

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Enfermería.



TESIS

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN Y
COMPLICACIONES DE PACIENTES DIABETICOS.
CENTRO DE SALUD CASTILLA (ABRIL-JULIO) 2016**

AUTORA

MENDOZA LÓPEZ MILAGROS.

PIURA – PERÚ

2017

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN Y
COMPLICACIONES DE PACIENTES DIABÉTICOS.
CENTRO DE SALUD CASTILLA (ABRIL-JULIO)-2016**

CONTENIDO

PORTADA.....	i
INDICE DE TABLA.....	iv
INDICE DE GRÁFICOS	iv
1. TÍTULO	v
2. PALABRAS CLAVE	v
3. RESUMEN	vi
4. ABSTRACT	vii
5. INTRODUCCIÓN	1
5.1. Antecedentes y fundamentación científica.....	1
5.2. Justificación.....	6
5.3. Problema	7
5.4. Marco Referencial.....	9
5.4.1. Diabetes	9
5.4.2. Operacionalización de la variable	31
5.5. Hipótesis.....	32
5.6. Objetivos	32
6. METODOLOGÍA DEL TRABAJO	32
6.1. Tipo y diseño de investigación.....	32
6.1.1. Tipo de investigación:	32
6.1.2. Diseño de investigación:.....	33
6.2. Población y muestra	33
6.3. Técnicas, instrumentos y fuentes de investigación	34
6.4. Procedimiento y análisis de la información.	35
6.5. Consideraciones éticas	35
7. RESULTADOS	36
8. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	42
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	45
9.1. Conclusiones:	45
9.2. Recomendaciones:.....	46
10. AGRADECIMIENTOS	47
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
12. ANEXOS.....	50

INDICE DE TABLA

Tabla 1 Edad.....	36
Tabla 2 Género	37
Tabla 3 Grado de instrucción	38
Tabla 4 Ocupación.....	39
Tabla 5 Nivel de Conocimiento de pacientes con diabetes	40
Tabla 6 Nivel de prevención en paciente con diabetes	41

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfica 1 Edad.....	37
Gráfica 2 Género	38
Gráfica 3 Grado de instrucción	39
Gráfica 4 Ocupación.....	40
Gráfica 5 Nivel d conocimiento en la prevención de pacientes con diabetes ..	41
Gráfica 6 Nivel de Prevención	42

1. TÍTULO

Nivel de conocimiento sobre prevención y complicaciones de pacientes diabéticos del Centro de Salud Castilla (abril-julio) 2016

2. PALABRAS CLAVE

Conocimiento, diabetes y prevención.

Línea de Investigación

Según Código de UNESCO

Facultad de Ciencias de la Salud

0202 0003 Salud Pública.

3. RESUMEN

El presente trabajo de investigación, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en pacientes diabéticos, corresponde a un estudio cuantitativo de tipo descriptivo; de método descriptivo, transversal y prospectivo, en vista que permitió presentar la información tal y como se obtuvo en un tiempo y espacio determinado, la muestra estuvo constituida por 19 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión., y que respondieron a la encuesta del: nivel de conocimiento sobre prevención en pacientes diabéticos, los resultados del nivel de conocimiento sobre prevención de diabetes: del 100%; el 63.16%, son pacientes que tiene un nivel de conocimiento alto, el 26.32%, son pacientes de nivel de conocimiento medio y el 10.53%, son pacientes cuyo nivel de conocimiento es bajo. En el nivel de prevención se tiene del 100%; el 27.89%, representa a 11 pacientes que tiene un nivel de prevención alto, el 26.32%, 05 son pacientes su nivel de prevención es medio y el 15.79%, 03 son pacientes cuyo nivel de conocimiento es bajo. Se concluye el nivel de conocimiento sobre prevención de la diabetes se presenta en un nivel de aceptación alta.

Palabras Clave: Conocimiento, diabetes y prevención.

4. ABSTRACT

The present study entitled: Knowledge and practices on measures to prevent acute respiratory infections in mothers of children under age; Aims to determine the level of knowledge and practices on prevention measures of five years acute respiratory infections (ARI) in mothers under the age of five. I-3 Montero Health Center, the research design is descriptive, simple cross-sectional; The population was made up of 150 mothers and the sample by 125 mothers of children under 5 years who went to the offices of Growth and Development and Immunizations, for the purpose of data collection was used the technique of the survey and a validated questionnaire was applied By experts and adapted by the researcher for the present study; Composed of 17 statements to measure the level of knowledge and 13 statements for the practices performed; Was applied to each of the mothers who agreed to participate, lasted 20 minutes, the information was processed in an automated way with the support of the statistical package SPSS (version 20); We accept the hypothesis raised through the Chi square test with $E \Rightarrow 0.05$ and $P = 95\%$, the results show that 60.80% of the mothers surveyed are under 30 years, 75.20% do not work outside the home, And 36.80% have primary education. 62.44% of mothers surveyed know about acute respiratory infections and 49.16% are doing good practices, the study concludes in the present study on the level of knowledge of mothers about

Keywords Knowledge, acute respiratory infection and preventive measure

5. INTRODUCCIÓN

5.1. Antecedentes y fundamentación científica

a) Antecedentes internacionales

En el ámbito internacional se encontró los siguientes estudios:

Baca, B., Bastidas, M., Aguilar, M., De La Cruz M., Gonzáles Delgado, S., Flores, P. (2008) investigaron la tesis “Nivel de conocimientos del diabético sobre su autocuidado” México. El objetivo fue identificar el nivel de conocimiento que el usuario diabético tiene sobre su autocuidado. Material y métodos, realizó una encuesta descriptiva a 94 diabéticos hospitalizados en los servicios de medicina interna y cirugía del Hospital General Regional No. 1 de Culiacán Sinaloa. Se incluyeron diabéticos de 20 y más años de edad, con más de 72 horas de hospitalización en el servicio. Utilizó un cuestionario que contempló aspectos sociodemográficos como son edad, sexo, escolaridad, nivel de conocimiento del usuario diabético sobre su autocuidado, contemplando aspectos como ejercicio, alimentación, cuidado de los pies y tratamiento farmacológico. Resultado: De la población estudiada se encontró que el 56% son del sexo masculino, con un promedio de 60 años de edad con una desviación estándar de + - 12.36. Nivel de conocimiento del diabético sobre su auto cuidado fue insuficiente en un 79 %. Conclusiones: Los usuarios diabéticos tienen conocimientos insuficientes sobre su autocuidado. Los aspectos sobre los que más conoce son el ejercicio y la alimentación, no así el cuidado de sus pies y lo relacionado al tratamiento farmacológico.

Laura (2009). “Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitos tipo II” en clínica –hospital “Dr Francisco Podron Poyou del IMSS en San Luis de Potosí. realizó un estudio expo facto transversal en el cual su objetivo fue identificar y tipificar las posibles peculiaridades funcionales de la enfermedad , el hizo uso del cuestionario y los sujetos que participaron fueron 100 pacientes que

acudieron a consulta externa de la ,diagnosticados con sus médicos tratantes .tuvo como resultados que el 43% de la muestra curso algún grado de deterioro en su calidad de vida en las áreas evaluadas ,Sobresalen en las áreas de interacción con el equipo de salud , la disfunción sexual , los aspectos emocionales y físicos , tienen mayor riesgo para deterioro aquellos pacientes con más de 05 años de evolución de la DMTII, nivel educativo bajo y edad mayor a 50 años . Concluye que el grado de deterioro de calidad de vida en este tipo de pacientes es progresivo y está asociado a la evolución degenerativa de los órganos

Meneses (2014). “Nivel de conocimientos que tienen los pacientes diabéticos sobre diabetes mellitus tipo2” realizado en unidad de medicina sobre diabetes mellitus tipo 2 en pacientes diabéticos. De diseño metodológico: Descriptivo, aplicativo, transversal, el familiar No. 61 de Córdoba Veracruz, cuyo objetivo fue determinar el grado de conocimientos instrumento se aplicado fue a través del cuestionario que exploró sobre conocimientos teóricos de la Diabetes Mellitus tipo 2.En base a los resultados se debe reflexionar la forma de calificación del instrumento en futuros estudios. Concluye: el nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 en los 150 sujetos del estudio es bajo; solamente 3 pacientes representan el 2% obtuvieron un nivel aceptable de conocimientos

Haya (2012) “Calidad de Vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II” que asisten al Programa Diabetes Mellitus Hospital Es Salud II – Tarapoto.-la libertad. Junio – Agosto 2012. Su Objetivo fue Determinar la Calidad de Vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II. El diseño metodológico elegido fue: Descriptivo, cuantitativo, transversal En el cual el Instrumento usado fue el cuestionario TEST de Calidad de Vida en Diabetes. Obtuvo como resultado que la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II que asisten al Programa Diabetes Mellitus Hospital “Es Salud” es de Regular a Alta. Y Concluye que La edad promedio de los pacientes con diabetes Mellitus tipo II que

acuden al programa es de 59 años, con grado de instrucción superior, predominio del sexo femenino, estado marital con pareja.

Cabrera, Motta, Rodríguez, Cynthia, Carranza (2009) “Nivel de conocimiento sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del Policlínico Chincha – EsSalud”. Ica. Perú. El Objetivo fue determinar el nivel de conocimientos sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas, en usuarios del Policlínico Chincha – EsSalud. Resultados: se encontró que del total de pacientes que asistían al programa de diabetes, el 54,7% presentó conocimiento medio, el 30,0 % conocimiento bajo y 15,3 % conocimiento alto; con respecto al autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas. Conclusiones: se evidenció que los pacientes del programa de diabetes presentaron un nivel de conocimiento medio sobre el autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas.

Silva, (2012). Realizo un estudio titulado “nivel de conocimiento en pacientes diabéticos, En el hospital Santa Rosa Piura. Cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre prevención de complicaciones en pacientes diabéticos

Fundamentación científica

En la “Teoría general de la enfermería”. DOROTHEA OREM

La Teoría General de la Enfermería de Dorotea Orem, está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: *Teoría del Autocuidado*, *Teoría del Déficit de Autocuidado* y *Teoría de los Sistemas de Enfermería*.

Define la salud como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales.

Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones

Enfermería es sinónimo de cuidado. El objetivo de la disciplina, es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico”.

La intuición espontánea de Orem la condujo a su formalización inicial y subsecuente expresión inductiva de un concepto general de Enfermería. Aquella generalización se hizo posible después de razonamientos deductivos sobre la enfermería.

La Teoría de Orem, presenta los siguientes pasos:

- (1). Examinar los factores, los problemas de salud y los déficit de autocuidado.
- (2). Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente.
- (3). Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
- (4). Diseñar y la planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud.
- (5). Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador, contando con la participación del cliente.

Las actividades de autocuidado se aprenden conforme el individuo madura y son

- (1) Afectados por creencias, culturales hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. Edad, etapa del desarrollo, y estado de salud, pueden afectar la capacidad del individuo para realizar actividades de autocuidado; por ejemplo un padre o un tutor debe brindar continuamente atención terapéutica al niño.

Para Orem, existen tres categorías de requisitos de cuidados de enfermería y son:

- a) Universales, los que precisan todos los individuos para preservar su funcionamiento integral como persona humana.

- b) *De cuidados personales del Desarrollo*, surgen como resultado de los procesos del desarrollo, Ej. el embarazo y la menopausia, o de estados que afectan el desarrollo humano Ej. La pérdida de un ser querido o del trabajo.
- c) *De cuidados personales de los trastornos de salud* Ej. Los que se derivan de traumatismos, incapacidad, diagnóstico y tratamiento médico e implican la necesidad de introducir cambios en el estilo de vida, hábitos. Con este modelo el cuidado es intencionado, tiene objetivos específicos, los inicia y orienta la propia persona; es eficaz y fomenta la independencia.

Para la implementación de las actividades desarrollo tres sistemas de Compensación:

- i) *Total*, requiere de que se actúe en lugar de él.
- ii) *Parcial*, solo requiere ayuda en actividades terapéuticas.
- iii) *De Apoyo educativo*, cuando el paciente puede aprender la forma de hacer su cuidado bajo ciertas instrucciones pero requiere ayuda emocional.

También en la TEORIA DE NOLA PENDER

El estudio de investigación se basa en la teoría de Nola Pender J. quien fue Licenciada en Enfermería de la Universidad de Michigan (Estados Unidos de América) es reconocida en la profesión por su aporte con el Modelo de Promoción de la Salud. Planteó que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas. Esto se constituyó como una novedad, pues identificó los factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad.

Además, identificó que los factores cognitivos perceptuales de los individuos, son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, lo que da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud cuando existe una pauta para la acción.

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

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.

“hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro

5.2. Justificación

La investigación se justifica:

Desde el punto de vista teórico: Porque esta investigación generará reflexión sobre las teorías, modelos del conocimiento prevención de la diabetes, sirve de base para esta investigación y similares en razón que enriquece el marco teórico o el cuerpo de conocimientos sobre esta temática.

Desde el punto de vista práctico: Porque se describirá la variable de estudio y en función de ello se tomara decisiones de prevención de diabetes al respecto. Es decir la aplicación del conocimiento permite la prevención de la diabetes, por consiguiente las actividades preventivas contribuyen directamente al cuidado de la salud infantil.

Desde el punto de vista metodológico: Porque se utilizó procedimientos metodológicos a través de la aplicación de instrumentos para la recopilación de los datos que permite información para disminuir índices de morbilidad.

Importante porque los resultados de la investigación permiten conocer los conocimientos y las estrategias preventivas que las madres aplican ante las infecciones respiratorias agudas y desde luego mejora el impacto de la atención de la salud en los niños menores de cinco años de edad. Además se tiene la relevancia social

5.3. Problema

La Diabetes Mellitus es una enfermedad sistémica, crónica y degenerativa. Responsable de un 90-95% de víctimas en el mundo en la cual la característica principal es la hiperglucemia, teniendo como complicaciones: retinopatía, insuficiencia renal, pie diabético, etc. todas ellas con un alto componente discapacitante que reduce la calidad y expectativa de vida de quien la padece.

Las personas con Diabetes Mellitus necesitan revisar y actualizar su conocimiento, ya que constantemente se están desarrollando nuevas investigaciones y mejores maneras de tratar la enfermedad. El paciente con diabetes tiene que realizar un laborioso autocuidado, que va desde el conocimiento de la enfermedad, hasta la prevención que incluye el cuidado de los pies, la higiene y el ejercicio físico. Está claro que el tratamiento de la Diabetes está en manos del propio paciente. Los profesionales en salud son educadores y colaboradores de los pacientes con diabetes, pero el éxito en la prevención de complicaciones como el pie diabético depende fundamentalmente de los mismos pacientes.

La enfermera dentro de su acción preventiva promocional cumple un rol muy importante ya que educa y realiza una serie de acciones que favorecen el autocuidado del paciente, para así mejorar su calidad de vida.

La enfermera y escritora Joyce Travelbee, planteó que el enfermero también es un ser humano. Este posee un bagaje de conocimiento especializado y la capacidad para aplicarlos con el propósito de ayudar a otros seres humanos a prevenir la enfermedad, recuperar la salud, encontrar un sentido a la enfermedad o mantener el máximo nivel posible de salud. La Enfermería es un proceso interpersonal que ocurre entre la enfermera y un individuo o un grupo de individuos.

La enfermería constituye un pilar básico en la educación a pacientes con diabetes en la prevención de sus complicaciones. La educación del paciente diabético es uno de los aspectos más importantes del tratamiento. Es un proceso continuo que comienza en el momento del diagnóstico y continúa durante toda la vida, estando implicadas la atención primaria y la especializada.

La educación en diabetes es la base del tratamiento y pretende conseguir la implicación del paciente para su autocuidado.

En Piura así como en Castilla y de manera específica el Centro de Salud de Castilla, presenta a pacientes que tiene la enfermedad de la diabetes y las complicaciones que sufren están haciendo de estas personas presas de esta terrible enfermedad, tan solo por no conocer cómo prevenir esta enfermedad. Ante esta problemática se plantea la siguiente pregunta de investigación,

Para el presente estudio se formuló el siguiente problema:

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre prevención de complicaciones en pacientes diabéticos en el Centro de Salud de Castilla - Piura. Abril –Setiembre 2016

5.4. Marco Referencial

El presente estudio de investigación se fundamenta en las siguientes bases conceptuales:

a) Definición conceptual

5.4.1. Diabetes

Diabetes es un problema de salud a nivel mundial, que año tras año va en aumento, cobrando vidas de muchos pacientes que por desconocimiento no son capaces de prevenir las numerosas complicaciones que acarrea este terrible mal.

La diabetes, es una enfermedad que se caracteriza porque el cuerpo es incapaz de usar y almacenar apropiadamente la glucosa, lo que provoca su permanencia en sangre en cantidades superiores a las normales. Esta circunstancia altera, en su conjunto, el metabolismo de los hidratos de carbono, los lípidos y las proteínas.

“la diabetes es una enfermedad producida por una alteración del metabolismo de los carbohidratos en la que aparece una cantidad excesiva de azúcar en la sangre y a veces en la orina”

El comité de expertos de la OMS, define a la diabetes mellitus como “un estado de hiperglucemia crónica, pudiendo ser consecuencia de factores y ambientales que a menudo actúan conjuntamente”. Es un síndrome metabólico donde además de los hidratos de carbono se alteran los lípidos, proteínas y equilibrio ácido-base.

Cortes, A. (1999) señala que La diabetes es un síndrome crónico producido por una deficiencia absoluta o relativa de insulina o por una insensibilidad de los tejidos periféricos a la acción insulínica, lo cual trae como consecuencia una hiperglicemia persistente. Esta alteración en el metabolismo glucídico, se acompaña

de alteraciones en el metabolismo lípido y proteico que a la larga van a conducir a lesiones vasculares, afectando a los grandes y pequeños vasos. ⁽¹⁰⁾

Así, se encuentra que Cervera, P. (1999), la define como: "00.- un déficit absoluto o relativo de secreción de insulina sintetizada por las células beta de los islotes de Langerhans del Páncreas, constituye un punto clave en la aparición de la Diabetes".

La diabetes es considerada una enfermedad crónica con una base constitucional hereditaria, que posee una serie de manifestaciones clínicas, relacionadas con el trastorno del aumento de la concentración de azúcar en la sangre, dichas manifestaciones son diferentes según el tipo de diabetes, cada una dará en mayor o menor grado manifestaciones de predominio vascular o nervioso, según su evolución, duración e iniciación de la enfermedad y el tratamiento en el curso de la misma; la glucosa alta en la sangre produce una toxicidad que afecta las paredes de la células adhiriéndose a sus proteínas, causando el daño.

Los pacientes diabéticos deben mantener un control riguroso de la glicemia, para evitar las consecuencias del aumento de los ácidos grasos que lo predisponen a las lesiones de los pequeños y grandes vasos sanguíneos o la degeneración del tejido nervioso, produciéndose pérdida de la sensibilidad. El punto más importante en el manejo del paciente diabético es mantener los niveles de glicemia en un rango lo suficientemente bajo, lo más cercano a lo normal para evitar complicaciones.

5.4.1.1. Tipos de Diabetes

En la diabetes tipo 1 o insulino dependiente (DM1D) la secreción de insulina es nula, el comienzo de la enfermedad es brusco y se manifiesta en personas menores de 30 años. Como la insulina está totalmente ausente, ahí la necesidad de suministrarla, para que la glucosa no se quede en la sangre y pase a las células,

haciendo que el organismo disponga de la energía necesaria para efectuar las actividades diarias.

En la diabetes tipo 2 o no dependiente (DMNID) la cantidad de insulina producida por el páncreas es insuficiente y el organismo no sabe utilizarla de manera apropiada, por lo que los tejidos no responden adecuadamente, la misma se manifiesta después de los 35 o 40 años y en personas de excesivo peso.

5.4.1.2. Complicaciones de la diabetes:

La diabetes mellitus tipo II es la forma más común de diabetes mellitus, sus complicaciones afectan principalmente al aparato vascular y original cifras excesivas de artropatía coronaria, nefropatía e insuficiencia renal, retinopatía ceguera enfermedad vascular periférica neuropatía y amputaciones, estas complicaciones originan gran parte de la mortalidad

Según OMS todos los años mueren en el mundo 3,2 millones de personas con complicaciones directamente relaciones con la diabetes. Como la retinopatía, la neuropatía, la nefropatía diabética

5.4.1.3. Características generales

La DMTII suele ser asintomática lo que determina que muchos casos pasen inadvertidos y sin diagnóstico

El ejercicio aumenta las concentraciones de lipoproteínas de alta densidad con lo que disminuye las concentraciones de colesterol y triglicéridos y el riesgo de trastorno cardiovascular

Los pacientes con DMTII presenta resistencia a la insulina, la insulina que produce el páncreas no es reconocida por las células para permitir que la glucosa entre para producir energía y da lugar a la hiperglucemia, para compensar el

páncreas produce más insulina las células sienten este torrente de insulina y se tornan más resistentes lo que ocasiona un círculo vicioso de valores altos de glucosa e insulina

Esta enfermedad crónica se caracteriza por presentar dos glicemias en ayunas mayor o igual a 120 mg/dl; glicemias al azar o dos horas post carga de glucosa mayor o igual a 200 mg/dl . Entre sus Los valores normales de glicemia plasmática en ayunas varían de 70 -110 mg/dl

Signos y síntomas

Transpiración, sudoración fría, sensación de fatiga, temblor, irritabilidad, hambre, hormigueo o ardor en brazos y piernas, piel caliente y seca,-hambre,-aumento de la sed, aumento de la micción, visión borrosa, dolor o entumecimiento de pies o manos

Niveles de glicemia

En ayunas: Se diagnostica si el resultado es mayor a 110 mg/dl

Examen de hemoglobina alc:

Normal=menor a 5,7%

Pre diabético=5,7-6,4%

Diabético=6,5% o superior

El paciente debe ir al médico cada tres meses para ser evaluado

-presión arterial

-índice de masa corporal

-piel huesos de pies y manos

-examen de fondo de ojo

Medidas terapéuticas

El tratamiento de la DM se ha dirigido básicamente al control de los niveles de la glucosa sanguínea, con el propósito de prevenir o retrasar las alteraciones micro y macro vasculares de la enfermedad

Hipoglucemiantes orales

Estos medicamentos están indicados en los pacientes con DMNID que no logran controlarse adecuadamente con un tratamiento dietético. Existen varios grupos de drogas hipoglucemiantes, como las sulfonilureas, Otros agentes orales son las biguanidas: el metformín, el butformín

Hipoglucemiantes inyectable: insulina

Habitualmente se utilizan entre 0.5 y 1.2 U por kilogramo de peso y por día. Por lo general se inicia con dosis bajas, 10 a 15 U diarias, y se incrementan a razón de 2 a 3 unidades cada día o cada 2-3 días según la respuesta en la glucemia. Una vez que se descubre la dosis que una persona requiere ya no resulta tan necesaria una vigilancia muy frecuente, siempre y cuando las condiciones permanezcan estables.

Vía de administración

-VIM-tercio medio musculo deltoides

-omblogo _peri umbilical

Control de glucemia

El glucómetro tradicional viene con tiras reactivas, pequeñas agujas llamadas lancetas y un diario para registrar los números. Existen muchas clases diferentes de estos glucómetros, pero esencialmente todos funcionan de la misma manera.

Uno se punza el dedo con la lanceta y coloca una gota de sangre sobre una tira especial, la cual utiliza una sustancia química para determinar la cantidad de glucosa en la sangre. (Los monitores más nuevos pueden utilizar sangre de otras áreas del cuerpo aparte de los dedos, reduciendo así la molestia). El glucómetro muestra los resultados de la glucemia en números en una pantalla digital.

La verificación regular del nivel de glucemia es una de las medidas más importantes que se puede tomar para manejar la enfermedad. Esto le proporciona al médico información importante con respecto al control de la glucemia.

Cuando uno le hace un seguimiento a su glucemia:

Empezará a ver patrones que lo ayudarán a planear comidas, actividades y el horario para tomar los medicamentos

Conocerá cómo ciertos alimentos afectan sus niveles de glucemia

Verá cómo el ejercicio puede mejorar sus números

Estilos de vida saludable:

Se ha demostrado que medidas simples relacionadas con el estilo de vida son eficaces para prevenir la diabetes de tipo 2 o retrasar su aparición. Para ayudar a prevenir la diabetes de tipo 2 y sus complicaciones se debe:

Plan de alimentación nutricional.

Consumir una dieta saludable que contenga entre tres y cinco raciones diarias de frutas y hortalizas y una cantidad reducida de azúcar y grasas saturadas.

Dieta normo calórica entre 25 y 40 Kcal. /Kg./día peso ideal, considerando la actividad física.

Fraccionar en no menos de cuatro comidas

Sustituir parcialmente las harinas por verduras.

Restringir las grasas, sugerir el consumo de pescado, pollo sin piel, pavo y carne roja magra.

Los aceites vegetales se limitaran a dos cucharadas diarias (30 ml); de preferencia se usaran los aceites con mayor contenido de grasa Mono insaturadas (aceite de oliva, girasol).

Consumir una dieta saludable que contenga entre tres y cinco raciones diarias de frutas y hortalizas y una cantidad reducida de azúcar y grasas saturadas.

Evitar el consumo de tabaco, puesto que aumenta el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares.

Pacientes con peso normal (Índice de masa corporal 20-25Kg./m²)

Alcanzar y mantener un peso corporal saludable.

Ejercicio físico del paciente diabético

Mantenerse activo físicamente: al menos 30 minutos de actividad regular de intensidad moderada la mayoría de los días de la semana; para controlar el peso puede ser necesaria una actividad más intensa.

El ejercicio es importante para el tratamiento de la diabetes debido a que disminuye los niveles de glucosa en sangre, así como los factores de riesgo cardiovascular.

El ejercicio logra disminuir la glucemia al aumentar la captación de glucosa por los músculos y mejora la utilización de la insulina; favoreciendo la circulación sanguínea y el tono muscular.

Estos aspectos son de vital importancia para el tratamiento de la diabetes para bajar de peso, reducir el estrés y mantener una sensación de bienestar general.

El ejercicio también aumenta las concentraciones de lipoproteínas de alta densidad, con lo que reduce las de colesterol y triglicéridos, lo cual es de particular importancia en diabéticos porque corren un riesgo mayor de trastornos cardiovasculares se recomienda una actividad física regular, mínima tres veces por semana. Debe ser aeróbico (caminar, trotar, nadar, ciclismo, etc.), de intensidad moderada y de duración igual o mayor de 30 minutos.

Los pacientes en insulino terapia, por el riesgo de hipoglicemia, por ejercicio intenso deben consumir una ración adicional rica en carbohidratos complejos antes de iniciar el ejercicio y un reajuste de las dosis de insulina.

Está contraindicado el ejercicio en pacientes descompensados, ya que el ejercicio empeora el estado metabólico

Consumo de alcohol

El alcohol se absorbe y metaboliza en el hígado. Allí, entorpece la capacidad que tiene este órgano para transformar el glucógeno en glucosa lista para usar. La imposibilidad de pasar de glucógeno a glucosa provoca un descenso rápido de la glucemia. Así pues, el principal riesgo de la ingesta de alcohol en una persona con diabetes es sufrir una hipoglucemia. Si además, la persona hace ejercicio, como bailar, el riesgo aumenta.

Autocontrol de los pies

La diabetes puede causar daño a los nervios y los vasos sanguíneos de los pies. Este daño puede causar entumecimiento y reducir la sensibilidad de los pies. Lávese los pies todos los días con agua tibia y jabón suave, Los jabones fuertes pueden dañar la piel, remójese los pies en agua tibia para ablandar la uña antes de recortarla., corte la uña en forma recta, debido a que las uñas curvas tienen mayor probabilidad de resultar encarnadas.

Uso de zapato:

Que sea cerrado, Se deberá adaptar bien al pie La punta del zapato no debe ser estrecha, que no resbale, confeccionado en piel y que sea flexible, sujeten el pie, que lleven un tacón de 2 o3 centímetros, Tener varios pares de zapatos y cambiarse frecuentemente

Programa nacional de prevención y control de la diabetes

Es el conjunto de procesos y acciones orientadas a la prevención y control de los factores de riesgo, la detección precoz y atención integral de las personas con Diabetes o en riesgo de Diabetes con su participación activa así como de la familia y comunidad, para reducir el impacto individual, social y económico de esta enfermedad en el país.

5.4.1.4.Prevencción

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

i) Prevencción de complicación diabética

Conjunto de medidas que se toman para evitar que la diabetes provoque daños en órganos como riñón, corazón, nervios, ojos y los pies.

ii) Tipos de complicaciones de la diabetes

HIPOGLUCEMIA: se presenta cuando los niveles de glucosa en sangre son menores de 50 a 60 mg/100ml. Puede ser causada por demasiada insulina o agentes hipoglucemiantes orales, falta de alimento o actividad física exagerada. La hipoglucemia llega a presentarse en cualquier momento del día o la noche, por lo regular antes de los alimentos, en especial si éstos se retrasan.

Las manifestaciones clínicas de hipoglucemia se agrupan en dos categorías, síntomas adrenérgicos y síntomas de sistema nervioso central .En la hipoglucemia leve se presenta diaforesis, temblores, taquicardia, palpitaciones, nerviosismo y hambre. En la hipoglicemia moderada, la disminución de la glucemia impide que las células cerebrales reciban las sustancias indispensables para su funcionamiento. Los signos de disfunción del sistema nervioso central incluyen incapacidad para concentrarse, cefalea, mareos, confusión, lagunas mentales, entumecimiento de los labios y la lengua, habla balbuceante, coordinación deficiente, cambios emocionales, conducta irracional o combativa, visión doble y somnolencia. En la hipoglucemia grave, los síntomas son Desorientación, convulsiones, dificultad para despertarse o pérdida de la conciencia

Retinopatía diabética.

Es una causa importante de ceguera, y es la consecuencia del daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina que se va acumulando a lo largo del tiempo.

Aspectos fisiopatológicos:

- formación de micro aneurismas
- Permeabilidad vascular excesiva
- oclusión vascular
- proliferación de nuevos vasos y tejido fibroso en la retina

Insuficiencia renal. Una fase inicial de anomalías de la función renal, es microalbuminuria y proteinuria. Interviene en el incremento de la filtración glomerular

La diabetes también puede dañar los vasos sanguíneos en los riñones, provocando que las proteínas se pierdan en la orina y la sangre no se filtre normalmente. Una vez afectado el riñón, este no logra llevar a cabo su función en el cuerpo y se acumulan los desechos en la sangre alterándose a su vez el equilibrio de la cantidad de líquido en el cuerpo.

Enfermedades cardiovasculares.-son la mayor causa de muerte entre las personas con diabetes. Entre las mayores complicaciones cardiovasculares en personas con esta condición podemos mencionar; la enfermedad coronaria, enfermedades cerebro vasculares así como las enfermedades vasculares periferales.

Amputaciones y problema de los pies: En muchas ocasiones por causas de daños a los nervios periferales y a las arterias, causados por la diabetes, se reducen úlceras en los pies, infecciones y heridas que no cicatrizan lo que puede causar la necesidad de amputar la extremidad afectada.

Neuropatía (daño a los nervios): El daño al sistema nervioso dificulta la tarea de los nervios para transmitir mensajes al cerebro y otras partes del cuerpo. Si se dañan los nervios de las manos, piernas y los pies (poli neuropatía), puede aparecer una sensación extraña de hormigueo o dolor ardiente, así como debilidad

en los brazos y piernas. Combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementan el riesgo de úlceras de los pies y, en última instancia, amputación.

Poli neuropatía sensitivo motora simétrica distal, que es la forma de presentación más frecuente en el paciente diabético. De comienzo insidioso, afecta fundamentalmente a extremidades inferiores, provocando síntomas sensoriales como hormigueos, hiperestesia, quemazón y dolor, o bien motores, como espasmos, fasciculaciones y calambres, u otros, como acorchamiento e insensibilidad térmica o dolorosa

Pie Diabético: Por múltiples razones, los pacientes diabéticos tienden a padecer problemas de los pies. Las principales causas precipitantes de estos problemas son las afecciones micro y macro vasculares, que causan isquemia y retraso en la cicatrización. El principal problema con la neuropatía es la ausencia de sensibilidad, que produce falta de conciencia del dolor, y que contribuye a la aparición de lesiones múltiples en el pie. Las alteraciones de los nervios motores dan lugar a debilidad periférica, atrofia muscular y pie péndulo, con disminución de los reflejos.

Las manifestaciones clínicas más comunes son fisuras debido a la piel seca, ampollas producidas por los zapatos, omiso precursor de lesiones cancerosas, uñas de los pies, que debido a su crecimiento pueden transformarse en fuentes de infección, callos y las durezas que aparecen sobre prominencias óseas y que son lugares frecuentes de abscesos acompañados de osteomielitis

Dieta: La alimentación, como actividad cotidiana, sustrato de la vida y enormemente influyente en el metabolismo humano es, sin duda, uno de los instrumentos más poderosos pero peor utilizados en el manejo de gran número de enfermedades entre las que, desde luego, se encuentra la diabetes. Es el pilar básico en el tratamiento de la diabetes y persigue dos objetivos prioritarios:

Normalización del peso del paciente, mediante dieta hipocalórica si es obeso, normo calórica si tiene normo peso o hipercalórico si es delgado. • Consecución de la normo glucemia. Para el cumplimiento de estos objetivos es prioritario controlar las calorías ingeridas, mantener un horario regular de las comidas y evitar los azúcares refinados. Es necesario elaborar un plan de alimentación, teniendo presente los siguientes puntos:

a). **Contenido calórico.**- deben evaluarse las necesidades energéticas del paciente en función de su edad, sexo, actividad física y estado nutricional. Los hidratos de carbono deben aportar el 50 – 55% de las calorías, las proteínas el 15 – 20% y las grasas el 30 – 35% restante; esta proporción es la base de lo que se considera una dieta equilibrada. Para el cálculo del contenido calórico de los elementos, se debe tener en cuenta que las proteínas y los hidratos de carbono proporcionan 4Kcal/g, las grasas 9Kcal/g y el alcohol 7Kcal/g.

b). **Contenido de proteínas.**- Además de la cantidad, es necesario considerar la calidad de las proteínas, lo que se hace teniendo en cuenta el valor biológico de las mismas, que establece la relación entre los aportes y las necesidades de aminoácidos esenciales (que el organismo no puede sintetizar). La ovo albúmina (proteína del huevo) es la que mayor valor biológico tiene; tras ella se sitúa la lactoalbumina de la leche, las proteínas de la carne y el pescado y, por último, las de los cereales y otros alimentos de origen vegetal. Un gramo de proteínas por kilogramo de peso corporal es suficiente para una adecuada nutrición, siempre que la mitad de estas proteínas sean de origen animal (proteínas de alto valor biológico).

c). **Contenido de hidratos de carbono.**- Habitualmente no se deben superar los 275 – 300g diarios, si bien en individuos jóvenes con importante trabajo muscular esta cifra puede ser aumentada. Hay dos tipos de carbohidratos: los complejos o de absorción lenta (legumbres, verduras, pastas, etc) y los simples o de absorción

rápida (azúcares, dulces, frutas, etc). En los pacientes diabéticos es conveniente que la mayoría de los aportes se hagan en forma de hidratos de carbono complejos, evitando en la medida de lo posible los azúcares sencillos.

d). contenido de grasas.- las grasas constituyen la fuente más importante de energía. Los alimentos más ricos en ellas son los aceites de cualquier tipo, los embutidos, la carne de cordero, cerdo, el pescado azul, la leche y sus derivados no descremados. No hay que olvidar que deben ingerirse preferentemente alimentos ricos en grasas mono o poliinsaturados, evitando los ricos en grasas saturadas y colesterol. En la dieta se debe considerar además lo siguiente: Ser nutricionalmente completa (dieta equilibrada). Mantener o acercar el peso al ideal.

- Contribuir a normalizar los niveles de glucemia.
- Atenuar el riesgo cardiovascular (niveles de lípidos y tensión arterial).
- Contribuir a mejorar el curso de las complicaciones diabéticas si existen.
- Adaptarse a los gustos de los pacientes.

Para aprovecharse de los beneficios de una dieta correcta en la diabetes, es imprescindible tener unos conocimientos básicos de nutrición, ya que la dieta en la diabetes debe ser, ante todo, una dieta equilibrada que contenga todos los nutrientes imprescindibles para la vida.

Ejercicio: Además de cuidar su alimentación, el paciente diabético debería establecer una rutina de ejercicios regulares de baja intensidad que le permitan mantener un control adecuado de peso corporal, lo cual reduce el riesgo de sufrir complicaciones. Esto lo confirma Islas, S. (2000), al expresar: Los beneficios de la práctica" - regular y sistemática de actividades físicas tienen plena demostración. El uso terapéutico del ejercicio en cierto tipo de diabéticos, se describió desde tiempos muy remotos. En el siglo XVIII se inician las primeras controversias en cuanto a la utilidad terapéutica del ejercicio en la Diabetes; así, mientras algunos le daban mucha importancia, otros recomendaban que en los casos más graves el

paciente debiera guardar un reposo absoluto. Fue hace apenas cien años que la aplicación del ejercicio en el manejo del paciente diabético se reenfatizó, apoyando este enfoque un gran número de prestigiados diabetólogos de la era preinsulínica. Resulta claro entonces, que el ejercicio físico moderado y bien planificado es el compañero ideal de una buena dieta, para mantener a raya las manifestaciones de la Diabetes Mellitus, así lo ratifica Cervera, P. (1999), al decir: Como se ha dicho antes, el ejercicio físico forma parte del tratamiento de la Diabetes, recomendándose que sea regular y adecuado a cada paciente.

5.4.1.5. Fármacos, se tiene

- La insulina es el fármaco hipoglucemiante más conocido. Según su vida media podemos distinguir cuatro tipos de insulina. La insulina se administra generalmente en forma de inyecciones subcutáneas. Podemos distinguir dos tipos de insulino terapia: Insulino terapia convencional (1 o 2 inyecciones). Suele utilizarse en algunos casos de pacientes diabéticos tipo 2, y en diabetes tipo 1 durante la “luna de miel”. Insulino terapia intensiva (3 o más inyecciones diarias). Es la pauta habitual en el tratamiento de la diabetes tipo 1. En algunos pacientes la insulina se administra por vía subcutánea de manera continua, mediante una bomba de insulina, aunque su uso no está todavía muy extendida. La insulina puede administrarse también por vía intravenosa o intramuscular en situaciones agudas. Los pacientes que requieren insulina para su control deben conocer diversos aspectos importantes para ésta: La insulina debe guardarse en el frigorífico. El vial que se esté utilizando puede mantenerse a temperatura ambiente, siempre que las condiciones no sean extremas. Se aconseja desechar el frasco de insulina al mes de haberla empezado. Preparación de la insulina. Cuando se han de administrar simultáneamente de acción rápida y prolongada, se pueden mezclar en la misma jeringuilla. Se debe cargar primero la insulina regular. Zonas de punción. Se aconseja cuatro áreas básicas para la inyección: abdomen, cara extensora de los brazos, cara anterior de los muslos y nalgas. La velocidad de absorción es diferente según la zona, siendo máximo en el abdomen y mínimo en

los muslos. Se recomienda la rotación de las zonas para evitar posibles efectos adversos locales en el tejido adiposo. Técnica de inyección. Existen varios métodos para la inyección de la insulina, siendo importante en todos ellos que ésta quede inyectada en el tejido subcutáneo (y no en la dermis o en el músculo), dado que de lo contrario se puede afectar la velocidad de absorción de la misma. El número de aguja que se utiliza es N° 26. A pesar del uso generalizado de la vía subcutánea para la administración diaria de insulina, lo incómodo del sistema y la variabilidad de la farmacocinética al momento de la absorción; ha motivado la elaboración, desde hace varios años, de una serie de sistemas diversos de jeringas, agujas y dispositivos mecánicos (bomba de infusión), con el fin de conseguir una mayor aceptación por parte del paciente y una mejor dinámica de absorción.

Antidiabéticos Orales. Son fármacos reservados prácticamente a los diabéticos tipo 2. Pueden distinguirse fundamentalmente 4 tipos de antidiabéticos orales:

Sulfonilureas. Estimulan las células beta del páncreas para que liberen insulina, por lo que pueden provocar hipoglucemia. Además aumentan la acción periférica de la insulina al incrementar el número de sus receptores y disminuyen la producción de glucosa por el hígado. Estos medicamentos por lo general se eliminan por vía renal por lo que los pacientes deben evitar la deshidratación.

Biguanidas. Disminuyen la producción de glucosa en el hígado, aumentan la acción periférica de la insulina y disminuyen parcialmente la absorción intestinal de glucosa. Al no actuar sobre las células beta del páncreas, no producen hipoglucemia (no son hipoglucemiantes, sino antihiperoglucemiantes). Son fármacos de elección en diabéticos obesos, ya que tiene efecto anorexígeno.

Meglidinas. Aumentan la producción de insulina en el páncreas. Simulan la respuesta normal de la glucemia ante la comida. El paciente debe tomarla desde 30 min., antes de cada comida hasta el momento de ingerirla.

Tiazolidinadionas. Son sensibilizantes de insulina, siendo eficaces en las respuestas resistentes a la insulina. Mejoran la sensibilidad, el transporte y la utilización de la insulina en los tejidos diana, mejoran también los perfiles lipídicos y los valores de la presión arterial.

Control médico periódico: Es fundamental conocer el grado de control de las alteraciones metabólicas de los pacientes, lo que puede hacerse mediante determinados parámetros bioquímicos, algunos solo accesibles en los hospitales, pero otros fácilmente disponibles en el propio domicilio de los pacientes.

La glicemia capilar es el método de elección para ajustar las dosis de insulina.

El autocontrol permite modificar la dieta, la dosis de los fármacos o el ejercicio en función de las glucemias obtenidas, detectar las hipo/hiperglucemias. El autocontrol está indicado sobre todo en pacientes en tratamiento con insulina, en diabetes inestables con tendencia a la cetosis o la hipoglucemia grave o inadvertida y en la diabetes gestacional. Habitualmente los pacientes deben determinar su glucemia antes y dos horas después de las principales comidas, y ocasionalmente en otros momentos del día. Todos los valores deben ser anotados en una libreta de autocontrol junto a las dosis de insulina y las posibles incidencias.

Lo deseable es que las glucemias antes de las comidas no superen los 120 - 140 mg/dl, y después de las comidas los 140 – 180 mg/dl, manteniendo en todo momento niveles por encima de 70 – 80 mg/dl.

Rol de la enfermera en la educación al paciente diabético

La diabetes es una enfermedad crónica que requiere tratamiento especial de por vida. Los pacientes tienen que aprender a equilibrar determinadas circunstancias, como la dieta, la actividad física, el estrés físico y emocional, además de situaciones especiales, para conseguir la normoglucemia.

Además deben crear hábitos de vida estrictos (horarios de comidas, composición de las mismas etc) para prevenir complicaciones a largo plazo.

Todo ello hace que la educación de estos pacientes sea fundamental para su control metabólico. La información que se les da a los pacientes diabéticos se clasifica en dos bloques: Información de supervivencia: se le debe ofrecer a cualquier paciente con diabetes tipo 1 de diagnóstico reciente o tipo 2 en tratamiento insulínico.

Consiste en dar información sobre:

Fisiopatología simple: el paciente debe tener información referente a que es la diabetes y cuáles son los valores normales de glucemia. Además, debe saber los efectos que sobre la glucemia provocan los alimentos, el ejercicio y la insulina. Por último es preciso que conozca los diferentes puntos del tratamiento.

Modalidades del tratamiento. El paciente debe tener conocimientos básicos de dietética, también debe conocer el modo de administrarse la insulina y el autocontrol de la glucemia que debe llevar. Asimismo debe aprender a reconocer, tratar y prevenir las complicaciones agudas (hipo e hiperglucemia).

Información continua o avanzada: a los pacientes, se les informa aspectos más complejos de la enfermedad, como las medidas preventivas para evitar complicaciones a largo plazo (cuidado de los pies, de los ojos, de la piel y la boca) o las de tratamiento y control de los otros factores de riesgo cardiovascular (T.A, colesterol, tabaquismo). A pesar de todos los avances en el tratamiento de la diabetes, la educación del paciente sobre su propia enfermedad sigue siendo la herramienta fundamental para el control de la diabetes. La gente que sufre de diabetes, a diferencia de aquellos con muchos otros problemas médicos, no puede simplemente tomarse unas pastillas o insulina por la mañana, y olvidarse de su condición el resto del día. Cualquier diferencia en la dieta, el ejercicio, el nivel de estrés, u otros factores puede afectar el nivel de azúcar en la sangre.

Por lo tanto, cuanto mejor conozcan los pacientes los efectos de estos factores, mejor será el control que puedan ganar sobre su condición. También es necesario que la gente sepa qué puede hacer para prevenir o reducir el riesgo de complicaciones de la diabetes. Por ejemplo, se estima que con un cuidado correcto de los pies, se podría prescindir de un 75% de todas las amputaciones en personas con diabetes. Aunque las clases de educación sobre diabetes proporcionan información general útil, cada paciente y familia debería recibir una educación a medida de sus necesidades concretas.

El cuidado preventivo de los pies incluye aseo adecuado, secado (especialmente entre los dedos) y lubricación. El lavado diario de los pies debe ser corto para evitar el reblandecimiento de la piel, los pies deben mantenerse siempre limpios y secos. Se han de revisar diariamente ambos pies para detectar precozmente áreas de enrojecimiento, ampollas, fisuras, callosidades o úlceras.

Se aconseja el uso de calzado cerrado y bien ajustado (sin oprimir), evitar conductas de riesgo (andar descalzo, usar zapatos abiertos y almohadillas calientes, "rasurar callosidades...") las uñas deben cortarse rectas, utilizando unas tijeras de punta roma, no utilizar cortaúñas. Estos pacientes deben realizar visitas regulares al podólogo.

Rol del paciente y familia en el cuidado

Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relacionadas con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente, es entonces cuando se necesita la intervención de la familia. Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo, además es muy importante que la enfermera eduque tanto al paciente, como al a la

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

Conocimiento:

En lo que respecta al conocimiento humano podemos mencionar que se obtiene básicamente en función de las experiencias visuales, auditivas, por ello se puede estimular y/o acelerar el conocimiento mediante materiales audio visual.

Mario Bunge, citado por Mere (1997) define el conocimiento como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados, fundados, vago o inexacto; en base a ello tipifica el conocimiento en: Conocimiento Científico y Ordinario o vulgar .

El primero lo identifica como un conocimiento racional, cuántico, objetivo, sistemático y verificable a través de la experiencia; y al conocimiento vulgar como un conocimiento vago, inexacto limitado a la observación.

Según el punto de vista filosófico Salazar Bondy define, el conocimiento : primero como un acto y segundo como un contenido: dice del conocimiento como un acto que es la aprehensión de una cosa, una propiedad hecho u objeto por su sujeto consiente, entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico del conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer al producto de la operación mental de conocer, este contenido significativo, el hombre lo adquiere como consecuencia de la captación del objeto. Este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar unos de otros.

No son puramente subjetivos, pueden independizarse del sujeto, gracias al lenguaje tanto para sí mismos, como para otros sujetos.

Autocuidado.

Naturaleza del autocuidado

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir.

Orem contempla el concepto auto como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

- Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
- Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
- Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
- Prevención de la incapacidad o su compensación.
- Promoción del bienestar.

El cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud.

Requisitos de Autocuidado

Los requisitos de autocuidado son un componente principal del modelo y constituyen una parte importante de la valoración del paciente.

El término requisito se usa para indicar una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo. Orem ha identificado y descrito ocho actividades que son esenciales para el logro del autocuidado que son los requisitos de autocuidado universal. Hay dos tipos más de autocuidado, los de desarrollo y los de desviación de la salud.

Requisitos de Autocuidado Universal

- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano.

Requisitos de autocuidado del desarrollo

Estos requisitos se clasifican en: etapas específicas de desarrollo y condiciones que afectan el desarrollo humano. Algunos requisitos del desarrollo están relacionados con la producción y el mantenimiento de condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el desarrollo es decir, el progreso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la maduración.

Las etapas de desarrollo específicas incluyen:

- Vida intrauterina y nacimiento.
- Vida neonatal.

- Lactancia.
- Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven.
- Etapas de desarrollo de la edad adulta.
- Embarazo, en la adolescencia o en la edad adulta.

Factores básicos condicionantes

Son los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado, o afectan al tipo y cantidad de autocuidados requeridos.

Los factores son los siguientes:

- Edad.
- Sexo.
- Estado de desarrollo.
- Estado de salud.
- Orientación sociocultural.
- Factores del sistema de cuidados de salud; por ejemplo, diagnóstico médico y modalidades de tratamiento.
- Factores del sistema familiar.
- Patrón de vida, incluyendo las actividades en las que se ocupa regularmente.
- Factores ambientales.
- Disponibilidad y adecuación de los recursos.
-

La Organización Mundial de la Salud recomienda la educación para el autocuidado con la finalidad de prevenir y tratar las enfermedades crónicas. La educación para el autocuidado de personas con problemas crónicos de salud debe promover el soporte para el desarrollo de las habilidades de autocuidado, a fin de responsabilizarlas por su salud y ayudarlas a aprender a convivir mejor con la

enfermedad, modificar o mantener los hábitos saludables, estimular la autoconfianza para sentirse mejor cualquiera que sea la gravedad de la enfermedad.

5.4.2. Operacionalización de la variable Variables

Complicaciones de la diabetes

- Nivel de conocimiento sobre prevención de Complicaciones en pacientes diabéticos

- Nivel sobre prevención de complicaciones en pacientes diabéticos.

Operacionalización

Nivel de conocimiento sobre prevención y complicaciones de pacientes diabéticos del Centro de Salud Castilla (abril-julio) 2016

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Conocimiento de prevención y complicaciones en pacientes diabéticos	Daños que puede presentarse después de que una persona ha estado sufriendo de diabetes por largo tiempo. Incluye lesión de la retina del ojo, de los vasos sanguíneos, del sistema nervioso y de los riñones (Gómez, 2.007).		Conocimiento de prevención	Características
				Signos
				Medidas terapéuticas: administración y posología
				Control de glicemia
			Estilos de vida saludable. Principales cuidados: asistir al programa, alimentación, ejercicios, tipo de calzado, consumo de alcohol tipo de edulcorantes	
			Conocimiento de Complicaciones	Tipos: Hipoglicemia, nefropatía, cardiopatía y pie diabético

5.5. Hipótesis

A mayor conocimientos sobre prevención y complicaciones de diabetes mejor vida saludable para los pacientes diabéticos

5.6. Objetivos

Determinar el nivel de conocimiento sobre prevención y complicaciones de pacientes diabéticos del Centro de Salud Castilla (abril-julio) 2016

Objetivo específico

Determinar el conocimiento que tienen los pacientes con Diabetes sobre su enfermedad.

Determinar el nivel de prevención sobre la diabetes que tienen los pacientes.

6. METODOLOGÍA DEL TRABAJO

6.1. Tipo y diseño de investigación

6.1.1. Tipo de investigación:

El presente estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo simple, de corte transversal que permitió el análisis de las variables sobre el conocimiento y práctica sobre medidas de prevención de las infecciones respiratorias agudas en madres de menores de cinco años.

Descriptivo porque permitió describir y detallar la situación de las variables tal y como se presentaron. Descriptivo porque mide, evalúan datos sobre diversos aspectos, dimensiones del fenómeno a estudiar. (Hernández, et. al., 2010). Se plantea el objetivo de la investigación descriptiva en llegar a conocer las situaciones costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personal (Van Dalen y Meyer, 1979, citado en Otazú F.))

Transversal porque se estudió las variables simultáneamente en un determinado momento. En el presente estudio se realizó en el mes de agosto 2016; es decir, en un tiempo único.

6.1.2. Diseño de investigación:

En cuanto al diseño, No experimental, en esta investigación, no se manipula intencionalmente las variables de trabajo, lo que se hace es, observar el fenómeno, tal y conforme se presenta en el contexto. (Hernández, et. al., 2010).

6.2. Población y muestra

Población

La población estuvo constituida por todos los pacientes adultos con diabetes que acudieron al Centro de Salud de Castilla Piura.

Muestra

$$n = \frac{0.25N}{\left(\frac{\alpha}{Z}\right)^2 (N-1) + 0.25}$$

Dónde:

N: es el tamaño de la población.

α : es el valor del error tipo 1.

Z: es el valor del número de unidades de desviación estándar para una prueba de dos colas con una zona de rechazo igual alfa.

0.25: es el valor de p^2 que produce el máximo valor de error estándar, esto es $p = 0.5$.

n: es el tamaño de la muestra

El valor que para el error alfa, es del 5% (0.05) con un nivel de confianza de 95% (0.95) lo que equivale a un valor de Z de 1.959963985 (a nivel práctico 1.96).

Reemplazando:

$$n_0 = \frac{0.25(20)}{\left(\frac{0.05}{1.96}\right)^2 (20 - 1) + 0.25}$$
$$n_0 = \frac{5}{0.26} \quad n_0 = 19$$

La muestra estuvo conformada por 19 pacientes con problemas de Diabetes.

Tomando en consideración criterios principales, tales como:

Criterios de inclusión:

- Pacientes adultos con diagnósticos de Diabetes que acuden al Centro de Salud de Castilla Piura.
- Otras personas de ambos sexos que acepten participar en el estudio

Criterios de exclusión:

- Pacientes adultos con otras patologías
- Pacientes con diagnósticos de que no aceptan participar en el estudio (negativa).

6.3. Técnicas, instrumentos y fuentes de investigación

La realidad y el contexto en el que se encuentra la población de estudio, se consideró conveniente emplear la técnica de entrevista estructurada a cada miembro de la muestra, y como instrumento el cuestionario.

Para efectos de la recolección de la información se utilizó la técnica del cuestionario a pacientes que recurrieron a consulta externa del Centro de Salud de Castilla.

Instrumento: Cuestionario

Es el método que utiliza un instrumento o formulario impreso, destinado a obtener respuestas sobre el problema en estudio

El cuestionario se aplicó y se recoge la información

6.4. Procedimiento y análisis de la información.

Los datos se organizaron en una base de datos según las dimensiones. Los mismos que fueron tabulados en tablas y gráficos, luego se analizaron estadísticamente por medio de la frecuencia relativa, porcentual y por dimensión. Se usó del software SPSS versión 20. La fiabilidad se trató con el Alfa de Cronbach, cuyo resultado de fiabilidad fue de 8.63.

Se realizaron los trámites establecidos por el Centro de Salud de Castilla, donde se presentó el proyecto de investigación a la Dirección General, a la Oficina de Apoyo, Docencia e Investigación, al Comité de Ética así también al médico jefe del Programa de Diabetes, para obtener la aprobación y proceder a la ejecución del estudio.

Posteriormente se coordinó las fechas para la recolección de datos, luego se procedió a aplicar el cuestionario en el lapso de una semana en el Centro de Salud de Castilla.

Para el procesamiento de datos se requirió el programa de Office Excel, así como el Modulo SPSS 20, para la medición de la variables se utilizó la escala de Stanones. Para identificar los intervalos correspondientes a los niveles de conocimiento alto, medio y bajo.

La presentación de los datos se realizó mediante la elaboración de gráficos estadísticos. Para el análisis e interpretación de datos se tomó en cuenta el marco teórico y las investigaciones consideradas como antecedente

6.5. Consideraciones éticas

Para realizar el presente estudio fue necesario considerar la autorización de la institución donde se ejecutó el proyecto y el consentimiento informado de los

pacientes donde se les informo en qué consistía el estudio y los datos que se obtuvieron solo fue conocida por la autora, siendo utilizada para fines de estudio.

-Principios Éticos: Existe un código de ética, que ampara los derechos del investigador, el cual comprende tres principios, según el informe de Belmont: (1979) señala los siguientes principios

-Principio de Beneficencia: Se refiere al no hacer daño ni físico, ni psicológicamente a los investigados. En el presente estudio de investigación se garantiza a las personas que la información que ellos proporcionen no se utilizará en ningún momento en contra de ellos. (Belmont, 1979)

-Principio de Respeto a la Dignidad Humana: Manifiesta que toda persona en investigación tiene derecho a responder lo que cree conveniente y abandonar la investigación cuando lo decida, por lo tanto se cumplirá este principio enfatizando que no existe obligatoriedad para ello. A sí mismo se los tratará a cada individuo como agente autónomo, respetando sus decisiones, opiniones y elecciones según lo que decide.

7. RESULTADOS

Una vez Culminada la etapa de recolección de datos, éstos fueron procesados y representados por medio de Tablas y gráficos, los que permitieron el análisis y la interpretación que a continuación se detalla:

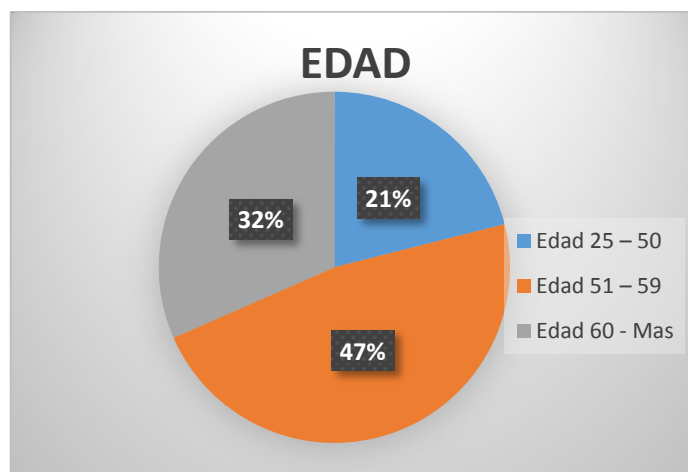
1. Datos Generales

Tabla 1 Edad

Edad	fi	%
25 – 50	04	21.05
51 – 59	09	47.37
60 - Mas	06	31.58
Total	19	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes Centro de Salud de Castilla

Interpretación: Los datos recabados muestran de un total de 19 pacientes encuestados que es el 100%; el 47.37% son adultos mayores que comprenden de 51 a 59 años de edad, el 31.58% que son 4, son adultos maduros que comprenden edades de 60 años a más y, 21.05% que son 6 presentan edades de 25 a 50 años.



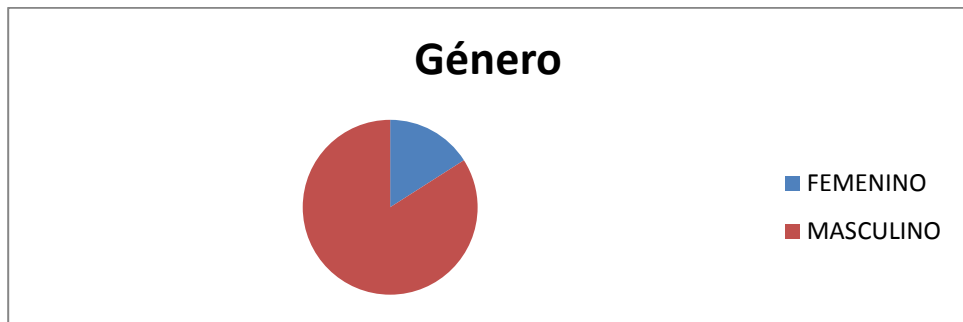
Gráfica 1 Edad

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes Centro de Salud de Castilla

Tabla 2 Género

Género	N	%
Masculino	12	63.16
Femenino	07	36.84
TOTAL	121	100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes Centro de Salud de Castilla



Gráfica 2 Género

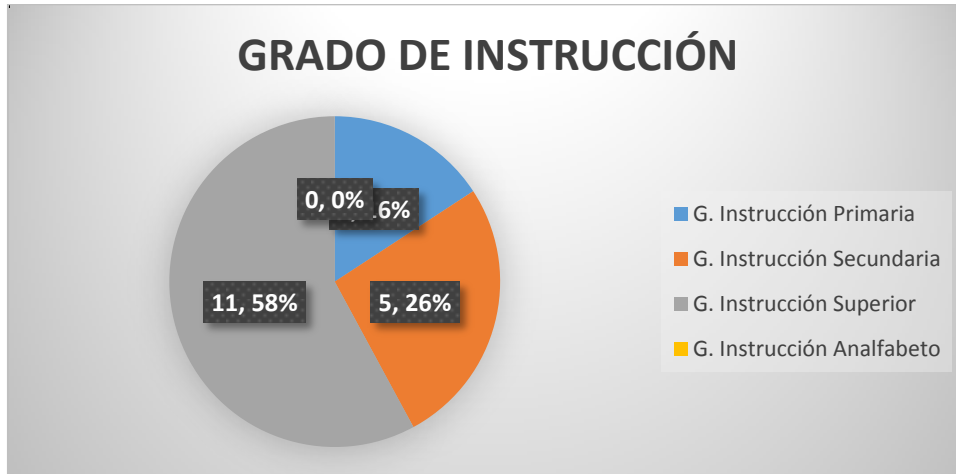
Fuente: Encuesta aplicada a pacientes Centro de Salud de Castilla

Interpretación: Respecto al sexo se evidencia que del 100%, 19 son los pacientes encuestados, el 63.16%, 12 son de sexo MASCULINO, y el 36.84%, que son (07) son de sexo masculino.

Tabla 3 Grado de instrucción

Grado de Instrucción	fi	%
Primaria	03	15.79
Secundaria	05	26.32
Superior	11	57.89
Analfabeto	00	00.00
TOTAL	121	100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes Centro de Salud de Castilla.



Gráfica 3 Grado de instrucción

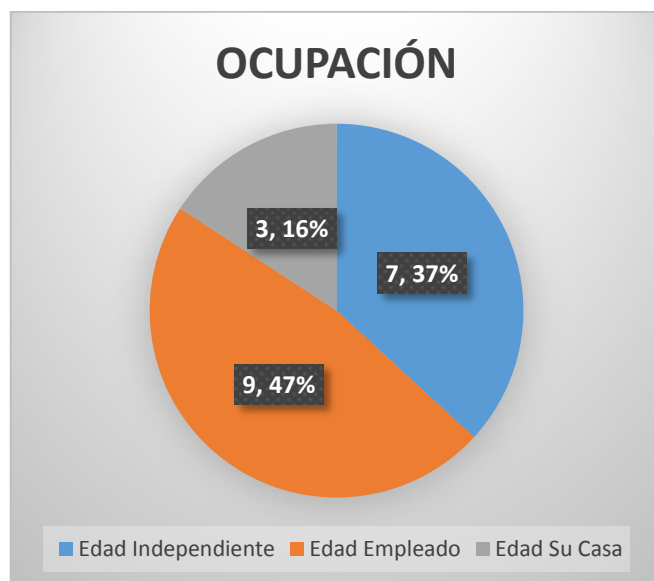
Fuente: Encuesta aplicada a pacientes Centro de Salud de Castilla

Interpretación: En relación al grado de instrucción tenemos que del 100%, 19 son los pacientes encuestados, el 57.89%, que son 11 presentan educación superior, el 26.32%, que son 05 presentan educación secundaria y el 15.79% presentan primaria.

Tabla 4 Ocupación

Ocupación	N	%
Independiente	07	36.84
Empleado	09	47.37
Su Casa	03	15.79
Total	19	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes Centro de Salud de Castilla



Gráfica 4 Ocupación

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes Centro de Salud de Castilla

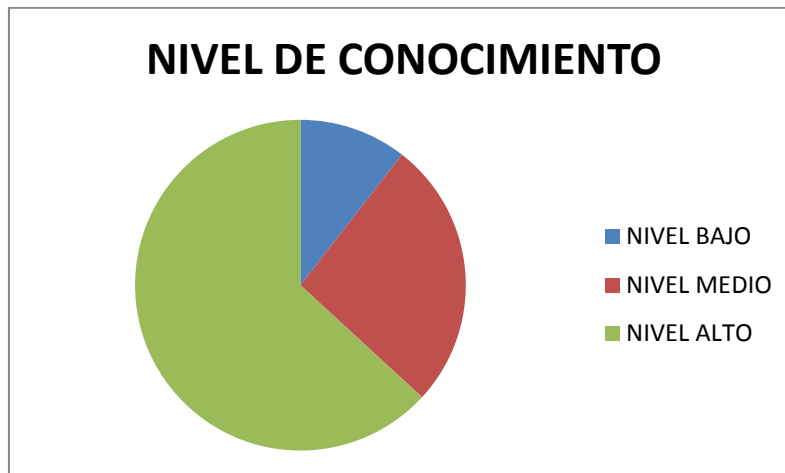
Interpretación: Los datos recabados muestran de un total de 19 pacientes encuestados que es el 100%; el 47.37%, 09 son pacientes empleados, el 36.84%, 07 son independientes y el 15.79%, 03 son pacientes de su casa.

2. Datos Específicos: Valoración de la prevención

Tabla 5 Nivel de Conocimiento de pacientes con diabetes

NIVEL DE CONOCIMIENTO	N	%
BAJO	02	10.53
MEDIO	05	26.32
ALTO	12	63.16
Total	19	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes Centro de Salud de Castilla



Gráfica 5 Nivel d conocimiento en la prevención de pacientes con diabetes

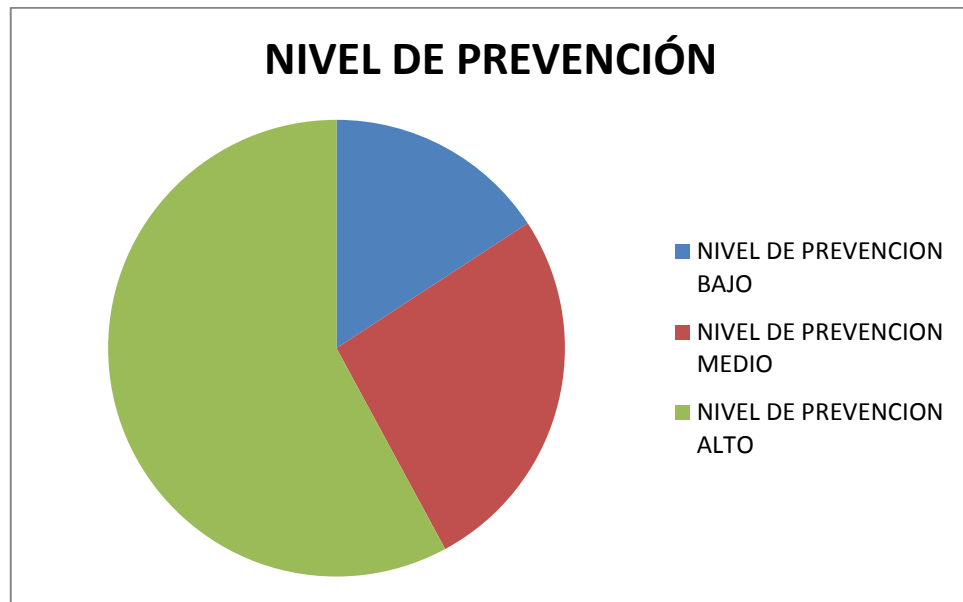
Fuente: Encuesta aplicada a pacientes Centro de Salud de Castilla

Interpretación: Los datos recabados muestran de un total de 19 pacientes encuestados que es el 100%; el 63.16%, 12 son pacientes que tiene un nivel de conocimiento Alto, el 26.32%, 05 son pacientes que su nivel de conocimiento es medio y el 10.53%, 02 son pacientes cuyo nivel de conocimiento es bajo.

Tabla 6 Nivel de prevención en paciente con diabetes

Nivel de prevención	fi	%
BAJO	03	15.79
MEDIO	05	26.32
ALTO	11	57.89
Total	19	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes Centro de Salud de Castilla



Gráfica 6 Nivel de Prevención

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes Centro de Salud de Castilla

Interpretación: Los datos recabados muestran de un total de 19 pacientes encuestados que es el 100%; el 27.89%, 11 son pacientes que tiene un nivel de Prevención Alto, el 26.32%, 05 son pacientes que su nivel de Prevención es medio y el 15.79%, 03 son pacientes cuyo nivel de conocimiento es bajo.

8. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Una vez de procesar la información y atendiendo a los objetivos planteados en el estudio. Se puede hacer la siguiente discusión:

La estadística permite afirmar que las personas con Diabetes son en su mayoría adultos mayores, de sexo masculino, con el grado de instrucción superior, y presentan cierto tipo de ocupación.

En el aspecto general se encuentran los siguientes resultados: En la Variable Edad los datos recabados muestran de un total de 19 pacientes encuestados que es el 100%; el 47.37% son adultos mayores que comprenden de 51 a 59 años de edad, el 31.58% que son 4, son adultos maduros que comprenden edades de 60 años a más y, 21.05% que son 6 presentan edades de 25 a 50 años. En el sexo se tiene: Respecto al sexo se evidencia que del 100%, 19 son los pacientes encuestados, el 63.16%, 12 son de sexo MASCULINO, y el 36.84%, que son (07) son de sexo masculino. En la variable grado de estudio se tiene: En relación al grado de instrucción tenemos que del 100%, 19 son los pacientes encuestados, el 57.89%, que son 11 presentan educación superior, el 26.32%, que son 05 presentan educación secundaria y el 15.79% presentan primaria. En la variable ocupación se tiene: Los datos recabados muestran de un total de 19 pacientes encuestados que es el 100%; el 47.37%, 09 son pacientes empleados, el 36.84%, 07 son independientes y el 15.79%, 03 son pacientes de su casa.

En los datos propios de la investigación se tiene en el nivel de conocimiento: Los datos recabados muestran de un total de 19 pacientes encuestados que es el 100%; el 63.16%, 12 son pacientes que tiene un nivel de conocimiento Alto, el 26.32%, 05 son pacientes que su nivel de conocimiento es medio y el 10.53%, 02 son pacientes cuyo nivel de conocimiento es bajo. En el nivel de prevención se tiene: Los datos recabados muestran de un total de 19 pacientes encuestados que es el 100%; el 27.89%, 11 son pacientes que tiene un nivel de Prevención Alto, el 26.32%, 05 son pacientes que su nivel de Prevención es medio y el 15.79%, 03 son pacientes cuyo nivel de conocimiento es bajo. En consecuencia se desprende de este estudio que el Nivel de Conocimiento sobre prevención van de la mano y presenta un nivel de aceptación alta.

Del estudio de Deysi Purizaca, se puede concluir que el nivel de conocimiento sobre su enfermedad, tratamiento y autocuidado es alto, sin embargo el indicador bajo y medio, merece nuestra atención y buscar un cambio urgente porque

representa a una gran cantidad de seres humanos que requieren vivir en buenas condiciones de vida. Implementando programas educativos dirigidos a los pacientes y familiares, y así puedan ser actores de su propio autocuidado y reducir las complicaciones que pudieran presentarse.

Por lo que se deduce que el estudio antes mencionado tiene bastante parecido en relación a los niveles de conocimiento y prevención del estudio de investigación que plateo

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

9.1. Conclusiones:

Los resultados permiten concluir con respecto:

El nivel de conocimientos es del 63.16%; representa un nivel alto; denotando que los pacientes del centro de salud de castilla tienen conocimiento alto sobre diabetes.

El nivel de prevención es del 57.89%; representa un nivel alto; denotando que los pacientes del centro de salud de castilla tienen conocimiento alto sobre prevención de la diabetes

9.2. Recomendaciones:

Capacitar de manera responsable al personal que se encargará de dar tratamiento a los pacientes de diabetes del Centro de Salud de Castilla con el fin de mantener e incrementar el nivel alto de conocimiento de la diabetes

Continuar con las tutorías y consejerías sobre el cuidado del paciente diabético con el fin de mantener e incrementar la tasa de prevención sobre el cuidado del paciente del que acuden al centro de salud asimismo capacitación al personal de enfermería sobre la atención en cuanto a la calidez como el procedimiento del tratamiento y del control de la diabetes.

10. AGRADECIMIENTOS

A Dios.

Por haber permitido llegar hasta este punto y haber dado salud para lograr todos mis objetivos, además por su infinita bondad y amor.

A mis Padres.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que ha permitido ser personas de bien, pero más que nada, por su amor.

A Mis Hijos y Esposo.

Esta investigación es el resultado del esfuerzo y dedicación no solo de la Autora sino también del trabajo desinteresado de otras personas, quienes de una u otra forma han contribuido con generosidad en la realización del Trabajo.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alemán, Yolimar y Albornoz, Martha (2008) “Información que posee el paciente diabético sobre su enfermedad y autocuidado que asisten al Distrito Sanitario N° II Ruiz Pineda, en el segundo semestre del año 2007. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería. Universidad Central de Venezuela.

Ausbel, D. (1995). Psicología educativa. México: Editorial Trillas S. A.

Alzuru, Luzmar; Veliz, Yasmira y Marzonía, Weffer (2005) “conocimiento sobre autocuidado presente en los pacientes con diabetes tipo 1 que asisten a la consulta de Medicina Interna del Hospital “Dr. Domingo Luciani” Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería. Universidad de Venezuela.

Baca Martínez, B., Bastidas Loaíza, M de J., Aguilar, M. Del R., De La Cruz Navarro, M de J., *González Delgado, MD.Uriarte Ontiveros, S., ***Flores Flores, P. (2008) “Nivel de conocimientos del diabético sobre su autocuidado” México.

Cabrera-Morón Rommy, Motta-Quijandría Irma, Rodríguez-Roblado Cynthia, Velásquez-Carranza Doris (2009) “Nivel de conocimiento sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del Policlínico Chíncha – EsSalud”. Ica. Perú.

Contreras Orozco, Astrid; Contreras Machado, Adriana; Hernández Bohórquez, Candelaria; Castro Balmaceda, María Teresa; Navarro Palmett, Linda Lucía (2012) “Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa” . Sincelejo, Colombia Universidad de Sucre. Colombia.

Cortéz, A (1999) “Diabetes Mellitus”. Editorial Disinlimed, C.A. Santa Fe de Bogotá – Colombia

Chirinos, Yajaira y Saldo, Irma (2005) “conocimiento que tienen los pacientes con diabetes tipo 2 relacionados con su autocuidado en el servicio de medicina del hospital “Dr. José Francisco Molina Sierra Puerto Cabello- Estado Carabobo. Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería. Universidad Central de Venezuela.

Gack Ghelman, L., Souza, M.H. do N., Machado Tinoco Feitosa Rosas, A.M. (2009) “Conocimiento de las prácticas de autocuidado en los pies de los individuos con diabetes mellitus atendidos en una unidad básica de salud” .Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ. Brasil

Hernández R. (2010). Metodología de la Investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2010 Ago. 15]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>

Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.) (2001) La Diabetes Mellitus. Informe para las Américas. Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 15 N° 5

Zafra, JA; Mendez, JC y; Failde, I. (2001) “Nivel de conocimientos y autocuidados de los pacientes diabéticos atendidos en un centro de salud de El Puerto de Santa María (Cádiz,Spain).

12. ANEXOS

ANEXO 01

CUESTIONARIO PREVENCION DE DIABETES

Instrucciones:

Este cuestionario es anónima, confidencial y voluntaria, tiene como propósito conocer el nivel de conocimiento sobre prevención en pacientes con diabetes, será usado sólo para fines de investigación, por lo que le solicitamos su sinceridad en la respuesta. En este cuestionario encontrará una serie de preguntas de relleno y con opciones de respuesta, de las cuales debe seleccionar y marcar con un aspa (x) una sola respuesta que Ud. considere correcta.

I. Datos generales:

1.1 Edad:

- 25 años 50
- 51 años 59
- 60 a mas

1.2 Sexo: Masculino Femenino/Masculino

1.3 Grado de instrucción: Primaria Secundaria Superior

1.4 Ocupación: Independiente, Empleado, Su casa

II. Valoración de las medidas de la prevención:

1.- ¿Que es la diabetes?

2.- ¿Que es la insulina?

3. - ¿La diabetes es contagiosa?

Si/No

4.- ¿Ha recibido información sobre:

a) Su diabetes

b) Sí/No

c) Como realizar el control

d) Sí/No

e). Como prevenir las complicaciones

Sí/No

4. – ¿La diabetes tiene cura?
Sí/No
- 5 – ¿Cuantos tipos de diabetes existen?
I y II
- 6.- ¿Cómo se detecta la diabetes?
7. – ¿Que es la hiperglucemia?
8. – ¿Que es la hipoglucemia?
9. – ¿Puede afectar a los riñones?
10. – ¿Los diabéticos pueden tomar alcohol y fumar cigarrillos?
- 11.- ¿Puede un diabético hacer una vida normal?
- 12.- ¿La diabetes es hereditaria?
Si/No
- 13.- ¿Quién controla habitualmente su diabetes?(Señalar con un círculo;
puede ser más de uno)
1. Su médico de cabecera y/o la enfermera del ambulatorio
 2. El especialista (endocrino) de su ambulatorio
 3. El especialista del hospital. ¿Qué hospital?
 4. Otros:
- 14.- ¿Se hace usted auto-controles del azúcar, es decir se mira el azúcar
con un aparato medidor?
Sí/No
- 15.- a) ¿Le han hecho alguna extracción de sangre durante el año 2016
para controlar el nivel de la glucosa (azúcar)?
Sí/No/No recuerda
- 16.- En qué centro (Señalar con un círculo; puede ser más de uno):
- (1). Ambulatorio
 - (2) . Hospital Privado
 - (3). Posta
 - (4.) Clínica
 - (5). Hospital Estatal
 - (6). Centro de Salud

(7). Otros:

17.- a) ¿Ha presentado, durante el año 2016, alguna hipoglucemia (bajada de azúcar) que haya necesitado acudir al servicio de urgencias de algún centro sanitario?

No Sí

b) ¿cuántas?

18.-a) ¿En el 2016 presentó alguna complicación producida por la diabetes?

No/ Sí

b) ¿Cuál?

19.- Ha estado ingresado en el 2016 en el hospital a consecuencia del azúcar?

Sí/No

20.- ¿Precisaba usted para el control de su diabetes la administración de insulina durante el horario de trabajo?

Sí/No

21.¿Tenía usted suficiente intimidad?

Sí /No

22.-. ¿Saben sus compañeros que es diabético?

Sí /No

23.- ¿Tiene una hermana o hermano con diabetes?

Si/No

24.- ¿Uno de sus padres tiene diabetes?

Si/No

25.- ¿Tiene menos de 65 años de edad y hace muy poco o nada de ejercicio en un día normal?

Si/No

VALORACION DE LA PREVENCION DE DIABETES

	siem pre	Casi siempre	Indife rente	Casi nunca	nunca
1.- Agrego sal a comida					
2.- Los alimentos que consumo son bajos en sal					
3.- Consumo diariamente frutas					
4.- Consumo 1 a 2 unidades de pan al día.					
5.- Consumo 3 unidades de frutas diarias					
6.- Consumo 2 unidades de verduras diarias					
7.- Consumo comida chatarra (Salchipapa, hamburguesa, pollo a la brasa)					
8 Consumo alimentos envasados (Kétchup, gaseosa, mostaza, mayonesa, atún)					
9 Agrego a mis alimentos mayonesa, kétchup, mostaza					
10 Realizo ejercicios físicos					
11 Realizo caminatas de 30 a 45 minutos al día					
12 Duermo después de almorzar					
13 Duermo mis 8 horas completas					
14 Consumo bebidas alcohólicas					
15 Consumo café					
16 Consumo tabaco					
17 Acudo puntualmente a mi control medico					
18 Controlo mi peso con más frecuencia					
19 Controlo mi presión arterial cuando tengo dolor de cabeza					
20 Controlo mi presión arterial diariamente					