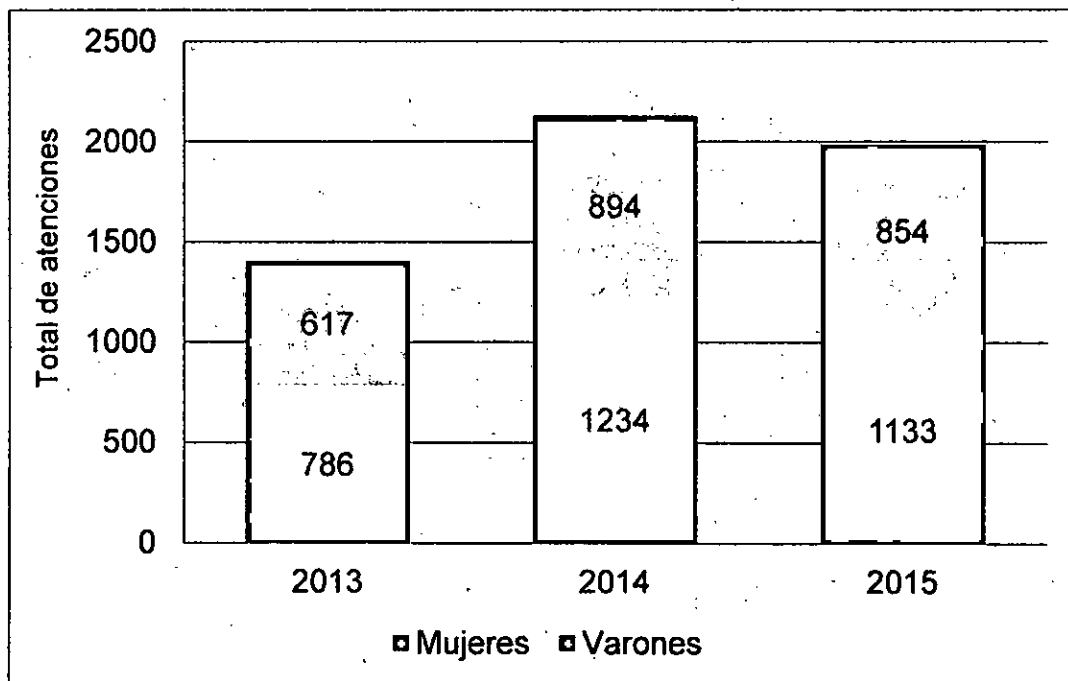


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 4.2, se puede evidenciar de manera general una disminución de los casos nuevos según edad; sin embargo, en los pacientes adultos entre los 60 años a más, se aprecia un ligero incremento en el año 2014, a diferencia de los jóvenes y adultos. Además, se ven grandes diferencias entre los casos nuevos de adultos y adultos mayores (30 años a más), frente a los jóvenes (18-29 años).

GRÁFICO 4.3

DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO DE PACIENTES ATENDIDOS CON DIABETES MELLITUS EN LA UNIDAD INTEGRAL DEL ADULTO-ADULTO MAYOR, POLICLÍNICO SAN LUIS 2013 - 2015

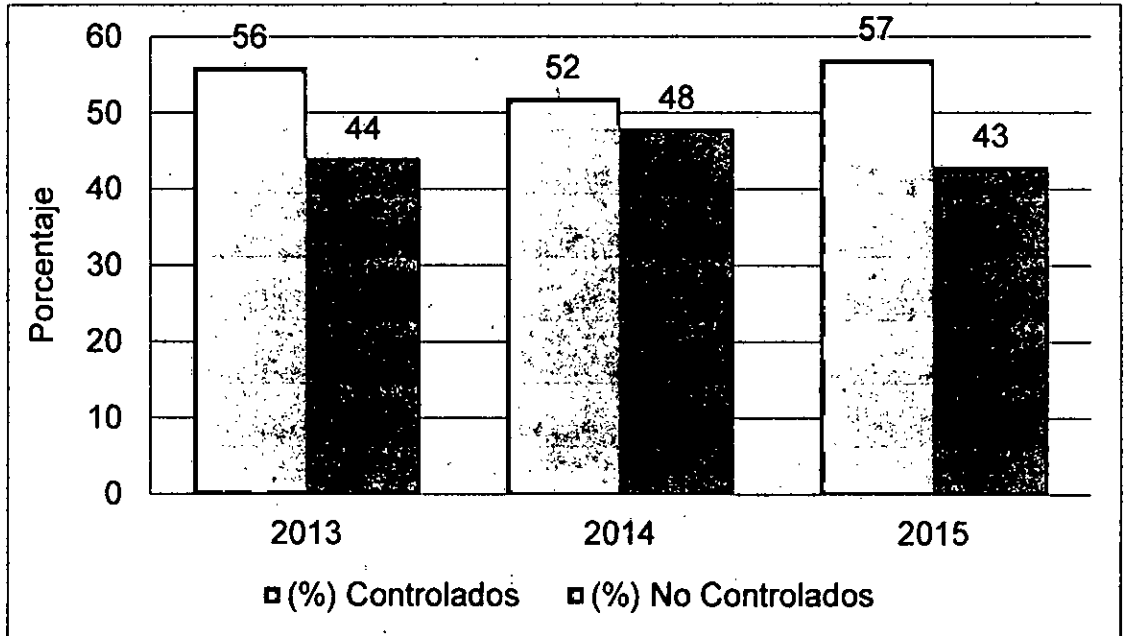


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 4.3, para el año 2014 se observa un aumento significativo de pacientes con 2128 atenciones, cifra aumentada en 725 pacientes respecto al año anterior (2013), y que solo se redujo en 141 atenciones en el 2015. Además, la población según género, que más acude a través de los años al policlínico son los varones, siendo aproximadamente 1/3 superior al de las mujeres.

GRÁFICO 4.4

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS CONTROLADOS Y NO CONTROLADOS EN LA UNIDAD INTEGRAL DEL ADULTO - ADULTO MAYOR, POLICLÍNICO SAN LUIS 2013 - 2015

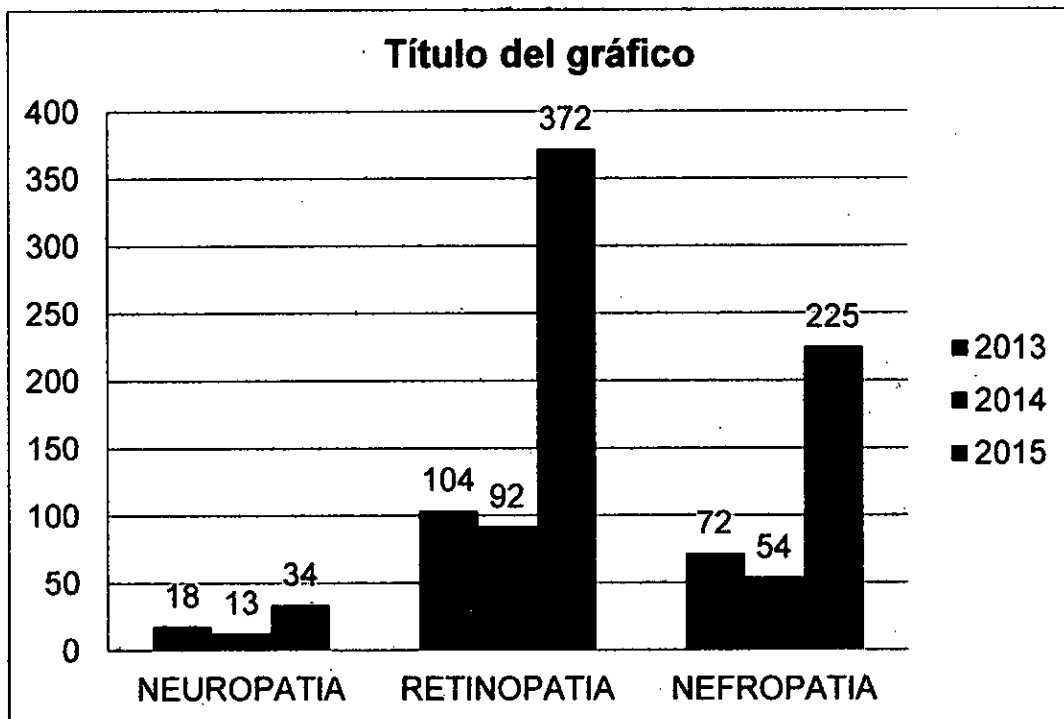


Fuente: Elaboración propia

Se puede observar en el gráfico 4.4, que el número de pacientes con diabetes mellitus controlada ha aumentado ligeramente (5%), lo que a consecuencia muestra una reducción en los no controlados de un 5% del total de pacientes. Evidenciando mejoras, aunque falte mucho aún por trabajar, ya que muchos pacientes aún no controlan su enfermedad en estos 3 años.

GRÁFICO 4.5

COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN LA UNIDAD INTEGRAL DEL ADULTO-ADULTO MAYOR, POLICLÍNICO SAN LUIS 2013 - 2015

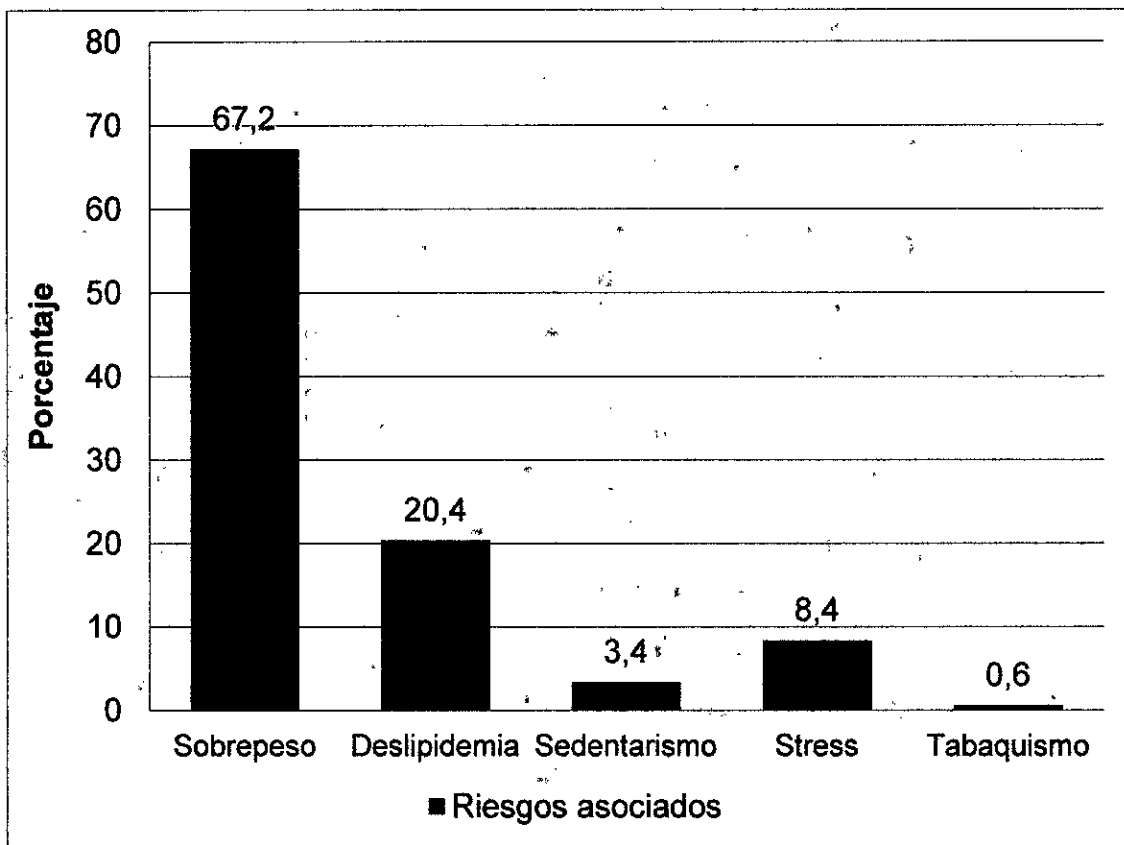


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 4.5, se aprecia claramente que la complicación más frecuente a través de los años es la retinopatía diabética, la que afecta a 578 pacientes que acuden a nuestras instalaciones; seguidos de la Nefropatía y Neuropatía diabética con 354 y 65 casos respectivamente. Se puede apreciar también que, en el 2014, se presentaron más complicaciones que en los otros años, causado tal vez por el aumento de las atenciones en ese año.

GRÁFICO 4.6

RIESGOS ASOCIADOS DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS QUE ACUDEN AL CONTROL EN LA UNIDAD INTEGRAL DEL ADULTO- ADULTO MAYOR, POLICLÍNICO SAN LUIS 2013 - 2015



Fuente: Elaboración propia

Respecto a los riesgos asociados, se puede apreciar en el gráfico 4.6, que el mayor riesgo es el sobrepeso, el mismo que afecta a más del 50% de los pacientes; la dislipidemias, afectan a la quinta parte de los pacientes; y a diferencia de los anteriores, pero también importante, es el estrés, que afecta al 8,4% del total de pacientes con diabetes.

TABLA 4.1**ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA REALIZADAS A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN LA UNIDAD INTEGRAL DEL ADULTO-ADULTO MAYOR, POLICLÍNICO SAN LUIS**

ACTIVIDADES	N° DE PACIENTES	FRECUENCIA
Control de enfermería	64	Diario
Charlas sobre estilos de vida saludable	A demanda	Diario
Talleres de estilos de vida saludable	20	4 sesiones 1 vez por mes
Talleres de familiar acompañante	12	4 por año Cada taller 2 meses
Notificación de pacientes con riesgo de insuficiencia renal	A detector	mensualmente

Fuente: elaboración propia

En la tabla se pueden apreciar todas las actividades que realiza el profesional de enfermería con los pacientes diabéticos que acuden a la unidad integral, sin embargo aún no hay una concurrencia masiva, y la afluencia varía según la actividad y al disponibilidad de nuestros pacientes.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

- a. La experiencia profesional de enfermería posibilita la correcta ejecución de actividades como el control de enfermería, las sesiones educativas sobre estilos de vida saludable, los talleres de estilos de vida saludable y familiar acompañante, además de la notificación oportuna de pacientes con riesgo de insuficiencia renal; a fin de brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro al paciente adulto mayor con diabetes mellitus.
- b. Se aprecia que la adecuada intervención del profesional de enfermería, teniendo en cuenta las teorías que avalan el actuar profesional, así como los conocimientos avalados por la ciencia, son necesarios para la mejora de los pacientes con esta patología.
- c. A pesar de los esfuerzos, y los resultados evidenciados, que muestran el control de la enfermedad; aún se debe mejorar las estrategias para disminuir las estadísticas negativas respecto al paciente diabético.

CAPÍTULO IV

RECOMENDACIONES

- a. A los profesionales, se recomienda actualizar permanentemente los conocimientos y destrezas en el cuidado de la diabetes mellitus, haciendo especial énfasis en los cuidados del adulto mayor, quienes son los más propensos a padecerla.
- b. A la institución se recomienda, apoyar con los diferentes recursos a su alcance para facilitar el trabajo del profesional de enfermería, a fin de potenciar su actuar y mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes mellitus que acuden a sus instalaciones.
- c. Al servicio, que se continúe con el trabajo; y adicional a ello, se evalúe considerar nuevas estrategias de intervención mediante un trabajo multidisciplinario ajustado a las necesidades y características de la población atendida.

CAPÍTULO IV

REFERENCIALES

1. Bakker K, Riley P. International Diabetes Federation. [En línea].; 2005 [consultado el 30 de Abril del 2016]. Disponible en: https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_318_es.pdf.
2. World Health Organization. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. 2012..
3. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Diabetes. [En línea].; 2016 [consultado el 25 de Agosto del 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16_3_spa.pdf?ua=1.
4. Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. [En línea].; 2016 [consultado el 25 de Agosto del 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>.
5. Organización Panamericana de la Salud. La diabetes muestra una tendencia ascendente en las Américas. [En línea].; 2012 [consultado el 13 de Junio del 2016]. Disponible en: goo.gl/GFOwjn.
6. Ministerio de Salud. Ministerio de Salud. [En línea].; 2015 [cited 2016 Julio 28]. Disponible en: goo.gl/6i80T7
7. Herrera Lían A, Andrade H. YR, Hernández S. O, Manrique M. J, Faria C. K, Machado R. M. Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena. Avances en enfermería. 2012 MAYO; XXX(2): p. 39-46.

8. De la Paz Castillo KL, Proenza Fernández L, Gallardo Sánchez Y, Fernández Pérez S, Mompié Lastre A. Factores de riesgo en adultos mayores con diabetes mellitus. *Revista médica de Santiago de Cuba*. 2012; 16(4): p. 489-497.
9. Cantú Martínez PC. Universidad de Costa Rica. [En línea].; 2014 [consultado el 25 de Abril del 2016]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i27.15996>.
10. Davila Soto RA, Garcia Bustamante NA, Saavedra Huanuiri KJ. Adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo2 en adultos mayores: variables asociadas. Iquitos - 2013. Tesis de grado. Iquitos: Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de enfermería; 2014.
11. Arias Bramón MdP, Ramírez Gutiérrez SS. Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 zona urbana, distrito de Pachacámac. Tesis de grado. Lima: Universidad Ricardo Palma, Escuela de enfermería Padre Luis Tezza; 2013.
12. UNIDAD EDITORIAL REVISTAS S.L.U. DMedicina. [En línea].; 2015 [consultado el 05 de Junio del 2016]. Disponible en: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/digestivas/diabetes.html>.
13. Brent Wisse MD. medlineplus. [En línea].; 2015 [consultado el 24 de Junio del 2016]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001214.htm>.
14. Kioskea.net. Creative Commons. [En línea].; 2014 [consultado el 27 de Marzo del 2016]. Disponible en: <http://salud.ccm.net/#ID=17741&module=faq>.

15. Hidalgo Carpio EV. Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al programa de diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. Octubre - Diciembre 2005. Tesis de grado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, E.A.P de enfermería; 2005.
16. Cabrera Morón R, Motta Quijandria I, Rodriguez Robladillo C, Velásquez Carranza D. Nivel de conocimiento sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del Policlínico Chíncha – EsSalud - 2009. Rev enferm Herediana. 2010; 3(1): p. 29-36.
17. Romero Baquedano I, Antônio dos Santos M, Aparecida Martins T, Lúcia Zanetti M. Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México. Latino-Am. Enfermagem. 2012 Noviembre; 18(6).
18. Ministerios de Salud. Consejos saludables del cuidado y autocuidado para el adulto mayor (rotafolio). [En línea].; 2008 [consultado el 04 de Junio del 2016]. Disponible en: www.minsa.gob.pe/2008/adulto_mayor/rotafolio_autocuidado.doc.
19. Prado Solar LA, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Revista médica electrónica. 2014 nov.-dic.; 36(6).
20. Popper C. SlideShare. [En línea].; 2011 [consultado el 27 de Mayo del 2016]. Disponible en: [goo.gl/ZQ5ftz](https://www.slideshare.net/ZQ5ftz)

ANEXOS

FOTOS

