

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**NIVEL DEL CONOCIMIENTO SOBRE LAS MEDIDAS DE
AUTOCUIDADO EN DIABETES MELLITUS II EN USUARIOS DE 30 A
59 AÑOS ATENDIDOS EN EL PROGRAMA DE DAÑOS NO
TRANSMISIBLES DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS
MERCEDES – PAITA. PIURA. 2018**

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

**AUTORES:
SONIA ANDREINA GIRÓN LÉVANO
JULLIANA MARIBEL VILLASECA VELASQUEZ**

**CALLAO – 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ANA MARÍA YAMUNAQUÉ MORALES PRESIDENTA
- MG. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO SECRETARIA
- MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO VOCAL

ASESOR: MG. SALAZAR HUAROTE JOSE LUIS

Nº de Libro: 03

Nº de Acta: 131

Fecha de Aprobación de tesis: 16/11/2018

Resolución del Consejo de Facultad 1445-2018-CF/FCS de fecha 14 de noviembre del 2018, sobre designación de Jurado Evaluador de la Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

A mi padre, un verdadero ejemplo a seguir

A mi madre, por motivarme día a día a lograr

Mis metas. A mi hijo por motivarme a seguir constante en mis metas y lograr mis sueños.

A mi familia por brindarme su apoyo e inspirarme

A seguir adelante con humildad y perseverancia

AGRADECIMIENTO

A dios por concederme serenidad y fortaleza
en todo momento,
a mis padres. Quienes siempre me han
brindado apoyo y motivación en mi
formación académica

Primero a dios padre por concederme la
vida y a mi familia por apoyarme en cada
situación de mi vida y especialmente en
la formación académica.

ÍNDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	6
1.2 Formulación del Problema	9
1.2.1 Problema General	9
1.2.2 Sub Problemas	9
1.3 Objetivos de la Investigación	10
1.3.1 Objetivo General	10
1.3.2 Objetivos Específicos	10
1.4 Limitantes de la investigación	11
1.4.1 Limitante teórico	11
1.4.2 Limitante temporal	11
1.4.3 Limitante espacial	11
CAPÍTULO II	12
MARCO TEÓRICO	12
2.1 Antecedentes del Estudio	13
2.1.1. Antecedentes Internacionales	13
2.1.2. Antecedentes Nacionales	15
2.2 Marco	16
2.2.1 Teórico	16
2.2.2 Conceptual	19
2.2.3 Teórico-Conceptual	41
2.3 Definiciones de términos básicos	41
CAPÍTULO III	43
HIPÓTESIS Y VARIABLES	43
3.1 Hipótesis	43
3.2 Definición conceptual de las variables	43

3.2.1 Variable 1	43
3.3 Operacionalización de variables	45
CAPÍTULO IV	47
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	47
4.1 Tipo y Diseño de la Investigación	47
4.1.1 Tipo de Investigación.....	47
4.1.2 Diseño de la Investigación	47
4.2 Población y Muestra	47
4.2.1 Población	47
4.2.2 Muestra de Estudio	47
4.2.3 Criterios de inclusión.....	48
4.2.4 Criterios de exclusión	49
4.3 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos	49
4.4 Análisis y procesamiento de datos	51
CAPÍTULO V	53
RESULTADOS	53
5.1 Resultados Descriptivos	53
CAPÍTULO VI	60
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	60
6.2 Contrastación de los resultados con estudios similares.....	60
6.3 Responsabilidad Ética.....	61
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES.....	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS.....	67
ANEXO 1	68
INSTRUMENTO.....	68
OTROS ANEXOS	72
CONSENTIMIENTO INFORMADO	72

ÍNDICE DE TABLAS DE CONTENIDO

TABLA N°	Pág.
1. Datos generales de la muestra en estudio	54
2. Nivel de conocimiento sobre prevención y promoción de autocuidado en diabetes de los usuarios de 30 a 59 años que acuden al control del programa de daños no transmisibles del hospital nuestra señora de las mercedes Paita.....	57
3. Nivel de conocimiento sobre diagnóstico de autocuidado en Diabetes de los usuarios de 30 a 59 años que acuden al control del programa de daños no transmisibles del Hospital Nuestra Señora de las Mercedes Paita.....	58
4. Nivel de conocimiento sobre tratamiento de autocuidado en Diabetes de los usuarios de 30 a 59 años que acuden al control del programa de daños no transmisibles del Hospital Nuestra Señora de las Mercedes Paita.....	59
5. Nivel De Conocimiento Sobre Medidas De Autocuidado En El Paciente Diabético.....	60

ÍNDICE DE FIGURAS DE CONTENIDO

GRAFICO N°	Pág.
1. Datos generales de la muestra en estudio.....	55 a 56
2. Nivel de conocimiento sobre prevención y promoción de autocuidado en diabetes de los usuarios de 30 a 59 años que acuden al control del programa de daños no transmisibles del hospital nuestra señora de las Mercedes Paita.....	57
3. Nivel de conocimiento sobre diagnóstico de autocuidado en Diabetes de los usuarios de 30 a 59 años que acuden al control del programa de daños no transmisibles del Hospital Nuestra Señora de las Mercedes Paita.....	58
4. Nivel de conocimiento sobre tratamiento de autocuidado en Diabetes de los usuarios de 30 a 59 años que acuden al control del programa de daños no transmisibles del Hospital Nuestra Señora de las Mercedes Paita.....	59
5. Nivel De Conocimiento Sobre Medidas De Autocuidado En El Paciente Diabético.....	60

RESUMEN

La tesis Nivel de conocimiento sobre el autocuidado del usuario de diabetes 2 del programa de daños no transmisibles del hospital Nuestra Señora de las Mercedes Paita, tiene gran relevancia por cuanto se conoce que existen condiciones que afectan a la salud del usuario diabético tipo II para mantener un autocuidado óptimo para evitar futuras complicaciones. Esta investigación tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento de los usuarios de diabetes tipo II Se utilizó el tipo de investigación cuantitativa, diseño descriptivo simple y cote transversal. La muestra estuvo conformada por 128 realizando el reajuste quedo 77 y luego aplicamos criterios de exclusión quedando 60 usuarios del programa de daños no transmisibles del hospital nuestra señora de las Mercedes Paita, se empleó el muestreo con formula estadística aplicada. La técnica utilizada fue la encuesta con un cuestionario sobre conocimiento y medidas de autocuidado con preguntas cerradas que evalúa la siguiente variable: Nivel conocimiento sobre autocuidado del usuario diabético II del programa de daños no transmisibles del hospital Nuestra señora de las Mercedes Paita.

Los datos obtenidos a través del cuestionario fueron procesados con el programa Excel. Donde los resultados indican que el nivel de conocimiento sobre autocuidado del usuario diabético II es satisfactorio.

Se llegó a concluir que existe un nivel de conocimiento satisfactorio de los usuarios de diabetes II del programa de daños no transmisibles del hospital Nuestra señora de las Mercedes Paita.

Palabras clave: Nivel de conocimiento, autocuidado, usuario diabético, Daños no Transmisibles

.ABSTRACT

The thesis Level of knowledge about the self-care of the user of diabetes 2 of the program of non-communicable damages of the hospital Nuestra Señora de las Mercedes Paita, has great relevance because it is known that there are conditions that affect the health of the type II diabetic user to maintain optimal self-care to avoid future complications. The objective of this research is to determine the level of knowledge of the users of type II diabetes. The type of quantitative research, simple descriptive design and cross-section was used. The sample consisted of 128 realizing the readjustment 77 and then we applied exclusion criteria leaving 60 users of the no communicable damages program of the hospital of our Mrs. Mercedes de Paita, sampling was applied with applied statistical formula. The technique used was the survey with a questionnaire on knowledge and self-care measures with closed questions that evaluates the following variable: Knowledge level on self-care of the diabetic user II of the program of non-communicable damages of the Nuestra Señora de las Mercedes Paita hospital.

The data obtained through the questionnaire were processed with the Excel program. Where the results indicate that the level of knowledge about self-care of the diabetic user II is satisfactory.

It was concluded that there is a satisfactory level of knowledge of the users of diabetes II of the no communicable damages program of the Nuestra Señora de las Mercedes Paita hospital.

Key words: Level of knowledge, self-care, diabetic user, Non-communicable Damage

INTRODUCCIÓN

La creciente incidencia y prevalencia de la DM puede atribuirse al aumento de la expectativa de vida, proceso avanzado de industrialización y urbanización y cambios en el estilo de vida que proporcionan el aumento del número de personas sedentarias y con sobrepeso/obesidad. En ese escenario, la referida enfermedad crónica es considerada uno de los principales problemas de salud pública debido a la alta morbimortalidad proveniente de sus complicaciones crónicas, ocasionando gastos elevados de los servicios de salud para control y tratamiento de estos problemas, además de la reducción del personal trabajador y del impacto biopsicosocial en las personas afectadas

El presente trabajo de investigación titulado “Nivel de conocimiento sobre autocuidado en usuarios con Diabetes Mellitus II que se atienden en el programa de Daños no Transmisibles del Hospital de Nuestra Señora de las Mercedes Paita”, tiene por finalidad medir el nivel de conocimiento sobre el autocuidado de los usuarios diabéticos II. Asimismo, contribuirá a identificar oportunamente si conoce o no sobre el autocuidado que debe tener para prevenir complicaciones, y disminuir los costos en salud, a fin de obtener mejores resultados terapéuticos, disminuir los riesgos, y mejorar así la calidad de vida de los usuarios diabéticos tipo II.

El presente informe final de investigación consta de seis capítulos, en el I capítulo encontramos planteamiento del problema, en el II marco teórico, III hipótesis y variables, IV metodología de la investigación, V resultados, VI discusión de resultados finalizando con conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Realidad Problemática (EJEMPLO)

En América Latina la alimentación inadecuada aumenta el riesgo de sobrepeso, obesidad, enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión las enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas y algunos tipos de cáncer. La obesidad y las enfermedades no transmisibles tienen un elevado costo económico y social para las familias y los sistemas de salud. En América Latina y el Caribe ocurrió que en el 2012 se presentaron 2.6 millones de muertes por causa de las enfermedades no transmisibles casi un 30% más de las estimadas en los años 2000 y un 20% superior a la estimación global anual. (1)

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 años más de edad reporta presentar diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada por un profesional de la salud, según el documento “Indicadores de Programas Presupuestales 2011 – 2015”.

Según el INEI realzo estos resultados con motivo de fomentar al mayor cuidado de sus estilos de vida, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en este año prestará especial atención a la diabetes, principalmente porque esta enfermedad ha ido en aumento en países de bajos recursos.

Los principales objetivos en el presente año es concientizar a la población en general respecto al incremento de la diabetes, así como fomentar medidas para la promoción y prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno y evitar complicaciones.(2)

Según la región con mayor incremento de diabetes mellitus tipo 2 es la población de Costa peruana con un 4,0% de la población 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%.Las regiones que le siguen son los de la selva con 1,9%, la zona urbana registra el 2,7% y rural el 1,1%, al igual que la sierra figura con 1,6%, el área urbana 2,5% y rural con 1,0%.(3)

El Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Paita cuenta con el programa de enfermedades no transmisibles en el cual se atienden 40 pacientes diarios divididos en dos turnos mañana y tarde con un total de 256 pacientes diabéticos tipo 2 de los cuales 191 son de 30 a 59 años, donde durante las evaluaciones medicas mensuales se ha venido observando que la mayoría de pacientes no presentan un adecuado control de su glucosa aumentando el riesgo de complicaciones y no llegan a su control mensual ,debido a que desconocen el autocuidado que debe tener un paciente diabético y así evitar complicaciones.

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema General

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre las medidas de autocuidado en diabetes mellitus II en usuarios de 30 a 59 años que se atienden en el programa de daños no transmisibles del Hospital Nuestra Señora de las Mercedes- Paita?

1.2.2 Sub Problemas

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre prevención y promoción de autocuidado en Diabetes de los usuarios de 30 a 59 años que

acuden al control del programa de Daños no Transmisibles del Hospital Nuestra Señora de las Mercedes Paita?

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre diagnóstico de autocuidado en Diabetes de los usuarios de 30 a 59 años que acuden al control del programa de Daños no Transmisibles del Hospital Nuestra Señora de las Mercedes Paita?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre tratamiento de autocuidado en Diabetes de los usuarios de 30 a 59 años que acuden al control del programa de Daños no Transmisibles del Hospital Nuestra Señora de las Mercedes Paita?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar el nivel de conocimientos sobre las medidas de autocuidado en diabetes mellitus tipo II de los usuarios de 30 a 59 años atendidos en el programa de Daños no Transmisibles del Hospital Nuestra Señora de las Mercedes Paita.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de conocimiento sobre prevención y promoción de autocuidado en Diabetes de los usuarios de 30 a 59 años que acuden al control del programa de Daños no Transmisibles del Hospital Nuestra Señora de las Mercedes Paita.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre diagnóstico de autocuidado en Diabetes de los usuarios de 30 a 59 años que

acuden al control del programa de daños no transmisibles del Hospital Nuestra Señora de las Mercedes Paita.

- Identificar el nivel de conocimiento sobre tratamiento de autocuidado en Diabetes de los usuarios de 30 a 59 años que acuden al control del programa de daños no transmisibles del Hospital Nuestra Señora de las Mercedes Paita.

1.4 Limitantes de la investigación

1.4.1 Limitante teórico

Para el presente estudio de investigación se han revisado otras investigaciones que nos facilitan información el cual son contrastadas con referencias bibliográficas, en donde la presente investigación que se ha realizado en el Hospital de Nuestra Señora de las Mercedes Paita la cual será un aporte más para futuras investigaciones

1.4.2 Limitante temporal

La presente investigación realizada es de tipo transversal porque se ha realizado en un solo periodo de tiempo y presenta una estructura factible.

1.4.3 Limitante espacial

La presente investigación se ejecutó en el Programa de daños no transmisibles del hospital de nuestra señora de las mercedes Paita jurisdicción de la provincia de Paita, departamento de Piura de la nación peruana, el cual se observó una problemática existente y se decidió realizar una investigación sobre conocimiento a los usuarios que acuden a la atención en el programa de daños no transmisibles para así

poder conocer y poder tomar medidas oportunas para mejorar lo encontrado en la presente investigación para evitar riesgos futuros e irreversibles.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Miguel Pousa, en su investigación titulada Nivel De Conocimiento De Autocuidado En El Paciente Diabético Tipo 2 De La Umf No. 8 De Aguascalientes – México 2017

Realizo un estudio descriptivo-transversal en el periodo Mayo – Julio de 2016, que tuvo como objetivo Evaluar el nivel de conocimiento de autocuidado en el paciente diabético tipo 2 de la UMF No. 8 de Aguascalientes y Se toma una muestra aleatoria simple con 196 pacientes con DM2 adscritos a la UMF No. 8 de Aguascalientes que acepten participar mediante firma de carta de consentimiento informado, respetando la voluntad del paciente, elegidos en forma aleatoria simple. A todos los pacientes se les aplicará un instrumento que se realiza en base a las recomendaciones de la guía de práctica clínica, en la cual se indican las metas de control ambulatorio para pacientes diabéticos, divididas en conocimiento de promoción y prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad

El nivel de conocimiento sobre autocuidado de los pacientes diabéticos tipo 2 adscritos a la UMF 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social, no es adecuado. Se obtuvo una con una calificación promedio de 16,43 puntos de un total de 25 puntos, sobre el conocimiento de autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2. Con el instrumento aplicado. para medir dicho conocimiento, encontramos mayor participación con pacientes del sexo femenino con un porcentaje de 52.55% y el sexo masculino de 47,44%. Encontramos que la edad promedio de los pacientes que participaron en este protocolo fue de 54.6 años y con un promedio de tiempo de evolución de la enfermedad de 12.18 años, se obtuvo que el tiempo de

evolución tiene significancia estadística de 0.001 con respecto a nivel de conocimiento de tratamiento de la enfermedad, llegando a la conclusión que El nivel de conocimiento no es adecuado sobre autocuidado en los pacientes diabéticos tipo 2 adscritos a la UMF 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.(4)

Merchán M, llevó a cabo un estudio titulado sobre Variables Predictoras De Las Conductas De Autocuidado En Las Personas Con Diabetes Tipo 2, que acuden a la consulta de enfermería de atención primaria al centro de salud Cáceres, en España 2014.

El estudio es de tipo cuantitativo, método descriptivo analítico observacional de corte transversal, la población estuvo conformada por personas 260 personas mayores de 40 años con diagnóstico de diabetes tipo 2. La obtención de los datos fue a través de la entrevista personal y su instrumento fue un cuestionario estandarizado. La edad media fue de 68 años con predominio de mujeres. El déficit de autocuidado lo presentaron el 49.8%, para el cuidado de los pies, el 26,6%, para el ejercicio, para el control de glucemia, el 8,1% para alimentación, el 6.2% para asistencia de controles y el 1.2% para el tratamiento farmacológico. Concluyó que las personas con DMT2 presentan déficit de autocuidado, siendo especialmente relevante en el tratamiento no farmacológico. La prevalencia de déficit de autocuidado se asoció a factores individuales no modificables (edad, sexo y situación laboral), modificables (tabaquismo, IMC). (5)

Soler Y, Pérez E, López M, Quezada D, realizaron un estudio titulado Conocimientos Y Autocuidado En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2, en cuba 2014.El estudio es de tipo cuantitativo descriptivo de corte trasversal. La muestra estuvo

conformada por 22 pacientes; se empleó como técnica la 9 recogida de datos por una encuesta a los pacientes diabéticos. Se evidenció que el nivel de conocimientos sobre la Diabetes Mellitus que predomina es bajo para un 45, 45 %; el 90, 91 % presenta ausencia de autocuidado y las vías de obtención de la información que predominaron son los medios de difusión masiva con un 81, 81 % y seguido de este, el personal de salud con un 77,26 %; concluyó de manera general que los pacientes diabéticos tipo 2 presentaron ausencia de autocuidado y bajo nivel de conocimientos sobre diabetes Mellitus.(6)

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Amaya. B. yeny realizó un estudio denominado Conocimiento sobre las medidas de autocuidado en diabetes mellitus tipo 2 en los usuarios que se atienden en la Institución Prestadora de Salud Zarate 2015, El estudio es de tipo cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal.

La muestra estuvo conformada por 35 usuarios. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Resultados. Del 100%(35), 51%(18) conoce y el 49%(17) no conoce. En la dimensión ejercicio físico 63%(22) conoce y 37%(13) no conoce, en la dimensión alimentación 57%(20) conoce y 43%(15) no conoce, en la dimensión cuidado de los pies 77%(27) conoce y 23%(8) no conoce y en la dimensión tratamiento farmacológico 60%(21) conoce y 40%(14) no conoce (7)

Valencia Portugués Flavia, Ore Rodríguez María, realizó un estudio sobre "Conocimiento sobre autocuidado y su relación con las características socio demográficas en pacientes con

diabetes mellitus del Hospital Daniel Alcides Carrión en Lima, 2010, El objetivo fue determinar el conocimiento sobre autocuidado y su relación con las características socio demográficas en pacientes con diabetes mellitus del Hospital Daniel Alcides Carrión. El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo, diseño transversal, prospectivo. Los participantes en estudio fueron 150 pacientes con diabetes mellitus que acudieron al consultorio externo de endocrinología durante los meses de marzo-abril del 2010. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. La conclusión fue que. El nivel de conocimiento sobre autocuidado del paciente diabético, fue bajo constituyéndose en un alto riesgo para la calidad de vida del paciente, resulto ser independiente el nivel de conocimiento con las características socio- demográficas del paciente diabético (8)

2.2 Marco

2.2.1 Teórico

OROTHEA E. OREM en su Teoría del Autocuidado: En la que 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".

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- 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.(7)

Teoría del déficit de autocuidado: En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.(8)

Teoría de los sistemas de enfermería: En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera supe al individuo.

- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Orem define el objetivo de la enfermería como: " 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". Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado, supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse. Los métodos de asistencia de

enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del enfermo inconsciente.
- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar. (9)

2.2.2 Conceptual

a) Diabetes

- 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. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre).
- La diabetes de tipo 1 (anteriormente denominada diabetes insulino dependiente o juvenil) se caracteriza por la ausencia de síntesis de insulina.
- La diabetes de tipo 2 (llamada anteriormente diabetes no insulino dependiente o del adulto) tiene su origen en la incapacidad del cuerpo para utilizar eficazmente la insulina, lo que a menudo es consecuencia del exceso de peso o la inactividad física.

- La diabetes gestacional corresponde a una hiperglicemia que se detecta por primera vez durante el embarazo.(10)

b) Tipos De Diabetes

Diabetes de tipo 1

Descripción

- Anteriormente se denominó diabetes sacarina dependiente de la insulina.
- Se caracteriza por hipoglucemia causada por una carencia absoluta de insulina, hormona producida por el páncreas.
- Estos enfermos necesitan inyecciones de insulina durante toda la vida.
- Se presenta por lo común en niños y adolescentes, aunque puede aparecer en etapa posterior de la vida.
- A veces se manifiesta por signos y síntomas graves, como estado de coma o cetoacidosis.
- Estos enfermos no suelen ser obesos, pero la obesidad no es incompatible con este diagnóstico.
- Estos enfermos tienen un riesgo aumentado de padecer complicaciones micro y macrovasculares.

Etiología

- Por lo común, aunque no siempre, es consecuencia de la destrucción de las células beta del páncreas por un fenómeno autoinmunitario que se acompaña de la presencia de ciertos anticuerpos en la sangre.
- Es un trastorno complejo causado por mutaciones de varios genes, y también por factores ambientales.

Cuadro clínico

- Aumento de la frecuencia urinaria (poliuria), sed (polidipsia), hambre (polifagia) y baja de peso inexplicable.
- Entumecimiento de las extremidades, dolores (disestesias) de los pies, fatiga y visión borrosa.
- Infecciones recurrentes o graves.
- Pérdida de la conciencia o náuseas y vómitos intensos (causantes de cetoacidosis) o estado de coma. La cetoacidosis es más común en la diabetes de tipo 1 que en la de tipo 2.

Diagnóstico

- Se establece por la presencia de los signos clásicos de hiperglucemia y una prueba sanguínea anormal: una concentración plasmática de glucosa ≥ 7 mmol/L (o 126 mg/dL) o bien $\geq 11,1$ mmol/L (o 200 mg/dL) 2 horas después de haber bebido una solución con 75 g de glucosa.
- Si no aparecen las manifestaciones clínicas clásicas, el diagnóstico se puede efectuar cuando hay sendas pruebas sanguíneas anormales en dos días distintos.
- Aunque no siempre se puede efectuar en los países de pocos recursos, la prueba de la hemoglobina glucosilada (HbA1C) se practica para conocer aproximadamente el control metabólico del azúcar sanguíneo en los 2 o 3 meses precedentes, a fin de orientar las decisiones de tratamiento.

Tratamiento

- El objetivo global del tratamiento es disminuir las concentraciones sanguíneas de glucosa a los límites normales para aliviar los signos y síntomas y prevenir o posponer la aparición de complicaciones.
- Inyecciones de insulina durante toda la vida, en diferentes combinaciones: insulina de acción breve y de acción prolongada; tratamiento intensivo mediante sendas inyecciones antes de las comidas; inyecciones de insulina una o dos veces al día; bomba de insulina.
- El suministro regular de insulina es esencial; sin embargo, en muchos países pobres esta hormona no se consigue o es muy cara.
- Glucómetro para que el enfermo vigile la glucosa sanguínea.
- Detección temprana y tratamiento oportuno de las complicaciones a intervalos recomendados por las directrices nacionales e internacionales: examen de los ojos, prueba de orina, cuidado de los pies y remisión con el especialista cuando sea necesario.
- Educación del paciente sobre la vigilancia para reconocer los signos y síntomas de la hipoglucemia (como hambre, palpitaciones, temblores, sudores, somnolencia y mareo) y la hiperglucemia.
- Educación del paciente en materia de dieta, ejercicio y cuidado de los pies.
- Donde sea posible, grupos de apoyo dirigidos por los propios enfermos e implicación de la comunidad.

Diabetes de tipo 2

Descripción

- Se conoció anteriormente como diabetes sacarina no dependiente de la insulina.

- Se caracteriza por hiperglucemia causada por un defecto en la secreción de insulina, por lo común acompañado de resistencia a esta hormona.
- De ordinario los enfermos no necesitan insulina de por vida y pueden controlar la glucemia con dieta y ejercicio solamente, o en combinación con medicamentos orales o insulina suplementaria.
- Por lo general, aparece en la edad adulta, aunque está aumentando en niños y adolescentes.
- Está relacionada con la obesidad, la inactividad física y la alimentación malsana.
- Al igual de lo que sucede con la diabetes de tipo 1, estos enfermos tienen un riesgo aumentado de padecer complicaciones micro y macro vasculares.

Etiología

- Está asociada con la obesidad, la poca actividad física y la alimentación malsana; además, casi siempre incluye resistencia a la insulina.
- Afecta con mayor frecuencia a las personas que padecen hipertensión arterial, dislipidemia (colesterol sanguíneo anormal) y obesidad de la parte media del cuerpo; incluye un componente de «síndrome metabólico».
- Tiene una tendencia a presentarse en familias, pero es un trastorno complejo causado por mutaciones de varios genes, y también por factores ambientales.

Cuadro clínico

- Los pacientes a veces no presentan manifestaciones clínicas o estas son mínimas durante varios años antes del diagnóstico.

- Pueden presentar aumento de la frecuencia urinaria (poliuria), sed (polidipsia), hambre (polifagia) y baja de peso inexplicable.
- También pueden padecer entumecimiento de las extremidades, dolores (disestesias) de los pies y visión borrosa.
- Pueden sufrir infecciones recurrentes o graves.
- A veces la enfermedad se manifiesta por pérdida de la conciencia o coma; pero esto es menos frecuente que en la diabetes de tipo 1.

Diagnóstico

- Se establece mediante la presencia de los signos clásicos de hiperglucemia y una prueba sanguínea anormal: una concentración plasmática de glucosa ≥ 7 mmol/L (o 126 mg/dL) o bien $\geq 11,1$ mmol/L (o 200 mg/dL) 2 horas después de beber una solución con 75 g de glucosa.
- Si no aparecen las manifestaciones clínicas clásicas, el diagnóstico se puede efectuar cuando hay sendas pruebas sanguíneas anormales en dos días diferentes.
- Aunque no siempre se puede efectuar en los países de pocos recursos, la prueba de la hemoglobina glucosilada (HbA1C) se practica para conocer aproximadamente el control metabólico del azúcar sanguíneo en los 2 o 3 meses precedentes, a fin de orientar las decisiones de tratamiento. Esta prueba se puede usar también para diagnosticar la diabetes de tipo 2.
- En algunos pacientes asintomáticos el diagnóstico se establece mediante el «tamizaje oportunista» de grupos de riesgo elevado; es decir, en una visita ordinaria al médico, este puede reconocer que el paciente tiene un riesgo elevado de contraer la diabetes y recomendar que se le haga una prueba de tamizaje.

- Por ejemplo, tener 45 años o más de edad, presentar un índice de masa corporal de $>25 \text{ kg/m}^2$, pertenecer a determinado grupo étnico o la presencia de hipertensión arterial pueden llevar a recomendar la prueba de tamizaje;
- A veces, es el propio individuo quien solicita la prueba.

Tratamiento

- El objetivo global del tratamiento es disminuir las concentraciones sanguíneas de glucosa a los valores normales para aliviar los signos y síntomas y prevenir o posponer la aparición de complicaciones.
- Los pacientes son tratados con dieta y ejercicio solos o añadiendo algún antidiabético oral; con una combinación de medicamentos orales e insulina; o con insulina únicamente.
- Glucómetros para la vigilancia de la glucosa sanguínea por el propio enfermo (con una frecuencia menor que en la diabetes de tipo 1).
- Detección temprana y tratamiento oportuno de las complicaciones, a intervalos recomendados por las directrices nacionales e internacionales:
 - Examen de los ojos, prueba de orina, cuidado de los pies y remisión con el especialista cuando sea necesario;
 - Educación del paciente en materia de vigilancia para reconocer los signos y síntomas de la hipoglucemia (como hambre, palpitaciones, temblores, sudores, somnolencia y mareo) y la hiperglucemia;
 - Educación del paciente en materia de alimentación, ejercicio y cuidado de los pies.

Diabetes del Embarazo

Descripción

- Se caracteriza por hiperglucemia de intensidad variable diagnosticada durante el embarazo (sin que haya habido diabetes anteriormente) y que, de ordinario, aunque no siempre, desaparece en el plazo de 6 semanas después del parto.
- Los riesgos que el trastorno plantea son anomalías congénitas, peso excesivo al nacer y riesgo elevado de muerte perinatal.
- Aumenta el riesgo de que en etapa posterior de la vida la mujer contraiga diabetes de tipo 2.

Etiología

- No se conoce bien el mecanismo, pero al parecer las hormonas del embarazo alteran el efecto de la insulina.

Cuadro clínico

- La sed intensa (polidipsia) y la mayor frecuencia urinaria (poliuria) se observan a menudo, aunque puede haber otras manifestaciones.
- Como el embarazo por sí mismo causa aumento de la frecuencia urinaria, es difícil determinar cuándo es anormal.
- El desarrollo de una criatura más grande de lo normal (que se detecta en un examen prenatal ordinario) puede llevar a efectuar las pruebas de tamizaje para descartar la diabetes del embarazo.

Diagnóstico

- Entre las semanas 24 y 28 de la gestación se practica la prueba de tolerancia oral a la glucosa tras un ayuno nocturno (se

determina la glucosa plasmática en ayunas y luego dos horas después de ingerir una solución con 75 g de glucosa).

- Una concentración $\geq 7,8$ mmol/L (o 140 mg/dL) establece el diagnóstico de diabetes del embarazo.
- Si las concentraciones sanguíneas de sangre en ayunas y en la fase posprandial aparecen elevadas en el primer trimestre del embarazo, ello puede indicar que la diabetes sacarina ya estaba presente antes de este, lo que se considera un trastorno distinto con diferentes implicaciones.

Tratamiento

- Control metabólico estricto de la glucosa sanguínea para disminuir los riesgos obstétricos.
- Las pacientes son tratadas mediante dieta y ejercicio, a los que a veces se agregan antidiabéticos orales o insulina.
- Glucómetros para que la paciente vigile la glucosa sanguínea.
- Educación de la paciente en materia de dieta y ejercicio.
- Educación de la paciente para que después del parto adelgace y haga ejercicio con el fin de evitar la diabetes en el futuro.
- Tamizaje de por vida para la diabetes de tipo 2, pues la paciente estará en la categoría de alto riesgo.(11)

c) Actividades de la OMS para Prevenir Y Controlar la Diabetes

Información sobre el Programa de Diabetes

Misión

La misión del Programa de Diabetes de la OMS es prevenir esta enfermedad siempre que sea posible y, cuando no lo sea, reducir al mínimo sus complicaciones y mejorar la calidad de vida.

Objetivo

El objetivo general del Programa de Diabetes es mejorar la salud estimulando y apoyando la adopción de medidas eficaces de

vigilancia, prevención y control de la diabetes y de sus complicaciones, especialmente en los países de ingresos bajos y medios.

Funciones Básicas

Para lograr el mencionado objetivo, el programa se centra en las funciones básicas siguientes, coincidentes con las funciones básicas de la OMS:

- Supervisar la elaboración y adopción de criterios y normas acordadas internacionalmente para el diagnóstico y el tratamiento de la diabetes y de sus complicaciones y factores de riesgo.
- Fomentar la vigilancia de la diabetes y de sus complicaciones y factores de riesgo, y contribuir a ella.
- Contribuir a la creación de capacidad para la prevención y el control de la diabetes.
- Aumentar la concienciación sobre la importancia de la diabetes como problema mundial de salud pública.
- Promover la prevención y el control de la diabetes en poblaciones vulnerables.(12)

d) AUTOCUIDADO

El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece. Entre las prácticas para el autocuidado se encuentran: alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para

controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento para prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado en los procesos mórbidos. “Cualquier cosa que una persona pueda aprender, conduce a cambios en uno de los tres campos siguientes del comportamiento: cognitivo, afectivo y psicomotor; todo aprendizaje equivale a obtener el desarrollo de una forma de comportamiento, bien sea porque surjan o cambien los comportamientos, los afectos o las destrezas psicomotoras en la persona”

El autocuidado es una función inherente al ser humano e indispensable para la vida de todos los seres vivos con quienes interactúa; resulta del crecimiento de la persona en el diario vivir, en cada experiencia como cuidador de sí mismo y de quienes hacen parte de su entorno. Debido a su gran potencial para influir de manera positiva sobre la forma de vivir de las personas, el autocuidado se constituye en una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad.(13)

Autocuidado en la DBM II

La diabetes es una enfermedad complicada, requiere vigilancia constante, conocimiento de la enfermedad y del apoyo de varios especialistas en salud. Sin embargo, la mayor parte del cuidado y control debe provenir del paciente mismo. Por esta razón se considera especialmente importante que las personas que padecen diabetes conozcan su enfermedad, las metas del tratamiento y la manera en la que pueden contribuir a su propio cuidado. Las guías de tratamiento ayudan a tener en mente estos objetivos y facilitan el progreso hacia una vida saludable.

¿Cuáles son las áreas más importantes que debe cuidar una persona con diabetes? Entre los puntos más importantes que una

persona que padece diabetes debe conocer y llevar a cabo se encuentran:

- La dieta
- El programa de ejercicios
- La forma de tomar los medicamentos adecuadamente
- Aprender a resolver problemas frecuentes
- Lograr un control de los niveles de glucosa
- Prevenir complicaciones crónicas Cuidando estos aspectos, se puede mejorar la calidad de vida y conservarla durante muchos años.(14)

MEDIDAS DIETETICAS

Sobre la alimentación, se ha demostrado que el manejo nutricional es efectivo en personas con diabetes y aquellos con alto riesgo de desarrollar DM-2, cuando se trata de un componente integrado de la educación y la atención médica, por ello todas las personas con factores de riesgo, diagnosticadas con DM-II deben recibir consulta nutricional por un profesional nutricionista en forma personalizada u orientación nutricional por un personal de salud entrenado, según la categoría del establecimiento de salud.

Una dieta adecuada para personas con diabetes es aquella que considera:

a. Ser fraccionada para mejorar la adherencia a la dieta, reduciendo los picos glucémicos postprandiales y resulta especialmente útil en las personas en insulinoterapia. Los alimentos se distribuirán en cinco comidas o ingestas diarias como máximo, dependiendo del tratamiento médico de la siguiente manera:

- Desayuno.
- Refrigerio media mañana.
- Almuerzo.
- Refrigerio media tarde.

- Cena.

b. La ingesta diaria de calorías deberá estar de acuerdo al peso de la persona y su actividad física.

-Cálculo del peso ideal (PI):

Formula de Lorentz:

- Peso ideal varones = $Talla (cm) - 100 - \frac{Talla (cm) - 150}{4}$
- Peso ideal mujeres = $Talla (cm) - 100 - \frac{Talla (cm) - 150}{2.5}$

c. En las personas con sobrepeso y obesidad, una reducción entre el 5% al 10% del peso corporal le brinda beneficios significativos en el control metabólico.

d. La ingesta de grasas debe estar entre el 20% al 35% de la energía diaria consumida.

- La ingesta de grasas saturadas debe ser al menos 10% del Valor Calórico Total (VCT); si presentase enfermedad coronaria el porcentaje debe ser menor al 7% del VCT.
- La ingesta de grasas mono insaturadas hasta el 20% del VCT.
- La ingesta de grasas poliinsaturadas hasta el 10% del VCT.
- La ingesta de grasas trans debe ser mínima o nula.

e. La ingesta de proteínas debe estar entre el 15% al 20% de la ingesta calórica diaria correspondiendo entre 1 a 1,5 gramos por kilo de peso corporal como en la población general⁴⁴. En personas con nefropatía crónica establecida (proteinuria >3,5 gramos/24 horas) no debe exceder de 0,8 gramos por kilo de peso corporal.

f. La ingesta de carbohidratos debe ser entre el 45% al 55% del VCT.

- El consumo de carbohidratos con bajo índice glicémico brinda una ventaja adicional en el control de la hemoglobina glicosilada^{70,73},

-El consumo moderado de sacarosa de hasta el 10% del total de carbohidratos no afecta el control metabólico.

-Se recomienda el consumo moderado de los edulcorantes aprobados (sacarina, aspartame, acesulfame K, sucralosa y estevia) sin superar la ingesta diaria aceptable para cada uno.

g. Se recomienda la ingesta de fibra entre 25 a 50 gramos por día o 15 a 25 gramos por 1000 kcal consumidas.

h. No se recomienda el suplemento de antioxidantes (vitamina C, vitamina E y caroteno) porque no son beneficiosos y existe la preocupación de su seguridad a largo plazo. Tampoco se recomienda el suplemento de micronutrientes (magnesio, cromo, vitamina D) por no haber evidencia de su beneficio en el control metabólico.

i. En cuanto al consumo de alcohol se debe tener la misma precaución para la población en general, es decir, no debe excederse de 15 gramos al día en mujeres (1 trago) ni de 30 gramos al día en hombres (2 tragos). Un trago estándar contiene 15 gramos de alcohol y equivale a 360 ml de cerveza, 150 ml de vino y 45 ml de destilados (pisco, ron, whisky, caña). Las bebidas alcohólicas tienen un alto contenido calórico por lo que afectan el peso corporal.

Algunas técnicas recomendadas para la planificación de las comidas son: el método del plato (ver Anexo N° 6: Técnicas para planificación de comidas de personas diabéticas: Método del plato), el método de equivalencias, la lista de intercambios de alimentos, el conteo de carbohidratos. Consolidando estas 4 técnicas, podemos integrarlas en recomendaciones nutricionales fundamentales en toda consejería nutricional:

Preferir el consumo de pescado o carnes blancas (pollo, pavo, etc.). Consumir carnes rojas con moderación preferiblemente carnes magras. Consumir lácteos y derivados bajos en grasa y azúcar. Consumir carbohidratos complejos (cereales integrales, tubérculos y leguminosas).

Evitar el consumo de azúcar y productos azucarados (gaseosas, golosinas, bebidas azucaradas, galletas dulces, postres que contengan azúcar). Se recomienda consumir alimentos de bajo

índice glucémico. Consumir frutas y verduras al menos cinco porciones al día.

Consumir aceite vegetal (de maíz, canola, soya, girasol, oliva) y evitar las grasas saturadas (margarinas, aceite de coco, mantequillas), así como los aceites recalentados.

Evitar el consumo de alimentos procesados y ultra procesados con altos contenidos de carbohidratos, grasas y sal (comida chatarra). Reducir el consumo de sal. Evitar agregar más sal a sus comidas. Controlar su peso. Preferir beber agua y evitar las bebidas azucaradas (gaseosas o jugos envasados).(15)

EJERCICIO FISICO

- La actividad física ha demostrado beneficio en prevenir y tratar la DM-2, asimismo se ha demostrado su beneficio a largo plazo.
- La actividad física recomendada debe ser progresiva, supervisada y de manera individual, previa evaluación por personal médico calificado.
- Los adultos de 18 a 64 años deben dedicar como mínimo 150 minutos semanales a la práctica de actividad física aeróbica, de intensidad moderada como caminar, bailar, trotar, nadar, etc.
- La actividad aeróbica se practicará en forma progresiva iniciando con sesiones de 10 minutos de duración, como mínimo. Dos veces o más por semana se debe realizar actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares.
 - En las personas mayores de 60 años considerar lo siguiente:
 - Con movilidad reducida deben realizar actividades físicas para mejorar su equilibrio, tres días o más a la semana.
 - Realizar actividades que fortalezcan los principales grupos de músculos dos o más días a la semana.

- Cuando los adultos de mayor edad no puedan realizar la actividad física recomendada debido a su estado de salud, se mantendrán físicamente activos en la medida en que se lo permita su estado.
- Se debe advertir a la persona sobre el riesgo de hipoglucemia durante la práctica del ejercicio físico sobre todo en personas que usan insulina y secreta de insulina, quienes deberán consumir una ración de carbohidratos extra si el nivel de glucosa previo al ejercicio es menor de 100 mg/dl⁴⁸.
- Se sugiere realizar una evaluación inicial del riesgo previo a la actividad física⁴⁸ utilizando el cuestionario PAR-Q (Physical Activity Readiness Questionnaire) de la Sociedad Canadiense para Fisiología del Ejercicio (Ver Anexo N° 7: Cuestionario de actividad física).(16)

CUIDADOS DE LOS PIES

El cuidado de los pies es fundamental en las personas con diabetes. Los problemas de circulación, la menor sensibilidad y la mayor tendencia a las infecciones que produce esta enfermedad hacen que aparezcan heridas más fácilmente en los pies y además que evolucionen peor.

Para prevenir los problemas en los pies es fundamental el adecuado control del nivel de azúcar en sangre (con dieta, medicación y ejercicio regular) evitar aquellas circunstancias que empeoran la circulación (tabaco, falta de ejercicio, etc.) y realizar un adecuado cuidado de sus pies. Por otro lado, el control y tratamiento precoz de las lesiones que puedan aparecer es la clave para impedir que progresen rápidamente dando lugar a lesiones graves y secuelas serias y definitivas.

LAVADO. Debe lavar sus pies diariamente. Para ello le recomendamos:

- Utilice agua templada (32-35 °C). Compruebe la temperatura del agua con un termómetro de baño o con el codo. El paciente puede tener neuropatía y disminuida su sensibilidad y puede no notar la temperatura. Si el agua está demasiado caliente puede incluso quemarse sin notarlo.
- Utilice jabón neutro
- No deje los pies en agua más de 5 minutos, para evitar la piel se maceren, utilice una manopla de baño suave
- Evite el uso de cepillos y manoplas ásperas que puedan lesionar la piel
- Debe lavar todo el pie especialmente entre los dedos

▪ **SECADO**

- Seque bien los pies, con una toalla suave e insistiendo entre los dedos.

▪ **HIDRATACIÓN.**

- Si tiene la piel reseca aplíquese una fina capa de crema o loción hidratante en las plantas y sobre las zonas reseca, pero nunca entre los dedos de los pies. La piel húmeda y macerada facilita el crecimiento de hongos y la aparición de infecciones.

▪ **CUIDADO DE LAS UÑAS:**

- Las uñas demasiado largas, excesivamente cortas o mal cortadas pueden dar problemas y causar heridas e infecciones.

- Corte las uñas utilizando tijeras con punta roma para no hacerse cortes.
- El mejor momento es después del lavado de los pies, cuando están más blandas.
- Corte las uñas rectas: dejando rectos los bordes y sin cortar las esquinas y suavice las puntas con una lima de cartón. No las corte demasiado: deje que sobresalga 1 mm por delante del pulpejo del dedo.
- Si tiene problemas de visión o de habilidad, pida ayuda a un familiar o acuda a un podólogo, especialmente si sus uñas son gruesas y duras.(17)

- **CALZADO**

- Deberá usar siempre calzado y calcetines o medias. No camine nunca descalzo, ni siquiera dentro de su casa.
- El calzado adecuado será de material transpirable (cuero o lona), ligero y flexible, con suela antideslizante y no demasiado gruesa, no debe tener costuras interiores y el tacón será de una altura discreta (menos de 5 cm). No utilice zapatos de plástico ni materiales que impidan que el pie “respire”. Tampoco se aconseja utilizar sandalias porque dejan desprotegidos los dedos y el talón.
- Al comprar zapatos, asegúrese de que sean cómodos desde el principio, ni demasiado flojos ni apretados
- Cuando estrene zapatos, comience a usarlos poco a poco; unos días antes póngaselos en casa durante ratos de media hora.

- Las medias y calcetines deben ser suaves, preferiblemente de algodón, hilo o lana, sin costuras ni dobleces. No use ligas ni elásticos apretados, porque dificultan la circulación.
- mantenga secos sus zapatos y cambie diariamente los calcetines o medias
 - Lo que no debe de hacer:
- No utilice Zapatos apretados, ni ligas elásticas que dificulten la circulación
- No aplique remedios caseros, ni pomadas, no utilice objetos cortantes como hojas de afeitar para eliminar durezas o callosidades, acude a un profesional
- No acerque sus pies al fuego, estufas o radiadores, ni utilice bolsas de agua caliente o mantas eléctricas para calentarlos.(18)

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

El tratamiento de la DM-2 en el primer nivel de atención se iniciará con medicamentos orales de primera línea considerados en el PNUME vigente: metformina o glibenclamida. Si no existiera contraindicación, empezar con metformina.

Al iniciar el tratamiento, el médico tratante educará a la persona sobre el reconocimiento de signos de alarma y reacciones adversas, para que en caso de presentarlas, acuda a consulta para reevaluación y valoración de cambio de esquema terapéutico. Asimismo, el médico tratante procederá a reportar los efectos adversos según lo descrito en la sección “efectos adversos o colaterales con el tratamiento” y “signos de alarma”.

En caso que alguna persona no responda a la terapéutica antes descrita, referir al médico especialista en endocrinología o internista, el médico tratante procederá a prescribir un medicamento de costo efectivo, para lo cual sustentará su uso según Resolución Ministerial 540-2011/MINSA (Norma Técnica de Salud para la Utilización de Medicamentos no considerados en el PNUME) u otra vigente.

A toda persona diagnosticada con DM-II, que se encuentre clínicamente estable sin signos de alarma, se iniciará el tratamiento en el establecimiento de salud de origen.

Terapia farmacológica inicial: Monoterapia.

- En caso de personas con DM-II con signos de un estado de descompensación metabólica aguda (deshidratación, trastorno del sensorio, náuseas, vómitos, dolor abdominal, polipnea, cuerpos cetónicos en orina), estos deben ser atendidos o referidos a un establecimiento de salud que cuente con servicio de emergencia para su manejo según nivel de capacidad resolutive, previa estabilización.
- En caso de personas con DM-2 que se encuentren clínicamente estables, sin signos de descompensación aguda, el médico (desde EE. SS. I-2 con médico) iniciará en forma ambulatoria el tratamiento farmacológico en el momento del diagnóstico de la DM-II, junto con la modificación de los estilos de vida.

Metformina:

Metformina es el fármaco de primera línea mientras no exista contraindicación.

La metformina es el fármaco de primera elección (Recomendación A) como monoterapia para el tratamiento de la DM-II, por ser eficaz, por reducir el peso corporal y disminuir el riesgo cardiovascular. Su efecto principal es disminuir la producción hepática de glucosa. Asimismo, mejora la sensibilidad a la insulina en tejidos periféricos. En el PNUME se cuenta con tabletas de 500 mg y 850 mg.

Iniciar con dosis bajas de 500mg u 850mg por día, dosis única. Incrementar de 500mg a 850mg cada 1 a 2 semanas de forma progresiva hasta alcanzar el control glucémico y/o la dosis máxima

de 2,550mg si fuera necesario. Debe tomarse con o inmediatamente después de las comidas principales.

La metformina está contraindicada en personas con creatinina sérica ≥ 1.4 mg/dl en mujeres y ≥ 1.5 mg/dl en varones o en personas con depuración de creatinina < 30 ml/min/1.73m², en personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardíaca descompensada, insuficiencia respiratoria o hepática y en personas con alcoholismo.

Hay que revisar la dosis y monitorizar la creatinina cada 3 a 6 meses cuando la depuración está entre 31 a 45 ml/min/1.73m².

Los eventos colaterales más frecuentes de la metformina son gastrointestinales. La acidosis láctica es rara con metformina a la dosis terapéutica y similar a otros tratamientos para la diabetes⁵².

-En caso de intolerancia a metformina puede iniciarse la terapia con sulfonilureas (Recomendación A).

-En algunas personas con hiperglucemia sintomática, HbA1c $\geq 8\%$, sin deshidratación, se puede iniciar el tratamiento con terapia combinada con la finalidad de un control más rápido de la glucosa de estar disponible, solicitar una HbA1c de control a los tres meses de iniciado el tratamiento.

-Si la HbA1c es menor de 7% o si ha llegado a la meta individualizada fijada para la persona, continuar con el tratamiento instalado y solicitar una HbA1c por lo menos cada 6 meses. Reforzar la modificación de los estilos de vida.

-Si la HbA1c es mayor o igual a 7% o si no se ha llegado a la meta individualizada fijada para la persona, revisar el cumplimiento del tratamiento no farmacológico y que la persona haya cumplido regularmente el tratamiento con metformina a la dosis adecuada. Si requiere un segundo fármaco, referir al médico endocrinólogo o internista.

Sulfonilureas (SU)

Son drogas que estimulan la secreción de insulina del páncreas independientemente del nivel de glucosa sanguínea por lo cual, se puede presentar hipoglucemia.

Glibenclamida

En el PNUME 2012 se cuenta con glibenclamida en tabletas de 5 mg. Los efectos colaterales más frecuentes de las sulfonilureas son hipoglucemia y aumento de peso. Iniciar con dosis bajas (2.5 mg – 5 mg) una vez al día en el desayuno o primera comida. Se puede administrar dos veces al día en algunas personas (por ejemplo, aquellos que reciben más de 10 mg por día). Incrementar ≤ 2.5 mg al día cada semana hasta conseguir el control glucémico deseado o hasta que se alcance la dosis máxima permitida (20 mg/día).

Existe mayor susceptibilidad de hipoglucemia en las personas con malnutrición, adulto mayor, personas con falla hepática o renal, o insuficiencia adrenal o pituitaria. Referir en estos casos a médico internista o endocrinólogo.

Glimepirida

La DIGEMID ha aprobado el uso de este medicamento oral en presentaciones de 2 a 4 mg. Su uso es para los siguientes casos:

-En el tratamiento de la DM-II en personas ≥ 65 años con hiperglucemia no controlada con medicamentos de primera línea (metformina).

-En la enfermedad renal crónica, se justifica solo para personas con enfermedad renal leve y moderada con FG >60 ml/min/1.73 m² en los que no se consigue el objetivo de control glucémico con metformina por lo que la individualización del tratamiento resulta esencial y requiere ajuste de dosis.

El uso de este medicamento requiere ser iniciado por médico especialista del segundo o tercer nivel de atención. El médico del primer nivel podrá utilizarlo con las indicaciones precisas del especialista antes mencionado.(14)

2.2.3 TEÓRICO-CONCEPTUAL

La diabetes es una enfermedad crónica que puede afectar a todos los órganos del cuerpo humano y cada vez más está alterando la salud de muchas personas sin tener en cuenta que sean niños, jóvenes, adultos o adultos mayores y no solo de nuestro país, sino que está afectando a toda la población del mundo entero, es alarmante esta situación ya que cada año el número de casos, complicaciones y muertes están ascendiendo.

Los profesionales de la salud cumplimos un rol muy importante en el campo de la salud pública, pues estamos para contribuir en mejorar la calidad de vida de nuestra población.

La diabetes está afectando la vida de nuestros usuarios y queremos mejorar sus estilos de vida para evitar las fatales complicaciones que puede causar esta enfermedad.

2.3 Definiciones de términos básicos

-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. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre).

La diabetes de tipo II (llamada anteriormente diabetes no insulino dependiente o del adulto) tiene su origen en la incapacidad del cuerpo para utilizar eficazmente la insulina, lo que a menudo es

consecuencia del exceso de peso o la inactividad física. La diabetes gestacional corresponde a una hiperglicemia que se detecta por primera vez durante el embarazo.

- **Autocuidado:** la OMS definió el autocuidado como las actividades de salud no organizadas y a las decisiones de la salud tomadas por individuos, familia, vecinos, amigos, colegas, compañeros de trabajo, Etc... Comprende la auto medicación, el auto tratamiento, el respaldo social en la enfermedad, los primeros auxilios en un “entorno natural”, es decir, en el contexto normal de la vida cotidiana de las personas. El autocuidado es, definitivamente, el recurso sanitario fundamental del sistema de atención de salud. (OMS 2008).

En la asistencia sanitaria, el autocuidado o cuidado personal es cualquier acción reguladora del funcionamiento del ser humano que se encuentra bajo el control del propio individuo, realizada de forma deliberada y por iniciativa propia. El autocuidado es visto como una solución parcial al aumento global de los costos de la atención sanitaria. La noción de que el autocuidado es un pilar fundamental de la salud y la asistencia social, significa que es un componente esencial de un sistema moderno de atención sanitaria regido por la burocracia y la legislación.

El autocuidado es la forma básica de atención primaria causada por enfermedad. La autogestión es fundamental. Es un propósito aprendido y continuado. En la filosofía, el autocuidado hace referencia al cuidado y cultivo de uno mismo en un sentido amplio, centrándose en particular en el alma y el conocimiento del propio individuo. El hombre elige, el esclavo obedece.(19)

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

En el proceso de investigación científica, un aspecto importante es el que tiene que ver con las hipótesis, debido a que éstas son el medio por el cual se responde a la formulación del problema de investigación, y se operacionalizan los objetivos. Se formulan hipótesis cuando la investigación se requiere probar una suposición (NO TODA SUPOSICION ES HIPOTESIS), y no solo mostrar los rasgos característicos de una determinada situación.

Es decir, se formulan hipótesis en las investigaciones que buscan probar el impacto que tienen algunas variables entre sí, o el efecto de un rasgo o variable en relación con otro, fundamentalmente son estudios que muestran la relación causa efecto.

No todas las investigaciones llevan hipótesis, según sea su tipo de estudio (investigaciones de tipo descriptivo) no las requieren, ya que esta de manera implícita y es suficiente plantear algunas preguntas de investigación.

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo con una sola variable por lo tanto no se plantea hipótesis y no hay otra variable en el cual medir un impacto, ya que solo presenta la variable de nivel de conocimiento en usuarios de 30 a 59 años diabéticos tipo II

3.2 Definición conceptual de las variables

3.2.1 Variable 1

- Nivel de Conocimiento sobre autocuidado de la Diabetes Mellitus II.

Definición conceptual

Hechos o información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad.

Es la respuesta expresada por el usuario diabético, sobre toda aquella información que refiere poseer acerca de la enfermedad y entorno al comportamiento o forma de conducirse en cuanto a los cuidados sobre el ejercicio físico, alimentación, cuidados de los pies, tratamiento farmacológico, entre otros.

DEFINICION OPERACIONAL

Es la respuesta expresada del usuario diabético, sobre toda aquella información que refiere poseer acerca de la enfermedad de diabetes mellitus tipo II y de las medidas de autocuidado en relación al ejercicio físico, alimentación, cuidados de los pies y tratamiento farmacológico. El cual será obtenida mediante un cuestionario y valorado en conocer y no conoce.

3.3 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ITEMS	ESCALA
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE AUTOCUIDADO EN DIABETES MELLITUS II	Es toda aquella información que el usuario con diabetes mellitus tipo II debe conocer y saber de las medidas de autocuidado, las cuales son habilidades que practican para el mantenimiento de su salud, relacionado con ejercicio físico, alimentación, cuidados de los pies y tratamiento farmacológico, en	Prevención y promoción	Es la respuesta expresada del usuario diabético, sobre toda aquella información que refiere poseer acerca de la enfermedad de diabetes mellitus tipo II y de las medidas de autocuidado en relación al ejercicio físico, alimentación, cuidados de los pies y tratamiento	alimentación ejercicio físico cuidado de los pies	7,10 6,12,16,20, 5	Nominal Conocimiento satisfactorio: 40 a 50 puntos Conocimiento no satisfactorio :0 a 39 puntos

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Tipo y Diseño de la Investigación

4.1.1 Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipo cuantitativo, de nivel descriptivo, de corte transversal, ya que nos permitió presentar la información tal y como se obtuvo en un tiempo y espacio determinado.

4.1.2 Diseño de la Investigación

El diseño de investigación fue descriptivo simple, ya que se trabajará en una variable y una sola población, al cual se le brindará el un cuestionario donde se medirá el nivel de conocimiento presentado.

M - O

Donde:

M: Representa la muestra con quien(es) se realizó el estudio.

O: Información (observaciones) relevantes o de interés que recogemos de la muestra

4.2 Población y Muestra

4.2.1 Población

Usuarios de 30 a 59 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II conformada por 191 que se atendieron marzo a setiembre en el programa de daños no transmisibles del hospital Nuestra Señora de las Mercedes Paita 2018

4.2.2 Muestra de Estudio

Según la fórmula estadística aplicada a la población obtuvimos una muestra de 128 se reajusto a 77, luego se aplicó criterios de exclusión quedando 60 usuarios de 30 a 59 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II que se atienden en el programa de Daños no Transmisibles del Hospital Nuestra Señora de las Mercedes Paita

1 POBLACIÓN FINITA			
	SE CONOCE "N"	SE CONOCE p y q	
Z=	1.96		
p=	0.5		
q=	0.5		
N=	191		
e=	0.05		
N-1=	190		
		n=	127.7946
			128

$$\eta = \frac{z^2 pqN}{\varepsilon^2(N-1) + z^2 pq}$$

Muestra ajustada --> incluyendo "N"			
N =	191		
n =	128		
n - 1 =	127		
		n0=	76.80675
			77

$$n_0 = \frac{n}{1 + \frac{n-1}{N}}$$

4.2.3 Criterios de inclusión

Usuarios adultos mayores de edades de 30 a 59 años que acuden a consulta en el consultorio de daños no transmisibles del hospital Nuestra Señora de las Mercedes Paíta.

Usuarios de ambos sexos que acepten participar en el estudio firmando el consentimiento informado.

4.2.4 Criterios de exclusión

- Usuarios con disfunción cognoscitiva
- Usuarios analfabetos que no sepan leer ni escribir
- Usuarios con complicaciones existentes
- Usuarios que no hayan llenado el 100% del cuestionario
- Usuarios que no participaron con la encuesta.
- Usuarios que no llegaron a su cita.
- Usuarios con dificultad oftalmológica.

4.3 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos

Para la recolección de la información del nivel de conocimiento sobre autocuidado de usuarios de 30 a 59 años de edad con diabetes mellitus tipo II se utilizó como técnica la entrevista ya que permitió una comunicación interpersonal entre las investigadoras y los sujetos de estudio, siguiendo un orden previamente establecido; además, permitió la explicar el propósito del estudio y especificar claramente la información necesaria, así como también aclarar alguna pregunta asegurando una mejor respuesta.

El instrumento que se utilizó fue un cuestionario estructurado por el investigador de una tesis mexicana elaborado por Miguel Ángel Pousa Reis, el cual lo estructuro basando en la guía de práctica clínica en el primer nivel de atención de la diabetes tipo II, México secretaria de salud 2008, la cual consiste en un cuestionario dirigido a obtener información sobre conocimiento del autocuidado de la diabetes en las dimensiones de promoción y prevención, diagnóstico y tratamiento.

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Se realizó el instrumento de medio de lista de cotejo diseñada a partir de la guía práctica clínica diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de

atención, México secretaria de salud 2008, de carácter general es validado en otra investigación realizada.

VALIDEZ DE CONTENIDO

Se realizó la validez mediante un grupo de expertos 11 para lograr, los cuales analizaron de forma independiente y cegada el instrumento para que las dimensiones fueran congruentes con la guía práctica clínica diagnóstico y metas de control ambulatorio y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo II México 2008. Los expertos refirieron que cada ítem respondió a cada dimensión de acuerdo a la guía correspondiente.

Al inicio se tomó en cuenta un cuestionario diferente de una investigación también sobre autocuidado de la universidad nacional mayor de san marcos al aplicarlo hubo problemas para la comprensión del cuestionario por parte de los usuarios y se optó buscar otro instrumento validado obtenido de una investigación ya realizada mexicana sobre nivel de conocimiento en diabetes mellitus tipo 2 , el cual fue elaborado a partir de la guía clínica de diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo II de autocuidado mexicano , fue aceptada y comprendida con normalidad por los usuarios tuvo por objetivo proporcionar información sobre el nivel de conocimiento sobre autocuidado de usuarios de 30 a 59 años con diabetes mellitus tipo II. Estuvo constituido por 25 con 50 ítems, el cual solo se consideró 10 preguntas relacionadas con promoción y prevención, 6 preguntas relacionadas con tratamiento y 9 preguntas relacionadas con el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, con respuestas dicotómica verdadero y falso para este estudio preguntas cerradas con alternativas múltiples, que

respondan el 80% de los ítems en forma correcta el cual constó de las siguientes partes:

Primero Conocer sobre datos generales de los usuarios

Segundo obtener datos sobre autocuidado de diabetes mellitus tipo 2 en las dimensiones de alimentación, ejercicio físico, pie diabético tratamiento, el cual son dimensiones de promoción y prevención, diagnóstico y tratamiento

RESPUESTA VERDADERA: 1 punto.

RESPUESTA FALSA: 0 puntos.

La clasificación global de la encuesta con puntuación:

De 40 a 50 puntos: conocimiento satisfactorio.

De 0 a 39 puntos: conocimiento no satisfactorio.

4.4 Análisis y procesamiento de datos

El tratamiento estadístico de la información se realizó siguiendo el proceso siguiente:

Seriación: Se asignó un número de serie, correlativo a cada encuentro (cuestionario), lo que permitió tener un mejor tratamiento y control de los mismos.

Codificación: Se elaboró un libro de códigos, donde se asigna un código a cada ítem de respuesta, con ello se logró un mayor control del trabajo de tabulación.

Tabulación: Mediante la aplicación de la técnica matemática de conteo, se realizó la tabulación extrayendo la información, ordenándola en cuadros simples y de doble entrada con indicadores de frecuencia y porcentaje.

Graficación: Una vez tabulada la encuesta, se procedió a graficar los resultados en gráficas de barra, y otros.

Todo lo que sirvió para llevar los resultados al análisis e interpretación de los mismos.

Una vez obtenidos los datos, se procedió a analizar cada uno de ellos, atendiendo a los objetivos y variables de investigación; de manera tal que podamos contrastar hipótesis con variables y objetivos, y así demostrar la validez o invalidez de estas. Al final se formularán las conclusiones y recomendaciones para mejorar la problemática investigada.

CAPÍTULO V
RESULTADOS

5.1 Resultados Descriptivos

TABLA 5.1
DATOS GENERALES DE LA MUESTRA

DATOS GENERALES	FRECUENCIA	
	N°	%
SEXO		
MASCULINO	24	40
FEMENINO	36	60
TOTAL	60	100
EDAD	N°	%
30 – 35	6	10
36 – 39	5	8.3
40 – 45	10	16.7
46 – 49	8	13.3
50 – 55	13	21.7
56 – 59	18	30
TOTAL	60	100
TIEMPO DE ENFERMEDAD	N°	%
< 5 AÑOS	33	55
6 A 10 AÑOS	9	15
11 A 15 AÑOS	3	5
15 A MAS	15	25
TOTAL	60	100

FUENTE: CUESTIONARIO

GRAFICO N° 5.1.1

SEXO DE LOS USUARIOS DIABETICOS II DE 30 A 59 DEL PROGRAMA DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES - PAITA

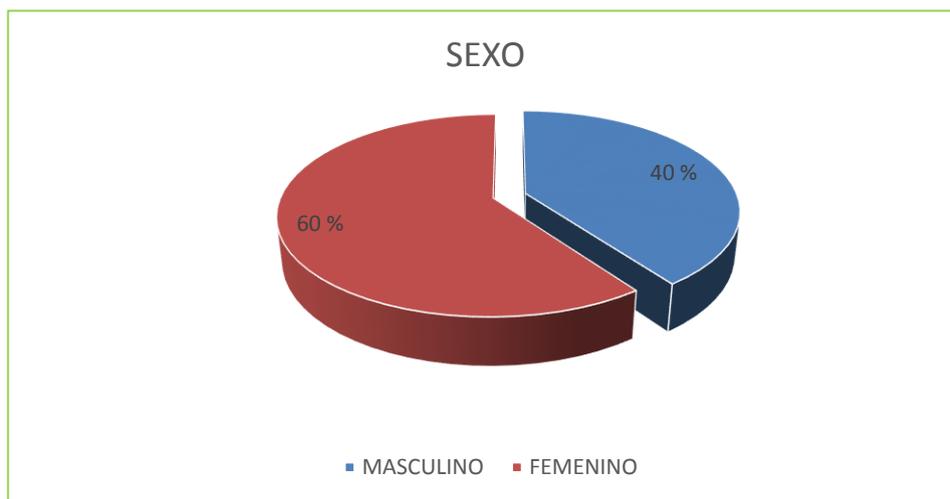


GRAFICO N° 5.1.2

EDAD DE LOS USUARIOS DIABETICOS II DE 30 A 59 DEL PROGRAMA DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES - PAITA

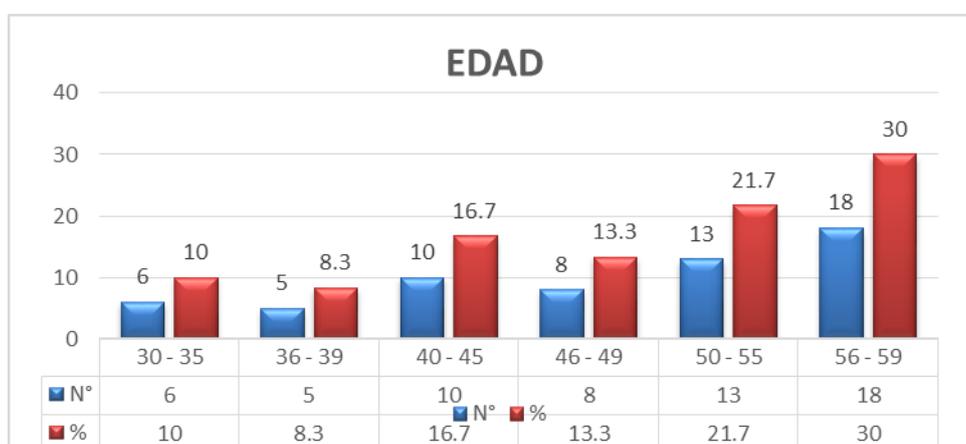


Grafico N° 5.1.3

TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS USUARIOS DIABETICOS II DE 30 A 59 DEL PROGRAMA DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES - PAITA

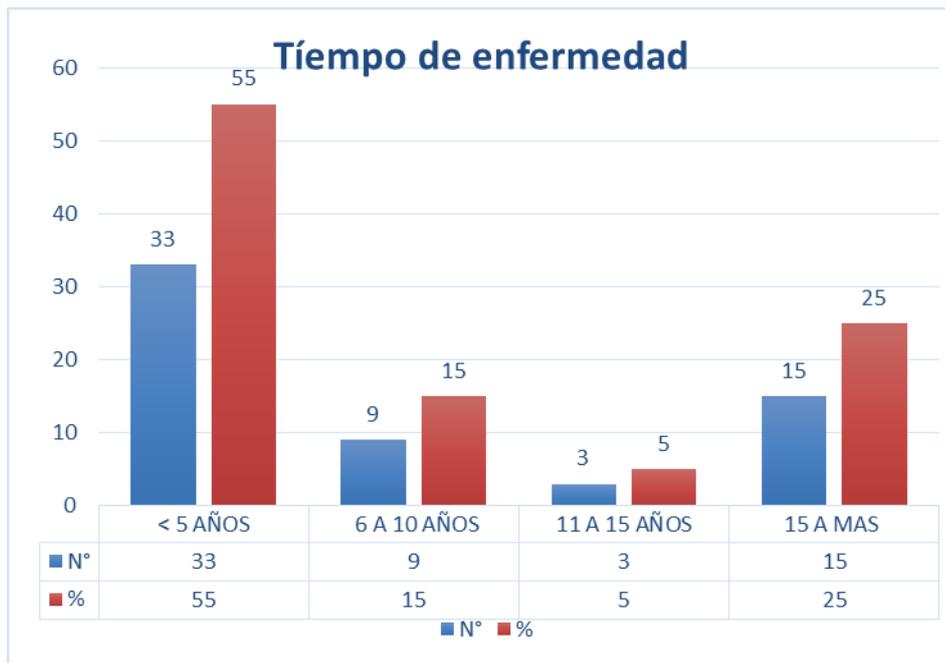


TABLA 5.2

Nivel De Conocimiento Sobre Prevención Y Promoción De Autocuidado En Diabetes II De Los Usuarios De 30 A 59 Años Que Acuden Al Control Del Programa De Daños No Transmisibles Del Hospital Nuestra Señora De Las Mercedes Paita.

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN	FRECUENCIA	
	N°	%
CONOCIMIENTO SATISFACTORIO	43	71.7
CONOCIMIENTO NO SATISFACTORIO	17	28.3
TOTAL	60	100

GRAFICO N 5.2

Nivel De Conocimiento Sobre Prevención Y Promoción De Autocuidado En Diabetes II De Los Usuarios De 30A 59 Años Del Programa De Daños No Transmisibles Del Hospital Nuestra Señora De Las Mercedes Paita.



TABLA 5.3

Nivel De Conocimiento Sobre Diagnóstico De Autocuidado En Diabetes II
De Los Usuarios De 30 A 59 Años Del Programa De Daños No
Transmisibles Del Hospital Nuestra Señora De Las Mercedes Paita.

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	
	N°	%
CONOCIMIENTO SATISFACTORIO	58	96.7
CONOCIMIENTO NO SATISFACTORIO	2	3.3
TOTAL	60	100

GRAFICO N° 5.3

Nivel De Conocimiento Sobre Diagnóstico De Autocuidado En Diabetes II
De Los Usuarios De 30 A 59 Años Del Programa De Daños No
Transmisibles Del Hospital Nuestra Señora De Las Mercedes Paita.

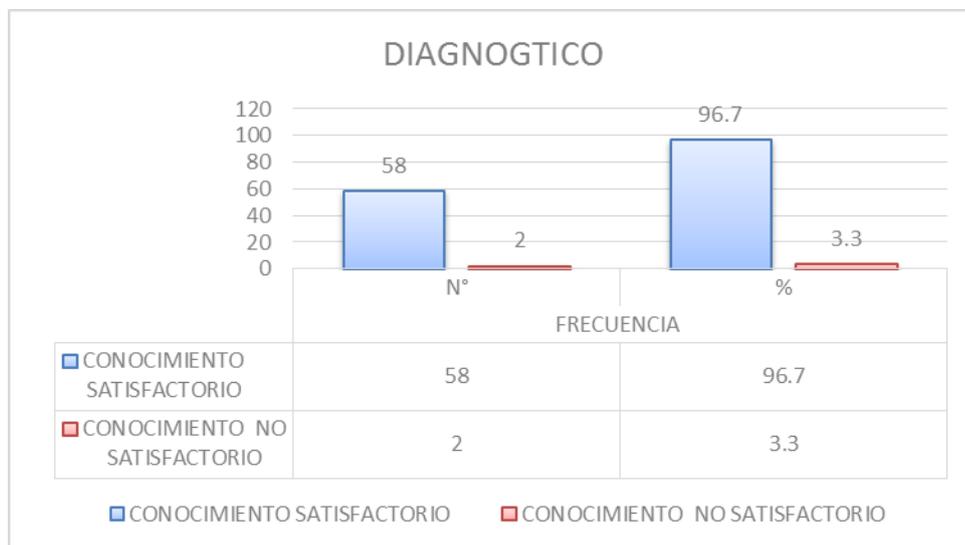


TABLA 5.4

Nivel De Conocimiento Sobre Tratamiento De Autocuidado En Diabetes II
De Los Usuarios De 30 A 59 Años Del Programa De Daños No
Transmisibles Del Hospital Nuestra Señora De Las Mercedes Paita.

TRATAMIENTO	FRECUENCIA	
	N°	%
CONOCIMIENTO SATISFACTORIO	44	73.3
CONOCIMIENTO NO SATISFACTORIO	16	26.7
TOTAL	60	100

GRAFICO N° 5.4

Nivel De Conocimiento Sobre Tratamiento De Autocuidado En Diabetes II
De Los Usuarios De 30 A 59 Años Del Programa De Daños No
Transmisibles Del Hospital Nuestra Señora De Las Mercedes Paita

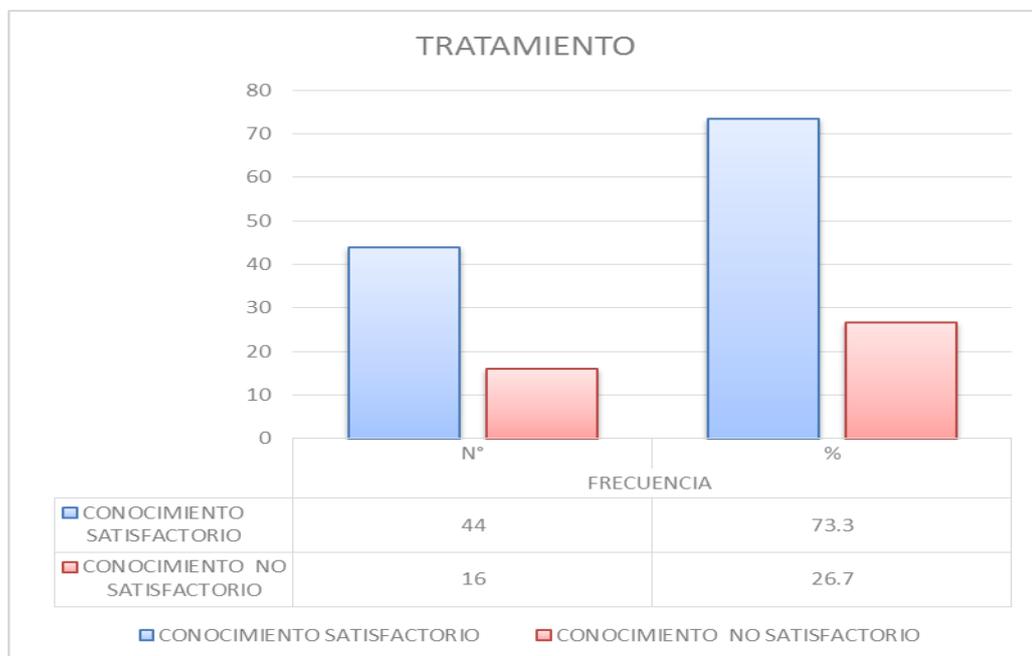


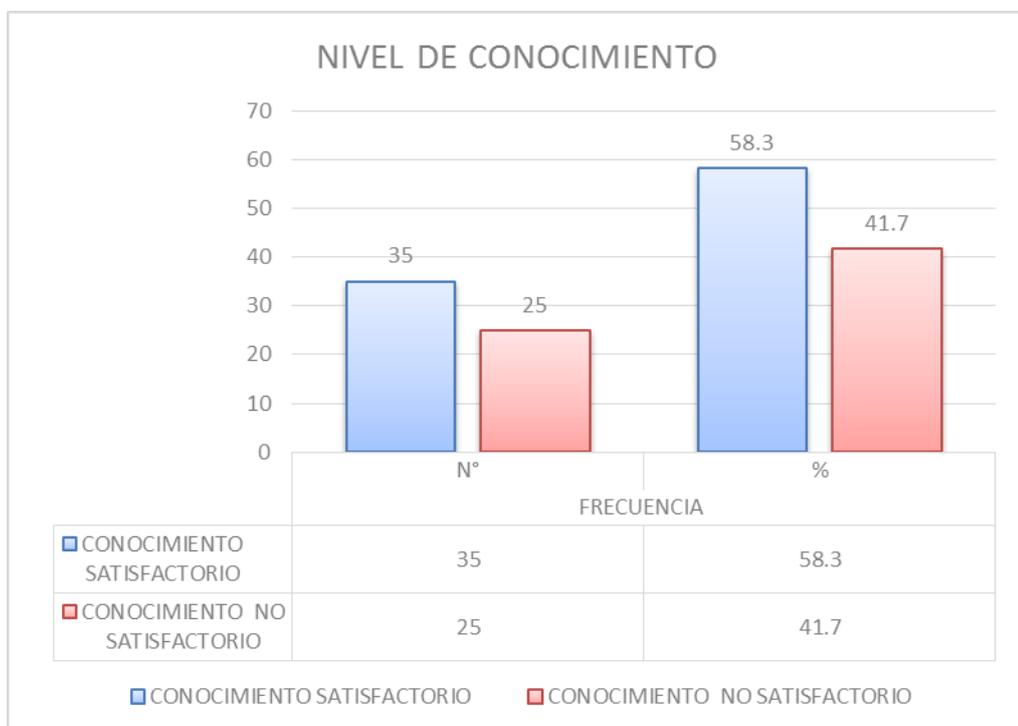
TABLA 5.5

Nivel De Conocimiento Sobre Medidas De Autocuidado En El Paciente Diabético II Del Programa De Daños No Transmisibles Del Hospital Nuestra Señora De Las Mercedes Paíta

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE AUTOCUIDADO	FRECUENCIA	
	N°	%
CONOCIMIENTO SATISFACTORIO	35	58.3
CONOCIMIENTO NO SATISFACTORIO	25	41.7
TOTAL	60	100

GRAFICO N° 5.5

Nivel De Conocimiento Sobre Medidas De Autocuidado En El Paciente Diabético II Del Programa De Daños No Transmisibles Del Hospital Nuestra Señora De Las Mercedes Paíta



CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.2 CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS CON ESTUDIOS SIMILARES

Los resultados generales de este estudio muestran que el nivel de conocimiento en el paciente diabético que acude al consultorio de Daños no Transmisibles del Hospital Nuestra Señora de las Mercedes es Satisfactorio evidenciado en un 58.3 %.

Estos resultados son similares a los de Yeny Marleny Amaya Bruno donde en su investigación denominada Conocimiento sobre las Medidas de Autocuidado en Diabetes Mellitus Tipo II en los usuarios que se atienden en la Institución Prestadora de Salud Zarate 2015 sus resultados evidencian que el 51% de los participantes si conocen las medidas de autocuidado (20)

En otro estudio del autor Carhuanambo en su investigación Nivel de Conocimiento de autocuidado de los pacientes atendidos en el consultorio de Endocrinología del Hospital Nacional Guillermo Almenara 2010 también se puede contrastar que el 93.48 % tiene un conocimiento alto sobre autocuidado (21)

Así mismo de los resultados obtenidos se asemejan a los encontrados en el estudio de Katherine Cantaro, Jimena A. jara, Marco Taboada, Percy Mayta Tristan, en su investigación denominada Asociación entre las fuentes de información y el nivel de conocimiento sobre pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el centro integral de diabetes e hipertensión lima 2014, donde los resultados fueron 17% obtuvo un conocimiento satisfactorio sobre la diabetes mellitus tipo 2 (22)

También se encontró semejanza en los resultados del estudio realizado por Guadalupe del Carmen Gómez-Encino, Aralucy Cruz-León, Rosario Zapata-Vázquez, Fabiola Morales Ramón. En su estudio denominado Nivel de conocimiento que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en

relación a su enfermedad con unos resultados de conocimiento adecuado de 64.9% (23)

6.3 RESPONSABILIDAD ÉTICA

En la presente investigación se consideró el principio de Autonomía del elemento en estudio, donde se realizó un consentimiento informado verbal donde se le explico la finalidad y el propósito de nuestra investigación y sea participe de la aplicación del instrumento y recolectar la información necesaria para nuestra investigación.

El instrumento ha sido aplicado solo a los pacientes que aceptaron participar en esta investigación y los datos recolectados son verídicos.

CONCLUSIONES

1. En este estudio descriptivo de tipo transversal, donde se encontró que la mayor participación es la población femenina con un 60%, mientras que la participación masculina fue de un 40%.
2. También encontramos que la edad promedio que se presentó en el estudio fue de 56 a 59 años con un 30% , mientras que la edad menos participativa fue de 30 a 35 años con un 10%
3. El tiempo de enfermedad de diabetes tipo 2 predominante es la de <5años con un 55%, mientras que el tiempo de enfermedad poco frecuente es de 11a 15 años con un 5%.
4. Se observó también en el estudio realizado que en el nivel de conocimiento de prevención y promoción presento un nivel de conocimiento satisfactorio con un 71.7% y conocimiento no satisfactorio con un 28.3%.
5. Así mismo también sobre el nivel de conocimiento de diagnóstico de diabetes tipo 2 presento un nivel de conocimiento satisfactorio con un 96.7%, y conocimiento no satisfactorio con un 3.3%.
6. También al evaluar el nivel de conocimiento sobre tratamiento de la diabetes tipo2 , presento un nivel de conocimiento satisfactorio de 73.3% y un nivel de conocimiento no satisfactorio de 26.7%
7. Al evaluar el nivel de conocimiento sobre medidas de autocuidado en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 presentó un nivel de conocimiento satisfactorio con un 58.3% y un nivel de conocimiento no satisfactorio de 41.7%

RECOMENDACIONES

Según después de llegar a dicha conclusión nos atrevemos a mencionar dichas recomendaciones para mejorar la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

1. Fomentar al paciente la práctica de las medidas de autocuidado brindadas por el personal de Salud en consulta y ayudarlos a mantener niveles de glicemia estables y así evitar riesgos que conlleven más adelante a presentar complicaciones irreversibles y los lleven a la muerte.
2. El personal de salud que labora en dicho programa de enfermedades no transmisibles debe brindar talleres frecuentes sobre prácticas en autocuidado en conjunto con la familia del paciente diabético para que así tenga un mayor cuidado tanto de él como de su familia y evitar complicaciones irreversibles.
3. Priorizar visitas domiciliarias para evaluar alimentación del paciente con diabetes y orientar a sus familiares sobre la preparación de alimentos libre de carbohidratos y azúcares que lo lleven a subir su glicemia.
4. El personal de Salud debe orientar al paciente mediante sesiones demostrativas de medidas de autocuidado en alimentación saludable, ejercicio físico, adherencia al tratamiento y el reconocimiento de signos y síntomas de hiperglicemia, hipoglicemia y saber qué hacer cuando se presentan.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nations F and AO of the U. América Latina y el Caribe: Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional 2016: Sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición. Food & Agriculture Org.; 2018. 174 p.
2. En el Perú 3 de cada 100 personas de 15 y más años reportan tener diabetes [Internet]. [citado 18 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-3-de-cada-100-personas-de-15-y-mas-anos-reportan-tener-diabetes-8993/>
3. Día Mundial de la Diabetes: En el Perú el 50% de personas no está diagnosticada [Video] | Lima | Peru21 [Internet]. [citado 25 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://peru21.pe/lima/dia-mundial-diabetes-peru-50-personas-diagnosticada-video-233290>
4. 417363.pdf [Internet]. [citado 25 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1257/417363.pdf?sequence=1>
5. Calificador J. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. :56.
6. Sánchez S, María Y, Pérez Rosabal E, Sánchez L, Carmen M del, Quezada Rodríguez D. Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Arch Méd Camagüey. junio de 2016;20(3):244-52.
7. @cohien2015. Dorothea E. Orem [Internet]. Información sobre Enfermería. [citado 25 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/dorothea.html>
8. Naranjo Hernández Y, Pacheco C, Alejandro J, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Médica Espirituana. diciembre de 2017;19(3):89-100.
9. Uns F. El Cuidado: DOROTHEA OREM [Internet]. El Cuidado. 2012 [citado 25 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/dorothea-orem.html>
10. OMS | Diabetes [Internet]. [citado 25 de agosto de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/

11. OMS | Qué es la diabetes [Internet]. WHO. [citado 25 de agosto de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index1.html
12. OMS | Información sobre el Programa de Diabetes [Internet]. WHO. [citado 25 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/diabetes/goal/es/>
13. AUTICUIDADO.pdf [Internet]. [citado 25 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.alcoholinformate.com.mx/AUTICUIDADO.pdf>
14. Guia autocuidado diabetes smne.pdf [Internet]. [citado 25 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://132.247.8.18/imagenes/CAIPaDi/Guia%20autocuidado%20diabetes%20smne.pdf>
15. Ma VZ. MANUAL PRÁCTICO DE NUTRICIÓN Y SALUD • NUTRICIÓN Y ENFERMEDAD. :16.
16. 3466.pdf [Internet]. [citado 25 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>
17. CUIDADO DE LOS PIES EN EL PACIENTE DIABÉTICO [Internet]. [citado 25 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.sergas.es/cas/DocumentacionTecnica/docs/ConsejosSalud/pies.htm>
18. Calzado y Ortótica Para Diabéticos [Internet]. [citado 25 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.aofas.org/footcaremd/espanol/Pages/Calzado-y-Ort%C3%B3tica-Para-Diab%C3%A9ticos.aspx>
19. Capitulo2.pdf [Internet]. [citado 25 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/22398/Capitulo2.pdf>
20. Amaya_by.pdf [Internet]. [citado 4 de noviembre de 2018]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/7187/Amaya_by.pdf?sequence=2
21. MeyLinArge Carhuanambo 1. Artículo original ISSN - PDF [Internet]. [citado 4 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://docplayer.es/32835068-Meylinarge-carhuanambo-1-articulo-original-issn.html>
22. Cántaro K, Jara JA, Taboada M, Mayta-Tristán P. Asociación entre las fuentes de información y el nivel de conocimientos sobre diabetes en

pacientes diabéticos tipo 2. *Endocrinol Nutr.* 1 de mayo de 2016;63(5):202-11.

23. 48742127004.pdf [Internet]. [citado 4 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/487/48742127004.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO

CUESTIONARIO PARA IDENTIFICAR LOS CONOCIMIENTOS QUE EL PACIENTE TIENE ACERCA DEL AUTOCUIDADO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II

FECHA: _____

EDAD: _____

SEXO: _____

TIEMPO DE ENFERMEDAD: -----

PREGUNTA	VERDADERO	FALSO
1.- ¿La diabetes mellitus es una enfermedad que se produce por la falta de insulina en el organismo?		
2.- ¿Son factores de riesgo para la diabetes mellitus? a) La herencia y obesidad b) La falta de ejercicios c) Consumo de alimentos ricos en azúcar		
3.- ¿son causas que pueden desarrollar hipoglicemia? (Disminución de azúcar en la sangre) a) Retrasar la ingesta de una comida b) Tomar bebidas alcohólicas sin haber comido c) Realizar ejercicio intenso sin haber comido		
4.- ¿Puede ocasionar hiperglicemia? Aumento de azúcar en la sangre a) El no tomar la medicina u aplicar la insulina a horario indicado		

b) Consumir una dieta rica en glucosa		
5.- ¿Para evitar lesiones en los pies el paciente debe de:?		
<ul style="list-style-type: none"> a) Usar calzado suave y cómodo b) Lavar y secar bien los pies c) Si presenta piel seca deberá aplicar crema humectante después de haber lavado y secado los pies 		
6.- ¿Para evitar complicaciones de diabetes el paciente debe de?		
<ul style="list-style-type: none"> a) Medir glucosa en sangre b) Cumplir con una dieta adecuada y hacer ejercicio c) Tomar su medicamento y acudir a citas mensuales 		
7.- ¿El consumo de bebidas alcohólicas, así como el consumo de tabaco aumenta la posibilidad de complicaciones en la diabetes?		
8.- ¿La falta de una adecuada educación favorece a no tomar el tratamiento condicionando el descontrol de los niveles de azúcar?		
9.- ¿Las personas que presentan estrés pueden elevar sus niveles de azúcar en la sangre?		
10: _ ¿Un estilo de vida con una alimentación inadecuada y falta de ejercicio favorece a enfermarse de diabetes?		
11.- ¿En caso de hipoglicemia (baja de azúcar en sangre) el paciente debe realizar ¿		
<ul style="list-style-type: none"> a) Toma un vaso con agua con azúcar b) Consumir alimentos con azúcar c) Solicitar ayuda al personal de salud 		
12.- ¿Si usted realiza ejercicio deberá llevar?		

<ul style="list-style-type: none"> a) Consumir una porción rica en carbohidratos antes de iniciar el ejercicio b) Llevar bebida azucarada c) Medirse la glucosa antes de realizar el ejercicio 		
<p>13.- ¿Si presenta signos o síntomas de hiperglicemia(aumento de azúcar en la sangre)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Chequear glucosa en sangre b) Solicitar atención medica c) No dar bebidas con azúcar 		
<p>14.- ¿Las personas con pre diabetes mejoran su salud con el cambio de sus estilos de vida?</p>		
<p>15.- ¿Se inicia tratamiento oral cuando a pesar de la modificación de estilos de vida no logran disminuir los niveles de azúcar en sangre?</p>		
<p>16.- ¿Se recomienda bajar de peso, así como realizar ejercicio durante 30 minutos para mejorar los niveles de azúcar en sangre?</p>		
<p>17.- ¿Son signos y síntomas de diabetes mellitus tipo 2?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Aumento de la cantidad de orina b) Aumento de la sed c) Aumento del hambre 		
<p>18.- ¿Para evitar complicaciones de diabetes mellitus los niveles de glucosa antes de los alimentos debe ser de 100 a 130 mg/dl</p>		
<p>19.- ¿Los síntomas de hipoglicemia (disminución de azúcar en sangre) son?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nerviosismo y ansiedad b) Sudoración c) Visión borrosa 		

<p>20.- ¿Usted no deberá realizar ejercicio en caso de?</p> <p>a) Diarrea b) Fiebre c) Vomito</p>		
<p>21.- ¿Son signos y síntomas de hiperglicemia (aumento de azúcar en sangre)?</p> <p>a) Aumento de sed y hambre b) Mayor volumen de orina y orina frecuentemente c) Nausea y vómitos</p>		
<p>22.- ¿Son complicaciones de la diabetes?</p> <p>a) Disminución de la agudeza visual b) Insuficiencia renal c) Disminución de la sensibilidad en cualquier parte del cuerpo</p>		
<p>23.- ¿El diagnóstico de la diabetes se realiza con una concentración de azúcar en l sangre en ayunas de 130mg/dl?</p>		
<p>24.- ¿Los niveles de glucosa en ayuno menor de 110 mg/dl hablan de un adecuado control de la diabetes?</p>		
<p>25.- ¿En pacientes diabéticos los niveles de colesterol deben ser 130mg/dl</p>		

OTROS ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se le ha invitado a participar en el estudio titulado “Nivel de conocimiento sobre las medidas de autocuidado en diabetes mellitus II en usuarios de 30 a 59 años atendidos en el programa de daños no transmisibles del hospital nuestra señora de las mercedes- Paita. Piura. 2018

Es por ello que se le solicita nos responda el cuestionario que se le entregará para conocer si usted conoce Cualquier duda o aclaración que surja respecto al estudio, le será aclarada por el investigador responsable. El estudio pretende saber si usted conoce o no sobre las medias de autocuidado en la diabetes mellitus II que usted padece (Objetivo general)

Mediante este documento se asegura y garantiza la total confidencialidad de la información suministrada por usted y el anonimato de su identidad. Queda explícito que los datos obtenidos serán de uso y análisis exclusivo del estudio de investigación con fines netamente académicos.

Firma del participante