

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



**PLAN DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN LA ADHERENCIA
TERAPEUTICA DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PAMPA INALAMBRICA,
ILO - 2022**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**

MARIELA MILAGROS SONCO CRUZ

**Callao, 2022
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO EVALUADOR:

- DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA PRESIDENTE
- DRA. MARIA ELENA TEODOSIO YDRUGO SECRETARIA
- DRA. VILMA MARIA ARROYO VIGIL VOCAL

ASESOR: DR. BRAULIO PEDRO ESPINOZA FLORES

Nº de Libro: 07

Nº de Acta: N°186-2022

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 20 de Octubre del 2022

Resolución de Consejo Universitario: N.º 099-2021-CU., de fecha 30 de junio del 2021, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, que con su sabiduría infinita fue un guía importante en cada actividad y por iluminar nuestro camino cada día.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en momentos de debilidad.

A mis amados padres, por su apoyo y aliento constante.

A mis estimados docentes, quienes nos brindaron valiosos y amplios conocimientos.

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao,
Facultad de Ciencias de la Salud, por contribuir en mi desarrollo profesional y enriquecerme en conocimiento.

ÍNDICE

Contenidos	Pág.
INTRODUCCION.....	2
CAPITULO I: DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA.....	4
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	7
2.1. Antecedentes	7
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	7
2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	10
2.2. Bases Teóricas.....	14
2.3. Bases Conceptuales.....	18
CAPITULO III. PLAN DE INTERVENCION	33
3.1. Justificación.....	33
3.2. Objetivos.....	33
3.2.1 Objetivo General	33
3.2.2 Objetivos Específicos	33
3.3. Meta.....	34
3.4. Programación de Actividades.....	34
3.5 Recursos	38
3.5.1 Recursos Materiales.....	38
3.5.2 Recursos Humanos.....	39
3.6 Ejecución.....	39
3.7 Evaluación.....	41
CONCLUSIONES	43
RECOMENDACIONES.....	44
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	45
ANEXOS.....	49

INTRODUCCIÓN

La diabetes tipo 2, es una enfermedad que ocurre cuando el nivel de glucosa en la sangre, es demasiado alto. La glucosa en la sangre es la principal fuente de energía y proviene principalmente de los alimentos que se consumen. La insulina, que es una hormona producida por el páncreas, ayuda a que la glucosa entre a las células para que se utilice como energía. En la diabetes tipo 2, el cuerpo no produce suficiente insulina o no la usa bien.

Las cifras elevadas 463 millones de personas tienen diabetes según datos del año 2019. Se calcula 578 millones para el año 2030, y 700 millones para el 2045. La mortalidad por diabetes se estima que es aproximadamente 4,2 millones entre los 20 a 79 años de edad.

Con el tiempo esta enfermedad puede causar daños, como disfunción e insuficiencia de diversos órganos, o complicaciones tardías como enfermedades vasculares, neuropatías periféricas, nefropatía y gran predisposición al desarrollo de infecciones. (Guzmán-Juárez N, Madrigal-Bujaidar E, 2003).

La adherencia implica compromiso y responsabilidad de las personas con el cuidado y mantenimiento de su salud.

La motivación principal para el desarrollo es prevenir esta enfermedad siempre que sea posible y, cuando no lo sea, reducir al mínimo sus complicaciones para mejorar la calidad de vida, identificando las situaciones que influyen significativamente sobre la conducta de adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2 y cuáles son las falencias de la población afectada en su autocuidado.

Para lograr un adecuado control de la Diabetes Mellitus tipo 2 es importante que la Enfermera Asistencial, fortalezca el conocimiento del fenómeno de la adherencia al tratamiento: mejorando así la calidad de vida de los pacientes diabéticos.

Actualmente en el Centro de Salud Pampa Inalámbrica ubicado en la Provincia de Ilo, Departamento de Moquegua; donde se desarrolla el presente plan, se ha ido priorizando la atención de Enfermería en la Estrategia de Daños no

Transmisibles, así como parte del Equipo Multidisciplinario de la atención integral del paciente con diabetes, contamos con un padrón nominal de 180 pacientes con diabetes mellitus, se puede observar que el 30 % de ellos no cumplen el tratamiento; esto debido a los diversos factores, como el olvido de las indicaciones médicas a la ingesta de medicamentos, descuido del paciente, sensación de mejoría después de tomar algunos días el medicamento y los efectos adversos de las mismas.

Asimismo, el personal de enfermería es el encargado del seguimiento de pacientes diabéticos mediante la entrega del tratamiento respectivo que se realiza en forma diferenciada los días martes y viernes que son citados por el servicio de medicina y donde el personal de enfermería responsable de la atención realiza el monitoreo del dosaje de glucosa, toma de funciones vitales, peso, talla, perímetro abdominal, saturación de oxígeno , entre otras actividades (vacunación COVID, influenza, neumococo, atención integral para cierre de paquetes) en la cual muchas veces se evidencia glucosas elevadas, no existiendo una buena adherencia al tratamiento.

El presente estudio está basado en la evidencia laboral tiene como objetivo describir las intervenciones de los profesionales de enfermería en la adherencia terapéutica que realizan a las personas con Diabetes Mellitus tipo 2, atendidos en el Centro de Salud Pampa Inalámbrica 2022.

El trabajo académico consta de los siguientes apartados; Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Desarrollo de actividades para plan de mejoramiento en relación a la situación problemática, Conclusiones, Recomendaciones, Referencias Bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de Anexos.

CAPITULO I

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La OMS refiere que la diabetes mellitus es una grave enfermedad crónica no transmisible que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina (una hormona que regula el nivel de azúcar o glucosa en sangre) o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce. (1). Esta misma organización ha calificado como epidemia del siglo XXI, siendo esta un problema grande para los sistemas de salud a nivel mundial. (1)

Según la OMS la adherencia al tratamiento la define como: “La medida en que el comportamiento de una persona: tomar medicamentos, seguir una dieta, y / o ejecutar cambios de estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con un proveedor de atención médica. Se sabe que el 63 % de los pacientes con diabetes tipo 2 no cumple con la sugerencia terapéutica. (2)

A nivel internacional tenemos las siguientes cifras con respecto a la prevalencia de la diabetes mellitus: América del Norte y Caribe (11%), Oriente Medio y el Norte de África (10,8%), Sudeste asiático (10,1%) y en Europa es del 6,8% (58 millones de personas). La Federación Internacional de la Diabetes (FID) estima la prevalencia mundial de la diabetes en 425 millones de personas entre las edades de 20 a 79 años (8,8%) durante el 2017. La FID sugiere que se implementen programas de prevención para evitar la prevalencia mundial de esta enfermedad. (3). China tiene el mayor número de pacientes del todo el país con 14 millones de personas que padecen esta condición. En América del Sur, 15 millones de personas tienen diabetes, en los países más afectados Brasil tiene 12,4 millones, seguido de Colombia y Argentina. (3). En las Américas, en 2019, la diabetes fue la sexta causa principal de muerte, con un estimado de 244,084

muertes causadas directamente por la diabetes. Es la segunda causa principal de Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), lo que refleja las complicaciones limitantes que sufren las personas con diabetes a lo largo de su vida. (4). Se estima que alcanzará la marca de 109 millones para el 2040, según el Diabetes Atlas (novena edición). La prevalencia ha aumentado más rápidamente en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos; y para el año 2045 se estima el aumento hasta 629 millones de afectados en todo el mundo siendo las regiones con mayor aumento de la prevalencia en el centro y sur de África (+156%) y el norte de África y Oriente medio (+110%). (5)

En el Perú se registran 3,9 casos de diabetes mellitus por cada 100 peruanos mayores de 15, siendo la población femenina la más afectada con 4,3% en comparación de la población masculina con 3,4% según la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) 2019. Según el MINSA alertó que la diabetes se presenta con tendencia epidémica en todas las regiones del país, siendo la capital la que más casos registra. En el contexto de la emergencia sanitaria por la pandemia del coronavirus, la diabetes se ha convertido en una de las comorbilidades más frecuentes en las personas fallecidas por la COVID-19. También se generó una brecha de atenciones registrándose 74 457 atenciones. (6). Según los datos obtenidos de la FID y PERUDIAB en el año 2017, se estima que alrededor del 7% de la población padece diabetes, siendo más prevalente en sectores de la costa del país con un 8.2%. (6). Además, el 4,9% de personas de 15 y más años fue diagnosticada de diabetes mellitus por un médico, alguna vez en su vida. (6). Además, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (Dgiesp) del Ministerio de Salud informó que durante la pandemia del covid-19, en el 2020, las personas atendidas por esta enfermedad incrementaron en 1.6 % en comparación al 2019, en las regiones de Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Junín, Moquegua, Pasco, Puno, San Martín y Tacna, con un total de 169,346 nuevos casos a nivel nacional. (7). Asimismo, considerando las regiones naturales, en el año 2021, el mayor porcentaje de personas con diabetes mellitus se encuentra en la Costa (5,8%), y en menor porcentaje en la Sierra (3,3%) y Selva (4,0%). (7)

A nivel regional el INEI en los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar para el año 2019, revelo un difícil panorama para la región Moquegua, el 43.8% de la población de 15 y más años de edad presentan Obesidad o Hipertensión Arterial o Diabetes Mellitus por debajo de la región Tacna con 46.1 % e Ica con 44.3%. (6). Actualmente en el Centro de Salud Pampa Inalámbrica contamos con un padrón nominal de 180 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, durante el 2020, y en el 2021 los casos de Diabetes se han incrementado por la pandemia, debido a que muchos pacientes no han tenido seguimiento al tratamiento, a pesar del seguimiento telefónico a través de la tele consulta y la tele orientación brindada.

A partir de esta situación surge la necesidad de implementar estrategias a través del plan de intervención para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos del Centro de Salud Pampa Inalámbrica.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Ortega I., (Ecuador, 2018), en su estudio sobre “Factores vinculados a la adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo 2, de cuatro consultorios del Centro de Salud Baba”, su objetivo fue conocer como los factores se vinculan con el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2, a través de una metodología descriptiva y analítica, con la participación de 98 pacientes diabéticos tipo 2 y la aplicación de una encuesta, donde obtuvo que el 40.8% presentan adherencia al tratamiento, y el 59.2% no presentaron adherencia, de los cuales tienen entre 50 a 54 años siendo en un 64.3%, mujeres, por lo que evidenció que la no adherencia se presentan en la mayoría de la muestra y los que si cumplen con el tratamiento tienen entre 50 a 54 años, son mujeres con una educación básica, pobres pero que acuden a sus controles médicos, además determino la relación significativa entre el conocimiento de la enfermedad, el apoyo de la familia, la relación con el personal de salud con la adherencia al tratamiento.(8)

El presente estudio se relaciona con el plan de intervención porque ambos abordan la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, siendo esta importante, ya que los hipoglicemiantes regulan los niveles de glucosa en sangre y previenen las complicaciones futuras; asimismo, permite al paciente mantener la afectación de esta enfermedad evitando que progrese.

Montenegro M. , Cunalata D. y Díaz L., (Ecuador, 2017) en el estudio sobre “Asociación entre adherencia terapéutica y el apoyo social y familiar en pacientes diabéticos que acuden al Centro de Salud Augusto Egas de agosto a diciembre del 2016”, tuvo como objetivo establecer si existe relación entre el apoyo social y familiar auto percibido por la escala de apoyo social (MPSS) y el nivel de adherencia terapéutica medidos por el test de Morinsky Green y Batalla, en los pacientes diabéticos atendidos en dicho establecimiento. El estudio fue

descriptivo, y participaron de 262 pacientes, donde obtuvo que la adherencia terapéutica se relaciona con el apoyo social y el apoyo familiar; también el apoyo social se relacionó con la edad, además de la presencia de comorbilidades. Por lo que evidenciaron que el apoyo social por parte de los pares de los pacientes es un elemento protector beneficioso para la adherencia de los tratamientos, por ello necesario el reforzamiento de las medidas de apoyo social por parte de los pares de los pacientes mayores de 60 años. (9)

El presente estudio se relaciona con el plan de intervención porque dentro de la educación a los pacientes diabéticos incluimos a su familia y al apoyo social como un medio efectivo para facilitar el cumplimiento al tratamiento; la intervención de la familia es fundamental ya que permite superar el problema del tratamiento y cuidado de su salud.

Mejía M., Gil Y., Quintero O. y D'Avila M. (Venezuela, 2018) en su estudio sobre "Intervención educativa en el apego al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Trujillo. Venezuela", tuvieron como propósito la evaluación de la intervención educativo en la adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos, a través de una metodología de diseño cuasi experimental. Aplicaron un programa educativo con un equipo multidisciplinario, asimismo del Test de Morisky-Green y Levine para determinar el apego al tratamiento, el Test Diabetómetro para evaluar el conocimiento sobre la diabetes, con lo cual encontraron que la mayoría de los pacientes tienen más de 10 años con la enfermedad, el 45.7% presentaban hipertensión arterial; antes de la intervención educativa recibieron monoterapia en un 74.3%; después de la intervención; obtuvieron la mejoraría de los pacientes en los parámetros antropométricos, con mayor incidencia en hombres; también hubo mejoras en los niveles de la glucosa en ayunas; en el caso de la adherencia al tratamiento determinaron la mejora de los pacientes del 31% al 60%; por lo que se concluyeron que una mejora significativa por parte de la intervención educativa en la adherencia, conocimientos y en el control metabólico del paciente.(10)

El presente estudio se relaciona con el plan de intervención porque a través de la educación a la persona diabética sobre su medicación, dieta y ejercicio físico; permite sensibilizarlo sobre su enfermedad; asumiendo su autocuidado y adherencia al tratamiento; adoptando conductas saludables.

Bello N., Montoya P., (Chile, 2017) en su estudio titulada: “Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados” , su objetivo fue describir el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y sus factores asociados en adultos mayores con diabetes tipo 2, a través de un estudio con diseño no experimental de tipo transversal, con la participación de 211 adultos mayores diabéticos tipo 2 registrados en el Programa de Salud Cardiovascular de un centro comunitario de salud familiar de la ciudad de Chillán (Chile). La muestra estuvo conformada por 116 sujetos. La recolección de datos lo realizaron a través de visitas domiciliarias utilizando el Cuestionario para la adherencia farmacológica fue de Morisky Green Levine, así también se utilizó el cuestionario de APGAR familiar para evaluar el grado de funcionabilidad familiar. Entre los resultados obtuvieron que el 51,72% de los pacientes se adherían al tratamiento farmacológico y el 48,28% no seguía su tratamiento. El 73,28% vive con cuatro o menos integrantes de su núcleo familiar; el 65,52% tiene pareja; el 46,41% y el 52,59% están incluidos dentro de una familia nuclear y extensa, respectivamente; el 90,52% percibió una familia altamente funcional, y el 62,07% refiere contar con un alto apoyo familiar. También se observa que no hubo variables familiares que se asociaran estadísticamente con la adherencia al tratamiento farmacológico (11)

El presente estudio se relaciona con el plan de intervención porque en nuestra práctica diaria los pacientes adultos mayores no cumplen su tratamiento de acuerdo a dosificación prescrita, toman sus pastillas a su manera ya que refieren sentirse bien, no hay cumplimiento del mismo; por lo que es importante reforzar las recomendaciones que realiza el profesional de salud en cuanto a la toma de medicamentos.

Consuegra D. y Díaz M., (Colombia,2017) en su estudio sobre “Factores asociados con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta de medicina interna de un Hospital de II Nivel de Bogotá”, propusieron conocer aquellos factores que se asocian con la adherencia al tratamiento de los pacientes , a través de un estudio observacional analítica, con una muestra de 187 pacientes, donde observaron que el 49% presentaban trastornos metabólicos crónicos; además de los factores asociados a los estilos de vida con un 9.37%; las consultas médicas con un índice 2.10%, por lo que evidenciaron que los factores que más se asocian con la adherencia al tratamiento son los estilos de vida, por lo que sugieren la promoción de los mismos y la asistencia a los controles médicos. (12)

El presente estudio se relaciona con el plan de intervención porque es importante identificar qué factores influyen en la adherencia terapéutica entre ellos los estilos de vida, malos hábitos alimentarios, inasistencia a controles para abordarlos oportunamente para una mejor adherencia.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Carbajal W, y Pajuelo L., (Lambayeque ,2018) en la investigación titulada “Relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Centro de Salud Pomalca”; trabajo realizado con el propósito de conocer el nivel de relación de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida del paciente diabético. El estudio fue cuantitativo, descriptivo con la participación de 25 pacientes, y aplicaron un cuestionario. Dentro de sus resultados obtuvieron que el 92% presenta una calidad de vida regular, al igual que su adherencia al tratamiento con un 76%. Por lo que evidenciaron que la mayoría tienen una adherencia regular al tratamiento, y del grupo que presento no adherencia al tratamiento farmacológico fue el más afectado la falta de educación del paciente, además cumplir con el tratamiento se relaciona con una mejor calidad de vida. (13)

El presente estudio se relaciona con el plan de intervención porque nos permite abordar dimensiones como actividad física, autocuidado, alimentación del paciente diabético realizando cambios en los estilos de vida, reforzando el comportamiento y empoderarlos en su propio cuidado.

Maqui L., Lora M., (Trujillo, 2018) en su investigación titulada “Adherencia al Tratamiento de la Diabetes con la Funcionalidad Familiar según factores socioeconómicos y culturales. Hospital I Albrecht”. Su objetivo fue determinar la relación entre Adherencia al tratamiento de la diabetes con la funcionalidad familiar según factores socio-económicos y culturales, en pacientes de dicho Hospital; el estudio fue descriptivo correlacional de carácter transversal; la muestra estuvo constituida por 100 pacientes a quienes se les aplicaron los siguientes instrumentos: instrumento de recolección de datos, APGAR familiar y el test de Morisky – Green. Dentro de sus resultados obtienen: La funcionalidad familiar normal del 49%, seguida de leve con el 25%, además de la moderada con el 22% y finalmente la severa 4% respectivamente. En cuanto a la adherencia al tratamiento, el 66% no tiene adherencia al tratamiento, frente al 34% que si lo tiene. Concluye que existe relación significativa entre el funcionamiento familiar, factores socio-económicos, culturales y la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. (14)

El presente estudio se relaciona con el plan de intervención porque nos permite evaluar la efectividad de la adherencia terapéutica con las intervenciones centrados en el paciente, debido a la gran variedad de factores que influyen en la adherencia , aquellos pacientes que cuentan con un soporte emocional tienen mejor adherencia, asimismo , la falta de cobertura sanitaria, ingresos económicos bajos ,el costo de tratamiento son factores negativos; también las creencias de los pacientes afectan de forma negativa o positiva en la adherencia terapéutica.

Sánchez S., (Piura ,2017); en su estudio sobre “Adherencia al tratamiento y calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana”. El propósito de su estudio fue definir la relación entre la adherencia

del tratamiento con la calidad de vida del paciente diabético. Su estudio fue cuantitativo y descriptivo correlacional, con una participación de 21 pacientes, donde obtuvo como resultado la adherencia regular al tratamiento; al igual que la calidad de vida que se presentan en la mayoría en un nivel regular. Por lo tanto, en su conclusión evidenció relación directa entre Adherencia al tratamiento y calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2. (15)

El presente estudio se relaciona con el plan de intervención porque con una mejor calidad de vida; donde el paciente tenga un buen control de la glucosa, control de la presión arterial, el colesterol y sobrepeso; ayuda a promover el correcto cuidado de la salud del paciente diabético y por ende tener una mejor adherencia terapéutica.

Martínez R. y Paredes H., (Ancash, 2019) en la investigación titulada “Adherencia terapéutica y calidad de vida de pacientes diabéticos de un Hospital Público. Chimbote, 2018”. El objetivo fue determinar como la adherencia al tratamiento se relaciona con la calidad de vida del paciente con diabetes; el estudio fue descriptiva, con participación de 50 pacientes como muestra, y con la aplicación de dos cuestionarios. Dentro de sus resultados obtuvieron, que el 82.1% no presenta adherencia, el 98.3% y 71.4% no siguen la dieta ni los ejercicios indicados en el tratamiento; en el caso de la calidad de vida el 48.9% presentan un nivel regular, el 42.2% un nivel deficiente. En la conclusión evidenciaron que la adherencia al tratamiento (alimentación, ejercicios y la farmacología) no se relacionan con la calidad de vida. (16)

El presente estudio se relaciona con el plan de intervención porque como profesionales de la salud nos permite abordar factores de riesgo en los pacientes diabéticos evitando complicaciones donde la educación al paciente sea parte integral de su tratamiento; favoreciendo la adherencia terapéutica con la participación del equipo multidisciplinario.

Cusi M. y Galán Y., (Lima ,2019) en el trabajo titulado “Relación entre el nivel de conocimiento y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes

diabéticos tipo II en el Hospital Militar Central”. El objetivo fue conocer la relación entre el nivel de conocimiento y la adherencia farmacológica en el paciente diabético tipo 2. El estudio fue descriptivo correlacional, con la participación de 100 pacientes, y la aplicación de dos instrumentos. En los resultados obtuvieron que el 51% presentaron conocimientos aceptables en comparación al 49 % no aceptables; por otro lado, el 44% presentó adherencia al tratamiento, contrariamente al 56% que no la presentaron. En la conclusión evidenciaron la existencia de relación entre el nivel de conocimiento y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos tipo 2. (17)

El presente estudio se relaciona con el plan de intervención porque nos permite brindar información sobre su enfermedad al paciente diabético; dicha información en forma clara y precisa; ya que todos no tienen el mismo grado de instrucción y esto influye en la adherencia al tratamiento, un adecuado nivel de conocimiento fortalece conductas adecuadas frente a su enfermedad.

Román E., (Lima 2019) en su estudio sobre “Condiciones asociadas a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital Central de la FAP en el 2018”. El objetivo de determinar la relación entre las condiciones y la adherencia al tratamiento en dicha institución de salud. El estudio fue correlativo y observacional, con una población de 65 pacientes y aplicaron, cuestionarios como instrumentos. En los resultados se encontró que la mayoría tenía 65 años, que representa el 2.62% de posibilidades de no cumplir con el tratamiento. Los pacientes con educación básica tenían 3.2 % veces de posibilidades de no cumplir con el tratamiento; asimismo los que utilizan insulina tienen 1.95% más posibilidades de presentar no adherencia al tratamiento; en el caso de los pacientes con conocimiento bajo tenían 7.60% más posibilidades. En las conclusiones encontró que las condiciones se asocian con la no adherencia al tratamiento (tener 65 años, educación básica, tratamiento de insulina y un conocimiento bajo sobre la enfermedad. (18)

El presente estudio se relaciona con el plan de intervención porque nos permite resolver las dudas de los pacientes frente a la enfermedad; fortaleciendo puntos débiles e incentivando así un cambio positivo para mejorar la adherencia.

2.2 Bases teóricas

2.2.1. Modelo de Promoción de la Salud

A. Ámbito de aplicación

Este modelo fue propuesto por Nola Pender, la que define como aquellas actividades realizadas para el desarrollo de recursos que mantengan el bienestar de la persona. El modelo surge como una propuesta de integrar la enfermería a la ciencia del comportamiento, identificando los factores que intervienen en los comportamientos saludables, además de una guía para explorar el complejo proceso biopsicosocial, que motiva a los individuos para que se comprometan en comportamientos promotores de la salud. (19)

Este modelo evalúa la acción de promoción de la salud y que conduce a la promoción de la salud y de la interrelación entre tres puntos principales:

1. Características y experiencias de los individuos.
2. Sensaciones y conocimiento en el comportamiento que se desea alcanzar.
3. Comportamiento de la promoción de la salud deseable.

La construcción del modelo de Nola Pender usa como bases teóricas, la teoría de aprender social de Montgomery y modelo para evaluar expectativas, ambas teorías derivadas de la psicología. (19)

Los principales conceptos del modelo están divididos en tres dimensiones con factores que condicionan la promoción a la salud en cada dimensión:

- **Conducta previa relacionada:** La frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado, efectos directos o indirectos de la probabilidad de comportarse con las conductas de promoción a la salud. (19)
- **Factores personales:** Se refiere a todos los factores relacionados con las personas que influyen en el individuo para que se relacione con su medio para desarrollar conductas promotoras de salud que incluyen factores biológicos, psicológicos y socioculturales, además de los beneficios percibidos de las acciones promotoras de salud, así como las barreras que encuentra para estas conductas. (19)
- **Influencias situacionales:** Son las percepciones y cogniciones de cualquier situación o contexto determinado que pueden facilitar o impedir la conducta. (19)
- **Factores cognitivo-perceptuales:** Son mecanismos motivacionales primarios de las actividades relacionadas con la promoción de la salud. (19)

Pender toma a la persona como un ser integral, analiza estilos de vida, las fortalezas, conductas de la Salud de las personas, conductas destinadas a mejorar, la calidad de vida a nivel de Salud. (19)

B. Metaparadigmas. Dentro de esta encontramos:

- **Salud:** Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado.
- **Persona:** Es el individuo y el centro de la teoriza. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

- **Entorno:** No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo-preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.
- **Enfermería:** El bienestar como especialidad de enfermería, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

2.2.2. Teoría del Autocuidado

Esta teoría fue propuesta por Dorothea Orem, la cual conceptualiza el autocuidado como una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por sí solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar.

El autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrece la base para entender los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería. El autocuidado, como función reguladora del hombre, se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano, como la regulación neuroendocrina. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus períodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales. La teoría del autocuidado también se amplía con la teoría del cuidado dependiente, en la que se expresan el objetivo, los métodos y los resultados del cuidado de los otros. (19)

Necesidades de autocuidado terapéutico

Las necesidades de autocuidado terapéutico están constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona. Según las condiciones existentes y las circunstancias, se utilizarán métodos adecuados para:

- Controlar o dirigir factores identificados en las necesidades, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano (suficiente aire, agua y comida).
- Cubrir el elemento de actividad de la necesidad (mantenimiento, promoción, prevención y provisión).

La necesidad terapéutica de autocuidado en cualquier momento: *a)* describe los factores del paciente o el entorno que hay que mantener estables dentro de una gama de valores o hacer que lleguen a esa gama para el bien de la vida, salud o bienestar del paciente, y *b)* tiene un alto grado de eficacia instrumental, derivada de la opción de las tecnologías y las técnicas específicas para utilizar, cambiar o de alguna manera controlar al paciente o los factores de su entorno.

Factores condicionantes básicos

Factores condicionantes básicos hace referencia a los factores que condicionan o alteran el valor de la demanda de autocuidado terapéutico y/o la actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas. Se han identificado diez factores:

- Edad.
- Sexo.
- Estado de desarrollo.
- Estado de salud.
- Modelo de vida.
- Factores del sistema sanitario.
- Factores del sistema familiar.
- Factores socioculturales.

- Disponibilidad de recursos.
- Factores externos del entorno.

2.3. Base Conceptual

Diabetes Mellitus

Definición

La Diabetes Mellitus (DM) es un desarreglo metabólico caracterizado por una hiperglicemia crónica con la alteración del metabolismo de los carbohidratos, proteínas y grasas, por efecto de una falla en la secreción y acción de la insulina; se clasifica en DM tipo 1, DM tipo 2, DM Gestacional y otros tipos de diabetes según sea su etiología y fisiopatología. (3). Cualquiera que sea el tipo de diabetes, la hiperglucemia y la insulinoresistencia pueden llevar progresivamente a complicaciones a nivel micro y macrovascular, entre las que destaca la nefropatía, retinopatía, neuropatía, pie diabético y enfermedades cardiovasculares. Dichas complicaciones pueden ser prevenidas o atenuadas con un tratamiento médico adecuado y oportuno, como también un control metabólico riguroso. (3). El manejo de la DM tiene 2 pilares fundamentales: el farmacológico, que incluye medicamento oral e inyectable, y el no farmacológico, que comprende educación del paciente, nutrición, actividad física y hábitos saludables. (4).

Los estudios científicos han demostrado que la mala adherencia terapéutica en las patologías crónicas como la DM tipo 2, tienen riesgos de desarrollar un mal control de los niveles de glicemia en los pacientes. El escaso control de la glicemia hace que aumenten el riesgo de complicaciones severas que impactan en la calidad de vida de los individuos, dañando diversos órganos dianas y generando incapacidades temporales o permanentes. (3).

Factores de riesgo asociados

a) Medio ambiente

- **Urbanización:** Migración de área rural a urbana. (20)

- **Riesgo ocupacional:** No existe relación directa entre una condición laboral y el desarrollo de DM-2, sino a través del sedentarismo, alimentación malsana o al estrés que esta pudiera condicionar.

En relación a las horas de la jornada laboral, existiría un incremento del 30% de riesgo de desarrollar diabetes en las personas de un estrato socioeconómico bajo que trabajan de 55 horas a más por semana, en comparación con los que trabajan de 35 a 40 horas por semana.

La exposición a riesgos psicosociales (carga mental, jornada de trabajo, contenido de la tarea, relaciones interpersonales, seguridad contractual, entre otros) en el ambiente de trabajo por periodos prolongados (años) están asociados a síndrome metabólico.

b) Estilos de vida

- **Sedentarismo:** Existe asociación entre la poca (menor a 150 minutos por semana de intensidad moderada) o nula actividad física con el riesgo a desarrollar DM-2. (20)
- **Malos hábitos alimentarios:** El consumo de alimentos con alto índice glucémico y alto valor calórico aumenta el riesgo de DM2.
- **Tabaquismo:** La exposición al humo de tabaco durante el embarazo aumenta el riesgo de diabetes en ese bebé al llegar a la adultez. Asimismo, el hábito de fumar incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular en las personas con diabetes mellitus.
- **Alcohol:** Existe mayor riesgo de diabetes y el consumo excesivo de alcohol, aunque se producen daños bioquímicos en la célula pancreática con consumos menores.

c) Factores hereditarios

- **Antecedente familiar de diabetes mellitus:** Existe mayor riesgo de diabetes en personas con familiares con diabetes, principalmente en aquellos de primer grado de consanguinidad. (21)

d) Relacionados a la persona

- **Hiper glucemia intermedia:** Las personas con hiper glucemia intermedia incluye la presencia de glucemia en ayunas alterada (110-126 mg/dl), de

intolerancia oral a la glucosa (140-199 mg/dl a las 2h tras 75 gramos de glucosa oral) o ambas a la vez. Estas condiciones tienen riesgo de padecer diabetes y complicaciones cardiovasculares. El riesgo de desarrollar diabetes mellitus aumenta entre 5-10% al año en los que tienen una de estas condiciones. Aunque la misma proporción alcanza la normo glucemia.

- Además, más de la mitad de estas personas diagnosticadas con PTOG y alrededor de dos tercios con GAA no tendrán diabetes en los próximos 10 años. Asimismo, en un periodo de 3-5 años, alrededor del 25% de los individuos progresan a DM-2, el 25% retornan a un estado normal y el 50% permanece en este estado.
- **Síndrome metabólico (SM)** Está asociado a un incremento de riesgo de padecer DM-2 de 3 a 5 veces.
- **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/m² 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.
- **Dislipidemia:** Hipertrigliceridemia (> 250 mg/dl en adultos) y de niveles bajos de colesterol HDL (< 35 mg/dl) están asociados a insulina 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.
- **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 $>$ 4,000gr.
- **Antecedente de bajo peso al nacimiento:** nacer con peso $<$ 2,500gr y/o prematuridad.
- **Acantosis nigricans y acros cordones:** 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 acros cordones son lesiones dérmicas pediculadas que suelen aparecer en las zonas de acantosis nigricans.
- **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.
- **Condiciones clínicas como:** esteatosis hepática, síndrome de apnea - sueño, hiperuricemia.

e) Otros factores de riesgo:

- **Bajo grado de instrucción:** El riesgo de desarrollar DM-2 aumenta en individuos con bajo nivel educativo.

Medidas preventivas

a) 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. (20)

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 persona con diabetes, de no estar disponible este equipo se conformará de acuerdo a la capacidad resolutoria, 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.

b) 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.(20)

c) 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.

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.

d) Tabaco

Se recomienda evitar el hábito de fumar porque incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular.

e) Riesgos ocupacionales

En las evaluaciones médicas ocupacionales periódicas según la normatividad vigente se recomienda la identificación de factores de riesgo de enfermedad cardio metabólica y de las personas diabéticas para una pronta referencia de estas personas para su evaluación y tratamiento oportunos.

f) 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.

Terapéutica

a) Manejo no farmacológico

Las personas con diagnóstico reciente de diabetes, asintomáticos, estables, sin complicaciones, y según criterio médico, deben iniciar solamente con cambios en los estilos de vida previos al inicio de terapia farmacológica por un lapso de 3 – 4 meses; luego de este periodo, si los niveles de glucemia han alcanzado los valores meta, continuará con cambios de estilos de vida y los controles se realizarán cada 3 a 6 meses; de lo contrario iniciará tratamiento farmacológico. (20)

b) Manejo farmacológico

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-2, que se encuentre clínicamente estable sin signos de alarma, se iniciará el tratamiento en el establecimiento de salud de origen.

Adherencia terapéutica

La adherencia terapéutica ha sido objeto de debate y estudio en los últimos años dada su trascendencia en el tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas, de hecho, en la reunión sobre adherencia terapéutica la Organización Mundial de la Salud en junio de 2000 se llegó a la conclusión de definir la adherencia terapéutica como el grado en que el comportamiento de una persona, tomar el medicamento, el seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. Es decir, la adherencia terapéutica es entonces, la implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento, aceptado de mutuo acuerdo con un profesional de la salud. (22). El término adherencia se ha empleado como sinónimo de cumplimiento, aunque existen diferencias que merecen ser destacadas para comprender mejor el concepto. “Cumplimiento terapéutico” fue creado en la década de 1960 para designar el grado en que la conducta del paciente coincide con la prescripción del médico o del profesional de salud en cuanto a indicaciones del consumo del medicamento, seguimiento

de regímenes de alimentación o mantenimientos de estilos de vida. Este concepto lleva implícito un sentido de pasividad del paciente, que lo limita a obedecer las indicaciones y es unilateral. Al aumentar la comprensión del fenómeno y aceptarse que el paciente es participativo y voluntario en las decisiones respecto a su salud, tratamiento y seguimiento de sus condiciones, se prefirió el término adherencia terapéutica para aplicarlo a los tratamientos en enfermedades crónicas, además este concepto abarca un sentido psicológico ya que la adherencia terapéutica es una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos conductuales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento de manera conjunta con el profesional de la salud, por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado terapéutico esperado. (23)

Sin embargo, a la fecha ambos conceptos siguen en uso, algunos autores han sugerido que es preferible la redefinición de cumplimiento como concepto socialmente creado por pacientes y médicos en conjunto, apartándose del enfoque que lo contemplaba como una característica estrictamente individual del paciente. La adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas es muy importante ya que el mejor tratamiento pierde su eficacia si el paciente no lo lleva a cabo de forma adecuada.

La adherencia al tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas en los países desarrollados promedia 50% en los países en desarrollo, las tasas son aún menores. En México la adherencia para los tratamientos en padecimientos agudos comunes en la práctica diaria se ha reportado menor a 50%, mientras que, en hipertensión arterial, enfermedades crónicas más frecuentes en la consulta de atención primaria ha sido discretamente superior (52%). Si se comparan estas cifras con lo reportado en otros países se encuentran resultados similares, lo que demuestra que el problema no depende de una característica particular de la enfermedad o de una sociedad y que se trata de un fenómeno inherente a la práctica clínica en todo el mundo.

Dimensiones de la adherencia

La adherencia terapéutica no es una responsabilidad exclusiva del paciente, como bien define la OMS, sino un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores o dimensiones los cuales se tratan brevemente a continuación:

a) Factores socioeconómicos: Si bien no se ha detectado sistemáticamente que el nivel socioeconómico sea un factor predictivo independiente de la adherencia, en los países en desarrollo el nivel socioeconómico bajo puede poner a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades en competencia. Tales prioridades incluyen con frecuencia las exigencias para dirigir los limitados recursos disponibles para satisfacer las necesidades de otros miembros de la familia, como los hijos los padres que los cuidan. Algunos factores a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia son: el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar.

b) Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria: Se ha realizado relativamente poca investigación sobre los efectos de los factores relacionados con el equipo el sistema de asistencia sanitaria. Una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica, pero hay muchos factores que ejercen un efecto negativo.

Estos son: servicios de salud poco desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad

del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla. Factores relacionados con la enfermedad: Los factores relacionados con la enfermedad constituyen exigencias particulares relacionadas con la enfermedad que enfrenta el paciente. Algunos determinantes poderosos de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Su repercusión depende de cuánto influyen la percepción de riesgo de los pacientes, la importancia del tratamiento de seguimiento y la prioridad asignada a la adherencia terapéutica. Factores relacionados con el tratamiento: Son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia.

Los más notables, son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos. Las características únicas de las enfermedades y los tratamientos no son más importantes que los factores comunes que afectan la adherencia terapéutica, sino que modifican su influencia. Las intervenciones de adherencia deben adaptarse a las necesidades del paciente para lograr una repercusión máxima.

c) Factores relacionados con el paciente: Los factores relacionados con el paciente representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza (autoeficacia) en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos de la enfermedad, y las expectativas con respecto al resultado del tratamiento y las consecuencias de la adherencia deficiente, interactúan de un modo todavía no plenamente comprendido para influir sobre el comportamiento de adherencia. Algunos de los factores

relacionados con el paciente que se ha comunicado influyen sobre la adherencia terapéutica son: el olvido; el estrés psicosocial; la angustia por los posibles efectos adversos; la baja motivación; el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; el no percibir la necesidad de tratamiento; la falta de efecto percibido del tratamiento; las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento; el entender mal y no aceptar la enfermedad; la incredulidad en el diagnóstico; la falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad; el entender mal las instrucciones de tratamiento; la falta de aceptación del monitoreo; las bajas expectativas de tratamiento; la asistencia baja a las entrevistas de seguimiento; la desesperanza y los sentimientos negativos; la frustración con el personal asistencial; el temor de la dependencia; la ansiedad sobre la complejidad del régimen medicamentoso y el sentirse estigmatizado por la enfermedad. La falta de cumplimiento va asociado a una mayor morbimortalidad, con aumento de costos directos e indirectos debidos a las hospitalizaciones y bajas laborales por complicaciones agudas, así como en lo personal, la enfermedad produce complicaciones que traen consigo sufrimiento, limitaciones físicas progresivas e incontrolables. En lo familiar, provoca crisis y problemas entre sus integrantes asociados a una disminución de la calidad de vida. En el momento actual el tema del cumplimiento de los tratamientos médicos tiene gran trascendencia y ello es debido a que una serie de conductas de riesgo y problemas de salud requieren necesariamente que la persona ponga en práctica las recomendaciones terapéuticas que se le han indicado, lo cual no siempre se realiza correctamente. Para que se produzca la adhesión al tratamiento es necesario:

Aceptación convenida del tratamiento, entre el paciente y su médico:
Relación de colaboración establecida entre médico y paciente, con vistas a elaborar la estrategia comportamental que garantiza el cumplimiento y la aceptación.

- d) Cumplimiento del tratamiento:** Medida en que la persona ejecuta todas las prescripciones médicas indicadas.

Participación activa en el cumplimiento: Grado de participación del paciente en la búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento.

Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento: La medida en que la persona participa en la ejecución de las acciones realizando los esfuerzos necesarios para garantizar el cumplimiento de las prescripciones.

Barreras comunes para la falta de adherencia terapéutica

Las barreras más comunes relacionadas con la falta de adherencia terapéutica en la diabetes son multidimensionales y comunes a la mayoría de tratamientos crónicos complejos entre los cuales se incluyen:

- Falta de acceso a los medicamentos y a la atención sanitaria.
- Complejidad en los tratamientos.
- Percepción de que no es necesario tomar la medicación cuando uno se encuentra bien.
- Empleo de sistemas invasivos y errores técnicos en la realización de la glucemia capilar y en la administración de la insulina.
- Conflictos familiares o personales.
- Falta de conocimientos o habilidades sobre el tratamiento.
- Falta de motivación.
- Falta de esquemas de tratamiento fáciles de entender.
- Tratamientos no individualizados a las necesidades de cada paciente.
- Dificultades cognitivas o de memoria.
- Comunicación deficiente con el equipo de salud.
- Intervenciones no pactadas.
- Falta de acceso a la atención cuando el paciente lo necesita.
- Poca coordinación entre pruebas, visitas de seguimiento y coordinación entre niveles asistenciales.

Diferencias de criterios entre los distintos profesionales de la salud

Los problemas de adherencia terapéutica se observan siempre que se requiere auto administrar el tratamiento, independientemente del tipo y la gravedad de la

enfermedad y de la accesibilidad a los recursos de salud. Puede parecer un tema sencillo, pero son muchos los factores que contribuyen a causar los problemas de adherencia. Aunque algunos de estos factores se relacionan con el paciente, también influyen notoriamente las características de la enfermedad y su tratamiento y los atributos del sistema de asistencia sanitaria y la prestación de servicios.

El incumplimiento de la indicación terapéutica es un fenómeno común, sobre todo en patologías crónicas, y en algunas oportunidades las razones que llevan a esta conducta son complejas y no completamente estudiadas. (1,2), Actualmente, el incumplimiento de la terapia farmacológica es la causa principal del fracaso de diversos tratamientos, incluyendo a la diabetes. Esta falta de adherencia terapéutica conlleva a costos altos para el sistema sanitario, problemas en la calidad de vida de los pacientes, y, sobre todo, favorece a que no se obtengan resultados clínicos positivos. (3).

Dimensiones de la adherencia al tratamiento de la diabetes

- a) Hábitos alimenticios:** Las personas con diabetes mellitus tipo II deben consumir alimentos saludables para evitar la hiperglucemia o hipoglucemia, y en consecuencia evitar complicaciones fatales que pueden llevar a ceguera, amputaciones y muerte. La dieta es la piedra angular del tratamiento de la diabetes tipo II. Por lo tanto, todo paciente con esta enfermedad debe evitar consumir alimentos dulces y salados, incluida la carne. Por otro lado, el consumo de bebidas alcohólicas aumenta el nivel de glucemia. Hidratos de Carbono: De la distribución de estos; El 66% debe absorberse lentamente; como verduras, cereales y legumbres. No informan aumentos repentinos de azúcar en sangre después de la ingestión. Los carbohidratos simples de rápida absorción (monosacáridos, disacáridos (dulces, postres dulces, etc.) y oligosacáridos) deben limitarse. (24)

Actualmente se tiene que varios alimentos tienen alto contenido glúcidos lo que causan que los niveles de azúcar en la sangre se eleven. Como sería el caso del pan blanco los carbohidratos los que eleva los niveles de

la glucemia, aun así, muchos elementos intervienen en la reacción del organismo a un alimento en particular; agregó la cantidad, tipo de grasas y fibra en la comida; la cantidad y el tipo de medicamentos utilizados; y el trabajo del tracto digestivo. (24)

Igualmente se menciona que la dieta del diabético, debe ser calculada en forma individual tomando en cuenta la edad, sexo, actividad física, hábitos alimentarios, tipo de medicamento utilizado para el control de la diabetes y las enfermedades concomitantes, entre otros. Sin embargo, el simple cálculo de la dieta no es suficiente; ésta debe ser meticulosamente explicada y acompañada de educación nutricional, para poder lograr que el paciente la acepte y la continúe en su casa. (22)

- b) Ejercicio físico:** el cual aumenta la sensibilidad a la insulina. Esto se notará al comenzar un entrenamiento regular con la necesidad de reducir ligeramente las dosis de insulina o aumentar la ingesta de carbohidratos antes, durante y / o después del ejercicio. Uno de los fenómenos más habituales es la aparición de hipoglucemias tras el ejercicio, que pueden aparecer hasta 12-24 horas después de finalizada la actividad. (24)

Se trata del mantenimiento del cuerpo con actividades que desarrollen la resistencia del cuerpo y que estén relacionados con los tratamientos médicos o un estilo de vida saludable, dentro de los cuales el aeróbico es el más beneficioso en el caso de las personas con diabetes tipo 2, que son susceptibles a la insulina y la ingesta de carbohidrato muscular y hepática, lo que se ve influenciando depende la frecuencia y dificultad del ejercicio, controlando los posibles riesgos. Asimismo, el ejercicio son una serie de movimientos estructurados que siguen un patrón específico con un gasto energético y trabajo muscular, teniendo como requisito ser de mínimo 10 minutos de duración, lo que podría ser una caminata, trotar, natación etc.

De forma general se recomienda que todo paciente tenga una rutina de actividad física, con un horario específico, y en un ambiente controlado donde la temperatura no sea muy alta o muy baja. Lo recomendable es que mínimo sean 30 minutos en una frecuencia de 3 a 4 veces por semana, lo cual está demostrado favorece los índices de la masa corporal, el

control de la glucemia, previene el riesgo coronario. Por otro lado, en el caso del ejercicio sus fuentes en los primeros 5 minutos es el glucógeno de los músculos, en los 10 minutos la fuente es el glucógeno del hígado, y a los 20 minutos lo toma de los ácidos grasos. (24)

- c) Control de salud:** Los chequeos o también llamados chequeos y exámenes pueden encontrar problemas antes de que sucedan. También pueden encontrar problemas temprano, cuando las posibilidades de cura son mayores. Los exámenes y exámenes que necesita dependerán de su edad, salud, antecedentes familiares y estilo de vida, como: qué es lo que come, qué tan activo es o si fuma. (25)

Asimismo, es un seguimiento que consiste en exámenes médicos periódicos, que pueden incluir un examen físico, análisis de sangre y pruebas por imágenes. El seguimiento se lleva a cabo después de que los resultados de las pruebas de detección sean positivos, por ejemplo, una prueba de Papanicolaou positiva. En los pacientes con cáncer, uno de los propósitos de la atención de seguimiento es averiguar si el cáncer ha regresado o se ha diseminado a otras partes del cuerpo. (26)

Por otro lado, en el caso de la diabetes tipo 2, el páncreas aun fabrica insulina, pero no hay una respuesta adecuada del organismo en el uso de este elemento. Donde se presenta problemas es cuando la persona presente sobrepeso, lo cual era un problema de los adultos, pero hoy en día hay niños y adolescentes que presentan sobrepeso además de diabetes. (27)

Es por ello que una de las formas de prevenir la diabetes tipo 2 es el control del peso, lo que se logra con una buena y balanceada alimentación y complementando con ejercicio físico. Pero también cabe mencionar que existen factores no modificables para la aparición de la diabetes tipo 2 como ser indio americano, africano, hispano/latino o asiático de las islas del Pacífico y pacientes con antecedentes familiares. (27)

CAPITULO III

PLAN DE INTERVENCION

3.1. JUSTIFICACIÓN

En el Centro de Salud Pampa Inalámbrica se presenta el 30% de pacientes diabéticos que no cumple el tratamiento terapéutico, esto debido a diversos factores, como el olvido de las indicaciones médicas a la ingesta de medicamentos, descuido del paciente, sensación de mejoría después de tomar algunos días el medicamento y los efectos adversos de los medicamentos.

El presente Plan de Intervención de Enfermería se va a realizar orientado hacia la Diabetes Mellitus tipo 2, considerado como una afección grave y crónica; y esta al no haber una adecuada adherencia al tratamiento, puede causar complicaciones cardiovasculares, neuropatías periféricas, nefropatías por lo tanto este plan permitirá un compromiso, responsabilidad del cuidado y mantenimiento de la salud a través de los programas educativos; asimismo contribuirá a mejorar la intervención de enfermería en la adherencia terapéutica y la calidad de atención en los pacientes diabéticos.

3.2 OBJETIVOS

3.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Implementar el Plan de Intervención de Enfermería en la adherencia terapéutica de las personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidas en el Centro de Salud Pampa Inalámbrica, Ilo-2022.

3.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Brindar información al usuario y familia sobre la Diabetes Mellitus.
2. Monitorear y hacer seguimiento a los pacientes diabéticos.
3. Concientizar a los pacientes diabéticos sobre la importancia del cumplimiento del tratamiento.
4. Brindar atención integral y diferenciada a los pacientes diabéticos.
5. Realizar el seguimiento de los pacientes diabéticos para una mejor calidad de atención.

3.3. META

Alcanzar coberturas del 70% en la adherencia terapéutica de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el Centro de Salud Pampa Inalámbrica.

3.4. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
<p>0E1: Brindar información al usuario y familia sobre la diabetes mellitus.</p> <p>- Planificación de la sesión educativa en Diabetes Mellitus.</p> <p>- Ejecución de Sesiones Educativas sobre prevención de la Diabetes, complicaciones, recomendaciones nutricionales, actividad física, vacunación.</p> <p>- Distribución de trípticos a los usuarios y familia con Diabetes Mellitus.</p>	<p>- Planificación realizada</p> <p>- Sesión Educativa realizada</p> <p>Distribución realizada</p>	<p>Sesión educativa programada</p> <p>N° de sesiones educativas</p> <p>- Entrega de material educativo</p>	<p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p>	<p>Enero 2022</p> <p>Mayo y Julio 2022</p> <p>Mayo y Julio 2022</p>	<p>- Lic. Mariela Sonco Cruz</p> <p>- Lic. Mariela Sonco Cruz</p> <p>- Usuarios</p> <p>Lic. Mariela Sonco Cruz</p>

<p>OE2: Monitorear y hacer seguimiento a los pacientes diabéticos</p> <p>- Realización de seguimiento a través de llamada telefónica para verificar adherencia al tratamiento.</p> <p>- Realización de llamada telefónica a pacientes diabéticos para hacerles recordar su cita y puedan acudir a recojo de sus medicamentos.</p> <p>- Realización de visitas domiciliarias a los pacientes diabéticos que no acuden a tratamiento e identificar factores de riesgo.</p>	<p>- Seguimiento realizado</p> <p>- Llamada telefónica realizada</p> <p>- Visita domiciliaria realizada</p>	<p>- N° de seguimiento realizado</p> <p>- N° de llamadas telefónicas</p> <p>N° de visitas domiciliarias</p>	<p>50%</p> <p>70%</p> <p>60%</p>	<p>Enero-Julio 2022</p> <p>Enero-Julio 2022</p> <p>Enero-Julio 2022</p>	<p>- Enfermera encargada de E.S. Daños no Transmisibles</p> <p>- Enfermera encargada</p> <p>- Téc. de Enfermería encargada</p> <p>- Enfermera encargada</p> <p>- Téc. de Enfermería encargada</p>
<p>OE3: Concientizar a los pacientes diabéticos</p>					

<p>sobre la importancia al cumplimiento del tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilización a pacientes hacia el cumplimiento de tratamiento para evitar complicaciones. - Evaluación de los efectos adversos al tratamiento farmacológico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes diabéticos sensibilizados - Evaluación realizada 	<ul style="list-style-type: none"> - N° de pacientes sensibilizados - Lista de chequeo 	<p>70%</p> <p>70%</p>	<p>Enero-Julio 2022</p> <p>Enero-Julio 2022</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermera encargada - Enfermera encargada
<p>OE4: Brindar atención integral y diferenciada a los pacientes diabéticos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración de funciones y signos vitales u otros signos de alarma del paciente diabético citado para recojo de tratamiento. - Control de glucosa al paciente diabético. 	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración realizada - Control de glucosa realizada 	<ul style="list-style-type: none"> - Registro de peso, talla, perímetro abdominal, FC, SPO2 - N° de dosaje de glucosa 	<p>70%</p> <p>70%</p>	<p>Enero-Julio 2022</p> <p>Enero-Julio 2022</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermera encargada - Téc. De Enfermería encargada - Enfermera encargada

<p>- Atención integral con el equipo multidisciplinario.</p> <p>- Atención diferenciada días martes y viernes para la atención a los pacientes previamente citados.</p>	<p>- Atención integral realizada</p> <p>- Atención diferenciada realizada</p>	<p>- N° de pacientes diabéticos con paquete de atención completo</p> <p>- N° de pacientes diabéticos atendidos</p>	<p>60%</p> <p>80%</p>	<p>Enero-Julio 2022</p> <p>Enero-Julio 2022</p>	<p>- Equipo multidisciplinario</p> <p>- Enfermera encargada</p> <p>- Téc. De Enfermería encargada</p>
<p>OE5: Realizar el seguimiento de los pacientes diabéticos para una mejor calidad de atención</p> <p>- Diseño de una hoja Excel que contenga información diversa y actualizada.</p> <p>- Digitación de información actualizada: números telefónicos, tratamiento, dirección, vacunas,</p>	<p>- Diseño en Excel realizado</p> <p>- Digitación realizada</p>	<p>- Padrón nominal de pacientes diabéticos</p> <p>- Padrón nominal de pacientes diabéticos actualizado</p>	<p>100%</p> <p>70%</p>	<p>Enero 2022</p> <p>Enero-Julio 2022</p>	<p>- Enfermera encargada</p> <p>- Enfermera encargada</p> <p>- Médico responsable de E.S. DNT</p>

resultado de glucosa, etc.					
----------------------------	--	--	--	--	--

3.4 RECURSOS:

3.5.1- MATERIALES

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION
01	Unidad	Glucómetro
01	Unidad	Balanza de pie
01	Unidad	Tallímetro
01	Unidad	Termómetro digital
01	Unidad	Tensiómetro digital
01	Unidad	Pulsioxímetro
01	Unidad	Bombona
01	Unidad	Cinta métrica
900	Unidad	Tiras Reactivas para glucómetro
900	Unidad	Lancetas
06	Paquetes x 500 gr	Algodón
09	Cajas x 50	Guantes descartables talla M
07	Litro x 70 %	Alcohol
05	Litro al 2%	Clorhexidina
05	Envase x 500 ml	Alcohol gel
01	Unidad	Riñonera
02	Paquetes x 100	Jeringas de 25X1
09	Block x 100	Ordenes de laboratorio
03	Paquete x 500 unidad	Papel bond 75 gr
01	Unidad	Engrapador
02	Unidad	Goma en barra
10	Unidad	Cartulina de color
10	Unidad	Papel lustre de color
07	Unidad	Plumones de colores
10	Unidad	Papelotes
04	Unidad	Lapiceros
01	Unidad	Calculadora
01	Unidad	Archivador
02	Unidad	Corrector
01	Unidad	Cuaderno grande
01	Unidad	Laptop
01	Unidad	Impresora
01	Unidad	Rotafolio de Diabetes
500	Unidad	Trípticos de Diabetes

3.5.2- HUMANOS

CANTIDAD	CARGOS/FUNCIONES/ ROL QUE DESEMPEÑAN
01	Responsable del Plan de Intervención de Enfermería Lic. En. Mariela Milagros Sonco Cruz
01	Gerente del Centro de Salud Pampa Inalámbrica Lic. Lorena García Dávila
01	Responsable de Estrategia de Daños no Transmisibles MC. Marcia Escobar Castillo
09	Enfermeras Asistenciales
09	Técnicos de Enfermería
01	Equipo Multidisciplinario: Médico, Enfermera, Psicólogo, Odontólogo, Obstetra, Nutricionista, Biólogo, Asistentas Social, Técnico de Farmacia, Técnico de Enfermería
160	Pacientes Diabéticos

3.6- EJECUCIÓN

OBJETIVOS	DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES	LOGROS
1 - Brindar información al usuario y familia sobre la Diabetes Mellitus.	<ul style="list-style-type: none"> - Se planificó la sesión educativa en Diabetes Mellitus. - Se ejecutaron las Sesiones Educativas sobre prevención de la Diabetes, complicaciones, recomendaciones nutricionales, actividad física, vacunación. - Se entregó trípticos a los usuarios y familia con diabetes mellitus. 	100% de pacientes informados

<p>2 - Monitorear y hacer seguimiento a los pacientes diabéticos</p>	<p>-Se realizó el seguimiento a través de llamada telefónica para verificar adherencia al tratamiento.</p> <p>- Se realizó llamada telefónica a pacientes diabéticos para hacerles recordar su cita y puedan acudir a recojo de sus medicamentos.</p> <p>- Se realizó visitas domiciliarias a los pacientes diabéticos que no acuden a tratamiento e identificar factores de riesgo.</p>	<p>Se logró el 60% del seguimiento de los pacientes diabéticos.</p>
<p>3 - Concientizar a los pacientes diabéticos sobre la importancia al cumplimiento del tratamiento.</p>	<p>- Se sensibilizó a pacientes diabéticos hacia el cumplimiento de tratamiento para evitar complicaciones.</p> <p>- Se evaluó en los pacientes diabéticos los efectos adversos al tratamiento farmacológico.</p>	<p>70% de pacientes sensibilizados.</p>
<p>4- Brindar atención integral y diferenciada a los pacientes diabéticos</p>	<p>. Se valoró funciones y signos vitales u otros signos de alarma del paciente diabético citado para recojo de tratamiento.</p>	<p>Se brindó el 70% de atención integral a los pacientes diabéticos</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Se controló la glucosa al paciente diabético. - Se realizó atención integral con el equipo multidisciplinario al paciente diabético. - Se realizó atención diferenciada los días martes y viernes para la atención a los pacientes previamente citados. 	
5 - Realizar el seguimiento de los pacientes diabéticos para una mejor calidad de atención	<ul style="list-style-type: none"> - Se diseñó una hoja Excel que contenga información diversa y actualizada. - Se digitó la información actualizada: números telefónicos, tratamiento, dirección, vacunas, resultado de glucosa, etc. 	Se logró el 70% de seguimiento de los pacientes diabéticos.

3.7- EVALUACIÓN

ACTIVIDADES	LOGROS
<ul style="list-style-type: none"> - Se planificó la sesión educativa en diabetes mellitus. - Se ejecutaron las sesiones educativas sobre prevención de la Diabetes, complicaciones, recomendaciones nutricionales, actividad física, vacunación. - Se entregó trípticos a los usuarios y familia con diabetes mellitus. 	100% de pacientes informados

<ul style="list-style-type: none"> -Se realizó el seguimiento a través de llamada telefónica para verificar adherencia al tratamiento. - Se realizó llamada telefónica a pacientes diabéticos para hacerles recordar su cita y puedan acudir a recojo de sus medicamentos. - Se realizó visitas domiciliarias a los pacientes diabéticos que no acuden a tratamiento e identificar factores de riesgo. 	<p>Se logró el 60% del seguimiento de los pacientes diabéticos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Se sensibilizó a pacientes diabéticos hacia el cumplimiento de tratamiento para evitar complicaciones. - Se evaluó en los pacientes diabéticos los efectos adversos al tratamiento farmacológico. 	<p>70% de pacientes sensibilizados.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Se valoró funciones y signos vitales u otros signos de alarma del paciente diabético citado para recojo de tratamiento. - Se controló la glucosa al paciente diabético. - Se realizó atención integral con el equipo multidisciplinario al paciente diabético. - Se realizó atención diferenciada los días martes y viernes para la atención a los pacientes previamente citados. 	<p>Se brindó el 70% de atención integral a los pacientes diabéticos</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Se diseñó una hoja Excel que contenga información diversa y actualizada - Se digitó la información actualizada: números telefónicos, tratamiento, dirección, vacunas, resultado de glucosa, etc. 	<p>Se logró el 70% de seguimiento de los pacientes diabéticos.</p>

CONCLUSIONES

1. Con el apoyo y la participación de los Profesionales de Enfermería se consiguió brindar información al 100% al usuario y familia sobre la Diabetes Mellitus.
2. Se logró la realización del seguimiento a los pacientes diabéticos en un 60% donde se identificó factores de riesgo.
3. Se cumplió en un 70% sensibilizar a los pacientes diabéticos sobre la importancia del cumplimiento del tratamiento, lo que permite prevenir las complicaciones.
4. Respecto a la atención integral a los pacientes diabéticos se alcanzó un 70% y de esta manera se brindó una atención de calidad, oportuna y diferenciada.
5. En relación al seguimiento de los pacientes diabéticos se logró un 70% de actualizar los datos en la hoja Excel o padrón y de esta manera mejorar la calidad de la atención.

RECOMENDACIONES

- A la Gerencia del Centro de Salud Pampa Inalámbrica:
Gestionar la contratación de Profesionales de Enfermería para mejorar la atención y seguimiento de los pacientes diabéticos.
- A la Jefatura del Servicio de Enfermería del Centro de Salud Pampa Inalámbrica:
Realizar capacitación continua en la Estrategia de Daños no Transmisibles.
- A los profesionales y técnicos de Enfermería:
 - a) Continuar con el apoyo y la participación permanente brindando información a los usuarios y familias de los pacientes diabéticos
 - b) Continuar realizando el seguimiento a los pacientes diabéticos.
 - c) Continuar con la sensibilización a los pacientes diabéticos para el cumplimiento del tratamiento.
- Al equipo multidisciplinario de salud:
Continuar con la atención integral de calidad oportuno y diferenciado de los pacientes diabéticos.

BIBLIOGRAFIA

1. OMS. Diabetes. Organización Mundial de la Salud [Internet] 2019 [Citado el 15 de mayo del 2021] disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=4475&layout=blog&Itemid=40610&lang=es&limitstart=15#:~:text=La%20diabetes%20de%20tipo%202,excesivo%20y%20a%20la%20inactividad%20f%C3%ADsica.
2. Rangel, Y. R. et al. Therapeutic Adherence in Patients with Diabetes Mellitus Type 2. 10 (2017).
3. ALAD. Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia Edición 2019. Asociación Latinoamericana de Diabetes. [Internet] 2019 [Citado el 15 de mayo del 2021] disponible en: https://revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad_2019.pdf
4. Mehta R. La diabetes va al alza en América Latina y el Caribe. América Economía Cluster Salud. [Internet] 2019 [Citado el 15 de mayo del 2021] disponible en: <https://clustersalud.americaeconomia.com/sectorpublico/la-diabetes-va-al-alza-en-america-latina-y-elcaribe#:~:text=La%20prevalencia%20de%20la%20diabetes,en%20el%20per%C3%ADodo%202020%2D2030.>
5. IDF Atlas 9th edition and other resources. <https://diabetesatlas.org/en/resources/>.
6. MINSA. Situación de la Vigilancia de Diabetes en el Perú, año 2019. Ministerio de salud [Internet] 2019 [Citado el 15 de mayo del 2021] disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2020/SE032020/04.pdf>
7. MINSA. Situación de la Diabetes según datos del Sistema de Vigilancia Perú 2021.

8. Ortega I. (2018). Factores vinculados a la adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo 2, de cuatro consultorios del Centro de Salud Baba. año 2018. Ecuador. Disponible de: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12200/1/T-UCSG-POSEGM-MFC-94.pdf>
9. Montenegro M, Cunalata D. (2017). Asociación entre adherencia terapéutica y el apoyo social y familiar en pacientes diabéticos que acuden al Centro de Salud Augusto Egas de agosto a diciembre del 2016. Ecuador. Disponible de: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12861/Tesis%20Cunalata%20Montengro.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Mejía M, Gil Y, Quintero O, D'Avila M. (2018). Intervención educativa en el apego al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Trujillo. Venezuela. Disponible de: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3755/375555047005/html/index.html>
11. Bello Escamilla, N. V., Montoya Cáceres, P. A., Bello Escamilla, N. V. & Montoya Cáceres, P. A. Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. Gerokomos 28, 73–77 (2017).
12. Consuegra D, Díaz M. (2017). Factores asociados con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta de medicina interna de un Hospital de II Nivel de Bogotá. Colombia. Disponible de: <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/18036/Consuegra%20CaballyDiana%20Carolina2017.pdf;jsessionid=CACFCE1247BD75487F9282F31B884B1C?sequence=1>
13. Carbajal W, Pajuelo L. (2018). Relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del centro de salud Pomalca. Perú. Disponible de: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/34536/carbajal_mw.pdf?sequence=1&isAllowed=y

14. Maqui L., & Lora M. Adherencia al Tratamiento de la Diabetes con la Funcionalidad Familiar según factores socio-económicos y culturales. Hospital I Albrecht, 2018. Univ. Cesar Vallejo (2019).
15. Sánchez S. (2017). Adherencia al tratamiento y calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017. Perú. Disponible de: http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/8800/Tesis_59159.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Martínez R, Paredes H. (2019). Adherencia terapéutica y calidad de vida de pacientes diabéticos de un Hospital Público. Chimbote, 2018. Perú. Disponible de: <http://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/3363/49100.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. Cusi M, Galán Y. (2019). Relación entre el nivel de conocimiento y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos tipo ii en “El Hospital Militar Central”, 2019. Perú. Disponible de: <http://191.98.185.106/bitstream/handle/UMA/247/13.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Román E. (2019). Condiciones asociadas a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital Central de la FAP en el 2018. Perú. Disponible de: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1837/EROMAN.pdf?sequence=1&fbclid=IwAR20kF52yOMgwbKUPj1D5wffz3IPHDNPxW0K40rMwOdU4LDTbFC-9hoBloQ>
19. Raile A. Marriner T. Modelos y Teoría de Enfermería. 7ma Ed. España: Elsevier; 2011.
20. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención. MINSA Lima- Perú 2016.
21. World Health Organization- International Diabetes Federation (2006). Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycaemia.

22. Machaca E. Adherencia al tratamiento en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo ii que acuden al programa de enfermedades crónicas no transmisibles del Centro de Salud "mi Perú" – Callao Perú, 2018. Disponible de: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/27945>
23. Iparraguirre M. Factores asociados con la adherencia al tratamiento en personas afectadas con tuberculosis en los establecimientos de Salud de la Microred el Porvenir Trujillo, 2015. (Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Enfermería). Universidad César Vallejo. Trujillo; 2016. Disponible de: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/771>.
24. Fundación para la diabetes Novo Nordisk. El ejercicio físico en personas con diabetes de 40-50 años. [Internet] [Citado 2020 26 de setiembre] Recuperado de: <https://www.fundaciondiabetes.org/general/articulo/163/el-ejercicio-fisicoen-personas-con-diabetes-de-40-50-anos>
25. Medline Plus. Controles médicos. Institutos Nacionales de la Salud Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. [Internet] Disponible de: <https://medlineplus.gov/spanish/healthcheckup.html>
26. Instituto Nacional del Cáncer. atención de seguimiento. [Internet] Disponible de: 67
<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/atencionde-seguimiento>
27. KidsHealth. El peso y la diabetes. The Nemours Foundation. [Internet] Disponible de: <https://kidshealth.org/es/teens/weight-diabetes-esp.html>

ANEXO N°05
Control de Glucosa



ANEXO N°06
Valoración de Funciones



ANEXO N°07

Sesiones Educativas sobre Prevención de Diabetes



ANEXO N°08
Distribución de Trípticos



ANEXO N°09
Visitas Domiciliarias



ANEXO N°10

Atención Integral de Equipo Multidisciplinario (Medicina)

