



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL FOMENTO DEL
AUTO CUIDADO EN EL PACIENTE DIABÉTICO DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA
2014”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

BACHILLER: TICONA PAZ, KARLA SAMANTHA.

AREQUIPA - PERÚ

2017

**“PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL FOMENTO DEL
AUTO CUIDADO EN EL PACIENTE DIABÉTICO DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA
2014”**

DEDICATORIA

A mi familia porque siempre sentí el cariño y sé que puedo contar con ellos en los momentos difíciles y de mucha felicidad como lo es lograr mis objetivos.

AGRADECIMIENTO

A mí querida familia.

A los pacientes que tan amablemente colaboraron con el estudio de investigación.

A los docentes de la escuela académico de enfermería y a los asesores por su valioso aportes.

RESUMEN

El objetivo de la Investigación fue determinar la participación de enfermería en el fomento del auto cuidado en el paciente diabético del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2014. La muestra que fue de manera intencional quedando constituida por los 110 pacientes cuyas atenciones fueron en el servicio de medicina y endocrinología entre los meses de enero a Junio del 2016. Entre sus principales conclusiones tenemos: El mayor porcentaje de los pacientes son de género masculino. Asimismo los que tienen más de 60 años, seguido de aquellos que tienen de 41 a 59 años y solamente el 10%(11) tienen menos de 40 años.

Es mayor el índice porcentual de pacientes que refieren que hay participación de enfermería en el fomento del auto cuidado de su alimentación, el 31%(34) refiere que A veces participa y el 15%(17) No participa.

En la dimensión fomento de la actividad física los pacientes refieren que si hay participación de enfermería en el fomento del auto cuidado muy seguido de un porcentaje de ellos que refieren que a veces participa y un mínimo porcentaje que refiere que no participa.

El 51% de los pacientes refieren que si hay participación de enfermería en el fomento del auto cuidado teniendo en cuenta las conductas riesgos, el 32% refiere que a veces participa y el 17% No participa.

Palabras claves: Diabetes Mellitus y participación

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the participation of nursing in the promotion of self care in the diabetic patient of Regional Hospital Honorio Delgado, Arequipa 2014. The sample was intentionally being constituted by the 110 patients whose care was in the service of Medicine and endocrinology between January and June of 2016. Among its main conclusions we have: The highest percentage of patients are male. Also those over 60, followed by those aged 41-59 and only 10% (11) are under the age of 40.

The percentage of patients who report that there is a nursing participation in the promotion of self-care of their food is higher, 31% (34) report that Sometimes participates and 15% (17) Does not participate.

In the dimension of promotion of physical activity, patients report that if there is participation of nursing in the promotion of self care, often followed by a percentage of them who report that they sometimes participate and a minimum percentage that refers that does not participate.

51% of patients report that if there is a nursing participation in the promotion of self-care taking into account risk behaviors, 32% report that they sometimes participate and 17% do not participate.

Keywords: Diabetes Mellitus and participation.

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	i
ABSTRAC	ii
ÍNDICE	iii
INTRODUCCIÓN	v
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación del estudio	4
1.5. Limitaciones de la investigación	6
CAPITULOII: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	7
2.2. Base teórica	13
2.3. Definición de términos	32
2.4. Hipótesis	33
2.5. Variables	34
2.5.1. Definición conceptual de la variable	34
2.5.2. Definición operacional de la variable	34
2.5.3. Operacionalización de la variable	34
CAPITULOIII: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	35
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	36

3.3. Población y muestra	36
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	37
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	38
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	38
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	39
CAPÍTULO V: DISCUSION	49
CONCLUSIONES	50
RECOMENDACIONES	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas degenerativas que se presenta con mayor frecuencia en la población mundial, al grado de considerarse una pandemia con tendencia ascendente. En la actualidad, y de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004.), se estima que existe alrededor de 140 millones de personas con esta enfermedad en el mundo y se espera que esa cifra se eleve a 300 millones en los próximos 25 años. El aumento será de 40 % en los países desarrollados y el 70 % en los países en vías de desarrollo.

La prevalencia de diabetes mellitus varía entre 2 y 5% de la población mundial. En Estados Unidos, los casos diagnosticados de diabetes alcanzan al 5.9% de la población total, con predominio de la raza afroamericana, mexicano- americana e hispana

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica considerada actualmente como un problema de Salud Pública. Esta enfermedad produce un impacto Socio económico importante en el país que se traduce en una gran demanda de los servicios ambulatorios hospitalización prolongada, ausentismo laboral, discapacidad y mortalidad producto de las complicaciones agudas y crónicas.

La presente investigación para fines de estudio contiene:

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos

para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: En él se hace mención a los resultados obtenidos después de procesar los datos.

Capítulo V: En él se realiza la discusión de los resultados obtenidos terminando con la presentación de las referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor prevalencia en la población adulta y que genera múltiples complicaciones de carácter invalidante ⁽¹⁾. Se expresa como un trastorno metabólico de etiología múltiple caracterizado por hiperglucemia debida a alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas, a consecuencia de defectos en la secreción o acción de la insulina. La insulina es una hormona producida por el páncreas, que regula la cantidad de azúcar (glucosa) en la sangre. En la diabetes mellitus tipo 1, el páncreas no produce insulina y en la diabetes mellitus tipo 2 la insulina se produce de manera insuficiente o defectuosa ⁽¹⁾.

La diabetes es una afección crónica que se desencadena cuando el organismo pierde su capacidad de producir suficiente insulina o de utilizarla con eficacia. La insulina es una hormona que se fabrica en el páncreas y que permite que la glucosa de los alimentos pase a las células del organismo, en donde se convierte en energía para que funcionen los músculos y los tejidos. Como resultado, una persona con diabetes no absorbe la glucosa adecuadamente, de modo que ésta queda circulando en la sangre (hiperglucemia) y dañando los

tejidos con el paso del tiempo. Este deterioro causa complicaciones para la salud potencialmente letales. ⁽²⁾

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

En el mundo hay más de 220 millones de personas con diabetes. Se calcula que en 2005 fallecieron por diabetes 1,1 millones de personas.

Cerca del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios.

Casi la mitad de esas muertes corresponden a personas de menos de 70 años, y un 55% a mujeres.

La OMS prevé que las muertes por diabetes se multipliquen por dos entre 2005 y 2030. ⁽³⁾

En el año 2010, se han registrado 55.4 millones de personas con Diabetes que viven en América, de los cuales 18 millones están en América Central y Sur y 37.4 millones en Norte América y El Caribe.

“En el Perú, diabetes mellitus, es una enfermedad que afecta a casi 2 millones de personas y es la décimo quinta causa de mortalidad en el Perú, según informes de la Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud del año 2003”.

En el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa la Diabetes Mellitus por no insulino dependiente ocupa el séptimo lugar de mortalidad de consulta externa. ⁽³⁾

El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el objetivo de mantener su vida y su estado de salud. ⁽⁴⁾.

La función de enfermería engloba todas las esferas del ser biopsicosocial que representan nuestros pacientes. Es evidente que las acciones sobre el autocuidado tienen gran peso dentro de las responsabilidades del enfermero teniendo en cuenta que enfrentamos al hombre enfermo extraído de su entorno familiar. No obstante, haberse establecido sistemas de apoyo a esta actividad, tales como: la existencia de la asistente de enfermería, la presencia del familiar y la disposición de recursos diseñados para facilitar la tarea de satisfacer el déficit de autocuidado sigue siendo un problema difícil de enfrentar. ⁽⁴⁾

1.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1.- Problema General

¿Existirá participación de enfermería en el fomento del autocuidado en el paciente diabético del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2014?

1.2.2.-Problemas específicos:

- ¿De que manera es la participación de enfermería en el fomento del autocuidado en su alimentación del paciente diabético?

- ¿De que manera es la participación de enfermería en el fomento del auto cuidado en la actividad física del paciente diabético?
- ¿ De que manera es la participación de enfermería en el fomento del auto cuidado teniendo en cuenta la conductas de riesgo el paciente diabético del Hospital Regional Honorio Delgado?

1.3.- OBJETIVOS DELA INVESTIGACIÓN

1.3.1.-Objetivo General:

Determinar la participación de enfermería en el fomento del auto cuidado en el paciente diabético del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2014

1.3.2.- Objetivos específicos:

- Identificar la participación de enfermería en el fomento del auto cuidado de su alimentación en el paciente diabético del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2014
- Reconocer la participación de enfermería en el fomento del auto cuidado de su actividad física en el paciente diabético del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2014

- Identificar la participación de enfermería en el fomento del autocuidado teniendo en cuenta las conductas de riesgo del paciente diabético del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2014

1.4.- JUSTIFICACIÓN

La investigación es pertinente a la carrera de enfermería debido a que la enfermera desempeña la práctica de promoción y de prevención, en este sentido, la responsabilidad de profesionales de salud es primordial y debemos adquirir y mantener conocimientos, habilidades y aptitudes necesarias para ofrecer una buena prevención secundaria a los pacientes con diabetes basada en la evidencia científica, donde los cuidados de esta pueden evitar futuras complicaciones en las personas con diabetes, basados en las teorías de *Orem* y *Leininger*, se obtuvo un patrón de conducta en el modo de actuación enfermero para brindar un autocuidado holístico actualizado, fundamentado, responsable y coherente culturalmente ajustado a las necesidades de las personas, sus valores, creencias y estilo de vida.

La utilidad de este proyecto es de vital importancia porque permitirá ver cuáles son las medidas de prevención secundaria que debe ejercer la enfermera para ayudar al paciente con diabetes y evitar futuras complicaciones.

Los resultados del presente trabajo son trascendentes porque nos permitirán generar intervenciones de prevención secundaria para pacientes con diabetes.

En la actualidad el incremento constante de personas afectadas por diabetes mellitus en el contexto de una creciente prevalencia de obesidad está adquiriendo las dimensiones de una grave epidemia que amenaza tanto al mundo desarrollado como a los países en desarrollo. Ello justifica la urgente necesidad de tomar medidas de prevención y terapéuticas adecuadas para la diabetes mellitus y sus complicaciones.

Esta investigación es relevante para poder evitar las complicaciones por diabetes que son muy frecuentes como el pie diabético, la retinopatía oftálmica, y demás que en el Hospital Honorio Delgado Espinoza ocupa uno de los primeros 10 puestos de enfermedades no transmisibles.

La originalidad el tema es importante para el ámbito de salud en prevención.

1.5.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La enfermedad: los pacientes diabéticos consientes del grado de su enfermedad muchas veces abandonan el tratamiento

La ocupación: los pacientes tienen en su mayoría trabajo independiente y laboran todo el día no tienen el tiempo suficiente para asistir a su tratamiento, de tal forma se puede contar con toda la población para su estudio.

CAPITULO II: EL MARCO TEORICO

2.1.- ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. Antecedentes Nacionales

CABRERA-MORÓN ROMMY, MOTTA-QUIJANDRÍA y otros. Nivel de conocimiento sobre auto cuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del Policlínico Chincha – Es Salud – 2009. Objetivo: determinar el nivel de conocimientos sobre auto cuidado en la prevención de complicaciones diabéticas, en usuarios del Policlínico Chincha – Es Salud. Material y método: estudio descriptivo de corte transversal, incluyó a 243 usuarios que pertenecían al programa de diabetes mellitus. Se realizó en el mes de junio de 2009. La técnica usada fue una encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado de 24 preguntas, previa firma del consentimiento informado. Para determinar la validez y confiabilidad del instrumento se realizó una prueba piloto utilizando la prueba de correlación biserial puntual y Kuder Richardson respectivamente, luego de que el Comité de Ética aprobó el proyecto de investigación. 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.⁵

CORBACHO ARMAS Kelly y colaboradores en Perú realizaron un estudio de investigación sobre “conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes Mellitus en el 2008” la diabetes Mellitus es una enfermedad crónica, cuya prevalencia en Lima es mayor que en otras regiones del país. *Objetivo:* identificar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la práctica de los estilos de vida del paciente con diabetes Mellitus, que pertenece al programa de control de la diabetes Mellitus del hospital nacional arzobispo Loayza. *Material y métodos:* la investigación fue de tipo cuantitativa, con un enfoque descriptivo de corte correlacional, realizado en 174 pacientes del programa de control de la diabetes Mellitus del hospital arzobispo loayza, lima. Los datos se recogieron a través de un cuestionario aplicado durante la entrevista, de enero hasta abril de 2008. La elección de los pacientes fue en forma aleatoria, que reunieran los criterios de selección y firmaran el consentimiento informado. Los resultados se procesaron el programa Excelxp, paquete estadístico spss para Windows (versión11.1). Para evaluar el nivel de conocimiento se les agrupó en tres categorías: conocimiento bueno, conocimiento regular y conocimiento malo, las tres categorías fueron halladas mediante la escala de estaninos. Para evaluar los estilos de vida, se agrupó en dos categorías: estilo de vida positivo y estilo de vida negativo, usando como punto de corte el valor del promedio de los puntajes (46,6). resultados: para pacientes con conocimiento malo, 54,4% tuvieron estilos de vida negativos; pacientes con conocimiento regular, 59,1% presentaron estilos de vida negativos; pacientes con un nivel de conocimiento bueno, 65,0% tuvieron estilos de vida positivos, correlación r de sperman = 0,20 (p = 0,027).Las conclusiones más significativas a las que llegó fueron:

“Se encontró que existe relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de estilos de vida del paciente con diabetes Mellitus, de manera que a mayor nivel de conocimiento mejor estilo de vida” ⁽⁶⁾

CABRERA M.R. en su trabajo de investigación titulado “nivel de conocimiento sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del Policlínico Chincha Essalud 2009” para la Universidad Peruana Cayetano Heredia , año 2009 tuvo como objetivo principal “ determinar el nivel de conocimiento sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del Policlínico Chincha Essalud 2009” su muestra estuvo constituida por 243 usuarios que pertenecían al programa de diabetes mellitus .Material y método, la investigación fue de tipo descriptivo de corte transversal y usaron un cuestionario de 24 preguntas Y se llegó a la siguiente conclusión 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.⁷

CASTILLO D.Y. en el año 2009 en su investigación saberes y prácticas ancestrales del autocuidado en salud en la región norte del Perú-Piura, durante el período colonial tardío (1740-1822).La aspiración del ser humano ha sido siempre el tener una buena salud, las prácticas de Autocuidado son actitudes y procedimientos de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas, cuyo fin es mantener la salud física, mental y prevenir enfermedades; estos conocimientos se han ido modificando a través de la historia, por tal motivo

realizamos una breve reseña histórica de la región norte del Perú a continuación. Diversos investigadores demuestran que los primeros pobladores del territorio peruano que se asentaron en la costa norte del país fueron los Illescas y los Cupisnique que existieron en la época preincaica, en donde cada grupo familiar hablaba un dialecto propio y tenía una forma de gobierno independiente. (Mongrut-2000) Hace 1000 a. C. Aparecieron los Chimús conquistando el norte del Perú, estos sometieron a los Tallanes. La cultura Chimús tiene un largo periodo de existencia en la región antes mencionada, en donde desarrolla sus actividades y trasmite sus conocimientos a sus demás generaciones. (Richardson y Heaps-1974) Otra de las culturas fue la Vicús que se manifestó en el período (200 a -600 N. E) su famosa cerámica representó personas, animales y plantas con gran realismo y muy natural. Esta cultura se ubicó en los valles y costas de Piura hasta aproximadamente el siglo VII pero no hay mucha información de la misma nos quedó su cerámica en la que nos transmiten su forma de vivir, sus costumbres y prácticas, como es el caso de la representación de temas médicos que nos dan la idea de la actividad de los curanderos, el parto y la sexualidad, etc. (Mongrut-2000) En 1528 el conquistador español Francisco Pizarro realizó una expedición hasta el río Santa, en el Perú, reparando en la riqueza del Imperio; posteriormente regresó a España para obtener dinero y reclutar hombres para la conquista. En 1532 Pizarro fundó San Miguel de Piura, primera ciudad española en el Perú, situada en la costa norte; posteriormente, avanzó hacia el interior del Imperio inca. En Noviembre de 1532 llegó a Cajamarca y, combinando la astucia y la fuerza de las armas, capturó al inca Atahualpa y puso fin de la expansión inca. En 1535 Pizarro fundó la ciudad de los Reyes a orillas del río Rímac, el origen de la actual Lima. Sin embargo, pronto surgieron disputas por el poder jurisdiccional entre los conquistadores y

1541 Pizarro fue asesinado en Lima por partidarios de Diego de Almagro⁸

El problema con este registro es que no fue exacto debido a que muchos indios huían de sus reducciones o se hacían pasar por mestizos para evitar el pago. Además de las enfermedades como la viruela, sarampión disentería, en las zonas costeras, por lo que la tributación fue excesiva en muchos casos, debido a que los sobrevivientes debían cargar con el tributo de los muertos. (Hanke, Lewis, 1978-1980) En la colonia temprana, el Sistema de Salud Aborigen sufrió el proceso de lucha, dominación, extirpación y sincretismo (1532-1740) por la imposición de la cultura occidental a la ancestral. Lo espiritual, lo emocional, lo cotidiano y lo objetivo de nuestra cultura se refleja en el Autocuidado de la Salud, no reconocido por la cultura occidental. Las formas ancestrales de sexualidad, vestuario, vivienda, y recreación, constituyen una fuente importante relacionada con la salud, son formas auténticamente saludables que tiene que ver con la vida y no con la enfermedad y la muerte.

En el período colonial inicial, y a inicios del colonial tardío los grupos étnicos del norte del Perú recibieron la influencia de los españoles, sefarditas, negros, perdiéndose una riqueza de prácticas culturales en salud, alimentación, agricultura, organización social, que tenía un fuerte grado de desarrollo basado en la justicia social, lo que se contraponía a los propósitos de los conquistadores españoles, decididos a trasplantar el feudalismo europeo a tierras americanas. (Proyecto Recuperación Histórica Político-Cultural en Salud, del Ecuador y Norte del Perú) De tal forma que las prácticas de Autocuidado en Salud se modificaron e integraron en el Sistema de Salud Popular basado en tradiciones aborígenes, e influido por las prácticas españolas, sefarditas, mestizas y africanas (1740-1822) en el Sur del

Ecuador y Norte del Perú, (Ramón-2006).La aspiración del ser humano ha sido siempre el tener una buena salud, las prácticas de Autocuidado son actitudes y procedimientos de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas, cuyo fin es mantener la salud física, mental y prevenir enfermedades; estos conocimientos se han ido modificando a través de la historia, por tal motivo realizamos una breve reseña histórica de la región norte del Perú ⁸

2.1.1. Antecedentes Internacionales

SUÁREZ P.R. Y GARCÍA G.R. en su trabajo de investigación titulado " Resultados de la extensión del programa de educación en diabetes a la atención primaria de salud en Ciudad de La Habana" para el Instituto Nacional de Endocrinología (INEN), año 2005 tuvo como objetivo principal " Identificar las opiniones de los médicos y enfermeras de las diferentes áreas de atención sobre el problema de salud - diabetes y las acciones educativas para afrontarlo, antes y después de extender el PED. " su muestra estuvo constituida muestra representativa de su población diabética adulta. Para comparar se aplicaron las pruebas de Chi cuadrado y t de Student, y se aceptó $p < 0,05$ como nivel de significación... Y se llegó a la siguiente conclusión. La muestra del total de las áreas incorporadas estuvo formada al inicio por 625 proveedores de salud y 2 171 personas con diabetes. Cuatro años más tarde, la muestra estuvo formada por 612 proveedores de salud y 2 432 personas con diabetes. El porcentaje de respuesta al inicio del estudio fue de 96,8 % en los proveedores de salud y 94,3 en personas con diabetes. Al final del estudio se obtuvo un 98 % de respuestas en los proveedores de salud y un 96,1 en las personas con diabetes. Las causas de no participación fueron vacaciones y viaje fuera de la provincia para los proveedores de

salud, mientras que para los pacientes fueron viaje fuera de la provincia y 2 ingresos hospitalarios. En ningún grupo se encontró negación expresa de participar. ⁽⁹⁾

MANRIQUE M.F. En su trabajo de investigación titulado "nivel de conocimiento de autocuidado de los pacientes con DM2 que acudieron en el periodo comprendido mayo junio 2011 al centro de Salud Revolución de Xalapa. Ver. " para la Universidad Autónoma de Querétaro , año 2011 tuvo como objetivo principal " determinar el nivel de conocimiento de autocuidado de los pacientes con DM2 que acudieron en el periodo comprendido mayo junio 2011 al centro de Salud Revolución de Xalapa. Ver." su muestra estuvo constituida por 100 paciente que asistieron al Centro de Salud Revolución de Xalapa. Veracruz. .Material y método, la investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal y usaron un cuestionario de 20 preguntas, Y se llego a la siguiente conclusión que el 22% presentan conocimiento no satisfactorio, 54% conocimiento regular, y 24% conocimiento satisfactorio, y se llega a la conclusión que las personas no cuentan con el conocimiento suficiente sobre DM2 poniendo en riesgo su salud. ⁽¹⁰⁾

2.2.-BASE TEORICA:

AUTOUIDADO:

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

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

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

b) déficit de autocuidado:

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado

dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

c) sistemas de enfermería:

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

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

Principios para el autocuidado:

- El autocuidado es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones. Por lo tanto, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma.
- El autocuidado implica una responsabilidad individual y una filosofía de vida ligada a las experiencias en la vida cotidiana
- El autocuidado se apoya en un sistema formal como es el de salud e informal, con el apoyo social.
- El autocuidado tiene un carácter social, puesto que implica cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber y da lugar a interrelaciones.

- Al realizar las prácticas de autocuidado, ya sea con fines protectores o preventivos, las personas siempre las desarrollan con la certeza de que mejorarán su nivel de salud.
- Para que haya autocuidado se requiere cierto grado de desarrollo personal, mediado por un permanente fortalecimiento del auto concepto, el autocontrol, la autoestima, la auto aceptación

Evolución de las prácticas de autocuidado:

Las prácticas cambian de acuerdo con las circunstancias que rodean a las personas; para entender la evolución de las prácticas de autocuidado se requiere revisar algunos ejemplos de cómo se han presentado a través del tiempo, y como se han ido acumulado en la sociedad, conformando un patrimonio de ritos, creencias, actitudes, representaciones, prácticas y conocimientos, hasta llegar a nuestros días; algunas de ellas intactas y otras modificadas.

En la antigua cultura griega, en lo que ellos denominaron 'culto de sí', se puede identificar el enfoque integral bajo el cual miraron al ser humano, a través de las prácticas orientadas, tanto al cuidado del cuerpo como al cultivo del espíritu. "El 'cuidado de sí', incluía el ejercicio físico moderado, la satisfacción equilibrada de las necesidades, la meditación, la lectura, y la reflexión acerca de las verdades conocidas. Para los griegos el cuidado del cuerpo se realizaba mediante la medida, la economía del régimen, la atención detallada a las perturbaciones. Tenían en cuenta elementos como el clima, la alimentación y el modo de vida, en tanto estos podían perturbar al cuerpo y a través de éste, al alma"⁹

Esta cultura aportó elementos iniciales para establecer la importancia del autocontrol como forma de autocuidado.

DIABETES MELLITUS

La Diabetes Mellitus es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, consecuencia de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina. La hiperglicemia crónica se asocia en el largo plazo daño, disfunción e insuficiencia de diferentes órganos especialmente de los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

CLASIFICACION

En 1997 la Asociación Americana de Diabetes (ADA), propuso una clasificación que está vigente. Se incluyen 4 categorías de pacientes y un 5º grupo de individuos que tienen glicemias anormales con alto riesgo de desarrollar diabetes (también tienen mayor riesgo cardiovascular):

1. Diabetes Mellitus tipo 1
2. Diabetes Mellitus tipo 2
3. Otros tipos específicos de Diabetes
4. Diabetes Gestacional
5. Intolerancia a la glucosa y glicemia de ayunas alterada

Diagnóstico de la diabetes:

Hay varias maneras de diagnosticar la diabetes. Por lo general es necesario repetir cada método una segunda vez para diagnosticar la diabetes. Se deben hacer las pruebas en un entorno médico (como el consultorio de su médico o un laboratorio). Si su médico determina que usted tiene un nivel muy alto de glucosa en la sangre o síntomas clásicos de glucosa alta, además de una prueba positiva, quizá no sea necesario que su médico le haga una segunda prueba para diagnosticar la diabetes.

La prueba A1C mide su nivel promedio de glucosa en la sangre durante los últimos 2 o 3 meses. Las ventajas de recibir un diagnóstico de esta manera es que no tiene que ayunar ni beber nada.

- Se diagnostica diabetes cuando: A1C \geq 6.5%

Glucosa plasmática en ayunas. Esta prueba generalmente se realiza a primera hora en la mañana, antes del desayuno, y mide su nivel de glucosa en la sangre cuando está en ayunas. Ayunar significa no comer ni beber nada (excepto agua) por lo menos 8 horas antes del examen.

- Se diagnostica diabetes cuando: Glucosa plasmática en ayunas \geq 126 mg/dl

Prueba de tolerancia a la glucosa oral. Esta es una prueba de dos horas que mide su nivel de glucosa en la sangre antes de beber una bebida dulce especial y 2 horas después de tomarla. Le indica a su médico cómo el cuerpo procesa la glucosa.

- Se diagnostica diabetes cuando: Glucosa en la sangre a las 2 horas \geq 200 mg/dl

Prueba aleatoria (o casual) de glucosa plasmática. Esta prueba es un análisis de sangre en cualquier momento del día cuando tiene síntomas de diabetes severa.

- Se diagnostica diabetes cuando: Glucosa en la sangre \geq 200 mg/dl

COMPLICACIONES DE LA DIABETES:

Mononeuropatías: síndrome del túnel carpiano, neurodocitis del cubital, lesiones traumáticas de nervios periféricos y plexos nerviosos. Estudio multidisciplinario con electrofisiología, resonancia magnética, y tratamiento integral con rehabilitación, ortopedia y cirugía de mano. Tratamientos quirúrgicos de nervio periférico que son llevados a cabo por el cirujano de mano (Dr. Guillermo Loda) y de nervio periférico (Dr. Héctor Gióccoli).

- Neuropatías periféricas: constituyen la causa más común de consulta del Servicio Neuromuscular. El estudio de estos pacientes es complejo por el hecho de haber una larga lista de causas, mientras que las manifestaciones son similares en la mayoría de los casos. Como además son entidades infrecuentes, se requiere una experiencia en un número importante de pacientes. El hecho de que FLENI sea una institución especializada, ha hecho que el número de casos complejos sea relativamente alto, y que se haya concentrado un número importante de pacientes en nuestra sección.

Comprende: a) neuropatías demielinizantes inflamatorias idiopáticas (síndrome de Guillain-Barré y polirradiculoneuropatía inflamatoria demielinizante crónica o CIDP de la literatura inglesa); b) neuropatías metabólicas: diabetes, uremia, enfermedades endocrinas, alcoholismo, desnutrición; c) neuropatía del paciente crítico; d) infecciosas: lepra, enfermedad de Lyme, herpes zoster, SIDA; e) neuronopatías sensitivas: idiopática, asociada a enfermedad de Sjogren y a cáncer; f) neuropatías asociadas a enfermedades autoinmunes: vasculitis, artritis reumatoidea, lupus; g) neuropatías tóxicas: drogas anticancerosas e inmunosupresoras, drogas antituberculosas (isoniazida); h) neuropatías por metales pesados y compuestos industriales; i)

neuropatías hereditarias: enfermedad de Charcot-Marie-Tooth y otras; j) neuropatías idiopáticas.

Diagnóstico: La evaluación neurológica es complementada por la electromiografía y el estudio de conducción nerviosa efectuada por los médicos del servicio. Se dispone además de un equipo de estimulación magnética que permite estimular nervios profundos en forma incruenta, y de un equipo de cuantificación de la pérdida de la sensibilidad (estudio de umbrales sensitivos), único método que permite objetivar el déficit sensitivo en las neuropatías de "fibras finas". En la mayoría de los casos, estos estudios se complementan con otros de laboratorio: dosajes de vitamina B12 y ácido fólico, dosaje de anticueros antiGM1 (antigangliósidos) y anti-MAG (anti proteína asociada a la mielina), anti Hu (para el diagnóstico de polineuropatías asociadas al cáncer). Finalmente, en los quirófanos de FLENI se efectúa la extracción de la muestra para biopsia de nervio.

Tratamiento: inmunosupresión, plasmaféresis, inmunoglobulina endovenosa, trasplante de médula ósea.

ESTUDIOS

Los estudios neurofisiológicos necesarios para el diagnóstico y seguimiento de pacientes con enfermedades neuromusculares (estudios de conducción nerviosa, electromiogramas y pruebas autonómicas) son realizados por los integrantes de este servicio con aparatos de última generación.

- Electromiografía y estudios de velocidad de conducción motora y sensitiva.
- Electromiograma de esfínter anal.
- Potencial evocado del nervio pudendo.
- Estudios de electromiograma de fibra única.
- Test de Tensilon.

- Estudio del reflejo de parpadeo (blink reflex).
- Potenciales evocados (somatosensitivos, visuales y auditivos).
- Estudios de potencial evocado motor por estimulación magnética.
- Estudios de temblor.
- Estudio de reflejos autonómicos cardiovasculares.
- Respuesta simpática de la piel.
- Tilt test, monitoreo de tratamiento de hipotensión ortostática, síncope vasovagal.
- Test del sudor.

Cetoacidosis Diabética

Es un problema que ocurre en personas con diabetes y se presenta cuando el cuerpo no puede usar el azúcar (glucosa) como fuente de energía, debido a que no hay insulina o ésta es insuficiente. En lugar de esto, se utiliza la grasa para obtener energía.

Los subproductos del metabolismo de las grasas, llamados cetonas, se acumulan en el cuerpo.

	CAD ligera	CAD moderada	CAD severa	Estados hiperosmolares
Glucosa en plasma(mg/dL o mmol/L)	250 13,9	>250 13,9	250 >13,9	>600 >33,3
pH arterial	7,25-7,30	7,00-7,24	< 7,00	> 7,30
Bicarbonato sérico (mmol/L)	15-18	10-15	< 10	> 15
Cuerpos cetónicos en orina	Positivo	Positivo	Positivo	Negativo o mínimo
Cuerpos cetónicos en sangre	Positivo	Positivo	Positivo	Negativo o mínimo
Betahidroxibutirato	Alto	Alto	Alto	Normal o elevado
Osmolaridad sérica efectiva (mosm/kg)	Variable	Variable	Variable	> 320
Anión Gap	> 10	> 12	> 12	Variable
Alteración del sensorio	Alerta	Alerta/somnolencia	Estupor/coma	Estupor/coma

Nefropatía

La diabetes es una enfermedad que impide que el cuerpo use glucosa (azúcar) de forma adecuada. Si la glucosa se queda en la sangre en lugar de metabolizarse, puede provocar toxicidad. El daño que el exceso de glucosa en sangre causa a

las nefronas se llama nefropatía diabética. Si se mantienen las concentraciones de glucosa en la sangre, en su rango normal (60-110 mg/dL) se puede demorar o prevenir la nefropatía diabética.

Además otra definición podría ser que la nefropatía diabética es un trastorno o patología del riñón, que incluye procesos inflamatorios, degenerativos y escleróticos relacionados a hiperglucemia persistente asociado a otros factores (hipertensión, dislipemia, predisposición genética

Estadio I.: No provoca síntomas. Existe hiperfiltración glomerular y los análisis de orina y creatinina son normales. Tampoco hay alteraciones histológicas.

Estadio II.: Aparece proximadamente después de 5 años de evolución. Es silente. Mantiene función renal normal y no hay pérdida de albúmina. Alteraciones mínimas en el glomérulo como inicio de engrosamiento de membranas basales o ligero aumento de la matriz mesangial.

Estadio III: Presencia de microalbuminuria (más de 30 mg de albúmina en 24 horas o 20 mg/litro de orina). La creatinina en sangre es normal. La hipertensión arterial asociada puede empeorar la lesión renal. Expansión mesangial y de las membranas basales.

Estadio IV: Proteinuria persistente, disminución la función renal. Creatinina sérica en límites altos de lo normal o elevados (mayor o igual de 1.3 mg/dl en la mujer o varones de menos de 65 kg de peso o mayor o igual 1.5 mg/dl en varones). Puede presentarse como síndrome nefrótico. Histología: glomerulosclerosis parcheada. Engrosamiento de membranas basales. Expansión mesangial. Aparición después de 15 años del diagnóstico. Se asocia a retinopatía en más del 75%, coronariopatía en más del 45% y enfermedad cerebro vascular en más de 25% de los casos.

Estadio V.: Proteinuria. Creatinina mayor de 200 $\mu\text{mol/litro}$ o 2.2 mg/dl, Hipertensión arterial. Glomerulosclerosis, lesiones nodulares, fibrosis intersticial, atrofia tubular. Aparición en general después de 20 años de evolución.

La presencia de microalbuminuria es un signo de nefropatía incipiente y se usa como screening para la detección precoz de la afectación renal.

INSUFICIENCIA RENAL

Algunos problemas de los riñones ocurren rápidamente, como el caso un accidente en el que la pérdida importante de sangre puede causar insuficiencia renal repentina, o algunos medicamentos o sustancias venenosas que pueden hacer que los riñones dejen de funcionar correctamente. Esta bajada repentina de la función renal se llama insuficiencia renal aguda.

La insuficiencia renal aguda (IRA) es, como su nombre implica, una pérdida rápida y progresiva de la función renal, generalmente caracterizada por la oliguria, una producción disminuida de la orina, (cuantificada como menos de 400 ml por día en adultos,¹ menos de 0,5 mL/kg/h en niños, o menos de 1 mL/kg/h en infantes), desequilibrios del agua y de los fluidos corporales, y desorden electrolítico. Una causa subyacente debe ser identificada para detener el progreso, y la diálisis puede ser necesaria durante el tiempo requerido para tratar estas causas fundamentales.

La insuficiencia renal aguda puede llevar a la pérdida permanente de la función renal.

CARDIOPATIA ISQUEMICA

La cardiopatía isquémica es una designación genérica para un

conjunto de trastornos íntimamente relacionados, en donde hay un desequilibrio entre el suministro de oxígeno y sustratos con la demanda cardíaca. La isquemia es debida a una obstrucción del riego arterial al músculo cardíaco y causa, además de hipoxemia, un déficit de sustratos necesarios para la producción de ATP y un acúmulo anormal de productos de desecho del metabolismo celular.

El estrechamiento de las arterias coronarias que irrigan el corazón ocurre fundamentalmente por la proliferación de músculo liso y el depósito irreversible de lípidos, especialmente ésteres y cristales de colesterol. La lesión principal sobre el interior de los vasos sanguíneos del corazón se denomina placa de ateroma, rodeada por una capa de fibrosis.

La angina de pecho, también conocida como angor o angor pectoris, es un dolor, generalmente de carácter opresivo, localizado en el área retroesternal. El mismo es ocasionado por insuficiente aporte de sangre (oxígeno) a las células del miocardio sin llegar a provocar necrosis celular.

De acuerdo al comportamiento de la placa de ateroma, la afección pasa por diversos estados:

- Angor de reciente comienzo. Entendiendo como tal a la que ha aparecido en los últimos 30 días. Se corresponde con el crecimiento de una placa de ateroma que ha obstruido alrededor del 50% de la luz arterial.
- Angina estable. Es aquella que apareció hace más de 30 días y no ha tenido cambios en su evolución. De acuerdo al esfuerzo que sea posible realizar sin desencadenar la aparición del angor, se distinguen cuatro grados:
- Grado I: No se produce con actividad física ordinaria, sino con un esfuerzo rápido agotador o de larga duración.

- Grado II: Se produce cuando se camina con rapidez o durante mucho tiempo, o al subir escaleras.
- Grado III: Limita de forma importante la actividad física convencional.
- Grado IV: Puede aparecer en reposo (más con cualquier actividad física).
- Angina inestable. Es aquella que ha variado su patrón habitual, haciéndose más frecuente o apareciendo con esfuerzos menores. Puede terminar en infarto agudo de miocardio

-

PARTICIPACIÓN DEL ENFERMERO

Promoción y prevención

Proceso para proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, mediante la intervención de los determinantes de la salud y la reducción de la inequidad. Esto se desarrolla fundamentalmente a través de los siguientes campos: formulación de política pública, creación de ambientes favorables a la salud, fortalecimiento de la acción y participación comunitaria, desarrollo de actitudes personales saludables y la reorientación de los servicios de salud; por sus características la promoción de la salud supone una acción intersectorial sólida que hace posible la movilización social requerida para la transformación de las condiciones de salud.

Administración de medicamentos

La administración de medicamentos son actividades de enfermería que se realizan bajo prescripción médica, en las cuales la enfermera (o) debe enfocarse a reafirmar los conocimientos y aptitudes necesarias para aplicar un fármaco al

paciente, asimismo, saber evaluar los factores fisiológicos, mecanismos de acción y las variables individuales que afectan la acción de las drogas, los diversos tipos de prescripciones y vías de administración, así como los aspectos legales que involucran una mala práctica de la administración de medicamentos.

Prevención secundaria

Aunque desde el punto de vista de la salud pública las medidas de prevención primaria deben considerarse con carácter prioritario, dado que el período de latencia de la mayoría de los cánceres es muy prolongado, aunque aquéllas tengan gran efectividad, sólo a largo plazo se obtendrán resultados significativos.

Por otra parte, todavía hay algunos tipos de cáncer cuyas causas no son bien conocidas. Por este motivo, las medidas de prevención primaria han de completarse con actividades de diagnóstico precoz que deben implementarse con carácter poblacional y frente a procesos patológicos determinados. Los objetivos y las técnicas de prevención secundaria se resumen en las tablas.

Objetivos de la prevención secundaria

1. Disminuir la prevalencia
2. Evitar las secuelas e invalideces
3. Mejorar el pronóstico
4. Disminuir las tasas de mortalidad

Técnicas de prevención secundaria

- Educación sanitaria de la población
- Estudios de detección selectiva
- Detección selectiva clínica

- Búsqueda de casos (case-finding)
- Detección selectiva de la población
- Cribado poblacional o screening

También se denomina diagnóstico precoz, cribado, o screening. Un programa de detección precoz es un programa epidemiológico de aplicación sistemática o universal, para detectar en una población determinada y asintomática, una enfermedad grave en fase inicial o precoz, con el objetivo de disminuir la tasa de mortalidad y puede estar asociada a un tratamiento eficaz o curativo.

La prevención secundaria se basa en los cribados poblacionales y para aplicar estos han de darse unas condiciones predeterminadas definidas en 1975 por Frame y Carslon para justificar el screening de una patología.

1. Que la enfermedad represente un problema de salud importante con un marcado efecto en la calidad y duración del tiempo de vida.
2. Que la enfermedad tenga una etapa inicial asintomática prolongada y se conozca su historia natural.
3. Que se disponga de un tratamiento eficaz y aceptado por la población en caso de encontrar la enfermedad en estado inicial.
4. Que se disponga de una prueba de cribado rápida, segura, fácil de realizar, con alta sensibilidad, especificidad, alto valor predictivo positivo, y bien aceptada por médicos y pacientes.
5. Que la prueba de cribado tenga una buena relación coste-efectividad.
6. Que la detección precoz de la enfermedad y su tratamiento en el periodo asintomático disminuya la morbilidad y mortalidad global o cada una de ellas por separado.

La educación sanitaria es el proceso a través del cual la gente aprende sobre su salud y, más específicamente, sobre cómo mejorarla. Muchas personas distintas ofrecen educación sanitaria y hay muchos modos distintos en que se imparte la educación sanitaria, basados en varios modelos de cambio de conducta. La educación sanitaria es de importancia crítica para mejorar la salud de las comunidades y los individuos.

Prevención secundaria en diabetes

Consiste en procurar un diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad con objeto de revertir o retardar su progresión.

El citado diagnóstico suele asentarse en la práctica del correspondiente test de despistaje en las poblaciones de riesgo y la posterior confirmación diagnóstica. Por lo que se refiere a la instauración de medidas terapéuticas, en esta fase preclínica de la enfermedad, será preciso contemplar la recomendación de nuevos hábitos dietéticos y la práctica de ejercicio físico junto con la consideración del posible empleo de fármacos.

TEORICAS QUE DAN SUSTENTO A LA INVESTIGACIÓN

Dorotea Orem: Define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad" Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de

decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

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

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

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

Meta paradigmas:

A.- Concepto de persona:

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno Y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

B.- Concepto de Salud:

La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

C.-Concepto de Enfermería:

Enfermería es proporcionar a las y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de

autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

MADELEINE LEININGER

Cada individuo internaliza y aplica su cuidado según sus costumbres, sus creencias y desde el inicio del mundo estas técnicas de alguna manera les ha servido para sobrevivir y mantenerse en el tiempo la teoría de los cuidados culturales de Madeleine Leininger. Trata sobre la importancia de brindar un cuidado de enfermería según sea la cultura del paciente al que se le esté brindado el cuidado.

El conocimiento de la diversidad como de la universalidad de la asistencia de enfermería como lo plantea esta teoría es de extraordinaria importancia para fijar una base sustancial de conocimiento y para convertir a enfermería en una disciplina y una profesión transcultural.

Esta teoría tiene una proyección hacia el futuro y ha comenzado a despertar el interés a escala mundial, debido a su enfoque holístico, debido a esto incluye varios conceptos y constructos relacionados con el entramado social, el entorno y el lenguaje, que cobran una importancia excepcional para poder descubrir y obtener un conocimiento basado en la cultura o sustentado en el mundo de la persona.

La teoría del Autocuidado, tiene su origen en una de las más famosas teoristas norteamericana, Dorotea Orem, nacida en Baltimore, Estados Unidos. "El autocuidado es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia si mismo o hacia el entorno para

regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar.

El concepto básico desarrollado por Orem es que el autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma.

Uno de los supuestos que de aquí se desprenden es que todos tenemos la capacidad para cuidarnos y este autocuidado lo aprendemos a lo largo de nuestra vida; principalmente mediante las comunicaciones que ocurren en las relaciones interpersonales. Por esta razón no es extraño reconocer en nosotros mismos prácticas de autocuidado aprendidas en el seno de la familia, la escuela y las amistades.

2.3.-DEFINICIÓN DE TERMINOS

Auto cuidado: Es la acción de Cuidarse por si mismo, es decir llevar un cuidado en cada momento de la vida.

Glucosuria.

La glucosuria es la presencia de glucosa en la orina a niveles elevados. La glucosa se reabsorbe en su totalidad a nivel de las nefronas, las unidades funcionales del riñón donde se produce la depuración de la sangre.

Poliuria

La poliuria o gasto urinario excesivo es un síntoma médico que consiste en una emisión de un volumen de orina superior al esperado. Se define como un volumen superior a 2,5 litros en 24 horas para adultos y superior a 2-2,5 litros/24 horas para niños

Polidipsia.

Sensación de sed excesiva

Polifagia.

Ingestión excesiva de alimentos. La polifagia (asociada con polidipsia y poliuria) es un síntoma clásico de la diabetes mellitus

Glucemia

La glucemia es un valor científico por el cual se puede medir o calcular la presencia de azúcar en la sangre de una persona o animal. Si entendemos que el azúcar es en gran medida uno de los alimentos más importantes para sobrevivir, presentar condiciones de hipoglucemia significará que el nivel promedio de azúcar es muy bajo mientras que la hiperglucemia supondrá exceso de azúcar en la sangre de acuerdo al tipo de alimentación que uno lleve.

2.4.- HIPOTESIS

H^a Existe participación de enfermería en el fomento del auto cuidado en el paciente diabético del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2014

H^o No existe participación de enfermería en el fomento del auto cuidado en el paciente diabético del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2014

2.5.- VARIABLES

Es univariable

Participación de enfermería en el fomento del auto cuidado

2.5.1 Definición conceptual de variable

Es la intervención de enfermería mediante las acciones preventivas de la salud de los pacientes, estas van encaminadas en fomentar entre los pacientes el auto cuidado.

2.5.2.-Definición operacional de variables

Es mediante la siguiente valoración

- ✓ Existe participación de enfermería en el fomento del autocuidado
- ✓ No existe participación de enfermería en el fomento del autocuidado.

2.5.3.Operacionalización de variables

Variable	Dimensiones
participación de enfermería en el fomento del autocuidado del paciente diabético	<p data-bbox="906 600 1356 745">-Participación en la prevención Fomento del auto cuidado en su alimentación.</p> <p data-bbox="906 824 1356 969">-Fomento del auto cuidado en su actividad física en el paciente diabético</p> <p data-bbox="906 1093 1356 1238">-Fomento del auto cuidado teniendo en cuenta la conductas de riesgo</p>

CAPÍTULO III: MATERIAL Y METODO

3.1 Tipo y nivel de investigación

Este trabajo es de enfoque cuantitativo de tipo no experimental de nivel descriptivo y de corte transversal.

Es de enfoque Cuantitativo:

Porque se usa la recolección de datos con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. Hernández Sampieri

Es de Nivel descriptivo:

El investigador se limita a la observación de los hechos tal como ocurren con el objeto de describirlos, no busca explicar ni analizar las causas de esos hechos sino presentarlos.

Corte transversal:

Se recolectan los datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

3.2.- DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se realizó en el hospital regional Honorio Delgado, Arequipa, el cual cuenta con los servicios de medicina, cirugía, pediatría, ginecología, traumatología emergencia y consultorios de endocrinología, PCT, CRED, entre otros.

3.2 POBLACION Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN:

La población está conformada por los 110 pacientes que padecen de Diabetes Mellitus del Hospital Regional Honorio Delgado, cuyas atenciones fueron en el servicio de medicina y endocrinología entre los meses de enero a Junio del 2016

3.2.2.- MUESTRA

Para el desarrollo de la investigación se ha determinado una muestra que sea de manera intencional quedando constituida por los 110 pacientes cuyas atenciones fueron en el servicio de medicina y endocrinología entre los meses de enero a Junio del 2016.

3.2.4. CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes con Diabetes Mellitus que asisten al hospital Honorio Delgado
- Pacientes que acepten participar en la investigación.

3.2.5. CRITERIOS DE EXCLUSION

- Padres inconscientes
- Pacientes diabético que no acepten participar en el estudio.
- Pacientes diabéticos poco colaboradores

3.4.- TECNICAS E INSTRUMENTOS

3.4.1. TECNICAS

Encuesta

3.4.2. INSTRUMENTOS

Cuestionario

3.4. 3. Matriz de instrumentos

Cuestionario para la medición de autocuidado en el paciente diabético.

Consta de 31 preguntas cerradas con alternativas de respuesta que han sido delimitadas, Se eligió este tipo de preguntas ya que son fáciles de codificar y facilitan el análisis. Así mismo porque requieren un menor esfuerzo para la persona que va a responder las preguntas.

- Cada pregunta se responde de acuerdo a lo que pide la pregunta **Si** o **NO**.
- Cada respuesta correcta tiene valor de 1 punto.
- Esta guía es hetero administrable o también puede ser autoadministrable.
- De acuerdo a la cantidad de indicadores positivos presentes en el encuestado se califica si los conocimientos son buenos, regulares o deficientes.

3.5 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El instrumento fue sometido a un juicio de experto por medio de los cuales se dará la validación de los instrumentos realizados para poder aplicarlos.

3.6.- PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Este proyecto se llevó a cabo en forma ordenada y coordinada con el propósito de lograr obtener toda la información requerida y la obtención de datos confiables con el fin de evaluar las medidas de auto cuidado de los pacientes diabéticos del programa de diabetes Mellitus del Hospital

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA: 1

DISTRIBUCIÓN SEGÚN GÉNERO DE LOS PACIENTES

GENERO	N	%
Masculino	69	63
Femenino	41	37
Total	110	100

Interpretación: Se observa que el 63%(69) de los pacientes son de género masculino, el 37%(41) son de género femenino.

GRAFICO: 1

DISTRIBUCIÓN SEGÚN GÉNERO DE LOS PACIENTES

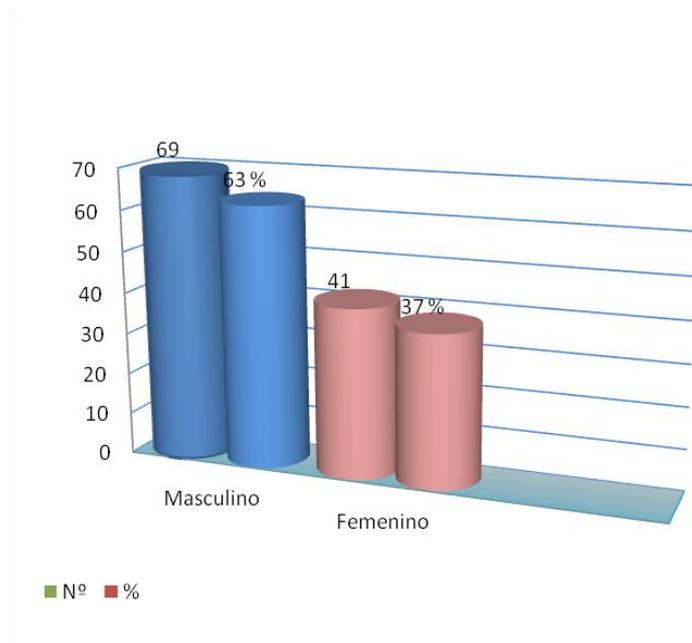


TABLA: 2

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE LOS PACIENTES

EDAD	N	%
Menor de 40 años	11	10
De 41 a 59 años	41	37
Más de 60 años	58	53
Total	110	100

Interpretación: Se observa que el 53%(58) de los pacientes tienen más de 60 años, el 37%(41) tienen de 41 a 59 años y solamente el 10%(11) tienen menos de 40 años.

GRAFICO: 2

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE LOS PACIENTES

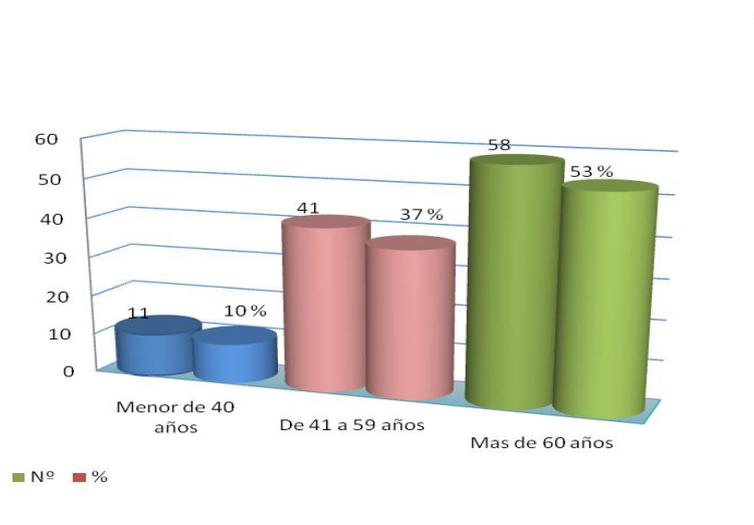


TABLA: 3

PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL FOMENTO DEL AUTO CUIDADO DE SU ALIMENTACIÓN EN EL PACIENTE DIABÉTICO DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2014

Participación fomento del auto cuidado de su alimentación	N	%
✓ No participa	17	15
✓ Si participa	59	54
✓ A veces participa	34	31
Total	110	100

Interpretación: Se observa que el 54%(59) de los pacientes refieren que si hay participación de enfermería en el fomento del auto cuidado de su alimentación, el 31%(34) A veces participa y el 15%(17) No participa.

GRAFICO: 3

PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL FOMENTO DEL AUTO CUIDADO DE SU ALIMENTACIÓN EN EL PACIENTE DIABÉTICO DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2014

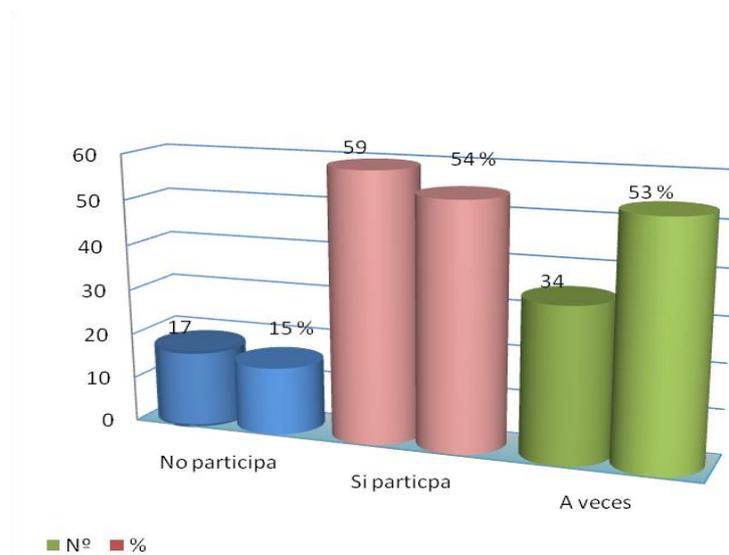


TABLA: 4

PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL FOMENTO DEL AUTO CUIDADO EN LA ACTIVIDAD FÍSICA DEL PACIENTE DIABÉTICO DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2014

Participación fomento del auto cuidado en la actividad física	N	%
✓ No participa	18	16
✓ Si participa	48	44
✓ A veces participa	44	40
Total	110	100

Interpretación: Se observa que el 44%(48) de los pacientes refieren que si hay participación de enfermería en el fomento del auto cuidado en la actividad física, el 40%(44) A veces participa y el 16%(18) No participa.

GRAFICO: 4

PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL FOMENTO DEL AUTO CUIDADO EN LA ACTIVIDAD FÍSICA DEL PACIENTE DIABÉTICO DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2014

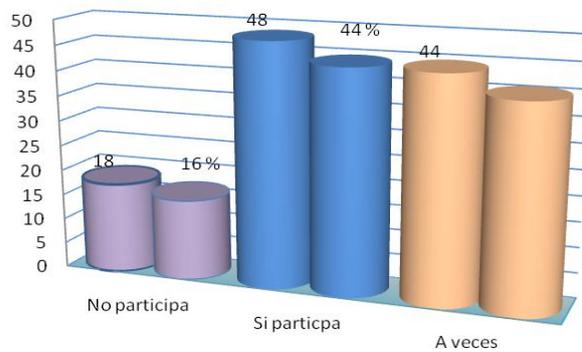


TABLA: 5

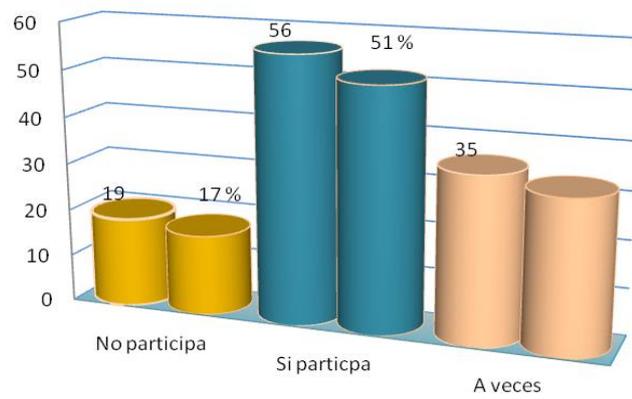
PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL FOMENTO DEL AUTO CUIDADO TENIENDO EN CUENTA LAS CONDUCTAS DE RIESGO DEL PACIENTE DIABÉTICO

Participación fomento del auto cuidado las conductas de riesgo	N	%
✓ No participa	19	17
✓ Si participa	56	51
✓ A veces participa	35	32
Total	110	100

Interpretación: Se observa que el 51%(56) de los pacientes refieren que si hay participación de enfermería en el fomento del auto cuidado teniendo en cuenta las conductas riesgos, el 32%(35) A veces participa y el 17%(19) No participa.

GRAFICO: 5

PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL FOMENTO DEL AUTO CUIDADO TENIENDO EN CUENTA LAS CONDUCTAS DE RIESGO DEL PACIENTE DIABÉTICO



DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Nuestro estudio se realizó en una muestra de 110 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus en el cual es importante mencionar que en general los pacientes refieren que existe participación de enfermería en el fomento del auto cuidado en el paciente diabético del hospital regional Honorio delgado, Arequipa 2014, estos resultados similares a lo obtenido por González-Pedraza Avilés y colaboradores en 2 clínicas del ISSSTE en México D.F31 y León-Manzon y colaboradores, en la unidad de medicina familiar de Jiutepec Morelos México donde una de sus dimensiones considero la participación del personal de salud mediante la enseñanza a los paciente para que puedan cuidarse por si mismos. El estudio se realizó en una muestra de 150 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus en la unidad de medicina familiar número 61 de Córdoba Veracruz.

Lo anterior demuestra consistencia en el instrumento si consideramos que la población de nuestro estudio obtuvo características similares al estudio citado.

Un porcentaje considerable de pacientes refiere que existe participación del profesional de salud principalmente en la dimensión alimentación como aspecto básico para hacer más el cuidado en la elección y preparación de sus alimentos y con ello garantizar por medio de la orientación oportuna el auto cuidado.

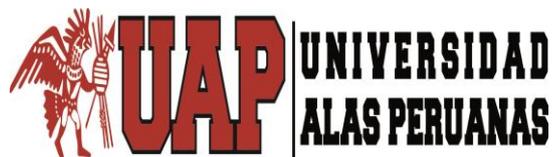
Respecto a los porcentajes obtenidos por parte de los pacientes diabéticos según su edad, no se presentó relevancia significativa en el estudio y solamente que según genero quienes más padecen la enfermedad son en el 63%(69) de los pacientes son de género masculino, el 37%(41) son de género femenino.

CONCLUSIONES

- ✓ El mayor porcentaje de los pacientes son de género masculino. Asimismo los que tienen más de 60 años, seguido de aquellos que tienen de 41 a 59 años y solamente el 10%(11) tienen menos de 40 años.
- ✓ Es mayor el índice porcentual de pacientes que refieren que hay participación de enfermería en el fomento del auto cuidado de su alimentación, el 31%(34) refiere que A veces participa y el 15%(17) No participa.
- ✓ En la dimensión fomento de la actividad física los pacientes refieren que si hay participación de enfermería en el fomento del auto cuidado muy seguido de un porcentaje de ellos que refieren que a veces participa y un mínimo porcentaje que refiere que no participa.
- ✓ El 51% de los pacientes refieren que si hay participación de enfermería en el fomento del auto cuidado teniendo en cuenta las conductas riesgos, el 32% refiere que a veces participa y el 17% No participa.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que las enfermeras brinden las orientaciones educativas en los pacientes es decir motivar a los pacientes para que tengan una mejor elección alimentaria, realicen actividades físicas y eviten las conductas de riesgo y con ello estarán fomentando el cuidado de si mismo en los pacientes.
- Se recomienda que las enfermeras continúen realizando las actividades educativas y con ello motivar en el cuidado de si mismo en los pacientes ya que teniendo mayor cuidado se garantizará mejor aceptabilidad al tratamiento.
- Se recomienda considerar las acciones de mejora las cuales impliquen en el abordaje de contenidos sobre su patología con el fin llevar al paciente al análisis y pueda a través de su introyección generar acciones de mejora en el seguimiento y responsabilidad de su salud.
- Se recomienda motivar para que realmente el paciente acepte y escuche al personal de salud y que el cuidado sea principalmente de parte de ellos y de su familia.
- Realizar visitas domiciliarias a los pacientes que han sido hospitalizados por complicaciones para concientizar a los pacientes que no vuelvan a incurrir en el descuido y también que vaya dirigido a pacientes que aún no las padecen y llevarlos a la reflexión.
- Capacitar y evaluar a pacientes y personal de salud sobre la diabetes con el objetivo de confirmar que la información proporcionada sea la más idónea.



INSTRUMENTO

I. INSTRUCCIONES

Estimado señor(a) el siguiente cuestionario cuyo objetivo es recopilar datos sobre la participación de enfermería en el fomento del auto cuidado

- 1. ¿Qué Edad tiene usted?**
 - a) <40
 - b) 40-59
 - c) <60

- 2. ¿Qué Ocupación tiene usted?**
 - a) Labores del hogar
 - b) Trabajador activo
 - c) Jubilado
 - d) Desempleado

- 3. ¿Qué Tratamiento recibe?**
 - a) Dieta
 - b) Antidiabéticos orales
 - c) Insulina
 - d) Sin tratamiento

- 4. Usted entiende por auto cuidado?**
 - a)- Cuidarse por si mismo

b).- Cuidar de los demás

c) .-Cuidar a los niños y adultos mayores

5. ¿Considera que las enfermeras participan fomentando su auto cuidado?

a) si

b) No

c) A veces

6 ¿usted recibió orientación sobre la enfermedad que padece (diabetes)?

a) Si

b) No

7.- ¿Considera que las enfermeras participan enseñándole el cuidado en los alimentos que consume?

a) Si

b) No

c) A veces

8.-¿Considera que aprendió a cuidar su alimentación con las orientaciones que le dieron?

a) Si

b) No

c) A veces

9.- Cuántos vasos de agua consume?

a) 2-4 vasos

b) 5-8 vasos

c) >9 vasos

10.-¿Considera que aprendió a cuidar su actividad física con las orientaciones que le dieron las enfermeras?

a) Si

b) No

c) A veces

11.-¿usted se lava los pies?

a) Diariamente

b) Interdiario

c) Semanal

12.- ¿Usted conoce las complicaciones de su enfermedad?

a) Si

b) No

13.- ¿Considera que aprendió a cuidar sus actividades y conductas de riesgo con las orientaciones que le dieron las enfermeras?

a) Si

b) No

c) A veces

14.- Usted identifica las conductas de riesgo que pueden complicar su enfermedad?

a) Si

b) No

c) A veces

15.- ¿Usted sabe que es prevención secundaria?

a) Si

b) No

16.- ¿Considera usted que en el hospital le brindaron información completa sobre prevención secundaria?

a) Si

b) No

c) La información fue confusa

Durante el último mes, ¿en qué medida se vio afectada la calidad de su vida por las siguientes causas?

31. Tener que organizar su vida cotidiana alrededor de la diabetes

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

32. Tener que descansar a menudo

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

33. Problemas al subir escaleras

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

34. Dificultades para sus cuidados personales (bañarse, vestirse o usar el sanitario)

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

35. Tener el sueño intranquilo

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

36. Andar más despacio que otras personas

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

37. Ser identificado como diabético

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

38. Interferencia de la diabetes con su vida familiar

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

39. La diabetes en general

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

Calificación global

1. Por favor, marque con una cruz (X) el cuadro que indique la calificación de su calidad de vida

Mínima calidad

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Máxima calidad

2. Por favor, marque con una cruz (X) el cuadro que indique lo que usted piensa de la gravedad de su diabetes

Ninguna gravedad

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Extremadamente grave

Gracias por sus respuestas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arbañil H, Valdivia H, Pando R. La diabetes mellitus, problema de salud pública. Rev Med Peru 1995; 67(352): 12-15.
2. Villena J. Epidemiología de la diabetes mellitus en el Perú. Rev Med Peru 1992; 64 (347): 71-75.
3. Arbañil H, Valdivia H, Pando R. La diabetes mellitus en el Hospital Dos de Mayo. Aspectos epidemiológicos. Rev Med Peru 1994; 66 (350):6-9
4. Seclén S, Leey J, Villena A, Herrera B, Menacho J, Carrasco A, et al. Prevalencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y obesidad como factores de riesgo coronario y cerebrovascular en población adulta de la costa sierra y selva del Perú. Acta Med Peru 1999; 17(1):8-12.
5. Departamento de Estadística e Informática. Hospital II ESSALUD-Cañete. Informe Estadístico Anual 2000-2001.
6. Arbañil HC. Infecciones en el diabético. En: Calderón R, Peñaloza JB, editores. Diabetes mellitus en el Perú. 1ra ed. Lima: Imprenta Desa; 1996.p.201-11.
7. Sociedad Peruana de Endocrinología. Consenso sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus y la intolerancia a la glucosa. Lima: Multiservicios Cinthia E.I.R.L.; 1998
8. Kaplan NM. Systemic hypertension: Mechanisms and diagnosis. En: Braunwald E, editor. Heart disease. A textbook of cardiovascular medicine. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1992.p.817-51.
9. The American Diabetes Association. Consensus development conference on the diagnosis of coronary heart disease in people with diabetes. Diabetes Care 1998; 21(9):1551-9.
10. Visiting Nurse Service: Self care guide, diabetes.
http://www.vnsny.org/system/assets/0000/0476/Diabetes_PatientCareGuide.original.pdf?1225313400

11. Autocuidado de personas con diabetes mellitus del Hospital del Apoyo "JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA" TUMBES.
<http://untumbes.edu.pe/inv/alumnos/fcs/ee/tesis/pdf/rt0014.pdf>
12. Consenso para la prevención de las complicaciones crónicas de la diabetes. Rev Invest Clin 2000; 52(3): 325-363.
13. Lima GV, Mora PE. Causas de deficiencia visual en pacientes diabéticos mexicanos. Rev Edocrinol Nutr 2001; 9 (4): 176-180
14. Gómez PF, Hernández JS, Rull J. Avances en el tratamiento de las manifestaciones sensitivas de la neuropatía diabética. Rev Edocrinol Nutr 2002; 10 (2): 77-83
15. García GE. Pie diabético. Rev Edocrinol Nutr 2002; 10 (2): 84-88.
16. Mancillas AL, Gómez PF, Rull RJ. Diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus, conceptos actuales. Rev Edocrinol Nutr 2002; 10 (2): 63-68.
17. American Diabetes Association. Todo sobre la diabetes en español.
<http://www.diabetes.org/espanol/diabetes-tipo-2>

INFORME DE LA PRUEBA PILOTO

De: Ticona Paz Karla Samantha

A: Mg. Miriam Gomez

ASUNTO: informe de la prueba piloto

FECHA: 05/12/2014

En relación a la prueba piloto realizada se informó que:

1.- calidad:

Me dado cuenta que la población de estudio no es la indicada ya que no hay un número considerable de personas con dicho problema el cual yo quiero investigar.

2.- presupuesto:

Le informo que yo he presupuestado s/ 1500 en la aplicación del proyecto pero me dado cuenta que el presupuesto es mayor y va a variar

3.-tiempos:

Me dado cuenta que se va a realizar en un tiempo más prolongado para mejores resultados.

Anexos: nuevas propuestas

1.- calidad:

El experto me dijo que cambie de población para un mejor resultado.

2.-presupuesto:

3.- tiempo:

Mi trabajo se realizará en el tiempo de marzo 2015 según el cronograma

Guía para elaborar plan de prueba piloto

1.- introducción:

Se ha visto por conveniente realizar esta investigación ya que en el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes. Se calcula que en 2004 fallecieron 3,4 millones de personas como consecuencias del exceso de azúcar en la sangre en ayunas. Para 2010 se ha estimado un número similar de defunciones. Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios.

Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030. La dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y la evitación del consumo de tabaco pueden prevenir la diabetes de tipo 2 o retrasar su aparición.

Se observó este problema en los adolescentes en el 2014.

2.- objetivos:

a.- objetivo general:

- Realizar la investigación en una población de característica parecida.

b.- objetivo específico:

- Validar los instrumentos.
- Conocer el presupuesto que voy a necesitar
- Evaluar el tiempo que voy a necesitar.

3.- información general:

a.- nombre los investigadores: Karla Samantha Ticona Paz

b.- fecha: 07/07/2015

C.-tamaño de muestra para la prueba piloto: 30 pacientes.

D.-lugar de ejecución: Hospital Regional Honorio Delgado

4.- descripción de las actividades:

	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTRO
1	Obtención de datos	El investigador	El investigador
2	Investigación	El investigador	El investigador
3	Pacientes diabéticos	El investigador	El investigador
4	Hare la investigación en marzo del 2015	El investigador	El investigador
5	Atraves de una encuesta escrita, registro de notas	El investigador	El investigador
6	tabulación	El investigador	El investigador
7	Elaboración del informe anual	El investigador	El investigador

5.- cronograma

El día 10 de marzo a las 10:00am estaremos en el Hospital Regional Honorio Delgado.

El día 11 de marzo a las 10:00am estaremos en el Hospital Regional Honorio Delgado.

El día 12 de marzo a las 10:00am estaremos en el Hospital Regional Honorio Delgado.

El día 13 de marzo a las 10:00am estaremos en el Hospital Regional Honorio Delgado.

7. INFORME:

El informe fue realizado en la todo paciente diabético que ingreso al Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

7.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Llegamos a la conclusión que la población del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza sus pacientes diabéticos no tienen la suficiente orientación sobre como debe ser su autocuidado.

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	HIPOTESIS
¿Existirá participación de enfermería en el fomento del auto cuidado en el paciente diabético del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2014?	<p>General</p> <p>Determinar la participación de enfermería en el fomento del auto cuidado en el paciente diabético del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2014</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Identificar la participación de enfermería en el fomento del auto cuidado de su alimentación en el paciente diabético del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2014</p> <p>Reconocer la participación de enfermería en el fomento del auto cuidado de su actividad física en el paciente diabético del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2014 ?</p>	Participación de enfermería en el fomento del autocuidado	<p>Cuidados en la alimentación</p> <p>Actividades físicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tiene adecuada elección alimentaria ✓ Sigue la dieta establecida ✓ Realiza ejercicios Aeróbicos ✓ Caminar ✓ Utiliza la ropa y zapatos adecuados <p>Cuida exponerse a</p>	<p>H^a.- participación de enfermería en el fomento del auto cuidado en el paciente diabético del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2014</p> <p>H^o.- No existe participación de enfermería en el fomento del auto cuidado en el paciente diabético del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2014</p>

	Identificar la participación de enfermería en el fomento del auto cuidado teniendo en cuenta la conductas de riesgo el paciente diabético del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2014		Cuidado en la conducta de riesgo	sustancias nocivas Cuida exponerse su salud por la falta de control médico y seguir las indicaciones	
--	--	--	----------------------------------	---	--