

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



**CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y  
PREVENCIÓN DE LA DIABETES, EN EL HOSPITAL DE LA AMISTAD  
PERÚ COREA SANTA ROSA II-2 PIURA. 2014-2017**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD  
PÚBLICA Y COMUNITARIA**

**MERCEDES LUCILA VÍLCHEZ ALAMA**

**Callao, 2017**

**PERÚ**

## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	4
1.3 Justificación	5
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco Conceptual	8
2.3 Definición de Términos	27
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	28
3.1 Recolección de Datos	28
3.2 Experiencia Profesional	28
3.3 Procesos Realizados del Informe	30
<b>IV. RESULTADOS</b>	34
<b>V. CONCLUSIONES</b>	38
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	39
<b>VII. REFERENCIALES</b>	40
<b>ANEXOS</b>	43

## INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia laboral realizada en la estrategia sanitaria Daños no transmisibles Diabetes , tuvo como objetivo describir la experiencia profesional en el cuidado de enfermería para la promoción de la salud prevención y tratamiento de la diabetes, en el hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 Piura. La metodología empleada fue un informe descriptivo que recoge las experiencias del profesional de enfermería en la estrategia sanitaria Diabetes. Los resultados muestran la gran demanda de la estrategia por parte de la población referencial considerando que es el único hospital referencial II-2, asimismo muestra las falencias como resultado de la poca importancia prestada por parte de los directivos del hospital .concluyendo en

La estrategia sanitaria daños no transmisibles: diabetes, en el hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa por ser un hospital referencial requiere una mayor atención por parte de los directivos del hospital, para el abastecimiento con recursos humanos, endocrinólogos, enfermeras y técnicos, nutricionistas, equipos, insumos de laboratorio, medicamentos, insulinas que permitan atender de manera integral y con calidad a la población referencial.

La mayor cantidad de presupuesto en esta estrategia es utilizado para otros servicios en el pago del personal tanto profesionales como técnicos.

El hospital solo cuenta con un médico: Endocrinólogos y 02 Cardiólogos.

El personal profesional de enfermería responsable de la estrategia, tiene a su cargo otras actividades como la coordinación de consulta externa, lo cual no permite cumplir a cabalidad con sus funciones

Recomendando Contratación de otro profesional endocrinólogo y cardiólogo, y enfermera. Que los directivos brinden un mayor apoyo a la estrategia.

# I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

## 2.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Según la Organización mundial de la Salud (OMS) una de cada 11 personas en el mundo ya padece de Diabetes. Las cifras también indican que el número de personas afectadas prácticamente se cuadruplicó en los últimos 30 años.

Según las estimaciones, 422 millones de adultos tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980. La diabetes es la octava causa de muerte en el mundo y es culpable de 1,5 millones de muertes cada año.

En el Perú cerca de dos millones de peruanos sufren de diabetes mellitus, pero lo más grave es que por lo menos la mitad de ellos desconocen que la padecen y sufren de complicaciones médicas como amputación o pérdida de extremidades, ceguera, falla renal, accidentes cerebro vasculares e infartos, entre los más comunes.

La causa principal de su veloz incremento es el importante cambio en el estilo de vida de la población peruana, caracterizada por una ingesta excesiva de alimentos de alto contenido calórico como la “comida chatarra” y las bebidas azucaradas, así como una reducción de la actividad física que conllevan a altas tasas de sobrepeso y obesidad (1).

Los nocivos cambios de estilos de vida y el fenómeno de “obesogenización” de nuestra población, en concordancia con una base genética, están dando lugar a alteraciones de la homeostasis de la glucosa, como la resistencia a la insulina, que conducen al desarrollo de hiperglicemia, que es el indicador principal de los estados diabéticos y pre-diabéticos. Esta interacción explica las crecientes tasas de prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en todos los grupos etarios en los últimos 10 años.

Personas con sobrepeso/obesidad, antecedentes familiares de diabetes, hipertensión, hipertrigliceridemia, adultos mayores y mujeres con diabetes gestacional, deberían ser abordados por un programa de prevención

principalmente en el nivel primario, situación que no se da actualmente en nuestro sistema público de salud. La falta de políticas públicas coherentes, frente a los problemas de salud que aquejan a un gran porcentaje de peruanos, es responsabilidad de las autoridades locales y nacionales, ya que son ellas las que deben regular, ordenar y hasta prohibir ciertas prácticas que solo incentivan el porcentaje de personas con diabetes, hipertensión y problemas cardíacos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), informa que entre los principales agravantes a estas enfermedades están la falta de una cultura de prevención definida e impulsada por los propios gobiernos. (1)

Un reporte de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) - Piura asegura que en la región la tasa de población que padece diabetes se encuentra entre un 8%, en tanto los hipertensos llegan a un 15%. En el 2016 el Hospital De La Amistad Perú Corea Santa, reporta casos nuevos 6 pacientes y 259 casos prevalentes estos pacientes correspondían a la población que a hasta ese año tenía asignado, Cabe mencionar que además aquí se atiende al paciente complicado que viene referido, para evaluación y manejo de la especialidad.

Es en este contexto que se brindan cuidados de enfermería para la promoción de la Salud, prevención y tratamiento de la Diabetes en la estrategia sanitaria Daños no trasmisibles del hospital De La Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2.

## **2.2 OBJETIVO**

Describir el cuidado de enfermería en la promoción de la salud y prevención de la diabetes, en el hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 Piura.

## 2.3 JUSTIFICACIÓN

Las personas con diabetes representan una carga significativa tanto para los servicios de salud, como para el paciente y familia. Considerando que se trata de un síndrome complejo con repercusiones agudas y crónicas principalmente a nivel vascular, que ocasiona complicaciones irreversibles y muerte de las personas que la padecen a mediano y largo plazo. Es considerada un problema de salud pública con enormes repercusiones sociales, generadora de alta morbilidad y mortalidad. Se reconoce que es una de las causantes principales de invalidez y de pérdida de años de vida saludable a causa de las complicaciones sistémicas. Es por ello que difundir las experiencias obtenidas en el cuidado de enfermería para la promoción de la salud prevención y tratamiento de la diabetes realizadas en la estrategia sanitaria de diabetes del Hospital de La amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 Piura , en donde el objetivo principal es la enseñanza al paciente y cuidador informal cobra relevancia, porque se convierten en un marco referencial de trabajo, para que otros profesionales de enfermería que son asignados al área puedan aplicarlas. Dichas experiencias se convierten en modelos o guías de trabajo a seguir, siendo sus principales beneficiarios los estudiantes de enfermería, internas de enfermería, serumistas, estudiantes de la especialidad o pasantes.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 ANTECEDENTES

Castro Meza, S, et al, 2016, La enseñanza a pacientes con diabetes: significado para profesionales de enfermería realizado con el objetivo: Describir el significado que para profesionales de enfermería tiene la enseñanza a pacientes diabéticos hospitalizados sobre su cuidado en el hogar. Método: Estudio cualitativo, fenomenológico, descriptivo, desarrollado en un hospital de Culiacán, Sinaloa. las participantes: fueron enfermeras que laboran en servicios de medicina interna y cirugía. Conclusión: Los hallazgos evidencian la necesidad de redefinir el papel de la (del) enfermera(o) en la enseñanza a pacientes diabéticos y considerar la importancia del contexto en desarrollo de esta función. (2)

Briñez, Ariza, K, y Muñoz Rodríguez L, 2015, Experiencias de cuidado cultural en personas con diabetes y el contexto familiar, con enfoque Leininger , objetivo: Describir experiencias de cuidado desde lo cultural de personas con diabetes Mellitus tipo II en su contexto familiar atendidos en un Hospital de III nivel durante 2013 y 2014. Metodología: Enfoque cualitativo tipo etnográfico, etnoenfermería, Resultados: se identificaron cinco temas principales: Reacción a su situación de enfermedad, la participación de la familia, experiencias producidas desde el servicio de salud y otros actores sociales, efectos percibidos y conocidos por sí mismo, construcción del cuidado. Conclusión: La experiencia de cuidado en las personas con diabetes en el contexto familiar determina patrones de cuidado que inciden culturalmente y reflejan su cuidado en el hogar. Se fortalece la práctica de enfermería porque potencia un campo natural de cuidado para brindar cuidado culturalmente congruente. (3)

Pinzón Rocha, M, et al 2013, Experiencia de los cuidadores informales en el manejo de la diabetes mellitus tipo II .realizado con el

objetivo: explorar la experiencia vivida por cuidadores informales Método fenomenológico. La muestra fue obtenida por conveniencia y estuvo conformada por 15 cuidadores informales residentes en el municipio de Villavicencio. Concluye que convivir y manejar la situación de Diabetes es una realidad compleja para la mayoría de los cuidadores estudiados, debido a la falta de comprensión sobre el desarrollo de la enfermedad, al cuidado cotidiano mediado por prácticas del saber científico y popular, a sentimientos de angustia e incertidumbre por la variabilidad y difícil manejo de la enfermedad, y por la falta de apoyo familiar y social para adoptar y mantener cambios en el estilo de vida. (4)

Hernández Páez, R y Aponte Garzón, L, 2014, Educación en diabetes: un aspecto clave de la formación actual en enfermería, objetivo, describir los requerimientos de educación continuada de profesionales de enfermería para asistir a personas con Diabetes Mellitus 2, en aspectos relacionados con promoción de la salud. El estudio, muestra una aproximación a la realidad de la prestación del servicio de enfermería, señalando fragilidad en los conocimientos de los profesionales de enfermería, en los aspectos básicos que requiere la atención de las personas con Diabetes Mellitus 2, subrayando la necesidad de actualizar a los profesionales para mejorar el cuidado. Se enfatiza la promoción de la salud y la visión educativa centrada en la persona con la enfermedad, entendiendo la importancia de su conocimiento en el logro del control metabólico, la prevención de complicaciones y el mejoramiento de la calidad de vida.(5)



## 2.2 MARCO CONCEPTUAL

### 2.2.1 Cuidado de enfermería en la Promoción de la Salud

La experiencia laboral en la estrategia sanitaria diabetes e hipertensión se sustenta en las siguientes teorías de enfermería

*Teoría del Modelo De Promoción De La Salud de Nola Pender* “Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables. Esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria. (6)

Esta teoría es muy bien aplicada en el cuidado de enfermería para la promoción de la salud de la diabetes

*Teoría de la "Enfermera Psicodinámica" de Hildegart Peplau*, es una teoría cuya esencia es la relación humana entre un individuo enfermo o que requiere un servicio de salud y una enfermera educada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda. Sostiene: El individuo tiene una necesidad y busca ayuda profesional. La enfermera junto con el paciente y los miembros del equipo de salud se ocupa de recolectar información e identificar problemas. A medida que la interacción entre el paciente y la enfermera avanza, el paciente empieza a expresar los sentimientos relacionados con su percepción del problema y se acerca mucho a las personas que parece ofrecerle ayuda. Esta fase se refiere a tratar de aprovechar los servicios que le ofrecen y utilizarlos al

máximo con el fin de obtener la recuperación. La enfermera debe tratar de satisfacer las demandas del paciente a medida que surjan. Implica un proceso de liberación, es preciso resolver las necesidades de dependencia psicológica del paciente y la creación de relaciones de apoyo, para fortalecer su capacidad de valerse por sí mismo. (6)

### **2.2.2. Diabetes: Promoción y prevención**

*La diabetes mellitus (DM):* es un trastorno metabólico que tiene causas diversas; se caracteriza por hiperglucemia crónica y trastornos del metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas como consecuencia de anomalías de la secreción o del efecto de la insulina. (7)

Etiología: La causa de la DM es multifactorial y su origen puede variar según el tipo de diabetes.

#### Clasificación

\*Diabetes mellitus tipo 1 (DM-1): Se presenta por la destrucción de las células beta ( $\beta$ ) del páncreas, lo que conduce a la deficiencia absoluta de insulina. La etiología de la destrucción de las células beta es generalmente autoinmune pero existen casos de DM-1 de origen idiopático.

\*Diabetes mellitus tipo 2: caracterizada por un defecto relativo de la insulina o aumento de la resistencia de su acción. Es el tipo más frecuente y supone alrededor de 90% - 95% de los diabéticos. Suele aparecer de forma solapada e insidiosa.

\*Diabetes mellitus gestacional: se caracteriza por hiperglucemia que aparece durante el embarazo y alcanza valores que, pese a ser superiores a los normales, son inferiores a los establecidos para diagnosticar una diabetes. Las mujeres con diabetes gestacional corren mayor riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto, y

de padecer DM-2 en el futuro. Otros tipos específicos de diabetes: Defectos genéticos en la función de la célula beta, defectos genéticos de la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino, endocrinopatías (acromegalia, síndrome de Cushing), cromosomopatías (síndrome de Down, síndrome de Turner) o relacionado al uso de medicamentos (glucocorticoides, pentamidina, diazóxido) entre otros. (8, 9,10)

Fisiopatología Diabetes mellitus tipo 2: Clásicamente se le ha atribuido a la insulinoresistencia hepática y muscular la principal responsabilidad en la etiopatogenia de la DM-2. El aumento de la síntesis hepática de la glucosa y la disminución de su captación por el músculo llevarían al aumento progresivo de los niveles de glucemia, lo que asociado a una secreción deficiente de insulina por la célula beta pancreática determinarían la aparición del cuadro clínico de la DM-2. En la actualidad se ha demostrado la participación de otros componentes en la progresión de la DM-2 como el tejido adiposo, el tejido gastrointestinal, la célula alfa del islote pancreático, el riñón y el cerebro. (11)

Aspectos epidemiológicos: Según la Federación Internacional de Diabetes (IDF por sus siglas en inglés - International Diabetes Federation), en el mundo existirían 387 millones de personas con diabetes, de los que 179 millones (46%) estarían no diagnosticados. La mayoría tiene entre 40 y 59 años. El 77% de las personas con diabetes viven en países con ingresos medianos y bajos. Para el 2035 se estima que en el mundo se sumarían 205 millones de nuevos diabéticos. En América habría alrededor de 64 millones de personas con diabetes: 25 millones en América Central y América del Sur, y 39 millones en América del Norte y El Caribe. Para el 2035 se estima que la prevalencia de diabetes en la región de América Central y América del Sur crecerá en 60%. La persona con diabetes presenta un riesgo de 40 veces mayor de amputación, 25 veces mayor de insuficiencia renal terminal, 20 veces

mayor de ceguera, 2 a 5 veces mayor accidente vascular encefálico y entre 2 y 3 veces mayor infarto agudo al miocardio. En el Perú, según la Organización Mundial de la Salud, existiría un 6.7% (IC 95%; 4.1% – 9%) de personas con 18 años a más que tienen azúcar elevada en sangre ( $\geq 126$  mg/dl) o que toman medicación hipoglucemiante o tuvieron diagnóstico previo de diabetes mellitus. (12)

### Factores de riesgo

\*Sobrepeso y obesidad: El riesgo de desarrollar DM-2 es directamente proporcional al exceso de peso, siendo el índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 25 kg/m<sup>2</sup> en adultos el factor de riesgo más importante para la DM-2.

\*Obesidad abdominal: El valor de perímetro abdominal mayor o igual a 88cm. en la mujer y 102cm. en el hombre, según los criterios del III Panel de Tratamiento del Adulto del Programa Nacional de Educación sobre el Colesterol de los EE. UU. (NCEP/ ATP III)

\*Etnia: El riesgo de desarrollar diabetes es mayor en nativos y población mestiza latinoamericana, raza negra, asiáticos y menor en caucásicos que en el resto de etnias.

\*Edad: Se considera mayor riesgo en las personas mayores de 45 años, la prevalencia de DM-2 es directamente proporcional al incremento de la edad cronológica. (13)

\*Dislipidemia: Hipertrigliceridemia ( $> 250$  mg/dl en adultos) y de niveles bajos de colesterol HDL ( $< 35$  mg/dl) están asociados a insulino resistencia.

\*Historia de enfermedad cardiovascular: DM-2 asociado a infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, enfermedad arterial periférica, aterosclerosis entre otras enfermedades. Hipertensión arterial (HTA): Presión arterial  $\geq 140/90$  mmHg o estar en terapia para hipertensión como factor de riesgo asociado a DM-2 (14)

\*Antecedentes obstétricos de diabetes mellitus gestacional: El riesgo de desarrollar DM-2 es mayor en mujeres con antecedentes de DMG  
Antecedente de hijos macrosómicos: \*Recién nacido con peso > 4,000 gr. Antecedente de bajo peso al nacimiento: nacer con peso < 2,500gr y/o prematuridad.

Acantosis nigricans y acrocordones: Son lesiones dérmicas secundarias a la resistencia a la insulina. La acantosis nigricans es una hiperpigmentación cutánea que se presenta en pliegues de cuello, axilas, ingle y nudillos. Los acrocordones son lesiones dérmicas pediculadas que suelen aparecer en las zonas de acantosis nigricans. (15, 16)

\*Síndrome de ovario poliquístico (SOPQ): El riesgo de desarrollar DM-2 aumenta tres veces en mujeres con SOPQ. La aparición de trastornos glucémicos en mujeres con SOPQ puede ocurrir a una edad temprana (los 30 o los 40 años) y pueden presentar mayor riesgo de desarrollar DMG. (17)

\*Condiciones clínicas como: esteatosis hepática, síndrome de apnea-sueño, hiperuricemia.

\*Otros factores de riesgo: Bajo grado de instrucción: El riesgo de desarrollar DM-2 aumenta en individuos con bajo nivel educativo. (18)

Cuadro clínico Signos y síntomas: Dependerá de la etapa en la que se encuentra la enfermedad al momento del diagnóstico: \*Asintomáticos: Son aquellas personas con DM-2 que no advierten los síntomas clásicos. Esta es una condición clínica frecuente, de duración variable (entre 4 a 13 años). \*Sintomáticos: Los síntomas clásicos son poliuria, polifagia, polidipsia y pérdida de peso; adicionalmente podría presentar visión borrosa, debilidad, prurito. Las manifestaciones clínicas pueden variar según las complicaciones que presenta la persona como adormecimientos, calambres, hormigueos (parestias), dolor tipo quemazón o electricidad en miembros inferiores en caso de neuropatía

diabética; dolor en pantorrilla (claudicación intermitente) en caso de enfermedad arterial periférica. Comorbilidades asociadas: infecciones del tracto urinario a repetición. También la persona puede llegar a desarrollar una crisis hiperglucemia cuyas manifestaciones clínicas pueden ser: deshidratación moderada a severa, compromiso del sensorio, polipnea, náuseas, vómitos, dolor abdominal, respiración acidótica, tipo Kussmaul (rápida y profunda). (19)

Diagnóstico de la persona con diabetes mellitus tipo 2: Una vez realizado el diagnóstico de diabetes mellitus, se debe evaluar complicaciones y comorbilidades. Estos se realizan en el segundo y tercer nivel de atención (o en alguno del primer nivel con disponibilidad de médico especialista o personal capacitado) dependiendo de la disponibilidad del profesional. A la persona con DM-2 derivar para:

Ser evaluado por oftalmólogo, en su defecto, médico capacitado. Ser evaluado por endocrinólogo, en su defecto, médico internista. Ser evaluado por cirujano dentista. Ser evaluado por nutricionista o personal de salud capacitado. Según resultados en el proceso diagnóstico, la persona con DM-2: Podrá ser evaluado por especialista en Salud Mental. Podrá ser evaluado por consultor de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis o neumólogo. Podrá ser evaluado por nefrólogo, en su defecto, médico internista. Podrá ser evaluado por cardiólogo, en su defecto, médico internista. (20)

Medidas generales y preventivas: Se sugiere que las personas con DM-2 entren en un programa educativo estructurado desde el momento del diagnóstico, que permita que la persona conozca su enfermedad para lograr el autocontrol y adherencia al tratamiento. Si no está disponible en el lugar de atención, puede ser remitido al lugar más próximo donde sí lo esté.

Recomendaciones sobre la educación a la persona con DM-2 \*La educación a la persona diabética está centrada en ella e incluye a su familia y su red de soporte social; asimismo, debe ser estructurada y estar orientada al autocuidado (autocontrol). La intervención educativa es parte integral de la atención de todas las personas con DM-2. Se debe educar: Desde el momento del diagnóstico-De manera continua-A solicitud. La intervención educativa la debe aplicar idealmente un equipo multidisciplinario debidamente capacitado para proporcionar educación a los grupos de personas con diabetes, de no estar disponible este equipo se conformará de acuerdo a la capacidad resolutive, según nivel de atención .La educación debe brindarse a la persona y se debe incluir un miembro de la familia o un miembro de su red de soporte social. La educación debe ser accesible para todas las personas con diabetes, teniendo en cuenta las características culturales, origen étnico, psicosociales, nivel educativo y de discapacidad. \*Recomendación Se debe considerar la posibilidad de la educación en la comunidad, centro laboral o en el establecimiento de salud. Se recomienda utilizar técnicas de aprendizaje activo (participación en el proceso de aprendizaje y con contenidos relacionados con la experiencia personal), adaptados a las elecciones personales de las personas con DM-2. La educación debe incluir sesiones grupales de 5 a 10 personas y debe ser dictado por un profesional de salud, preferiblemente un educador en diabetes certificado. (21)

\*Recomendaciones Nutricionales: 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-2 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 insulino terapia. (22)

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. . La ingesta diaria de calorías deberá estar de acuerdo al peso de la persona y su actividad física. (23)

Cálculo del peso ideal (PI): Formula de Lorentz:

- Peso ideal varones =  $Talla (cm) - 100 \_ Talla (cm) - 150$
- Pés o ideal mujeres =  $Talla (cm) - 100 \_ Talla (cm) - 150$  2.5.

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. La ingesta de grasas debe estar entre el 20% al 35% de la energía diaria consumida. (24)

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 monoinsaturadas 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 general. En personas con nefropatía crónica establecida (proteinuria >3,5 gramos/24 horas) no debe exceder de 0,8 gramos por kilo de peso corporal. 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. 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. 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. (25)

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.

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 ultraprocesados 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). (27)

\*Actividad física 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: Cuestionario de actividad física). 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 gogos de insulina, quienes

deberán consumir una ración de carbohidratos extra si el nivel de glucosa previo al ejercicio es menor de 100 mg/dl. Se sugiere realizar una evaluación inicial del riesgo previo a la actividad. Tabaco Se recomienda evitar el hábito de fumar porque incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular. (28)

\*Riesgos ocupacionales: En las evaluaciones médicas ocupacionales periódicas según la normatividad vigente se recomienda la identificación de factores de riesgo de enfermedad cardiometabólica y de las personas diabéticas para una pronta referencia de estas personas para su evaluación y tratamiento oportunos. (29)

\*Vacunación Se recomienda vacunación contra virus de influenza (gripe) una vez al año a toda persona con DM-2. Se recomienda vacunación antineumocócica a toda persona con DM-2. Revacunar después de los 64 años si han pasado al menos 5 años de la primera dosis y si la primera dosis fue puesta antes de los 65 años. Considerar con los médicos especialistas, y según criterio clínico y epidemiológico, vacunación contra el virus de la hepatitis B y refuerzo de difteria, tétanos y Pertusis. (30)

#### Complicaciones:

Complicaciones agudas Hay dos tipos de complicaciones agudas que pueden presentarse en la persona con DM-2:

\*Hipoglucemia: La hipoglucemia es la complicación aguda más frecuente del tratamiento de la diabetes. La hipoglucemia se define como una concentración de glucosa menor de 70 mg/dl, con o sin síntomas. Si es prolongada puede producir daño cerebral y hasta podría ser mortal. Algunas personas con diabetes pueden tener síntomas antes de alcanzar esta cifra debido a descensos rápidos y/o bruscos de la glucosa. (31)

Clasificación: Hipoglucemia severa: evento que requiere la asistencia de otra persona para administrar carbohidratos, glucagón u otras acciones correctivas. Hipoglucemia sintomática documentada: evento en que los síntomas típicos de la hipoglucemia se acompañan de una glucemia  $\leq 70$  mg/dl. Hipoglucemia asintomática: evento no acompañado de síntomas típicos de hipoglucemia pero con una glucemia  $\leq 70$  mg/dl. Probable hipoglucemia sintomática: evento en que los síntomas típicos de hipoglucemia no se acompañan de una determinación de glucemia pero que fue probablemente causado por una concentración de glucosa  $\leq 70$  mg/dl. (32) (Pseudohipoglucemia: evento en el que la persona con diabetes reporta síntomas típicos de hipoglucemia con una glucemia  $>70$  mg/dl, pero cercana a ese nivel.

Cuadro Clínico Los síntomas de hipoglucemia son inespecíficos y son de dos tipos: autonómicos y neuroglucopénicos. Los síntomas autonómicos incluyen: temblor, palpitaciones, ansiedad/excitación (mediada por catecolaminas) sudoración, hambre y parestesias. (32)

Los síntomas neuroglucopénicos incluyen deterioro cognitivo, cambios de conducta, alteraciones psicomotoras y, a concentraciones de glucosa plasmática más bajas, convulsiones y coma.

Tratamiento Para el manejo de la hipoglucemia se debe seguir los siguientes pasos:

En hipoglucemia sintomática, si la persona está consciente y puede deglutir: Administrar 15-20 gramos de un azúcar de absorción rápida o carbohidrato simple. Puede ser un vaso de agua con una cucharada sopera de azúcar, media taza (120 ml) de gaseosa regular, media taza (120ml) de un jugo de frutas con azúcar, una taza (240ml) de leche o una cucharada de miel. Control de glucosa capilar luego de 5 minutos. Si continua en hipoglucemia repetir el tratamiento. Si con tratamiento la hipoglucemia cede la persona debe ser monitorizado en su glucemia cada

hora hasta que se estabilice y ponerse en contacto con médico tratante para reevaluar tratamiento. Si la persona ha perdido el conocimiento o se encuentra desorientada, se le debe administrar un bolo intravenoso de 25 gramos de glucosa (4 ampollas de dextrosa al 33%) y remitirse a un centro de urgencias para monitoreo. (33)

#### \*Complicaciones Crónicas macrovasculares

Enfermedad cardiovascular La ECV es la principal causa de morbilidad y mortalidad en individuos con diabetes. Las condiciones comunes coexistentes con la DM-2 (hipertensión arterial y dislipidemia) son claros factores de riesgo para ECV y la DM-2 por si misma confiere un riesgo independiente. Personas con PA  $\geq$  140/80 mmHg aparte de los cambios en el estilo de vida deberán iniciar terapia farmacológica antihipertensiva con un inhibidor de la enzima convertidor de angiotensina (IECA) o un bloqueador de los receptores de angiotensina (BRA) Se debe aconsejar a todas las personas a no fumar o no usar productos que contengan tabaco). Considerar el uso de aspirina en promedio 100 mg/día (81-162 mg/día) como una estrategia de prevención primaria o secundaria, según indicación de médico especialista. (33)

#### \*Complicaciones crónicas microvasculares

Nefropatía La creatinina sérica deberá ser usada para estimar la tasa de filtración glomerular las cuales deberán ser evaluadas por lo menos anualmente en adultos con diabetes independientemente del grado de excreción urinaria de albúmina

Neuropatía (pie diabético) Todas las personas con diagnóstico de DM-2 deben ser tamizados para polineuropatía distal simétrica al momento del diagnóstico y luego anualmente a través de pruebas clínicas. El tamizaje para síntomas y signos de neuropatía cardiovascular autonómica debe realizarse en el momento del diagnóstico de DM-2. Las pruebas clínicas

para el diagnóstico de neuropatía distal simétrica incluyen: Exploración de la sensibilidad a la presión con el monofilamento de 10 gramos de Semmes-Weinstein. Exploración de la sensibilidad vibratoria en el dorso del primer dedo en ambos pies con un diapasón de 128 Hz. Reflejos osteo-tendinosos a nivel del tobillo. La presencia de síntomas y las combinaciones de más de una de estas pruebas tiene un 87% de sensibilidad en la detección de polineuropatía distal simétrica. La pérdida de la percepción del monofilamento de 10 gramos y la disminución de la sensibilidad vibratoria predice las úlceras del pie y, un buen examen clínico es un predictor de riesgo de ulceración en los pies. (34)

Ceguera. Alteraciones gastrointestinales. Neuropatías. Insuficiencia arterial periférica. Amputaciones. Insuficiencia renal crónica.

### **2.2.3 Actividades Preventivo Promocionales a realizar en la estrategia Sanitaria**

Los productos a trabajar dentro de la estrategia sanitaria son:

#### *a) Valoración Clínica Y Tamizaje Laboratorio De Enfermedades*

##### *Crónicas No Transmisibles*

Conjunto de actividades para la identificación de factores de riesgo modificables de diabetes e hipertensión, incluye la valoración clínica, exámenes de laboratorio y consulta por profesional de la salud para la entrega de resultados y manejo.

La valoración clínica incluye: valoración del índice de masa corporal (IMC), medición del perímetro abdominal, valoración de estilos de vida y medición de presión arterial. Se emplea 25 minutos.

El tamizaje laboratorial incluye: dosaje de glucemia y perfil lipídico (colesterol y triglicéridos), según corresponda al grupo de edad.

La valoración clínica se realiza en el servicio de triaje o en consultorio, puede ser realizada por profesional de salud capacitado.

El tamizaje laboratorial se realiza en los establecimientos de salud que cuentan con laboratorio con capacidad para realizar el dosaje de glucosa y perfil lipídico (colesterol total y triglicéridos; o colesterol total, HDL, LDL y Triglicéridos), de lo contrario referir para la prueba y contra referir para interpretación de resultados e intervención. Puede ser solicitado por un profesional de la salud capacitado que realiza el tamizaje.

La entrega de resultados de la valoración clínica para personas sin tamizaje laboratorial se realiza por profesional de la salud capacitado y la entrega de resultados de la valoración clínica más resultados del tamizaje laboratorial se realiza en consultorio externo por médico, empleando máximo 15 minutos.

La valoración clínica y tamizaje laboratorial debe ser realizada cada 3 años, en caso de haberse encontrado valores normales, en menores de 40 años, y en personas de 40 y más años, la valoración clínica y tamizaje debe ser anual. La frecuencia de éstas puede variar según criterio médico.

La valoración clínica y tamizaje laboratorial se puede realizar en actividades extramurales

#### *b) Tratamiento Y Control De Personas Con Diagnóstico De Diabetes*

Definición operacional: Conjunto de actividades orientadas al diagnóstico, tratamiento y control de personas con diabetes mellitus y sus complicaciones, así como la organización de actividades educativas para los pacientes y la atención de eventos agudos en los diferentes niveles de atención.

Subfinalidades

*\*Manejo básico de crisis hipoglucemia o hiperglucemia en pacientes diabéticos*

Definición operacional.- Intervención dirigida a brindar manejo a la persona con crisis hipoglucemia o hiperglucemia. Incluye atención médica inicial, control de funciones vitales, pruebas de laboratorio (glucemia u otras según criterio médico), tratamiento médico (dextrosa IV o suero salino, u otras según criterio médico) y referencia, de ser el caso.

La hipoglucemia se define como una concentración de glucemia menor a 70 mg/dl, con o sin síntomas.

Las crisis hiperglucemias se definen como todos aquellos episodios que cursan con elevadas concentraciones plasmáticas de glucemia, generalmente mayor de 250 mg/dl.

Incluye el desarrollo de los siguientes procedimientos según cuadro clínico y criterio médico:

- Glucosa cuantitativa.
- Glucosa en tira reactiva.
- Examen de orina con tira reactiva (cuerpos cetónicos).
- Creatinina; en sangre.
- Electrolitos séricos.
- Gases arteriales.
- Otros según criterio médico.

Tiempo empleado: según evolución clínica.

Personal que ejecuta la actividad: médico, enfermera, técnico de enfermería y personal de laboratorio.

*\*Pacientes diabéticos con complicaciones con tratamiento especializado*

Definición operacional.- Intervención dirigida a personas con diagnóstico de diabetes, con alguna o varias complicaciones, tipificada para su manejo en establecimientos de salud sin población asignada de categorías II-,1, II-2, III-1 y III-2, que se encuentran clínicamente estables.



El manejo es integral especializado es evaluado por las especialidades (nefrología, dermatología, oftalmología, traumatología, farmacología, otorrinolaringología, infectología, ginecología, gastroenterología, cardiología, cardiovascular, neurología, endocrinología, medicina interna, psiquiatría, neumología, dietética, urología, odontología) consiste en la prestación de servicios de consulta médica, hospitalización, evaluaciones complementarias multidisciplinarias, exámenes bioquímicos y otras pruebas según criterio médico para valorar y controlar complicaciones, morbilidades asociadas y manifestaciones tardía de enfermedad.

La intervención incluye consulta médica al menos cada 3 meses, donde se realizarán los siguientes procedimientos: control de la glucemia o hemoglobina glucosilada, control de presión arterial, medición del IMC, perímetro abdominal, consejería nutricional, prescripción/indicación de actividad física y recomendaciones para la cesación del consumo de tabaco y alcohol; prescripción farmacológica, valoración de la adherencia y evaluación de efectos adversos. En esta consulta se incluye la evaluación y educación sobre pie diabético.

Si el establecimiento de salud contara con nutricionista, el paciente deberá ser atendido en consulta nutricional, de lo contrario será atendido con consejería nutricional por un profesional de la salud capacitado en esta función; de no contar con personal capacitado para ello, se podrá referir a otro nivel de atención. El médico emplea al menos 20 minutos, incluye la consulta a otras especialidades. La hospitalización se incluye la consulta a otras especialidades para el control de las complicaciones asociadas.

Incluye el desarrollo de los siguientes procedimientos según criterio médico:

Al menos 1 vez cada 3 meses:

- Glucosa cuantitativa y/o Glucosa en tira reactiva y/o Hemoglobina glucosilada, y
- Inspección de extremidades inferiores

Al menos 1 vez cada 12 meses:

- Creatinina; en sangre
- Relación albuminuria/creatinuria
- Exámenes de lípidos, incluye: colesterol sérico total, colesterol de lipoproteína de alta densidad determinación directa (colesterol HDL), colesterol baja densidad colesterol LDL triglicéridos.
- Batería de función hepática, esta batería debe incluir lo siguiente: Albúmina, Bilirrubina total, Bilirrubina directa, Fosfatasa alcalina, Transferasa alanina amino (TGP), Transferasa aspartato amino TGO •  
(93000) Electrocardiograma
- Fondo de ojo
- Vacuna de Influenza
- Vacunación antineumocócica, según protocolo
- Descarte de tuberculosis
- Valoración de salud mental
- Otras según criterio médico

El médico emplea 15 minutos adicionales para valorar las complicaciones:

- Retinopatía diabética.
- Cardiopatía y vasculopatía.
- Neuropatía diabética.
- Nefropatía diabética.
- Dislipidemia.
- Función hepática.
- Otras según criterio médico.

*\*Valoración de complicaciones en personas con diabetes* Definición operacional.- Intervención dirigida a personas con diagnóstico definitivo de diabetes que han sido referidas para efectuar la valoración inicial o anual de sus complicaciones/multimorbilidades/manifestaciones tardías de la enfermedad. Se brinda en establecimientos de salud categoría I-3, I-4, II-1, II-2, III-1 y III-2

- Glucosa; cuantitativa

- Hemoglobina glucosilada
- Análisis de orina por tira de análisis o reactivo en tableta, para la bilirrubina, glucosa, hemoglobina, cetonas, leucocitos, nitrito, pH, proteínas, gravedad específica, urobilinógeno, cualquier número de estos componentes; no automatizado, con microscopía.
- Creatinina en sangre
- Creatinina en orina
- Albuminuria
- Relación albuminuria/creatinuria
- Exámenes de lípidos, incluye: colesterol sérico total , colesterol de lipoproteína de alta densidad determinación directa (colesterol HDL), colesterol baja densidad colesterol LDL (83721), triglicéridos
- Transaminasa oxalacética (TGO)
- Transaminasa pirúvica (TGP)
- Electrocardiograma
- Consulta de paciente ambulatorio nuevo en consultorio u otro (especialidad), para evaluación y manejo. Historia y examen completo y decisión médica. Médico emplea 30 minutos y realiza fondo de ojo, evaluación de pies, antropometría (peso, talla, perímetro abdominal), presión arterial y frecuencia cardíaca, evaluación nutricional.
- Deriva para:
  - Ser evaluado por oftalmólogo, en su defecto, médico capacitado.
  - Ser evaluado por endocrinólogo, en su defecto, médico internista.
  - Ser evaluado por cirujano dentista.
  - Ser evaluado por nutricionista o personal de salud capacitado.

Según resultados en el proceso diagnóstico, la persona con DM:

Podrá ser evaluado por especialista en Salud Mental.

Podrá ser evaluado por consultor neumólogo o médico capacitado.

Podrá ser evaluado por nefrólogo, en su defecto, médico internista.

Podrá ser evaluado por cardiólogo, en su defecto, médico internista. (8)

### **2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

Estrategia sanitaria: La ESN es un conjunto de acciones limitadas en el tiempo, cuyo objetivo general es lograr los resultados esperados a través de la realización de tareas.

Cuidado enfermero: Es la aplicación del proceso de atención de enfermería a la persona familia o comunidad en las acciones de promoción prevención y recuperación de la salud en todos los niveles de atención.

Promoción de la salud: es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla y que se dedica a estudiar las formas de favorecer una mejor salud en la población.

Prevención: Medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que suceda una cosa considerada negativa.

### III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

#### 3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la elaboración del presente informe se tuvo que recurrir a información archivada en el servicio, en estadística al servicio de estadística.

#### 3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

La experiencia Profesional se inicia en mi Serums realizado en el puesto de Salud Mesones Muro de la provincia de Ferreñafe en donde asumí la jefatura del centro a inicios de mi estancia y la jefatura de enfermería, tomé a cargo 16 caseríos en donde la labor realizada era eminentemente preventivo promocional.

En el año 1996 ingresé a trabajar en el Centro de Salud Santa Rosa , el mismo que hace 3 años subió de nivel y hoy es el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2.

He rotado por todos los servicios hospitalarios y cuando estuve coordinando el servicio de emergencia llamó mucho mi atención la demanda elevada de pacientes diabéticos complicados que llegaban al establecimiento por ser un hospital referencial.

En el 2014 me asignaron la coordinación de consulta externa y la estrategia sanitaria daños no trasmisibles, la misma que venía siendo conducida por una sola licenciada que tenía a su cargo varias estrategias sanitarias.

**Tipo de servicio:** El servicio brindado es ambulatorio a los pacientes diabéticos derivados de otros establecimientos de salud

que requerían evaluación por la especialidad y en los que era necesario su hospitalización.

**Funciones:**

*\*Administrativas:* Se organizó la estrategia, se realizaron las coordinaciones con la médico especialista en endocrinología, y otras especialidades con el SIS, admisión, con el jefe de consulta externa y departamento de enfermería, con logística y farmacia para el abastecimiento y compra de los insumos necesarios, con asistencia social, promoción de la salud, relacionista pública, con las coordinadoras de los diferentes servicios para la hospitalización del paciente que lo requería , con los diferentes establecimientos de salud para la derivación de los pacientes.

*\*Investigadora:* Para la valoración y tamizaje laboratorial se aplicaba test (FINDRISK) que nos permitía medir el riesgo a tener diabetes, de igual forma a los pacientes que ya tenían diabetes y que pertenecían a nuestra población asignada se aplicó investigación para conocer sus conocimientos y actitudes sobre la diabetes.

*\*Docente:* A través de la enseñanza a nuestros pacientes, personal técnico que nos apoya en la estrategia, estudiantes e internas de enfermería.

*\*Asistencial:* Cuando el paciente se le atendía en el tópico de procedimientos de consulta externa, para la estabilización de su glucosa. O de lo contrario se le llevaba a hospitalizar

### 3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

**Experiencias**, la estrategia no contaba con un espacio físico para el trabajo de enfermería, inicialmente se acondicionó el consultorio de endocrinología dado la falta de consultorios, Se realizaron las respectivas gestiones para la adquisición de equipos e insumos tales como:

- Electrocardiógrafo
- Refrigeradora
- Tensiómetros de pared
- Estetoscopios
- Balanzas
- Glucómetros
- Insumos como tiras reactivas de glucosa, lancetas, agujas para administración de insulina
- Medicamentos: insulinas, hipoglucemiantes orales, reactivos para laboratorio.

Se coordinó con logística para la impresión de formatos libros de registro

Se elaboró un formato para descargar las tiras de glucosa y lancetas en farmacia, así como para solicitar los análisis de laboratorio para la valoración y tamizaje laboratorial. Mismo que podía ser prescrita por el profesional de enfermería según norma técnica.

#### **Innovaciones técnico administrativas**

Se organizó la estrategia a pesar de los pocos recursos humanos y materiales, asignados:

**En cuanto a la Promoción de la Salud:** Se fomentaron los Estilos de Vida Saludables y Seguros trabajando para ello de manera coordinada con la relacionista pública, asistente social, nutricionista, Psicólogo, con la responsable de la promoción de la salud y promotoras de la salud. Fomentando:

- Autocuidado
- Autoestima
- Manejo Estrés
- Nutrición

A través de estrategias comunicacionales, gigantografías, carteleras, folletos, y Talleres Grupales

**Respecto a la Prevención de la salud y a los niveles de prevención:**

**1. En la prevención primaria:** que tiene por objeto evitar el inicio de la diabetes mellitus, con acciones que se toman antes que se presenten las manifestaciones clínicas, se realizó

*a). Valoración Clínica y tamizaje laboratorial a población desde los 5 años a mayores de 60 años;* La captación para la valoración y tamizaje laboratorial, se realizaba diariamente a las personas familiares que acudían a la consulta externa .El tamizaje laboratorial incluía el dosaje de glucemia y perfil lipídico (colesterol y triglicéridos), según corresponda al grupo de edad. Aquí se trabajó con mucha dificultad, existe poco apoyo por parte del comité de gestión hospitalario, las prioridades estaban dirigidas a la recuperación de la salud de tal forma que si bien los insumos tales como tiras reactivas, glucómetros, medicamentos insulinas, reactivos de laboratorio, recursos humanos necesarias para la estrategia y las áreas de hospitalización, se solicitaban y



programaban para su abastecimiento por medio de la estrategia , muchas veces el servicio no era abastecida suficientemente, Se identificaron en las personas los factores de riesgo modificables tales como modificables: obesidad, sedentarismo, hiperlipidemias, hipertensión, tabaquismo y nutrición inapropiada y no modificable, a las mismas que se les gestionó consulta con endocrinología o medicina interna.

**2. En la Prevención Secundaria.** Que está dirigida a los portadores de intolerancia a la glucosa y a los pacientes diabéticos ya diagnosticados, se trabajó con el producto

*A). Tratamiento Y Control De Las Personas Con Diabetes*

Mellitus cuyos subproductos son:

- Manejo básico de crisis hipoglucemia o hiperglucemia en pacientes diabéticos
- Pacientes diabéticos con tratamiento especializado
- Valoración de complicaciones en personas con diabetes

Estos pacientes eran evaluados por la especialista y eran citados por enfermería, para las sesiones de consejería en donde se evaluaban los avances, dieta ejercicios, uso de insulina y control en domicilio, se interactuó con los familiares, porque ellos se convierten en los cuidadores en casa.

Los pacientes que llegaban a consulta con glicemia alterada eran enviados primero a tópico en donde se les estabiliza la glucosa, de ser necesario eran conducidos a salas de internamiento.

**Se implementó el manejo del pie diabético**

Coordinó con la endocrinóloga del hospital para la atención del pie diabético estableciéndose para ello de un día la semana estos

pacientes fueron captados y citados de acuerdo al establecimiento de los cupos ,así mismo fueron capacitadas las enfermeras que atendían en el tópico de consulta externa para las curaciones posteriores.

**3. Prevención Terciaria.** Requiere de la participación multidisciplinaria de profesionales especializados para el manejo de las discapacidades, estos pacientes cuando eran referidos de otras especialidades eran conducidos hacia las especialidades, y rehabilitación.

#### IV. RESULTADOS

##### DIABETES MELLITUS: CASOS NOTIFICADOS SEGÚN SEXO. AÑO 2016 (HASTA DICIEMBRE). HOSPITAL DE LA AMISTAD PERÚ COREA SANTA ROSA II-2. PIURA.

Sexo	Casos	%
Hombre	98	35.90
Mujer	175	64.10
<b>Total general</b>	<b>273</b>	<b>100</b>

Fuente: Estadística hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa 2016

##### Diabetes Mellitus: Casos notificados según grado de instrucción. Año 2016 (Hasta diciembre). ES II - 2 Santa Rosa. DIRESA Piura.

Grado de Instrucción	Masculino	meni	Total	%
Sin Dato	1	3	4	1.5
Primaria incompleta	19	30	49	17.9
Primario completa	13	30	43	15.8
Secund. Incompleta	29	46	75	27.5
Secund. completa	20	32	52	19.0
Sup. No Univ. Incomp.	3	7	10	3.7
Sup. No Univ. comp.	2	4	6	2.2
Ninguno	11	23	34	12.5
<b>Total general</b>	<b>98</b>	<b>175</b>	<b>273</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Estadística hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa 2016

**Diabetes Mellitus: Casos según valor de glicemia  
En ayunas. Año 2015\* (Hasta diciembre).**

**Hospital II-2 Santa Rosa- Región de Salud Piura.**

<b>Valor de Glicemia (Mg/dl).</b>	<b>N° de casos</b>	<b>%</b>
Dato "0"	181	66.3
<100	11	4.0
100 a 125	20	7.3
>= 126	61	22.3
<b>Total general</b>	<b>273</b>	<b>100</b>

Fuente: Estadística hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa 2016

**Diabetes. Mellitus: Estado del caso al  
Momento de la consulta. Año 2016  
(Hasta diciembre). ES II-2 Santa Rosa.**

<b>Status al momento de la consulta</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Controlado/estable	190	69.6
Descompensado	49	17.9
Complicado	17	6.2
Sin dato	17	6.2
<b>Total general</b>	<b>273</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Estadística hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa 2016

**Indicadores Para La Vigilancia De Diabetes Mellitus, Año 2016 (Hasta Octubre). Es II-2 Santa Rosa- Región De Salud Piura.**

<b>Indicador</b>	<b>Valor</b>	<b>%</b>
Proporción de casos incidentes registrados	6	2.20
Proporción de casos prevalentes registrados	259	94.87
Proporción de casos de Diabetes según Tipo 2	256	0.73
Proporción de casos de Diabetes según otros tipos de Diabetes	0	0.00
Proporción de casos de Diabetes según Tipo gestacional	0	0.00
Proporción de casos con prueba de hemoglobina glicosilada (HbA1c)	37	13.55
Proporción de Casos de	2	3.70
Proporción de casos con glicemia $\geq 130$ mg/dl	57	21
Proporción de casos con HbAc $\geq 7.0\%$	28	75.68
Proporción de casos complicados	17	6.23

Fuente: Estadística hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa 2016

**Diabetes con complicaciones de enero a diciembre 2016.  
Hospital De La Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2**

DESCRIPCIÓN	TOTAL	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Diabetes Mellitus Insulinodependiente, Con Coma	4	0	0	0	0	0	3	0	1	0	0	0	0
Diabetes Mellitus Insulinodependiente, Con Cetoacidosis	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Diabetes Mellitus Insulinodependiente, Con Complicaciones Renales	70	5	0	4	0	0	3	2	13	18	18	4	3
Diabetes Mellitus Insulinodependiente, Con Complicaciones Oftálmicas	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Diabetes Mellitus Insulinodependiente, Con Complicaciones Neurológicas	108	2	0	0	4	0	4	4	18	17	18	24	17
Diabetes Mellitus Insulinodependiente, Con Complicaciones Circulatorias	50	4	11	3	9	14	6	0	0	1	2	0	0
Diabetes Mellitus Insulinodependiente, Sin Mención De Complicación	8	1	0	1	1	1	0	0	0	2	1	1	0
Diabetes Mellitus No Insulinodependiente, Con Coma	24	0	0	2	0	4	9	3	3	3	0	0	0
Diabetes Mellitus No Insulinodependiente, Con Complicaciones Renales	58	4	2	18	8	7	1	7	6	4	0	0	1
Diabetes Mellitus No Insulinodependiente, Con Complicaciones Oftálmicas	7	0	0	0	3	2	0	0	0	0	0	2	0
Diabetes Mellitus No Insulinodependiente, Con Complicaciones Neurológicas	60	1	3	3	8	20	1	6	7	9	2	0	0
Diabetes Mellitus No Insulinodependiente, Con Complicaciones Circulatorias Periféricas	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Diabetes Mellitus No Insulinodependiente, Con Otras Complicaciones Especificadas	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0

## V. CONCLUSIONES

- a) La estrategia sanitaria daños no transmisibles: diabetes, en el hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa por ser un hospital referencial requiere una mayor atención por parte de los directivos del hospital, para el abastecimiento con recursos humanos, endocrinólogos, enfermeras y técnicos, nutricionistas, equipos, insumos de laboratorio, medicamentos, insulinas que permitan atender de manera integral y con calidad a la población referencial.
- b) La mayor cantidad de presupuesto en esta estrategia es utilizado para otros servicios en el pago del personal tanto profesionales como técnicos.
- c) El hospital solo cuenta con un médico: Endocrinólogos y 02 Cardiólogos.
- d) El personal profesional de enfermería responsable de la estrategia, tiene a su cargo otras actividades como la coordinación de consulta externa, lo cual no permite cumplir a cabalidad con sus funciones.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- a) Contratación de otro profesional endocrinólogo y cardiólogo, y enfermera.
- b) Que los directivos brinden un mayor apoyo a la estrategia
- c) La asignación de un ambiente propio
- d) Mejorar los sistemas de contrareferencia.



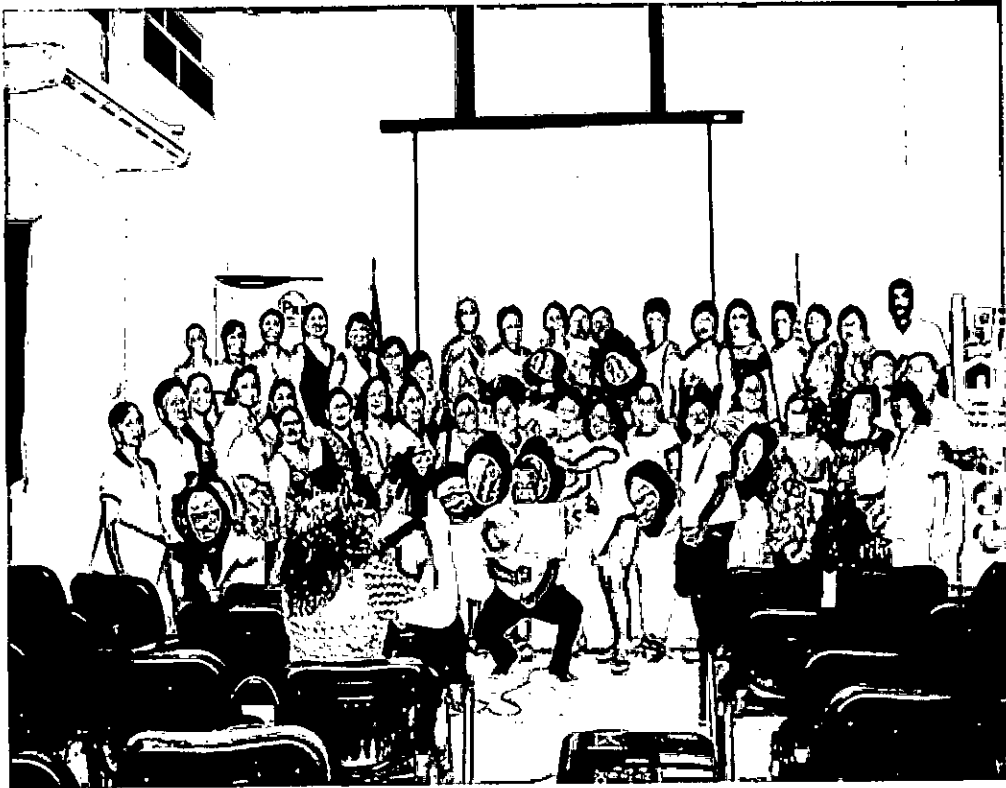
## VII. REFERENCIALES

- 1 al, C.-M. e. (2017). La enseñanza a pacientes con diabetes: significado para profesionales de enfermería. *Enfermería Universitaria*, 14(1).
- 2 American Diabetes Association. (2010). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 33, S62-S69.
- 3 American Diabetes Association. (2010). Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*(33), S11-S53.
- 4 Asociación Latinoamericana de Diabetes. (2007). Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Asociación Latinoamericana de Diabetes.
- 5 Barnard, R. e. (1983). Longterm use of a high-complex-carbohydrate, high-fiber, low-fat diet and exercise in the treatment of NIDDM patients. *Diabetes Care*, 6(3).
- 6 Briñez, K., & Muñoz, L. (s.f.). . Experiencias de cuidado cultural en personas con diabetes y el contexto familiar, con enfoque Leininger. *Cultura de los Cuidados*, XX(45).
- 7 Canadian Diabetes Association. (2008). Clinical Practice Guidelines. Definition, classification and diagnosis of diabetes and other dysglycemic categories. *Can J Diabetes*(32), S10-S13.
- 8 Centers for Disease, Control and Prevention. (2014). *La diabetes y el embarazo. La diabetes gestacional*. Atlanta: CVC.
- 9 Centers for Disease, Control and Prevention. (2016). Lo que necesita saber sobre la diabetes y las vacunas para los adultos.
- 10 DeFronzo, R. (Junio de 1988). Lilly lecture 1987. The triumvirate: beta-cell, muscle, liver. A collusion responsible for NIDDM. *Diabetes*, 37(6).
- 11 Del Castillo, F. e. (2014). Guía de práctica clínica de síndrome de ovario poliquístico. *Archivos de Medicina*, 10(2:3).

- 12 Díaz, A. (Septiembre-diciembre de 2006). Sobrepeso y síndrome metabólico en adultos de altura. *revista Peruana de Cardiología*.
- 13 Gonzáles, O. (2012). Manejo nutricional en la diabetes mellitus tipo 2 y obesidad. *Revista Médica MD*, 4(1).
- 14 Hu, F. e. (2001). Diet lifestyle and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *N Engl J Med*, 345(11).
- 15 Ibermutuamur. (2014). *Guía de diabetes y trabajo*. Madrid: Ibermutuamur.
- 16 Institut Catalá de la Salut. (2009). *Colesterol i risc coronari. Guies de pràctica clínica* (Institut Catalá de la Salut ed.). Barcelona: Institut Catalá de la Salut.
- 17 Instituto Mexicano del Seguro Social. (2009). Caso clínico.
- 18 International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel. (Marzo de 2010). International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Recommendations on the Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Pregnancy. *Diabetes Care*, 33(3).
- 19 International Diabetes Federation. (2014). *Diabetes Atlas* (Sexta ed.). IDF.
- 20 Jimeno, M. e. (2004). Diagnosticando la diabetes mellitus tipo 2: en atención primaria, con la glucemia basal y la hemoglobina glucosilada es suficiente. *Aten Primaria*, 34(5), 222-8.
- 21 Mediavilla, J. (Marzo de 2001). Complicaciones de la diabetes mellitus. Diagnóstico y tratamiento. *SEMERGEN-Medicina de familia*, 27(3).
- 22 Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2*. Madrid: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- 23 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud (actualización 2012)*. Madrid: Fundación para la Diabetes.

- 24 Minsa. (2011). Identificación de Factores de Riesgo para Prevenir la Diabetes.
- 25 Murillo, S. (2012). *Diabetes tipo 1 y deporte. Para niños, adolescentes y adultos jóvenes*. Barcelona: EdikaMed.
- 26 Nelson, K. e. (1997). *Dietética y nutrición. Manual de la Clínica Mayo* (Séptima ed.). Madrid : Harcount Brace.
- 27 Organización Panamericana de Salud. (2009). Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2.
- 28 Pe, A. (2013). Experiencia de los cuidadores informales en el manejo de la diabetes mellitus tipo II. *Orinoquia*, 17(2).
- 29 Physicians Committee for Responsible Medicine. (2010). Nutrición y diabetes.
- 30 R, H., & Aponte, L. (2014). Educación en diabetes: un aspecto clave de la formación actual en enfermería. *Orinoquia*, 18(2).
- 31 Santiago, J., & Levandoski, L. (1998). Hipoglucemia en pacientes con diabetes tipo 1. En H. Lebovitz, & H. Lebovitz (Ed.), *Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 y sus complicaciones*. (págs. 193-201). Barcelona: Medical Trends, S.L.
- 32 Socarras, M., Bolet, M., & Licea, M. (2002). Diabetes Mellitus: . Tratamiento Dietético. *Rev Cubana Invest Biomed*, 21(2).
- 33 Wesley, R. (1997). *Teorías y modelos de enfermería*. México: McGraw-Hill Interamericana.

# **ANEXOS**



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2017



HOSPITAL DE LA AMISTAD  
PERÚ COREA SANTA ROSA II-2



07 de Abril



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2017