



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA**

UNAN - MANAGUA

Tesis Monográfica para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía

Conocimientos, actitudes y prácticas de auto cuidado en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, Mulukukú, Región Autónoma de la Costa Caribe Norte (RACCN), Nicaragua, marzo 2019

Autora:

Br. Maritza de los Angeles Rodríguez Valdivia

Tutor y asesor metodológico:

Dr. Wilbert Daniel López Toruño MD. MPH.

Médico y Máster en Salud Pública

UNAN Managua

Managua, Nicaragua

CONTENIDO

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO	ii
OPINIÓN DEL TUTOR.....	iii
RESUMEN.....	iv
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
III. JUSTIFICACIÓN.....	9
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
V. OBJETIVOS	12
VI. MARCO CONCEPTUAL Y DE REFERENCIA	13
VII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	38
VIII. RESULTADOS	57
IX. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	60
X. CONCLUSIONES	65
XI. RECOMENDACIONES	66
XII. BIBLIOGRAFÍA.....	68
XIII. ANEXOS	70

DEDICATORIA

Principalmente quiero dedicar este trabajo a Dios, ya que gracias a él he logrado obtener la sabiduría para realizar este estudio.

A mis padres por su apoyo incondicional y constante que me han dado; a mi madre Maritza Valdivia Córdoba, ejemplo de mujer emprendedora y perseverante; a mi papá Efraín Rodríguez Maltez por ser un pilar fundamental en mi familia.

A mi abuelita Concepción Córdoba, la cual fue como mi segunda madre, la que me apoyó para seguir adelante y darme palabras de aliento cuando más las necesitaba.

A mis hermanos Efraín Rodríguez Valdivia y Javier Rodríguez Valdivia por ser ejemplo de actitud y seguridad.

Al resto de mi familia, por su cariño y formar parte de los buenos momentos vividos.

A todos mis amigos, que a pesar de la distancia y el paso del tiempo siempre estarán en mis pensamientos, les deseo siempre lo mejor.



AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios por todos mis logros realizados y por medio de la oración siempre estuvo intercediendo en mis pasos, guiándome por el buen camino y recibiendo abundantes bendiciones.

Agradezco a mi familia por su apoyo y motivación que me brindaron, siempre ayudándome a cumplir mis metas e incentivándome a dar lo mejor de mí.

A mis maestros que han sido piezas fundamentales para mi aprendizaje y formación profesional.

A mi tutor de tesis monográfica Dr. Wilbert López Toruño, por su apoyo en el proceso de realización de este trabajo investigativo, por sus orientaciones, sus conocimientos, su persistencia y su motivación, han sido fundamentales para mi formación como investigadora.

También agradezco al Hospital Primario Carlos Fonseca Amador por permitirme realizar este estudio y a los pacientes por haber aceptado participar en esta investigación.

OPINIÓN DEL TUTOR

La presente investigación titulada: “**Conocimientos, actitudes y prácticas de auto cuidado en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, Mulukukú, Región Autónoma de la Costa Caribe Norte (RACCN), Nicaragua, marzo 2019**”, elaborado por la *Br. Maritza de los Angeles Rodríguez Valdivia*, permite comprender la percepción social de una parte de la población vulnerable de la Costa Caribe ante una problemática que cada vez aumenta más como es la Diabetes Mellitus tipo 2.

Evaluar la sensibilidad de la población diabética en cuanto a su enfermedad permite la prevención de complicaciones de dicha patología de igual manera colabora al abordaje y tratamiento del paciente y facilita la orientación para el buen vivir.

Mis felicitaciones a la Cra. Maritza Rodríguez por su desempeño al trabajo realizado, eso demuestra la constancia y disciplina ante los diferentes retos que ofrece la vida. Aprovecho para instarla a seguir investigando para brindar una mejor atención de calidad y calidez a la población nicaragüense.

Wilbert López Toruño MD. MPH.
Tutor Metodológico
Máster en Salud Pública
Docente Facultad de Ciencias Médicas
UNAN Managua

RESUMEN

La diabetes constituye un importante problema de salud por su alta prevalencia, importante morbi-mortalidad y elevado volumen de recursos sanitarios que consume. Los equipos de atención primaria tienen una posición central en el cuidado de las personas con diabetes. La accesibilidad, continuidad e integración de su asistencia, permiten, con una visión de equidad, generalizar la mejora del control y tratamiento de la enfermedad, la detección precoz de complicaciones y promover la enseñanza del autocuidado a un mayor número de personas con diabetes, con independencia del lugar geográfico de residencia. (Delgado, Guerrero, & Calderón, 2016)

Se realizó el estudio con el objetivo de conocer el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de auto cuidado en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital Primario Carlos Fonseca Amador del municipio de Mulukukú de la Región Autónoma de la Costa Caribe Norte en el mes de marzo del 2019. Para tal efecto se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, de corte transversal, aplicado a pacientes hombres y mujeres con diagnóstico de diabetes tipo 2 que son atendidos en la consulta externa del Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, con un universo de 116 pacientes que padecen diabetes tipo 2, se hizo un muestreo de tipo no probabilístico, por conveniencia, seleccionando únicamente a los pacientes que cumplieron con los criterios de selección y se encuestaron a 58 pacientes.

Las conclusiones fueron que la mayoría de los encuestados se encontraron entre las edades de 51-60 años, del sexo femenino, procedentes del área urbana, de predominio la religión evangélica y un estado civil de unión de hecho estable, con un nivel académico de primaria incompleta, trabajadores por cuenta propia, con más de 5 años de vivir con la enfermedad, contaron con un nivel de conocimientos de tipo regular, tuvieron una actitud favorable con respecto al autocuidado, siendo el componente afectivo el de mayor actitud favorable, y el componente cognitivo el más desfavorable, la mayoría de las prácticas fueron regulares, siendo el ítem de medicación y autoexámenes el que mayor buena práctica tuvieron, y el ítem de dieta el que con más mala práctica dio como resultado.

I. INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus (DM) comprende un grupo de trastornos metabólicos que producen hiperglucemia. En particular la Diabetes Mellitus tipo 2 comienza con resistencia a la insulina, evitando que las células del cuerpo la utilicen de manera adecuada, disminuyendo la funcionalidad del páncreas y originando irregularidades en el organismo. (Jameson, y otros, 2018)

La diabetes mellitus es una enfermedad de primera importancia a nivel de salud pública en todo el mundo, por ser una de las enfermedades no transmisibles más frecuentes, y por la severidad y diversidad de sus complicaciones crónicas.

El aumento progresivo de pacientes diabéticos, a escala mundial, ha demostrado la necesidad de desarrollar planes más efectivos que posibiliten garantizar un mayor nivel de vida a las personas afectadas, teniendo en cuenta el diagnóstico preventivo. Pero se requiere no solo de la voluntad de las instituciones médicas, sino también del interés de los gobiernos y, fundamentalmente, requiere elevar el nivel de información relacionada con esta enfermedad en la población.

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM tipo 2), de acuerdo a las proyecciones de la Organización Mundial de la Salud, tendrá un incremento de la prevalencia en adultos de 42% en los países desarrollados, que corresponderá de 51 a 72 millones de diabéticos; y de 170% en países en vías de desarrollo, que ascendería de 84 a 228 millones de diabéticos para el 2025. El mundo se está enfrentando a una epidemia creciente de Diabetes de proporciones potencialmente devastadoras. Su impacto se sentirá más severamente en los países en vías de desarrollo. (Han, Whiting, & Forouhi, 2015)

Según el informe “Perfil de los países para la diabetes 2016” realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) la prevalencia de diabetes en Nicaragua es del 8.1%, lo que la ubica en cuarto lugar con respecto a los otros países centroamericanos, encontrándose Panamá en el primer lugar con un 9% de prevalencia, seguido de El Salvador con 8.8% y Costa Rica con 8.5% con el segundo y tercer lugar respectivamente.

En Nicaragua se estima que 129 de cada 10,000 habitantes sufren de esta enfermedad y ocupa la tercera causa de muerte. El Ministerio de Salud está desarrollando una estrategia educativa, nutricional y comunitaria que significa el fortalecimiento de los clubes de diabéticos en los distintos territorios, a fin de garantizarles los medicamentos y el cambio de conducta alimenticia por un estilo de vida saludable.

Según el Ministerio de Salud (MINSa) la diabetes ocupa el segundo lugar dentro de las enfermedades crónicas más frecuentes en el país, siendo la tasa de mortalidad por diabetes mellitus de 3.5 por cada 10,000 habitantes a nivel del país. (MINSa, Mapa de padecimientos de salud de Nicaragua, 2019)

La diabetes en todas sus formas impone unos costes humanos, sociales y económicos inaceptablemente altos en países de todos los niveles de ingresos. A pesar de la gran variedad de herramientas a nuestra disposición para hacer frente a la enfermedad, tratamientos farmacológicos eficaces, tecnología avanzada, estrategias educativas y preventivas que cada vez son mejores, se siguen aumentando dichos casos y sus complicaciones que producen discapacidad y riesgo para la vida.

Este estudio pretende describir el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de auto cuidado que poseen los pacientes con diabetes tipo 2 que acuden a la consulta externa del Hospital Primario Carlos Fonseca Amador de Mulukuku, Región Autónoma de la Costa Caribe Norte (RACCN), Nicaragua, en el mes de marzo 2019.

II. ANTECEDENTES

A nivel internacional

En el año 2011 en Lima Perú, Vásquez realizó el estudio “Determinar / Identificar el nivel de conocimiento, actitudes y las prácticas de las medidas preventivas de la diabetes Mellitus tipo 2 en los trabajadores mayores de 35 años de los centros de aplicación Productos Unión y Editorial Imprenta Unión de la Universidad Peruana Unión – Lima, 2011”. El estudio fue de tipo cuantitativo, no experimental; descriptivo transversal, para la recolección de datos se empleó un cuestionario de 42 preguntas; la población fue de 80 personas tomada en un 100%, con un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 5%. Resultados: En conocimiento, el 51.3% bueno, 33.7% regular, 11.2 % muy bueno, 3.7% malo; actitudes, el 53.7% favorable, 43.7% totalmente favorable, 1.2 % favorable y desfavorable. Respecto a las prácticas, el 37.5% regular, el 28.7% bueno, 25% malo, 5% muy bueno sólo el 3% muy malo. Conclusiones: El nivel de conocimientos sobre las medidas preventivas de la diabetes Mellitus tipo 2, en los trabajadores mayores de 35 años, en su mayoría fue bueno (51.3%), aunque existe también un 3.8% de la población que presentó conocimientos malos. Las actitudes frente a las medidas preventivas fueron favorables (53.8%), sólo un 1.3% presentó actitud desfavorable. Referente al nivel de prácticas sobre las medidas preventivas de la diabetes Mellitus tipo 2 que presentan los trabajadores mayores de 35 años en su mayoría fue regular (37.5%), muy malo (3.8%), y malo (25%). (Vásquez, 2011)

En el año 2014 en Ecuador Muñoz y colaboradores, realizaron el estudio “Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre Diabetes Mellitus Tipo 2 en pacientes diabéticos que asistieron a consulta en la Fundación Donum entre marzo-julio de 2014”. El cual fue de tipo descriptivo, con un universo de 290 pacientes que consultaron en la Fundación Donum entre marzo y julio de 2014. En ellos se aplicó el cuestionario KAP mediante entrevista, y los datos fueron analizados dando como resultado: la mediana de la edad fue 64 años; la mínima, 33 y la máxima 98. El 46.21% tenían entre 45-64 años. El 68.62% fueron mujeres. En el área urbana residen el 78.28%. El 54.83% se dedicaban a los quehaceres domésticos. Entre analfabetos y con nivel primario sumaron el 71.38%. Y el 46.21% tenían < de 10 años de evolución de la enfermedad. El nivel alto de conocimientos fue de 26.21%; el medio, de 68.97% y el bajo, de 4.83%. El nivel alto de actitudes de 6.55%; el medio, de 35.17% y bajo, de 58.28%. El nivel alto de prácticas de 80%; el medio, de 17.93% y el bajo, de 2.07%.

Conclusiones: El nivel alto de conocimientos fue menor al 30%, el nivel alto de actitud menor al 10% y el nivel alto de prácticas, del 80%. (Muñoz, Ortega, & Paccha, 2014)

En otro estudio en Lima Perú, Amaya en su investigación “Conocimiento sobre las medidas de autocuidado en diabetes mellitus tipo 2 en los usuarios que se atienden en la Institución Prestadora de Salud Zarate 2015”, el cual fue de tipo cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 35 usuarios. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Resultados. Del 100% (35), 51% (18) conoce y el 49% (17) no conoce. En la dimensión ejercicio físico 63% (22) conoce y 37% (13) no conoce, en la dimensión alimentación 57% (20) conoce y 43% (15) no conoce, en la dimensión cuidado de los pies 77% (27) conoce y 23% (8) no conoce y en la dimensión tratamiento farmacológico 60% (21) conoce y 40% (14) no conoce. (Amaya, 2015)

Para el año 2015 en España, González y colaboradores, realizaron el estudio “Conocimientos del diabético tipo 2 acerca de su enfermedad: estudio en un centro de salud”, el estudio fue descriptivo de corte transversal en el mes de mayo 2015. El universo estuvo constituido por 190 pacientes; la muestra estuvo integrada por 88 pacientes. Se compilaron los datos a través de una entrevista a los 88 pacientes en la consulta y se volcaron en una encuesta que se convirtió en el registro primario en donde se caracterizó a la población y se evidenció que el sexo femenino fue el más frecuente y el grupo etáreo más frecuente fue el mayor de 65 años, el nivel de conocimiento de los pacientes fue directamente proporcional al tiempo de evolución de la enfermedad, el nivel de escolaridad y los antecedentes patológicos familiares tienen gran influencia en el nivel de conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad y las complicaciones que se ven con mayor frecuencia en estos pacientes son las infecciosas. (González, Bandera, Valle, & Fernández, 2015)

En el año 2016 en Cuba, Sánchez y colaboradores, realizaron el estudio “Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 pertenecientes al Policlínico Ángel Ortiz Vázquez del municipio Manzanillo en el mes de mayo del 2016”, el cual fue de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal. El universo del estudio quedó constituido por 87 pacientes diabéticos tipo 2 diagnosticados en ese período, la muestra fue de 22 pacientes. Se estudiaron las variables nivel de conocimiento sobre la enfermedad, autocuidado y vías de información sobre la diabetes mellitus. Se empleó como técnica de recogida de información la encuesta a pacientes diabéticos elaborada por los autores de la investigación.

Dando como resultados que el nivel de conocimientos sobre la diabetes mellitus que predominó fue bajo para un 45%; el 91% presentó ausencia de autocuidado y las vías de obtención de la información que predominaron fueron los medios de difusión masiva con un 81% y seguido de este, el personal de salud con un 19%, de manera general los pacientes diabéticos tipo 2 presentaron ausencia de autocuidado y bajo nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus, por lo que se recomendó el diseño e implementación de programas educativos. (Sánchez, Rosabal, Sánchez, & Rodríguez, 2016)

En el año 2017 en Perú, Silva realizó el estudio “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre diabetes mellitus tipo 2 de los pacientes de los hospitales de Coronel Portillo, 2017”. El estudio fue descriptivo, cuantitativo, transversal. Se empleó la técnica de muestreo estratificado proporcionado, el tamaño de la muestra fue de 572; 69 del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 149 del Hospital Regional de Pucallpa y 356 del Hospital EsSalud-II de Pucallpa. La técnica de recolección de datos fue el cuestionario elaborado por la investigadora. Se encontró que el 50.9% de los encuestados fueron del sexo femenino, el 44.9% de los entrevistados eran convivientes, el grado de instrucción el 37.7% tuvieron estudios universitarios, el tiempo de enfermedad fue de 4.9 ± 4.86 años, el 70.8% usaban antidiabéticos orales, el 83.7% refirieron tener un tratamiento regular, con respecto a las comorbilidades el 22.5% reportó hipertensión arterial. De los pacientes encuestados se encontró que el nivel de conocimientos de la diabetes fue inadecuado, solo el 2.6% respondió adecuadamente el cuestionario. Las actitudes hacia la diabetes, los pacientes le dan mayor importancia a la “valoración del control estricto” y menor importancia a la “necesidad de entrenamiento especial”. Las prácticas de autocuidado, los ítems de dieta revelaron que la mayoría de los pacientes presentaba un comportamiento adecuado. Los ítems de ejercicio y control de la glucemia mostraron que las conductas de autocuidado son inadecuadas. (Silva, 2017)

A nivel nacional

Reyes y Rentería realizaron un estudio cuyos objetivos fueron describir las características generales, los conocimientos, actitudes y prácticas del tratamiento de pacientes diabéticos ingresados al componente de dispensarizados en las unidades de salud del municipio de San Pedro del Norte, Chinandega, durante marzo del 2013. Se realizó un estudio transversal, aplicado a los programas educativos en la población, a través de una encuesta CAP. La mayoría de pacientes eran adultos entre 45-64 años de edad, hombres, con baja escolaridad, estado civil casado/acompañados, ocupaciones ama de casa y jornalero, de bajo ingreso, diabetes tipo 2 y con 5 años o más de estar en el componente de dispensarizados. La principal enfermedad asociada fue la hipertensión arterial y las principales complicaciones estuvieron relacionadas con: hiperglucemia, hipoglucemia, úlceras por pie diabético y retinopatía. El nivel de conocimiento sobre la diabetes mellitus fue considerado deficiente en 45%, bueno 23% y muy bueno 32%. Dos terceras partes de los pacientes diabéticos tuvieron un mayor número de actitudes positivas y solamente una tercera parte realizaban un mayor número de prácticas de auto-cuidado positivas. (Reyes & Rentería, 2013)

En el año 2014 Bravo y Hernández realizaron el estudio “Conocimiento, actitudes y prácticas sobre diabetes mellitus en los pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital Regional Asunción Juigalpa en el periodo enero-febrero del año 2014”. El tipo de estudio fue descriptivo, de corte transversal, aplicados a pacientes mayores de 15 años, hombres y mujeres con diagnóstico de Diabetes Mellitus atendidos en la consulta externa del Hospital Regional Asunción Juigalpa, con un universo de 355 pacientes que padecen de diabetes tipo 2 y que son atendidos en la consulta externa, se hizo un muestreo no probabilístico por conveniencia y se encuestaron a 189 pacientes. Resultados: El 59.3% de la población encuestada es mayor de 60 años, el 54% de los encuestados son mujeres y el 46% restante corresponde al sexo masculino. Con respecto a los conocimientos básicos, sobre el control glucémico, de la prevención y complicaciones acerca de Diabetes Mellitus de la población en estudio se encontró que tenían buen nivel de conocimientos. En relación a las proposiciones positivas que se realizaron a los encuestados todos estaban dispuestos a bajar de peso y mejorar su dieta, y la mayoría está dispuesto a realizar más ejercicio, y estuvieron interesados en participar en un grupo de auto ayuda. Se observó que a mayor edad la actitud se vuelve más favorable siendo los mayores de 60 años los que presentaron el nivel de actitud más favorable, además a mayor nivel de escolaridad los encuestados expresaron una actitud positiva.

La mayor actitud favorable la expresaron los entrevistados que realizaron otras actividades de trabajo seguidos de las amas de casa y los que trabajan actualmente presentaron mayor actitud desfavorable posiblemente por su falta de tiempo presentan negatividad para cambiar su estilo de vida. Al comparar el estudio se demostró que los encuestados de mayor de edad, las amas de casa y los que trabajaban actualmente desarrollaban buenas prácticas, así como las personas que alcanzaron un buen nivel de conocimientos y una actitud favorable ante los factores de riesgo de Diabetes Mellitus también realizaban las mejores prácticas lo que favorece su salud y control adecuado de la patología. (Bravo & Hernández, 2014)

Para el año 2015 López y Narváez realizaron el estudio “Conocimiento y actitudes sobre diabetes mellitus en pacientes dispensarizados del centro de salud Francisco Morazán en el período de octubre del 2015”. El estudio fue descriptivo, de corte transversal, aplicados a Pacientes mayores de 30 años, hombres y mujeres con diagnóstico de Diabetes Mellitus atendidos en dispensarizados del centro de salud y policlínico Francisco Morazán, con un universo de 1,245 pacientes que padecen de diabetes tipo 2 y que son atendidos en dispensarizados, se hizo un muestreo no probabilístico, por conveniencia donde la encuesta se realizaría de lunes a viernes en el área de dispensarizados durante el período de octubre del año 2015 y se encuestaron a 120 pacientes. Dentro de las conclusiones se encontraron que los pacientes encuestados más afectados según la situación sociodemográfica estuvieron entre las edades de 51-60 años, predominantemente el sexo femenino y en su mayor porcentaje la raza mestiza; Con respecto a la escolaridad la mayoría de la población logro estudiar hasta primaria, y ya que la mayoría de los encuestados fue femenino la ocupación predominante fue ama de casa; con respecto a los conocimientos básicos, sobre el control glucémico y de la prevención de complicaciones acerca de Diabetes Mellitus la mitad de la población logró aprobar con buenos conocimientos y todos tuvieron una actitud favorable. (López & Narváez, 2015)

Mendieta y Zavala en el año 2016 realizaron el estudio: “Conocimientos, actitudes y prácticas de auto cuidado en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en la consulta externa por el servicio de medicina interna del Hospital Regional Santiago de Jinotepe, enero-marzo del 2016.” Este se realizó con 48 Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus 2, que asistieron a la consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Santiago de Jinotepe, durante el periodo de estudio. El Muestreo fue de tipo no probabilístico por conveniencia, seleccionando únicamente a los pacientes que cumplieron con los criterios de selección y/o que interesan al estudio.

Las conclusiones fueron que la mayoría de los encuestados se encontraban entre las edades de 51 – 60 años, femeninas, procedentes tanto del área rural como urbana, católicas, solteros, con nivel académico de primaria, trabajadores por cuenta propia, con más de 5 años de convivir con la enfermedad. Obtuvieron un nivel regular de conocimientos. Tenían una actitud favorable con respecto a su autocuidado, siendo el componente comportamental el de mayor actitud favorable y el componente cognitivo el más desfavorable. La mayoría fueron prácticas regulares, siendo el ítem de cuidado de los pies es el que mayor buena práctica obtuvieron, y el ítem de ejercicios físicos el que más mala práctica dio como resultado. (Mendieta & Zavala, 2016)

III. JUSTIFICACIÓN

La Diabetes Mellitus, como muchas otras enfermedades crónicas degenerativas, ha mostrado incremento progresivo en su incidencia y prevalencia en todo el mundo. Sigue siendo un gran problema para la Salud Pública mundial y el número de pacientes día a día va en aumento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), reporta que más del 80% de muertes por diabetes se registran en países de bajos y medianos ingresos, casi la mitad menores de 70 años y un 55% a mujeres. Según las estimaciones, 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980. La prevalencia mundial (normalizada por edades) de la diabetes casi se ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4,7% al 8,5% en la población adulta. (OMS, 2016)

La diabetes es una de las mayores emergencias mundiales de salud del siglo XXI. Cada año más y más personas viven con esta condición, que puede desencadenar complicaciones a lo largo de la vida. Muchos países todavía no son conscientes del impacto social y económico de la diabetes. Esta falta de entendimiento es la mayor barrera para las estrategias de prevención efectivas que pueden ayudar a detener el inexorable aumento de la diabetes tipo 2. (Han, Whiting, & Forouhi, 2015)

En los últimos 10 años se ha observado un incremento del 100% en Diabetes Mellitus. La tasa de mortalidad por diabetes mellitus para el año 2018 a nivel nacional fue de 3.5 por cada 10,000 habitantes, a nivel del SILAIS Las Minas fue: 0.8 por cada 10,000 habitantes, siendo para el municipio de Mulukukú de 0.6 por cada 10,000 habitantes, Siuna 0.8 por cada 10,000 habitantes, Rosita 1.1 por cada 10,000 habitantes, Bonanza 0.7 por cada 10,000 habitantes y Paiwas 1.1 por cada 10,000 habitantes. (MINSA, Mapa de padecimientos de salud de Nicaragua, 2019)

Según datos estadísticos del Ministerio de Salud la Diabetes mellitus ocupa el segundo lugar de frecuencia de enfermedades crónicas en el municipio de Mulukukú. Los altos costos sociales y económicos que generan, requieren de medida trascendentales para evitar sus complicaciones y mejorar la calidad de vida. Los múltiples programas preventivos que se han implementado parecen no detener los casos de Diabetes.

Este estudio surge con el propósito de evaluar en nuestra población principalmente en la consulta externa del Hospital Primario Carlos Fonseca Amador de Mulukukú, Región Autónoma de la Costa Caribe Norte, del SILAIS Las Minas, los conocimientos, actitudes y prácticas que poseen los pacientes diabéticos sobre su autocuidado en el período de marzo 2019. De igual manera, este trabajo pretende servir de fuente bibliográfica para futuras consultas investigativas, así como respaldo científico en la discusión de protocolos, normativas y estrategias del Ministerio de Salud (MINSA), que ayuden a reducir la morbilidad tanto de la diabetes como de sus complicaciones.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Diabetes es una de las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor prevalencia. Según la Federación Internacional de Diabetes alrededor de 415 millones de personas en el mundo, o el 8.8% de adultos entre las edades de 20-79 se estima que tienen diabetes. Alrededor del 75% viven en países de medianos y bajos ingresos. Si estas tendencias continúan, en 2040 unos 642 millones de personas, o uno entre diez adultos, tendrá diabetes. El mayor aumento tendrá lugar en las regiones donde las economías están pasando de niveles de bajo ingresos a medianos ingresos. (Han, Whiting, & Forouhi, 2015)

Los egresos hospitalarios a nivel nacional con diagnóstico de diabetes mellitus en el 2018 totalizaron 10,679 (versus 10,560 en el 2017), ocupando en ambos años el cuarto lugar en las causas de hospitalización a nivel nacional; a la vez se reportaron 2,275 fallecimientos a causa de esta enfermedad lo cual comparado con el año 2017 en donde hubo un total de 2,364 fallecimientos registrados, podemos observar una reducción en el número de fallecimientos a causa de esta enfermedad, sin embargo en ambos años ocupa la tercera causa de muerte a nivel nacional. (MINSA, Mapa de padecimientos de salud de Nicaragua, 2019)

Se necesita más educación para mejorar el control de la enfermedad e integrar los cambios de estilo de vida que reducirán el número de complicaciones de la diabetes tipo 2, por lo tanto, es necesario identificar a los pacientes que se encuentran con factores de riesgo, para comenzar las acciones necesarias y oportunas con el objetivo de prevenir y aliviar las complicaciones inherentes a la falta o deficiencia de conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado.

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de auto cuidado poseen los pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, Mulukukú, Región Autónoma de la Costa Caribe Norte (RACCN), Nicaragua, en el mes de marzo del 2019?

V. OBJETIVOS

Objetivo General:

Describir el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de auto cuidado en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital Primario Carlos Fonseca Amador de Mulukukú, Región Autónoma de la Costa Caribe Norte (RACCN), Nicaragua, marzo del 2019.

Objetivos Específicos:

1. Señalar las características sociodemográficas de los pacientes con diabetes tipo 2.
2. Mencionar el nivel de conocimientos de autocuidados para personas con diabetes que poseen los pacientes en estudio.
3. Establecer el nivel de actitudes de estos pacientes con respecto a los autocuidados de la diabetes.
4. Determinar el grado de prácticas de autocuidado para personas con diabetes de los pacientes en estudio.

VI. MARCO CONCEPTUAL Y DE REFERENCIA

a) CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS

Los conocimientos deben definirse como los niveles de información que un individuo tiene acerca de una materia e implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada. Corresponde en sí a una de las facultades sensoriales del hombre.

Para el filósofo griego Platón, el conocimiento es aquello necesariamente verdadero (*episteme*). En cambio, la creencia y la opinión ignoran la realidad de las cosas, por lo que forman parte del ámbito de lo probable y de lo aparente.

El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto.

Sin embargo, el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que la persona haga consciente las razones para adoptar o modificar una determinada conducta. El conocimiento brinda un significado a las actitudes, creencias y prácticas.

La actitud es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación, que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada. Las actitudes son adquiridas y no heredadas; por tanto, su desarrollo implica socialización y hábito. El nivel socioeconómico y educacional, la ocupación, la edad tienen influencia sobre las actitudes y creencias. Las actitudes tienden a uniformar el comportamiento y las relaciones sociales. Conociendo las actitudes y creencias de una persona respecto de algo, es posible predecir más fácilmente sus prácticas.

Las actitudes son aprendidas con el tiempo, estas tienden a permanecer bastante estables luego de haberlas puesto en práctica. Estas son dirigidas siempre hacia un objeto o idea particular. Las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí.

Kimball Young: “Se puede definir una actitud como la tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra), con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupo de personas”.

Las actitudes comprenden tres factores: uno ideológico formado por ideas y convicciones determinadas, otro sentimental que genera simpatía o antipatía hacia cosas o personas; y un tercero reactivo o conductual que impulsa a pensar y obrar en las distintas situaciones sociales en consonancia con las convicciones y sentimientos profesados.

La práctica es una respuesta establecida para una situación común. El comportamiento está formado por prácticas, conductas, procedimientos y reacciones, es decir, todo lo que le acontece al individuo y de lo que el participa. Es una conducta o reacción.

Las prácticas regulares se denominan hábitos. Ciertas prácticas pueden convertirse en factores de riesgo. La práctica es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos.

Los pacientes diabéticos deben modificar las prácticas de autocuidado y mantener un equilibrio entre la variedad de factores que la enfermedad genera, y no sólo las habilidades de cuidado personal para evitar los aumentos o disminuciones agudas de la glucosa, sino que también tiene que incorporar a su estilo de vida muchas medidas preventivas como: alimentación, ejercicio físico, cuidado de la piel, cuidado de las uñas, higiene bucal, utilización adecuado de calzado, asistencia médica, control de medicamentos, control del estrés y control de la glucemia. Siendo estas las medidas preventivas de complicaciones severas de la enfermedad.

b) EPIDEMIOLOGÍA

La diabetes mellitus es una de las principales preocupaciones en el ámbito de la salud pública en la región. El incremento de sobrepeso, así como los estilos de vida sedentarios y el envejecimiento de la población, contribuyen al riesgo de desarrollar la diabetes mellitus; por otro lado, la diabetes constituye un factor de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares, ocasionar ceguera y causar daños a los riñones y la pérdida de las extremidades inferiores. Muchos casos de diabetes pueden prevenirse con una dieta saludable y ejercicio, y las complicaciones pueden reducirse manteniendo un peso saludable, ingiriendo una dieta baja en grasa y alta en fibra, dejando de fumar, haciendo ejercicio regularmente y manteniendo controlada la presión sanguínea alta.

En 2012, la diabetes a nivel mundial provocó 1,5 millones de muertes. Un nivel de glucosa en la sangre superior al deseable provocó otros 2,2 millones de muertes, al incrementar los riesgos de enfermedades cardiovasculares y de otro tipo. Un 43% de estos 3,7 millones de muertes ocurren en personas con menos de 70 años. El porcentaje de muertes atribuibles a una glucemia elevada o la diabetes en menores de 70 años de edad es superior en los países de bajos y medianos ingresos que en los de altos ingresos. (OMS, 2016)

Según las estimaciones, 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980. La prevalencia mundial (normalizada por edades) de la diabetes casi se ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4.7% al 8.5% en la población adulta. Ello supone también un incremento en los factores de riesgo conexos, como el sobrepeso o la obesidad. En la última década, la prevalencia de la diabetes ha aumentado más deprisa en los países de bajos y medianos ingresos que en los de ingresos altos.

Al igual que otros países de la región, en Latino América, la diabetes mellitus representa un problema de salud pública para Nicaragua; es una de las enfermedades que más incide en la población en general. La prevalencia de diabetes en los países centroamericanos se encuentra de la siguiente manera: Panamá 9%, El Salvador 8.8%, Costa Rica 8.5%, Nicaragua el 8.1%, Guatemala 7.5%, Honduras 7.2%. (OMS, 2016)

Según la Organización Panamericana de la Salud, en el continente americano hay 62 millones de personas con esta enfermedad. lo que supone uno de cada 12 habitantes. El organismo estima que para 2040 esa cifra llegará a 109 millones, y prevé también que a ese año el gasto en salud asociado aumente significativamente. Esto se puede explicar en el estilo de vida, esencialmente por aspectos nutricionales y el sedentarismo, que conducen a la obesidad y que se están extendiendo en la región. (OPS, 2016)

c) CONCEPTO DE DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus (DM) comprende un grupo de trastornos metabólicos frecuentes que comparten el fenotipo de la hiperglucemia. Existen varios tipos diferentes de DM resultado de una interacción compleja entre genética y factores ambientales. De acuerdo con la causa de la DM, los factores que contribuyen a la hiperglucemia pueden ser deficiencia de la secreción de insulina, disminución de la utilización de glucosa o aumento de la producción de ésta.

El trastorno de la regulación metabólica que acompaña a la DM provoca alteraciones fisiopatológicas secundarias en muchos sistemas orgánicos y supone una pesada carga para el individuo que padece la enfermedad y para el sistema sanitario. Ésta predispone dentro de sus complicaciones a enfermedades cardiovasculares, nefropatías, y a retinopatías. Dado que está aumentando su incidencia en todo el mundo, seguirá siendo una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en el futuro próximo. (Jameson, y otros, 2018)

La diabetes se puede clasificar en las siguientes categorías generales:

1) Diabetes tipo 1

Se produce debido a la destrucción autoinmune de las células β pancreáticas, que generalmente conduce a una deficiencia absoluta de insulina. En esta forma de diabetes, denominada previamente como diabetes juvenil, o insulino-dependiente en algunos pacientes (particularmente niños y adolescentes) la primera manifestación de la enfermedad es la cetoacidosis; otros presentan hiperglucemia de ayuno moderada que puede rápidamente progresar a hiperglucemia severa o cetoacidosis en presencia de infección u otras condicionantes estresantes. En todos estos casos se hace necesaria la terapia insulínica para que el paciente sobreviva.

2) Diabetes tipo 2

Se produce debido a la pérdida progresiva de la secreción de insulina de las células β con frecuencia en el fondo de la resistencia a la insulina. Representa el 90-95 % de los casos de DM con una fuerte predisposición genética, más que la forma autoinmune de la diabetes tipo 1, sin embargo, la genética de esta forma de diabetes es compleja y no está claramente definida. La mayoría de los diabéticos tipo 2 son obesos (80%), la obesidad por sí misma causa algún grado de insulinoresistencia. Algunos de los pacientes que no se clasifican como obesos por los criterios tradicionales, tienen una distribución de la grasa en la región abdominal (central o en manzana). En los últimos años se ha observado un aumento constante de DM tipo 2 en las personas menores de 20 años de edad. Ha pasado, de ser casi desconocida en edades pediátricas, a una realidad, incluso, actualmente es más frecuente en algunos países que la DM tipo 1. Es rara la aparición de cetoacidosis de manera espontánea, y cuando ocurre es asociada a algún estrés u otra enfermedad, como una infección; la terapia con insulina puede ser requerida en algunos casos en los cuales hipoglucemiantes orales no llegan a un adecuado control metabólico.

3) Diabetes mellitus gestacional

Se define como la intolerancia hidrocarbonada de intensidad variable, con comienzo o primer reconocimiento durante la gestación, con independencia del tratamiento empleado para su control y evolución postparto. Se diagnostica en el segundo o tercer trimestre (entre la semana 24 y 28) del embarazo que no fue claramente evidente en la diabetes antes de la gestación. Se aplica independientemente de si se requiere o no de insulina, o si la alteración persiste después del embarazo.

4) Tipos específicos de diabetes

Debido a otras causas, por ejemplo, síndromes de diabetes monogénica (como diabetes neonatal y diabetes de inicio en la madurez [MODY]), enfermedades del páncreas exocrino (como fibrosis quística y pancreatitis) y diabetes inducida por sustancias químicas (como con el uso de glucocorticoides, en el tratamiento del VIH / SIDA o después de un trasplante de órganos). (Riddle, Bakris, & Boulton, 2019)

d) ETIOPATOGENIA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Su naturaleza genética ha sido sugerida por la altísima concordancia de esta forma clínica en gemelos idénticos y por su trasmisión familiar. Si bien se ha reconocido errores genéticos puntuales que explican la etiopatogenia de algunos casos, en la gran mayoría se desconoce el defecto, siendo lo más probable que existan alteraciones genéticas múltiples (poligénicas). El primer evento en la secuencia que conduce a esta diabetes es una resistencia insulínica que lleva a un incremento de la síntesis y secreción insulínica, e hiperinsulinismo compensatorio, capaz de mantener la homeostasia metabólica por años. Una vez que se quiebra el equilibrio entre resistencia insulínica y secreción, se inicia la expresión bioquímica (intolerancia a la glucosa) y posteriormente la diabetes clínica.

Los individuos con intolerancia a la glucosa y los diabéticos de corta evolución son hiperinsulinémicos y esta enfermedad es un componente frecuente en el llamado Síndrome de Resistencia a la Insulina o Síndrome Metabólico. Otros componentes de este cuadro y relacionados con la insulino-resistencia y/o hiperinsulinemia son hipertensión arterial, dislipidemias, obesidad tóraco-abdominal (visceral), gota, aumento de factores pro-trombóticos, defectos de la fibrinólisis y aterosclerosis. Por ello, estos sujetos tienen aumentado su riesgo cardiovascular. La obesidad y el sedentarismo son factores que acentúan la insulino-resistencia.

La obesidad predominantemente visceral, a través de una mayor secreción de ácidos grasos libres, de adipocitocinas (factor de necrosis tumoral alfa, interleucinas 1 y 6) y disminución de adiponectina, induce resistencia insulínica. Si coexiste con una resistencia genética, produce una mayor exigencia al páncreas y explica la mayor precocidad en la aparición de DM tipo 2 que se observa incluso en niños. Para que se inicie la enfermedad que tiene un carácter irreversible en la mayoría de los casos, debe asociarse a la insulino-resistencia un defecto en las células beta.

Se han postulado varias hipótesis: agotamiento de la capacidad de secreción de insulina en función del tiempo, coexistencia de un defecto genético que interfiere con la síntesis y secreción de insulina, interferencia de la secreción de insulina por efecto de fármacos e incluso por el incremento relativo de los niveles de glucosa y ácidos grasos en la sangre (glucolipotoxicidad).

La Diabetes tipo 2 es una enfermedad progresiva en que a medida que transcurren los años su control metabólico se va empeorando producto de la resistencia a la insulina y a mayor deterioro de su secreción.

e) DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES MELLITUS

Para el diagnóstico de la DM se puede utilizar cualquiera de los siguientes criterios:

- 1) Síntomas de diabetes más una glucemia casual medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dl (11.1 mmol/l). Casual se define como cualquier hora del día sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida. Los síntomas clásicos de diabetes incluyen poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida inexplicable de peso.
- 2) Glucemia en ayunas medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 126 mg/dl (7 mmol/l). En ayunas se define como un período sin ingesta calórica de por lo menos ocho horas.
- 3) Glucemia medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dl (11.1 mmol/l) dos horas después de una carga de 75 gr de glucosa durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG).

- 4) Hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) \geq 6.5%. (Estandarizado al *Diabetes Control and Complications Trial* [DCCT] y certificado por *National Glycohemoglobin Standardization Program* [NGSP]).

Para el diagnóstico en la persona asintomática es esencial tener al menos un resultado adicional de glucemia igual o mayor a las cifras que se describen en los numerales dos y tres. Si el nuevo resultado no logra confirmar la presencia de DM, es aconsejable hacer controles periódicos hasta que se aclare la situación. En estas circunstancias el clínico debe tener en consideración factores adicionales como edad, obesidad, historia familiar, comorbilidades, antes de tomar una decisión diagnóstica o terapéutica.

f) TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS

Consiste en la adecuada nutrición, el ejercicio físico (preferiblemente aeróbico) y la educación orientada a que el paciente conozca bien su enfermedad y hábitos de vida saludable.

A. Educación sobre la enfermedad

- ✓ ¿Qué es la Diabetes?
- ✓ Cambios en el estilo de vida.
- ✓ Auto monitoreo.
- ✓ Complicaciones.

B. Cambios en el Estilo de Vida:

- ✓ Abandono de tabaco
- ✓ Pérdida de peso
- ✓ Actividad Física
- ✓ Nutrición

La Diabetes Mellitus tipo 2 reviste una especial importancia por las dificultades que enfrenta el diabético para llevar a cabo su tratamiento y lograr el adecuado control metabólico, con lo cual prevendría sus múltiples complicaciones. Dicho esto, es necesaria la administración de fármacos que contribuyan a la regulación de los niveles de glucemia.

Objetivos generales del tratamiento de la diabetes son:

- Mejorar la utilización de la glucosa en los tejidos.
- Normalizar al máximo posible la glucemia (70-115 mg/dL en ayunas) con el fin de prevenir o disminuir las complicaciones a largo plazo y reducir la morbi-mortalidad asociada.
- De manera general se recomiendan unas cifras objetivo de $HbA_{1c} < 7\%$. No obstante, el objetivo debería estar basado en la evaluación individualizada del riesgo de complicaciones de la DM, comorbilidad, esperanza de vida y preferencias del paciente. En pacientes con esperanza de vida limitada, ancianos mayores de 75 años e individuos con comorbilidad o historia previa de hipoglicemias o con DM de larga evolución, pueden ser apropiados objetivos menos estrictos de HbA_{1c} 7-8%. Puede plantearse un objetivo de $HbA_{1c} \leq 6.5\%$ en los pacientes más jóvenes y de corta evolución de la DM en tratamiento no farmacológico o con monoterapia que no está asociada con hipoglicemia
- Mejorar los síntomas y evitar los episodios de hipoglucemia.
- Mantener la calidad de vida del paciente mediante una atención integral.

El tratamiento farmacológico de la DM de tipo 2 es determinada por el nivel de hemoglobina glucosilada. El tratamiento farmacológico siempre debe combinarse con los cambios en el estilo de vida principalmente las medidas dietéticas y el ejercicio físico.

Hipoglucemiantes orales

La dosis debe individualizarse para cada caso en particular.

- a. Biguanidas:** La metformina es la única Biguanida disponible y se debe considerar como el hipoglucemiante oral de primera línea en todas las personas con DM tipo 2 y en particular en aquellos con sobre peso clínicamente significativo (IMC mayor de 27 Kg/m²). Iniciar con la dosis más baja de 500 mg/d en el desayuno o cena (en dosis única), o 1000 mg dividido en dos con el desayuno y cena. Después de 5 a 7 días si no aparecen efectos gastrointestinales aumentar la dosis a 850 o 1000 mg con el desayuno o la cena.

b. Sulfonilureas: Se pueden considerar como hipoglucemiantes orales de primera línea en personas con peso normal o que tengan contraindicaciones a la Metformina. El tratamiento con sulfonilureas debe hacerse con sumo cuidado, comenzando con dosis bajas antes de las comidas, controlando estrechamente al paciente (perfil glucémico) y utilizando la dosis mínima eficaz. La glibenclamida (1.25-20 mg/d, dividida en 1 o 2 dosis) como primera alternativa está suficientemente documentada; ha demostrado mayor potencia hipoglucemiante, lo cual facilita su uso terapéutico, que se asocia a un menor número de interacciones medicamentosas y reacciones de toxicidad.

Insulina

- a. Indicaciones definitivas: control metabólico deficiente y mantenido a pesar del tratamiento con dosis plenas de hipoglucemiantes orales y persistencias de cetonurias o pérdida de peso.
- b. Indicaciones transitorias: enfermedades intercurrentes con descompensación aguda hiperglucémica tales como infecciones febriles o traumatismos graves, infarto agudo de miocardio, cirugía mayor, tratamiento con corticoides, embarazo y lactancia.

En la DM2 se aconseja iniciar el tratamiento con 0.3 U por Kg de peso día de insulina de acción intermedia. En las pautas nocturnas, en ancianos y en pacientes con dosis altas de sulfonilureas la dosis será de 0.2 U/kg/día para prevenir hipoglucemias. Las necesidades de insulina habituales suelen ser de 0.3 a 0.7 U/kg/día y suelen aumentar con la progresión de la enfermedad, pudiendo llegar a ser de 1.5 U/kg/día. Se debe considerar iniciar el tratamiento con insulina cuando la glucosa en sangre sea ≥ 300 mg/dL (16.7 mmol / L) o la HbA_{1c} sea $\geq 10\%$ (86 mmol / mol) o si el paciente tiene síntomas de hiperglucemia (es decir, poliuria o polidipsia), incluso en el momento del diagnóstico o temprano en el curso del tratamiento. A medida que se resuelve la toxicidad de la glucosa, a menudo es posible simplificar el régimen y/o cambiar a agentes orales. (Davies, D'Alessio, & Fradkin, 2019)

g) MANIFESTACIONES CLINICAS

Se manifiesta por algunos síntomas típicos relacionados con la elevación de la glucosa: sed, aumento en el volumen urinario, apetito excesivo, o pérdida del mismo, visión borrosa, escozor o comezón genital, somnolencia después de las comidas.

Poliuria: El aumento exagerado de la diuresis es, quizá, la manifestación clínica más frecuente y precoz. Cuando la hiperglucemia supera el umbral renal para la glucosa (180 mg/dl), aparece la glucosuria que puede ocasionar pérdidas elevadas de glucosa y electrolitos a través de la orina.

Polidipsia: El organismo ante la continua pérdida o eliminación de agua debe reponerla. Por ello se activa el mecanismo de la sed y el paciente diabético siente la necesidad de ingerir grandes cantidades de líquido en cualquier forma. Este síntoma es al que la gente otorga más importancia y lo asocia directamente con la posibilidad de diabetes.

Polifagia: Si falta la insulina no se aprovecha adecuadamente los nutrientes y para el paciente se produce una situación similar al ayuno, por lo que continuamente busca alimento y tiene una sensación exagerada de hambre.

Astenia: El cansancio es consecuencia de la alteración del metabolismo de la glucosa a nivel de las células musculares.

Hiporexia: También es común que el paciente pierda progresivamente el apetito, por lo que pierde peso aceleradamente, por la pérdida de energía mediada por la glucosuria. (MINSA, 2011)

h) FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para diabetes mellitus tipo 2 se pueden clasificar en modificables y no modificables. Los factores modificables son en los que el médico debe poner mayor atención en su práctica diaria, ya que al incidir en éstos podrá disminuir el riesgo de que la enfermedad se presente, retarde su aparición o evolución.

Factores de riesgo no modificables

- **Edad**

La prevalencia de DM2 aumenta a partir de la mediana edad, y es mayor en la tercera edad.

- **Sexo**

Se ha encontrado relación directa entre la edad y el sexo, predominado el sexo masculino en el grupo etáreo de 45 - 54 años en la mayoría de los países, no siendo así en el sexo femenino que es más frecuente entre los 54 – 64 años de edad. (NICE, 2015)

- **Raza/etnia.**

El riesgo de desarrollar DM2 es menor en individuos de raza caucásica que en hispanos, asiáticos, negros y grupos nativos americanos (indios, alaskaños, hawaianos, etc.), que además presentan una evolución más rápida a diabetes mellitus.

- **Antecedente de DM2 en un familiar de primer grado**

Los individuos con padre o madre con DM2 tienen entre dos y tres veces (cinco o seis si ambos padres presentan la condición) mayor riesgo de desarrollar la enfermedad.

- **Antecedente de DM gestacional**

Las mujeres con antecedentes de DM gestacional tienen alrededor de 7,5 veces mayor riesgo de DM2 en comparación con las mujeres sin la condición.

- **Síndrome del ovario poliquístico**

Este síndrome se ha asociado a alteraciones en la regulación de la glucosa en diferentes poblaciones; en Estados Unidos hasta un 40% de las mujeres con síndrome del ovario poliquístico tiene alterada su regulación de la glucosa a los 40 años, y conlleva a tres veces mayor riesgo de DM gestacional en las mujeres con dicho síndrome. (Paulweber, y otros, 2010)

Factores de riesgo modificables

- **Obesidad, sobrepeso y obesidad abdominal**

La obesidad (índice masa corporal [IMC] ≥ 30 kg/m²) y sobrepeso (IMC de 25-30 kg/m²) aumentan el riesgo de intolerancia a la glucosa y DM2 en todas las edades. Actúan induciendo resistencia a la insulina. Más del 80 % de los casos de DM2 se puede atribuir a la obesidad, y su reversión también disminuye el riesgo y mejora el control glucémico en pacientes con DM establecida. En el Nurses' Health Study el riesgo relativo (RR) ajustado por edad para DM fue 6,1 veces mayor para las mujeres con IMC >35 kg/m² que para aquellas con IMC < 22 kg/m². Igualmente, un aumento de 1 cm en el perímetro de cintura eleva el riesgo de DM2 y de glucemia basal alterada en un 3,5 y un 3,2 %, respectivamente.

Los estudios que tratan de discernir la importancia relativa del perímetro de cintura en comparación con el IMC respecto al riesgo de desarrollar DM2 no han mostrado una importante ventaja de uno sobre el otro. (Paulweber, y otros, 2010)

- **Sedentarismo**

Un estilo de vida sedentario reduce el gasto de energía y promueve el aumento de peso, lo que eleva el riesgo de DM2. Las conductas sedentarias se asocian con el desarrollo de obesidad y DM. La actividad física de intensidad moderada reduce la incidencia de nuevos casos de DM2, independientemente de la presencia o ausencia de intolerancia a la glucosa, como han demostrado diversos estudios.

- **Tabaquismo**

El consumo de tabaco se asocia a un mayor riesgo de DM2 dependiente dosis (cuantos más cigarrillos, mayor riesgo), según un metaanálisis de 25 estudios que analizan la relación. Dejar de fumar puede reducir el riesgo de DM. El beneficio es evidente cinco años después del abandono, y se equipara al de los que nunca fumaron después de 20 años.

- **Patrones dietéticos**

Una dieta caracterizada por un alto consumo de carnes rojas o precocinadas, productos lácteos altos en grasa, refrescos azucarados, dulces y postres se asocia con un mayor riesgo de DM2 independientemente del IMC, actividad física, edad o antecedentes familiares. El riesgo es significativamente mayor entre los sujetos que consumen esta dieta y son obesos (IMC ≥ 30 kg/m² frente a < 25 kg/m²).

En contraste, aquellos que siguen una dieta caracterizada por mayor consumo de verduras, frutas, pescado, aves y cereales integrales tienen una modesta reducción del riesgo. En cuanto a la dieta mediterránea (alto contenido de frutas, verduras, cereales integrales, nueces y aceite de oliva como principales fuentes de grasa), el estudio PREDIMED concluyó que la dieta reduce la aparición de DM2 hasta un 40%, sin necesidad de reducción de peso. Respecto a los componentes individuales de la dieta, el consumo de productos lácteos bajos en grasa, fibra, nueces, café, café descafeinado y té verde a largo plazo disminuyen el riesgo de DM2 (un 7% de reducción del riesgo por cada taza de café), aunque no se considera probada una relación causa-efecto para recomendar el consumo de café como estrategia preventiva.

- **Trastornos de regulación de la glucosa.**

También llamados prediabetes o estados intermedios de hiperglicemia, incluyen glucemia basal alterada, tolerancia alterada a la glucosa y elevación de la hemoglobina glucosilada. Su presencia aislada o conjuntamente supone un mayor riesgo de DM2.

- **Condicionantes clínicos asociados a mayor riesgo de DM2**

Los pacientes con enfermedad coronaria e insuficiencia cardíaca avanzada (clase III de la New York Heart Association [NYHA]) tienen mayor riesgo de desarrollar DM. La hipertensión arterial, el infarto agudo de miocardio y el ictus también se asocian con mayor riesgo de DM2. En cuanto a la DM inducida por fármacos, los antipsicóticos atípicos olanzapina y clozapina se asocian a un mayor riesgo de desarrollar DM2; entre los fármacos del área cardiovascular, la combinación de β -bloqueantes y diuréticos tiazídicos también se asocia al desarrollo de DM, al igual que otros fármacos, como glucocorticoides, anticonceptivos orales, ciclosporina, tacrolimús, antirretrovirales (por ejemplo, inhibidores de la proteasa), ácido nicotínico, clonidina, pentamidina y hormonas agonistas de la gonadotropina. Respecto a las estatinas, su uso confiere un pequeño aumento del riesgo de desarrollar DM y el riesgo es ligeramente mayor con tratamiento intensivo frente a moderado.

- **Otros factores**

Se ha comprobado una relación en forma de U entre el peso al nacer y el riesgo de DM2. Un peso alto o bajo al nacer se asocia similarmente con mayor riesgo de DM2 durante la vida. Los niños prematuros, cualquiera que sea su peso, también pueden estar en mayor riesgo de DM2. La lactancia materna se asocia con una disminución del riesgo de DM un 15% de reducción por cada año de lactancia hasta 15 años después del último parto; en las madres con DM gestacional no hay beneficios. (McCulloch & Robertson, 2015)

i) COMPLICACIONES

❖ Complicaciones agudas

- Cetoacidosis diabética
- Estados hiperosmolar hiperglucémico
- Estado de hipoglucemia

❖ Complicaciones Crónicas

- Microvasculares
 - ✓ Enfermedades oculares
 - Retinopatía (no ploriferativa y ploriferativa)
 - ✓ Neuropatías
 - Sensitivas y motoras (mononeuropatías y polineuropatías)
 - Vegetativas
 - ✓ Nefropatías
- Macrovasculares
 - ✓ Arteriopatía coronaria
 - ✓ Enfermedad vascular periférica
 - ✓ Enfermedad vascular cerebral
 - ✓ Otras
 - Del tubo digestivo (gastroparesia, diarrea)
 - Genitourinarias (uropatías y disfunción sexual)
 - Dermatológicas
 - Infecciosas
 - Cataratas
 - Glaucoma
 - Enfermedad periodontal

j) CARACTERISTICAS DEL PACIENTE

El típico paciente diabético no es disciplinado por lo que hay que investigar si está tomando su tratamiento en tiempo y forma, ya sean, hipoglucemiantes orales o insulina, ya que la irregularidad de este factor induciría a una descompensación del control metabólico, en cambio si nuestro paciente toma regularmente su tratamiento hay que explicarle que debe tener una dieta restrictiva y saludable y que no olvide alimentarse ya que de lo contrario caería en hipoglucemia por la acción de los hipoglucemiantes en ausencia de alimentos.

Los conocimientos, las actitudes y prácticas de un paciente diabético sobre su enfermedad van a estar determinada por diversos factores principalmente de índole psicosocial, cultural y otros.

Los resultados de salud relacionados con la DM2 para hombres y mujeres son diferentes, tanto a nivel de morbilidad, de grado de control y complicaciones, como a nivel de mortalidad. El sentido de esta relación sitúa a las mujeres en una peor situación que a los hombres.

El paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia terapéutica.

En virtud de que la diabetes requiere de un manejo cotidiano independiente de los médicos, es necesario que todo diabético perciba su propia conducta como parte de la responsabilidad en el control de la enfermedad, y que las personas de su entorno otorguen el apoyo adecuado para lograr los objetivos del tratamiento.

El adecuado control de los pacientes diabéticos tipo 2 exige un apoyo importante del grupo familiar que lo auxilie en la vigilancia de la enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas.

El bajo nivel educativo puede dificultar el acceso de los pacientes a herramientas que contribuyan a un mejor control y a la comprensión de la naturaleza, curso y complicaciones de la diabetes.

k) AUTOCUIDADO DEL PACIENTE DIABETICO

El paciente diabético debe tener todos los conocimientos sobre la enfermedad, las prácticas que debe realizar para evitar complicaciones, de esto en general depende que el paciente logre mantenerse sin ninguna alteración que provoque un ingreso hospitalario o incluso la muerte.

El tratamiento no farmacológico y en particular la reducción de peso en el obeso, siguen siendo el único tratamiento integral capaz de controlar simultáneamente la mayoría de los problemas metabólicos de la persona con DM2, incluyendo la hiperglucemia, la resistencia a la insulina, la hipertrigliceridemia y la hipertensión arterial.

Se pueden lograr cambios significativos con una reducción de un 5 a 10% del peso y por consiguiente éste debe ser siempre uno de los primeros objetivos del manejo de la diabetes en el paciente con sobrepeso. El tratamiento no farmacológico comprende tres aspectos básicos: plan de alimentación, ejercicio físico y hábitos saludables.

DIETA

La población diabética debe obtener los conocimientos necesarios sobre la alimentación como parte del tratamiento de la enfermedad, así mismo es indispensable que se le proporcione una guía nutricional para evitar que por desconocimiento consuma alimentos no adecuados para su salud.

La deficiencia de prácticas de autocuidado y la actitud negativa ante el cambio de los hábitos alimenticios es un factor importante en el número de complicaciones existentes en la población diabética, debido a que la alimentación es parte del tratamiento que el paciente debe cumplir en un cien por ciento para evitar el deterioro de la calidad de vida.

El paciente diabético debe mantener una dieta estrictamente saludable y balanceada, así mismo mejorar la ingestión de los alimentos para mantener el control y el equilibrio del organismo favoreciendo las energías y los nutrientes que necesita la persona para sus actividades diarias.

Plan de alimentación

Características generales:

El plan de alimentación es el pilar fundamental del tratamiento de la diabetes. No es posible controlar los signos, síntomas y consecuencias de la enfermedad sin una adecuada alimentación. En líneas generales éste debe tener las siguientes características:

- Debe ser personalizado y adaptado a las condiciones de vida del paciente. Cada individuo debe recibir instrucciones dietéticas de acuerdo con su edad, sexo, estado metabólico, situación biológica (embarazo, etcétera), actividad física, enfermedades intercurrentes, hábitos socioculturales, situación económica y disponibilidad de los alimentos en su lugar de origen.
- Debe ser fraccionado. Los alimentos se distribuirán en cinco a seis porciones diarias de la siguiente forma: desayuno, colación o merienda, almuerzo, colación o merienda, comida o cena y colación nocturna (ésta última para pacientes que se aplican insulina en la noche). Con el fraccionamiento mejora la adherencia a la dieta, se reducen los picos glicémicos postprandiales, y resulta especialmente útil en los pacientes en insulino terapia.
- La sal deberá consumirse en cantidad moderada (seis a ocho gramos) y sólo restringirse cuando existan enfermedades concomitantes (hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal).
- No es recomendable el uso habitual de bebidas alcohólicas (precaución). Cuando se consuman, deben siempre ir acompañadas de algún alimento, ya que el exceso de alcohol puede producir hipoglucemia en personas que utilizan hipoglucemiantes orales o insulina. Está contraindicado en personas con hipertrigliceridemia.
- Los jugos tienen un valor calórico considerable y su consumo se debe tener en cuenta para no exceder los requerimientos nutricionales diarios. Es preferible que se consuma la fruta completa en lugar del jugo. Los jugos pueden tomarse como sobremesa, pero nunca para calmar la sed. La sed indica generalmente deshidratación cuya principal causa en una persona con diabetes es hiperglucemia. En estos casos se debe preferir el agua. Las bebidas energéticas contienen azúcar y no se aconsejan tampoco para calmar la sed. Las infusiones como café y té no tienen valor calórico intrínseco y pueden consumirse libremente.
- Es recomendable el consumo de alimentos ricos en fibra soluble. Dietas con alto contenido de fibra especialmente soluble (50g/día) mejoran el control glucémico, reducen la hiperinsulinemia y reducen los niveles de lípidos.

Proporción de los nutrientes

- Ingesta de proteínas: se recomienda no excederse de 1 g por kg de peso corporal al día.
- Ingesta de carbohidratos: éstos deben representar entre el 50% y el 60% del valor calórico total (VCT), prefiriendo los complejos con alto contenido de fibras solubles como las leguminosas (granos secos), vegetales y frutas enteras con cáscara. Aunque cantidades moderadas de sacarosa (menos del 19% del VCT) no parecen tener un efecto peor que su equivalente en almidones, conviene descartar los azúcares simples (miel, panela, melaza, azúcar) porque generalmente se tienden a consumir como extras.
- Ingesta de grasas: éstas no deben constituir más del 30% del VCT. Se debe evitar que más de un 10% del VCT provenga de grasa saturada. Es recomendable que al menos un 10% del VCT corresponda a grasas monoinsaturadas, aunque esta medida no es posible en muchas regiones latinoamericanas. El resto debe provenir de grasas poliinsaturadas. Los aceites monoinsaturados y el eicosapentanoico (de pescado) tienen un efecto benéfico sobre los triglicéridos. No es aconsejable exceder el consumo de 300 mg diarios de colesterol.

EJERCICIO

El ejercicio en el paciente diabético tiene muchos efectos beneficiosos: ayuda a normalizar el peso del paciente, mejora la forma física y disminuye los requerimientos de insulina o antidiabéticos orales, ya que aumenta la captación de glucosa por los músculos.

Como parte del tratamiento de la enfermedad es importante e indispensable que los pacientes posean el conocimiento sobre qué tipos de ejercicios físicos deben implementar en su estilo de vida a partir del diagnóstico de la diabetes mellitus, esto con el fin de prolongar la vida y mejorar la calidad de la misma, evitando el sedentarismo y la obesidad ya que éstos tienen un efecto nocivo en la diabetes mellitus, resultando un producto de la inactividad física, hábitos inadecuados de alimentación, hiperlipidemia y tabaquismo siendo a nivel mundial los factores de riesgo más importantes para la salud del ser humano porque provocan enfermedades crónicas degenerativas las cuales ocupan las principales causas de muerte siendo la diabetes mellitus la mayor carga de enfermedad.

La población diabética debe realizar “Aquellos ejercicios que utilizan el metabolismo aeróbico e involucran grandes grupos musculares”, por ejemplo: aeróbicos, baile, ciclismo, trotar, nadar, caminar, entre otros, se pueden hacer ejercicios todos los días, si no, tratar de hacerlo al menos 3 o 4 veces por semana por 30 minutos incluya tiempo de calentamiento y enfriamiento (caminando, por ejemplo) y siempre inicie y termine con ejercicios de elongación. Lo importante es que tanto la intensidad, como la frecuencia y duración del ejercicio, vayan aumentando en forma progresiva. Se recomienda la práctica de ejercicio aeróbico de intensidad moderada y de forma regular.

El ejercicio deberá cumplir con las siguientes metas:

- A corto plazo, cambiar el hábito sedentario, mediante caminatas diarias al ritmo del paciente.
- A mediano plazo, la frecuencia mínima deberá ser tres veces por semana en días alternos, con una duración mínima de 30 minutos cada vez.
- A largo plazo, aumento en frecuencia e intensidad, conservando las etapas de calentamiento, mantenimiento y enfriamiento. Se recomienda el ejercicio aeróbico (caminar, trotar, nadar, ciclismo, etcétera).

El ejercicio intenso o el deporte competitivo requieren de medidas preventivas, así:

- Evaluación del estado cardiovascular en pacientes mayores de 30 años o con diabetes de más de diez años de evolución (hay riesgos mayores en caso de existir retinopatía proliferativa, neuropatía autonómica y otras).
- Las personas insulino-requirientes, por el riesgo de hipoglucemia, deben consumir una colación rica en carbohidratos complejos antes de iniciar el deporte y tener a su disposición una bebida azucarada. Eventualmente el médico indicará un ajuste de la dosis de insulina.
- No se recomiendan los ejercicios de alto riesgo donde el paciente no puede recibir auxilio de inmediato (alpinismo, aladeltismo, buceo, etcétera).
- Debe hacerse énfasis en la revisión de los pies antes de cada actividad física.

- Está contraindicada la actividad física en pacientes descompensados, ya que el ejercicio empeora el estado metabólico.

HÁBITOS SALUDABLES

Es indispensable que toda persona con diabetes evite o suprima el hábito de fumar. El riesgo de desarrollar complicaciones macrovasculares aumenta significativamente y es aun superior al de la hiperglucemia.

MEDICACIÓN

Dentro del tratamiento se encuentra la medicación del paciente dependiendo del tipo de diabetes diagnosticada. El medicamento, dosis, vía y horario dependerá del criterio médico.

El paciente diabético debe conocer sobre la administración correcta de estos medicamentos tanto orales (hipoglucemiantes) como inyectados (insulina), haciendo énfasis en la dosis, vía y hora, sin alterar la orden médica, ya que de este proceso depende mantener normal el nivel de glucemia en el organismo y evitar complicaciones como hipoglucemia, hiperglucemia, cetoacidosis diabética, coma diabético, entre otras, ya que generalmente son la causa principal de ingresos hospitalarios y la muerte del paciente.

Por ende, es importante que el paciente diabético desarrolle diariamente las prácticas de autocuidado y cumpla adecuadamente el tratamiento para evitar las complicaciones inherentes de la enfermedad. Así mismo debe demostrar una actitud positiva ante la realización de dichas acciones de autocuidado para mantener un estado general de salud estable.

Los medicamentos para controlar los niveles de glucosa son un complemento del tratamiento para las personas con diabetes. La base de su control es la dieta y el ejercicio. Ningún medicamento logra un control de la glucosa si no hay cambios en el estilo de vida. Para obtener todos los beneficios de sus medicamentos hay que tomar en cuenta lo siguiente:

- ✓ Tomar los medicamentos en el horario establecido y en la cantidad.
- ✓ Establecer un horario para tomar los medicamentos y formar un hábito.
- ✓ Llevar consigo una lista de los medicamentos que toma y los horarios por si debe tomarlos fuera de casa o referirlos a un médico.

- ✓ No tomar medicamentos ni remedios que no han sido indicados por un profesional de la salud.
- ✓ Averiguar lo más que se pueda sobre el medicamento que está tomando, un paciente instruido puede lograr el control de sus niveles de glucosa más rápidamente.

HIGIENE PERSONAL

La higiene es la ciencia de la salud y la manera de conservarla; se refiere a sí mismo a prácticas que tiene por resultado el bienestar físico. Es importante una buena higiene personal para la salud general.

La higiene que cada persona realiza personalmente es producto de la educación sobre hábitos y costumbres adecuadas, que se adquieren en el hogar. Siendo importante para mantener en un nivel óptimo el funcionamiento del organismo.

Los cuidados asistenciales de la diabetes, incluyendo higiene diaria de la boca, la piel y los pies. Las mujeres diabéticas también deben conocer las medidas asistenciales para evitar infecciones vaginales, que ocurren con mayor frecuencia cuando se eleva la glucemia.

HIGIENE BUCAL

La buena higiene bucal es importante para promover la ingestión adecuada de nutrientes esenciales. La habilidad de realizar las prácticas de higiene especialmente el cuidado de la boca para el paciente diabético debe ser frecuente, minuciosos y correcto para evitar enfermedades que pueden afectar directamente la calidad de vida, también esto contribuye a mejorar la deglución, absorción y metabolizar adecuadamente los alimentos que son importantes para la creación de energía para el organismo.

Así también es importante que la limpieza bucodental sea profesional especialmente los pacientes diabéticos deben asistir periódicamente a un odontólogo ya que las infecciones son frecuentes que se presenten. Acudir con un odontólogo es importante para examinar si el paciente tiene gingivitis o periodontitis (enfermedad de las encías); el odontólogo utiliza un instrumento para medir la distancia de los espacios (si los hay) entre las encías y los dientes. Las encías rojas e inflamadas (hinchadas) y que sangran, indican que se puede tener gingivitis o periodontitis, y dependiendo de la evaluación se logrará brindar un tratamiento correcto y oportuno al paciente diabético para favorecer a una mejor calidad de vida.

La Asociación Americana de la Diabetes agrega que “El mayor riesgo para la salud oral en los diabéticos son las enfermedades de las encías que desarrollan gingivitis (inflamación y sangrado de las encías) o, en el peor de los casos, periodontitis, que es gingivitis agravada y le puede hacer perder los dientes”. Pero esos no son los únicos riesgos que corre la salud oral cuando se tiene diabetes. También es muy fácil desarrollar caries e infecciones como candidiasis bucal (que es una infección por hongos), y además de disminuir el funcionamiento de los glóbulos blancos, los niveles elevados de azúcar en la sangre debido a la diabetes que no está bien controlada, también pueden provocar el tener la boca seca permanentemente o dificultad para que las heridas en la boca sanen después del tratamiento dental, por la falta de flujo sanguíneo a la herida. La importancia de asistir periódicamente a un odontólogo radica en la prevención de las complicaciones inherentes de la enfermedad en los pacientes para mejorar la calidad de vida.

También el paciente diabético debe mantener una higiene bucodental diariamente ya que según el patronato de diabéticos agrega que: “Se debe cepillar los dientes después cada comida. Usar pasta de dientes con fluoruro. Y elegir los cepillos con cerdas suaves y puntas redondeadas para no lastimar las encías, recordar que la diabetes hace que las heridas tarden más en sanar”. La limpieza bucodental diaria es necesaria para todos los seres humanos siendo un hábito que se adquiere desde la niñez hasta la actualidad, así mismo para los pacientes diabéticos se hace más indispensable la cual debe realizarse minuciosa y cuidadosamente ya que: “La primera clave para tener una buena salud oral con diabetes, es controlando los niveles de azúcar y procurando que estén lo más cerca posible a lo normal y así evitar complicaciones”.

El desconocimiento de la importancia de dichas prácticas de autocuidado es muy significativo en la población diabética ya que de allí se desprenden muchas complicaciones que perjudican completamente la salud del paciente como también la salud de la familia.

CUIDADOS DE LA VISTA

Para el cuidado de la vista, se debe consultar frecuentemente al oftalmólogo, ya que es la mejor forma de preservar la visión, porque permite el diagnóstico precoz de retinopatía. Mínimo una vez cada año, se debe realizar examen de fondo de ojo aun cuando no se tenga problemas de la vista; el cual consiste en que el oftalmólogo hará un procedimiento llamado dilatación de la pupila para poder ver la retina y detectar lo antes posible las complicaciones y tratarlas inmediatamente y evitar problemas más graves después. Pedir al oftalmólogo que examine al paciente para ver si tiene cataratas o glaucoma.

También es importante mantener la glucosa en la sangre y la presión arterial dentro de los límites normales, ya que así se contribuye a la disminución de la aparición de complicaciones.

CUIDADOS DE LA PIEL

Las manifestaciones dermatológicas de la diabetes provienen de las anomalías micro y macro vasculares causadas por la predisposición a la infección de los diabéticos, y por las alteraciones resultantes de los lípidos sanguíneos.

La piel es el órgano más grande del cuerpo humano y constituye la primera capa de defensa contra todas las infecciones y daños de los tejidos provenientes de la deficiencia de autocuidado. La diabetes mellitus es una enfermedad que afecta directamente la primera línea de defensa del organismo debido a la presencia de afecciones de los vasos sanguíneos. Las infecciones de la piel son extremadamente frecuentes, particularmente si el paciente no controla bien su enfermedad. Son comunes las infecciones por estafilococos y estreptococos que se presentan con mucha más frecuencia si se padece de diabetes y puede conducir a destrucción rápida y extensa, a menos que se utilicen antimicrobianos a grandes dosis y la diabetes quede bajo control.

Las afecciones de la piel se dan frecuentemente debido al mal cuidado de la piel ya que la inadecuada higiene puede ser factor importante para favorecer las complicaciones de este tipo.

CUIDADO DE LOS PIES Y UÑAS

Indispensable para todo ser humano realizar las acciones necesarias de higiene en beneficio y conservación de la salud. Hay que tener claro que el cuidado de los pies del paciente diabético debe ser realizado por personal altamente calificado y nunca por él mismo. Entre los cuidados que el paciente debe tener están:

- ✓ Lavarse los pies todos los días con agua y jabón.
- ✓ Secarlos con una toalla blanca para que pueda identificar con más facilidad cualquier tipo de secreción.
- ✓ Observarse y buscar ampollas, laceraciones, escoriaciones.
- ✓ No auto medicarse y buscar ayuda profesional.
- ✓ Debe hacerse una valoración de los pies de acuerdo a sus factores de riesgo.

A la población diabética se le agregan otros cuidados especiales que deben realizarlos diariamente con el propósito de evitar las lesiones en los pies, tan frecuentes y avanzadas, debidas a la alteración de las arterias y los nervios, por lo que se recomienda que a todo paciente diabético se le entregue una cartilla donde se explique cómo realizar el cuidado de los pies: Tomar un baño templado de pies todas las noches durante 20 minutos. Secarlos suave y completamente, especialmente entre los dedos, con toalla absorbente y blanda. Después del baño, aplicar a los pies vaselina, de una a tres veces por semana, para mantener la piel suave, sustituirla por alcohol si la piel se ablanda demasiado.

Dentro del tratamiento para el paciente diabético el cuidado de los pies y uñas es necesario realizarlo minuciosamente debido a que éstas personas están propensas a sufrir problemas en los pies a causa de las complicaciones ocasionadas por daño en los vasos sanguíneos, de los nervios y la disminución de la capacidad para combatir la infección.

Se recomienda también dejar de fumar ya que esto reduce y empeora el flujo sanguíneo especialmente en los pies, cortar las uñas rasando el extremo de los dedos, nunca hacia atrás en los lados.

Aplicar una vez a la semana talco, usar calzado cómodo, de material blando, de manera de no producir el más mínimo frote o ajuste, evitar el contacto de los pies con el suelo, acostumbrarse a no andar descalzo o con zapatos ajustados, las callosidades deben ser tratadas por personas competentes, cuidadosas de la antisepsia.

No usar bolsas de agua caliente u otros medios externos de calefacción, evitar las medias con costuras salientes. Usar gradualmente el calzado nuevo (una hora diaria al principio), evitar la aplicación en los pies de medicamentos irritantes, tintura de yodo, ácidos y los preparados comerciales para extirpar callos y juanetes.

El cuidado de las uñas debe ser especial de manera que no se lesione la piel, limar las uñas de manera recta, sin lastimar las esquinas, evitar callosidades y si es necesario pedir ayuda para realizar esta acción o recurrir a un pedicurista para que realice frecuentemente este cuidado.

Es importante hacer énfasis en el control adecuado de la glucosa en sangre para evitar mayor resistencia a cualquier tipo de infección, así como otras complicaciones como neuropatía diabética. Ante cualquier signo de riesgo que se presente como área de presión en los pies se debe tomar como una emergencia y asistir a un control médico ya que afecta y tiene trascendencia física, emocional, social y económicamente dentro de la sociedad.

TIPO DE CALZADO A UTILIZAR

El zapato debe ser profundo, eso significa largo y ancho en la parte delantera. No debe tener surcos por dentro, ni costuras para evitar la presión. La suela debe ser de caucho porque es más anti resbalante que las otras. Es un zapato que no pesa y por supuesto, es para cuidarlo también. Ya existen actualmente estilos más modernos, más a la moda. Se recomienda ese tipo de zapatos a pacientes que no tienen úlcera, deformidades, dedos en garras (doblados totalmente), dedos sobre montados, juanetes muy grandes.

La mujer con diabetes no debe tener expuestos los pies, así que no debe usar zapatos abiertos porque no saben si en la calle hay vidrio, piedras, un clavo, madera o cualquier otro material que represente un riesgo. Solo deben usar zapatos cerrados, anchos, cómodos, que permitan mover los dedos y el tacón no debe medir más de tres dedos de alto.

Es necesario que los pacientes diabéticos lleven a cabo las prácticas de autocuidado como lo es el tipo de calzado y que sea el adecuado ya que “Si el zapato le queda apretado, no deben comprarlo, pues ha habido casos de amputación debido a una lesión producida por un zapato”. También es importante que se usen zapatos cómodos, que se ajusten adecuadamente y que tengan espacio suficiente.

El daño al nervio puede impedir que el paciente sienta la presión proveniente de calzados muy ajustados. Tal vez se necesite de un calzado especial hecho de manera que ajuste al pie del paciente. Se recomiendan usar zapatos hechos de lona, cuero o gamuza. No se recomiendan usar zapatos hechos de plástico, tampoco usar sandalias de correa. Se recomienda usar zapatos que el paciente pueda ajustar fácilmente. Deben tener cordones, Velcro o hebillas. No debe de usar zapatos puntudos ni abiertos, como tacones altos o sandalias.

Todo lo anterior es importante que el paciente diabético cumpla a cabalidad para evitar una de las complicaciones más frecuentes de neuropatía (pie diabético), complicación de la diabetes mellitus que puede ser prevenible por medio de prácticas saludables de autocuidado, así mismo los hábitos o estilos de vida de la población diabética. (Ramírez, 2018)

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

a) Área de estudio:

Consulta externa del Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, Mulukukú, Región Autónoma de la Costa Caribe Norte (RACCN).

b) Tipo de estudio:

De acuerdo al diseño metodológico, el tipo de estudio es descriptivo de los procesos, según el método de estudio es observacional. De acuerdo al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información el estudio es prospectivo, en el campo de la investigación es social, por el período y secuencia del estudio es transversal y según el análisis y alcance de los resultados es descriptivo. El tipo de diseño es no experimental cuantitativo.

c) Universo:

Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, que asisten a la consulta externa del Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, durante el periodo de estudio. Según la oficina de estadística de dicho hospital, se encuentran censados 116 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 a los cuales según la sectorización municipal les corresponde su atención médica en dicha unidad de salud.

d) Muestra:

Para la muestra se utilizó la fórmula de cálculo de proporciones del programa OpenEpi 3.0.1, con un tamaño poblacional de 116 pacientes registrados en censo estadístico de la consulta externa del Hospital Primario Carlos Fonseca Amador de Mulukukú, Región Autónoma de la Costa Caribe Norte (RACCN), cuya prevalencia de esta patología a nivel nacional es del 8.1%. Con un margen de error del 5%. Dando como resultado 58 Pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus en el Periodo de Estudio.

Cálculo de la muestra:

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población		
Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N): 116		
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):		8.1%+/-5
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%)(d):		5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo- $EDFF$):		1
Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza		
Intervalo	Confianza (%)	Tamaño de la muestra
95%		58
Ecuación		
Tamaño de la muestra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]$		

e) Técnica de muestreo:

Muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia, seleccionando únicamente a los pacientes que cumplieron con los criterios de selección y/o que interesan al estudio.

f) Unidad de análisis:

Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 que asistieron a la consulta externa del Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, en el mes de marzo 2019.

g) Criterios de Inclusión:

- ✓ Pacientes diabéticos que acuden a la consulta externa del Hospital Primario Carlos Fonseca Amador.
- ✓ Pacientes que acepten participar en la encuesta.
- ✓ Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que sean de los sectores que atiende la consulta externa del Hospital Primario Carlos Fonseca Amador del municipio de Mulukukú.

h) Criterios de exclusión:

- ✓ Pacientes con deficiencia en sus facultades mentales.
- ✓ Pacientes con patologías clínicas que afectan el nivel de comprensión y comunicación (mudez, aterosclerosis y demencia senil), pacientes con problemas visuales y o auditivos.
- ✓ Pacientes que no deseen participar.
- ✓ Pacientes que pertenezcan a sectores que sean atendidos en otras unidades de salud del municipio de Mulukukú.

i) Procedimiento:

Se procedió en un inicio, a buscar información pertinente del tema para ver la importancia del mismo, siempre dentro de las líneas de investigación de la Universidad y la consulta externa del Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, posteriormente, se solicitó a las autoridades del Hospital, su apoyo para ser facilitadores y rectores de la ejecución del proyecto investigativo, garantizando el permiso de poder abordar tanto los registros estadísticos como a los pacientes para dicho estudio.

Por medio de la autorización del protocolo de investigación, se explicó el objetivo del mismo y el procedimiento de la investigación, posteriormente, se procedió a la recolección de la información pertinente a través del instrumento previamente elaborado y validado. Para ello se solicitó el consentimiento informado a cada uno de las personas que se entrevistaron, explicando el objetivo y finalidad del estudio, comprometiéndose que dicho estudio solo es de uso académico y científico, garantizando total confidencialidad de la identidad de cada uno de los entrevistados.

j) Obtención de la información:

La fuente de información fue primaria, a través de entrevistas directas a las personas que asistieron a la Consulta Externa del Hospital Primario Carlos Fonseca Amador que cumplieron con los criterios de selección, durante el periodo de estudio.

El instrumento que se utilizó para este estudio fue la ficha de recolección de la información, que contiene una serie de preguntas. Dicho instrumento fue elaborado según los objetivos del estudio, para ello constó de los siguientes acápite:

1. Señalar las características sociodemográficas de los pacientes con diabetes tipo 2.
2. Mencionar el nivel de conocimientos de autocuidados para personas con Diabetes que poseen los pacientes en estudio.
3. Establecer el nivel de actitudes de estos pacientes con respecto a los autocuidados de la Diabetes.
4. Determinar el grado de prácticas de autocuidado para personas con diabetes de los pacientes en estudio.

k) Mecanismo para la recolección de la información

Fue mediante el llenado del instrumento anteriormente descrito (ver anexo), se solicitó autorización tanto al médico que realizaba la consulta como al personal de enfermería para captar a los pacientes. A los pacientes que se encontraron durante las visitas a la consulta externa (mientras se realizó esta investigación), se les explicó el objetivo del mismo y el procedimiento del estudio. Para ello se solicitó el llenado y aceptación del consentimiento informado a cada una de las personas que se entrevistaron, explicando la finalidad de la investigación, enfatizando que dicho estudio solo será de uso académico y científico, garantizando total confidencialidad de la identidad de cada uno de los entrevistados.

Una vez aceptada la participación mediante el llenado del consentimiento informado, se procedió a evaluar cada uno de los acápite antes mencionados del instrumento.

En la primera parte se solicitó información general de las características sociodemográficas de los pacientes en estudio, posteriormente se realizó el llenado del cuestionario de conocimientos autoaplicado. Para la medición de los conocimientos de la diabetes mellitus, se utilizó el cuestionario validado de ECODI de Bueno y col. modificado. La encuesta constó de 21 preguntas que abarcan 4 áreas de conocimientos teóricos sobre la enfermedad (conocimientos básicos sobre la DM2, valores de laboratorio, alimentación y ejercicio).

Posteriormente se evaluaron las actitudes en tres componentes: el componente cognitivo, comportamental y el componente afectivo, mediante 12 preguntas.

De igual manera se evaluaron las prácticas de dichos pacientes a través de 24 preguntas distribuidos en varios ítems (dieta, medicación y autoexamen, ejercicios físicos y cuidado de los pies).

1) Variables

Las variables utilizadas en esta investigación están acorde a los objetivos de la misma:

Objetivo 1: Señalar las características sociodemográficas de los pacientes con diabetes tipo 2.

Variables:

- **Características sociodemográficas**

Objetivo 2: Mencionar el nivel de conocimientos de autocuidados para personas con Diabetes que poseen los pacientes en estudio.

Variables:

- **Conocimientos de autocuidado para diabéticos**
- **Nivel de conocimiento**

Objetivo 3: Establecer el nivel de actitudes de estos pacientes con respecto a los autocuidados de la Diabetes.

Variables:

- **Actitudes de autocuidado en diabéticos**
- **Nivel de actitudes**

Objetivo 4: Determinar el grado de prácticas de autocuidado para personas con diabetes de los pacientes en estudio.

Variables:

- **Prácticas de autocuidado en diabéticos**
- **Nivel de prácticas**

m) Cruce de variables

- ✓ Edad / sexo
- ✓ Edad / nivel de conocimientos
- ✓ Edad / nivel de actitudes
- ✓ Edad / nivel de prácticas
- ✓ Sexo / nivel de conocimientos
- ✓ Sexo / nivel de actitudes
- ✓ Sexo / nivel de prácticas
- ✓ Escolaridad / nivel de conocimientos
- ✓ Escolaridad / nivel de actitudes
- ✓ Escolaridad / nivel de prácticas
- ✓ Ocupación / nivel de conocimientos
- ✓ Ocupación / nivel de actitudes
- ✓ Ocupación / nivel de prácticas
- ✓ Tiempo con la enfermedad / nivel de conocimientos
- ✓ Tiempo con la enfermedad / nivel de actitudes
- ✓ Tiempo con la enfermedad / nivel de prácticas
- ✓ Nivel de conocimientos / nivel de actitudes
- ✓ Nivel de conocimientos / nivel de prácticas
- ✓ Nivel de actitudes / nivel de prácticas

n) Operacionalización de las variables

Objetivo 1: Señalar las características sociodemográficas de los pacientes con diabetes tipo 2.

Tabla 1: Características sociodemográficas

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Valor
Características sociodemográficas	Conjunto de caracteres relacionados a la demografía y aspectos sociales a la demografía de los individuos en estudio	Edad	Años cumplidos	a) 30 - 40 años b) 41 - 50 años c) 51 - 60 años d) 61 - 70 años e) Mayor de 70 años
		Sexo	Fenotipo	a) Masculino b) Femenino
		Procedencia	Tipo de zona geográfica	a) Urbano b) Rural
		Religión	Tipo de religión que practica	a) Católica b) Evangélica c) Ninguna
		Escolaridad	Grado académico alcanzado	a) Analfabeta b) Primaria incompleta c) Primaria completa d) Secundaria incompleta e) Secundaria completa f) Universitario
		Estado civil	Estado de unión legal de	a) Soltero b) Casado

			las encuestados	c) Unión de hecho estable d) Divorciado e) Viudo
		Ocupación	Actividad laboral que desempeña	a) Trabajador por cuenta propia b) Trabajador de economía formal
		Tiempo con la enfermedad	Años	a) Menor de 1 año b) 1 – 5 años c) Más de 5 años

Objetivo 2: Mencionar el nivel de conocimientos de autocuidados para personas con Diabetes que poseen los pacientes en estudio.

Tabla 2.1: Conocimientos de autocuidado para pacientes diabéticos

Variable	Definición operacional	Indicador	Valor
Conocimientos de autocuidado para diabéticos	Saberes o nociones sobre el autocuidado en pacientes diabéticos	La insulina es:	a) Un medicamento que siempre recibimos del exterior y sirve para bajar el azúcar (o glucosa) en la sangre. b) Una sustancia que eliminamos en la orina. c) Una sustancia que segregamos en el organismo (en el páncreas) para regular el azúcar (o glucosa) en la sangre. d) No sabe/no contesta.
		Los niveles normales de	a) 30-180. b) 70-140.

	<p>azúcar (o glucosa) en sangre son:</p>	<p>c) 120-170. d) No sabe/no contesta.</p>
	<p>Si usted nota aumento de sed, orinar con más frecuencia, pérdida de peso, azúcar en la orina, pérdida de apetito..., ¿Qué cree que le ocurre?</p>	<p>a) Bajo nivel de azúcar (o glucosa) en sangre: hipoglucemia. b) Niveles normales de azúcar (o glucosa) en sangre. c) Alto nivel de azúcar (o glucosa) en sangre: hiperglucemia. d) No sabe/no contesta.</p>
	<p>Un alto nivel de azúcar (o glucosa) en sangre, también llamado hiperglucemia, puede producirse por</p>	<p>a) Demasiada insulina. b) Demasiada comida. c) Demasiado ejercicio. d) No sabe/no contesta.</p>
	<p>Si usted nota sudoración fría, temblores, hambre, debilidad, mareos, palpitaciones..., ¿qué cree que le ocurre?</p>	<p>a) Bajo nivel de azúcar (o glucosa) en sangre: hipoglucemia. b) Niveles normales de azúcar (o glucosa) en sangre. c) Alto nivel de azúcar (o glucosa) en sangre: hiperglucemia. d) No sabe/no contesta.</p>
	<p>Una reacción de</p>	<p>a) Demasiada insulina o antidiabéticos orales (pastillas).</p>

	hipoglucemia (bajo nivel de azúcar, o glucosa, en sangre), puede ser causada por:	<ul style="list-style-type: none"> b) Poca insulina o antidiabéticos orales. c) Poco ejercicio. d) No sabe/no contesta.
	¿Cuántas comidas al día debe hacer un diabético?	<ul style="list-style-type: none"> a) Tres: desayuno, comida y cena. b) Cinco: desayuno, merienda, almuerzo, merienda y cena. c) Comer siempre que tenga hambre. d) No sabe/no contesta.
	¿Cuál de estos alimentos no debe comer nunca el diabético?	<ul style="list-style-type: none"> a) Carne y verduras. b) Refrescos y chiverías (comida chatarra) c) Legumbres (p. ej.: lentejas) y pastas alimenticias (p. ej.: macarrones). d) No sabe/no contesta.
	¿De cuál de estos alimentos puede comer, pero no debe abusar el diabético?	<ul style="list-style-type: none"> a) Carne y verduras. b) Refrescos y chiverías (comida chatarra) c) Legumbres y pastas alimenticias. d) No sabe/no contesta.
	Una dieta con alto contenido en fibra vegetal puede:	<ul style="list-style-type: none"> a) Ayudar a regular los niveles de azúcar en la sangre. b) Elevar los niveles de colesterol en la sangre. c) No satisfacer el apetito. d) No sabe/no contesta.
	Una buena fuente de fibra es:	<ul style="list-style-type: none"> a) Carne. b) Verdura. c) Yogurt.

		d) No sabe/no contesta.
	Para conseguir un buen control de la diabetes, todos los diabéticos, en general, deben:	a) Tomar antidiabéticos orales (pastillas). b) Seguir bien la dieta. c) Inyectarse insulina. d) No sabe/no contesta.
	¿Por qué es tan importante que usted consiga mantenerse en su peso ideal (no tener kilos de más)?	a) Un peso adecuado facilita el control de la diabetes. b) El peso apropiado favorece la estética (“la buena figura”). c) Porque podrá realizar mejor sus actividades diarias. d) No sabe/no contesta.
	La actividad corporal, largos paseos, la bicicleta o la gimnasia para usted:	a) Está prohibida. b) Es beneficiosa. c) No tiene importancia. d) No sabe/no contesta.
	¿Cuándo cree usted que debe hacer ejercicio?	a) Los fines de semana o cuando tenga tiempo. b) Todos los días, de forma regular, tras una comida. c) Solo cuando se salte la dieta o coma más de lo debido. d) No sabe/no contesta.
	Con el ejercicio físico:	a) Sube el azúcar (o glucosa) en sangre. b) Baja el azúcar (o glucosa) en sangre. c) No modifica el azúcar (o glucosa) en sangre.

		d) No sabe/no contesta.
	El ejercicio es importante en la diabetes porque:	<p>a) Fortalece la musculatura.</p> <p>b) Ayuda a quemar calorías para mantener el peso ideal.</p> <p>c) Disminuye el efecto de la insulina.</p> <p>d) No sabe/no contesta.</p>
	Usted debe cuidarse especialmente sus pies, ya que:	<p>a) Un largo tratamiento con insulina hace que se inflamen los huesos.</p> <p>b) Los pies planos se dan con frecuencia en la diabetes.</p> <p>c) Los diabéticos, con los años, pueden tener mala circulación en los pies (apareciendo lesiones sin darse cuenta).</p> <p>d) No sabe/no contesta.</p>
	Lo más importante en el control de la diabetes es:	<p>a) Seguir bien la dieta y hacer ejercicio de forma regular.</p> <p>b) Tener siempre azúcar en la orina para evitar hipoglucemias.</p> <p>c) Tomar la misma cantidad de insulina o antidiabéticos orales (pastillas) todos los días.</p> <p>d) No sabe/no contesta.</p>
	En la orina aparece azúcar (o glucosa) cuando:	<p>a) El Azúcar (o glucosa) sanguíneo es demasiado bajo.</p> <p>b) El azúcar (o glucosa) sanguíneo es demasiado alto.</p> <p>c) La dosis de insulina o pastillas es demasiado grande.</p> <p>d) No sabe/no contesta.</p>
	¿Por qué es tan importante saber	<p>a) Porque sabrá el azúcar (o glucosa) que tiene en sangre en ese momento.</p> <p>b) Porque es más fácil que en la orina.</p>

		analizarse la sangre después de obtenerla al pincharse un dedo?	c) Porque sabrá si es normal y así podrá comer más ese día. d) No sabe/no contesta.
--	--	---	--

Tabla 2.2: Nivel de conocimientos de autocuidado para pacientes diabéticos

Variable	Definición operacional	Indicador	Valor
Nivel de conocimiento	Categoría según puntaje obtenido de los participantes	Puntaje obtenido	a) Bueno (15 – 21 puntos) b) Regular (8 – 14 puntos) c) Malo (0 -7 puntos)

Objetivo 3: Establecer el nivel de actitudes de estos pacientes con respecto a los autocuidados de la Diabetes.

Tabla 3.1: Actitudes de autocuidado en pacientes diabéticos

Variable	Definición operacional	Indicador	Valor
Actitudes de autocuidado en diabéticos	Predisposición a reaccionar de manera sistemática para su salud	Pienso que la enfermedad que padezco puede curarse Supongo que, aunque me cuide mucho, igual voy a tener la misma cantidad de complicaciones	a) De acuerdo b) No se c) Desacuerdo

(componente cognitivo, componente comportamental, componente afectivo)	Creo que olvidarse de que uno padece una enfermedad es la mejor manera de sentirse bien
	Pienso que hay que cuidarse para estar bien.
	Trato de seguir las instrucciones del médico
	Como lo que me da la gana porque vida solo hay una
	Evito comprar alimentos que puedan afectar mi problema de salud
	No voy al médico tanto como debería porque no lo necesito
	Estoy cansado de cuidarme
	Hacerme estudios no me molesta porque es para cuidar la salud
	Me encantan todas las cosas que me prohíben
	Me gusta cuando veo que mejoro por mi propio esfuerzo.

Tabla 3.2: Nivel de Actitudes de autocuidado para pacientes diabéticos

Variable	Definición operacional	Indicador	Valor
Nivel de actitudes	Categoría según puntaje obtenido de los participantes	Puntaje obtenido (Escala de Likert)	a) Favorable (De 6 puntos a más) b) Desfavorable (Menor de 6 puntos)

Objetivo 4: Determinar el grado de prácticas de autocuidado que realizan las personas con diabetes mellitus.

Tabla 4.1: Prácticas de autocuidado en diabéticos

Variable	Definición operacional	Indicador	Valor
Prácticas de autocuidado en pacientes diabéticos	Actividades que realiza el individuo con la finalidad de preservar la salud	Cumplo con mis tiempos y horas de comidas puntualmente	a) Nunca b) Alguna vez o rara vez c) Siempre
		Tomo leche o yogur descremados	
		Tomo mis refrescos sin azúcar	
		Como frutas y verduras	
		Consumo alimentos con fibras como legumbres de hoja verde, hortalizas o manzanas	
		Evito tomar alcohol (cervezas y/o ron)	
		Utilizo la insulina o los hipoglucemiantes orales tal como los indicó el médico	
		Llevo a todos lados mis medicamentos	
		Me hago controles de azúcar	
		Tomo nota de los controles de azúcar	
		Hago ejercicios físicos como caminatas	
		Consulto con el médico el tipo de ejercicio físico o deporte que puedo realizar	

		Mido el nivel de azúcar en sangre antes y después del ejercicio	
		Cuando hago ejercicio físico, deportes o caminatas largas, llevo algún alimento o caramelo	
		Llevo una tarjeta de identificación como diabético	
		Bebo líquidos sin azúcar antes, durante y después del ejercicio.	
		Me reviso los pies	
		Informo al médico de cualquier herida, cambio o principio de infección en los pies	
		Me lavo los pies con agua tibia y un jabón suave	
		Después de lavarme los pies, los seco muy bien sin frotar, especialmente entre los dedos	
		Mantengo las uñas de los pies limpias y cortas	
		Llevo los pies bien abrigados, usando medias de lana fina o algodón	
		Uso un calzado cómodo	
		Evito caminar descalzo	

Tabla 3.2: Nivel de Prácticas de autocuidado para pacientes diabéticos

Variable	Definición operacional	Indicador	Valor
Nivel de prácticas	Categoría según puntaje obtenido de los participantes	Puntaje obtenido	a) Buena (De 17 a 24 puntos) b) Regular (De 9 a 16 puntos) c) Mala (De 0 a 8 puntos)

o) Plan de análisis

A partir de los datos que se recolectaron, se diseñó la base datos correspondiente, utilizando el software estadístico IBM SPSS Statistics, v. 25 para Windows. Una vez que se realizó el control de calidad de los datos registrados se hicieron los análisis estadísticos pertinentes.

Para evaluar el nivel de conocimientos se evaluaron las 21 preguntas de la ficha ECODI modificada, dándole los siguientes valores:

- ✓ 0 – 7 puntos correctos: mal conocimiento
- ✓ 8 – 14 puntos correctos: regular conocimiento
- ✓ 15 – 21 puntos correctos: buen conocimiento

Siendo la tabla de respuesta correcta la siguiente:

No. Pregunta	Respuesta	No. Pregunta	Respuesta	No. Pregunta	Respuesta
1	C	8	B	15	B
2	B	9	C	16	B
3	C	10	A	17	B
4	B	11	B	18	C
5	A	12	B	19	A
6	A	13	A	20	B
7	B	14	B	21	A

Para evaluar el nivel de actitudes se evaluaron 12 preguntas, dando los siguientes valores:

- ✓ Menor de 6 puntos correctos: actitud desfavorable
- ✓ De 6 a más puntos correctos: actitud favorable

Siendo la tabla de respuesta correcta la siguiente:

No. Pregunta	Respuesta	No. Pregunta	Respuesta
1	Desacuerdo	7	De acuerdo
2	Desacuerdo	8	Desacuerdo
3	Desacuerdo	9	Desacuerdo
4	De acuerdo	10	De acuerdo
5	De acuerdo	11	Desacuerdo
6	Desacuerdo	12	De acuerdo

Para evaluar el nivel de práctica se evaluaron 24 preguntas, dando los siguientes valores:

- ✓ 0 – 8 puntos correctos: malo
- ✓ 9 – 16 puntos correctos: regular
- ✓ 17 – 24 puntos correctos: bueno

Siendo la tabla de respuesta correcta la siguiente:

No. Pregunta	Respuesta	No. Pregunta	Respuesta	No. Pregunta	Respuesta
1	Siempre	9	Siempre	17	Siempre
2	Siempre	10	Siempre	18	Siempre
3	Siempre	11	Siempre	19	Siempre
4	Siempre	12	Siempre	20	Siempre
5	Siempre	13	Siempre	21	Siempre
6	Siempre	14	Siempre	22	Siempre
7	Siempre	15	Siempre	23	Siempre
8	Siempre	16	Siempre	24	Siempre

De acuerdo a la naturaleza de cada una de las variables cuantitativas y guiado por el compromiso definido en cada uno de los objetivos específicos, se realizó el análisis descriptivo correspondiente a las variables nominales y/o numéricas, entre ellos: (a) El análisis de frecuencia y (b) estadísticas descriptivas según cada caso. Además, se realizaron gráficos del tipo: (a) pastel o barras de manera univariadas para variables de categorías en un mismo plano cartesiano, (b) barras de manera bivariadas para variables dicotómicas, que permitan describir la respuesta de múltiples factores en un mismo plano cartesiano.

p) Aspectos éticos

Se solicitó autorización a las autoridades del Hospital para la revisión de registros y estadísticas, así como autorización para las entrevistas a los seleccionados, tanto del personal de salud, directores y al propio paciente.

Se pidió el llenado de un consentimiento informado de cada uno de los encuestados, garantizándole que se da fe de que la información que se obtendrá es con fines científicos – académicos.

VIII. RESULTADOS

Se estudiaron 58 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, que asistieron a la consulta externa del Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, Mulukukú, Región Autónoma de la Costa Caribe Norte (RACCN).

Características sociodemográficas

En relación a la edad, la mayoría de los pacientes encuestados se encontraban entre las edades de 51 – 60 años con un 34.5% (20), seguido del grupo etario de 41 – 50 años con un 24.1% (14), luego siguen de 61 – 70 años con 17.2% (10), 30 – 40 años con 13.8% (8), y mayores de 70 años con un 10.3% (6).

En cuanto al sexo la mayoría fueron femeninas con un 81% (47) y masculinos 19% (11).

La procedencia de los encuestados fue urbana con un 86.2% (50) y rural con un 13.8% (8).

Con respecto a la religión la mayoría era evangélica con un 70.7% (41), seguido de la religión católica con un 27.6% (16) y por último ninguna con un 1.7% (1).

En relación al estado civil predominó la unión de hecho estable con un 50% (29), seguido de casado con un 36.2% (21), soltero con un 10.3% (6), divorciado 1.7% (1) y viudo 1.7% (1).

En cuanto al nivel académico este se encontró que la mayoría poseen primaria incompleta con un 46.6% (27), luego le sigue primaria completa 19% (11), secundaria incompleta 17.2% (10), secundaria completa 6.9% (4), analfabeto un 6.9% (4) y en último lugar universitario 3.4% (2).

La mayoría de los encuestados eran trabajadores por cuenta propia con un 77.6% (45), y con economía formal (asalariado) un 22.4% (13).

De los encuestados un 75.9% (44) tenían más de 5 años con la enfermedad, un 19% (11) tenían entre 1 a 5 años con ella y solo un 5.2% (3) tenían menos de 1 año con diabetes.

Conocimientos de autocuidado en los pacientes diabéticos

La mayoría de los encuestados obtuvieron regular nivel de conocimientos con un 75.9% (44), seguido de un buen nivel de conocimientos con un 13.8% (8), y mal nivel de conocimientos con un 10.3% (6). Siendo las preguntas sobre conocimiento acerca su medicación y realización de exámenes en las que obtuvieron un mayor puntaje y las preguntas sobre conocimiento de la dieta en donde obtuvieron un menor puntaje.

Nivel de actitudes de autocuidado en los pacientes diabéticos

De los 58 encuestados, el 74.1% (43) tenían una actitud favorable con respecto a su autocuidado, mientras que el 25.9% (15) tenían una actitud desfavorable.

En cuanto a la clasificación se encontró que el componente comportamental y el componente afectivo predominaron con una actitud favorable en comparación al componente cognitivo, en el que predominó una actitud desfavorable.

- En relación al componente cognitivo se evidenció que 72.4% (42) tenían una actitud desfavorable mientras un 27.6% (16) tenían una actitud favorable.
- En el componente afectivo se obtuvo un 70.7% (41) con actitud favorable en cambio un 29.3% (17) tuvo una actitud desfavorable.
- En el componente comportamental se encontró un 67.2% (39) con una actitud favorable contra un 32.8% (19) de actitud desfavorable.

Nivel de prácticas de autocuidado en pacientes diabéticos

El 56.9% (33) tenía una regular práctica de autocuidado en relación a su enfermedad, en cambio un 32.8% (19) tenía una buena práctica y un 10.3% (6) tuvieron una mala práctica de autocuidado de su enfermedad.

Según los ítems evaluados la mayoría tiene un buen control en la toma de su medicamento y realización de autoexámenes, en cambio presentaron una mala práctica en llevar una adecuada dieta. Y el ítem con mayor práctica regular fue el de la realización de ejercicios físicos.

- Con respecto a la dieta la mayoría tiene malas prácticas con un 44.8% (26), seguido de prácticas regulares con un 31% (18) y un 24.1% (14) con buenas prácticas.
- En cuanto a medicación y autoexámenes el 65.5% (38) tienen buenas prácticas, el 27.6% (16) tiene una práctica regular y un 6.9% (4) tiene una práctica mala.
- En relación a los ejercicios físicos el 53.4% (31) tienen prácticas regulares, el 31% (18) tienen malas prácticas y el 15.5% (9) una buena práctica.
- Acerca de los cuidados de los pies el 62.1% (36) tiene buenas prácticas, el 29.3% (17) tienen una regular práctica y el 8.6% (5) tiene una mala práctica.

IX. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Características sociodemográficas

Con relación a la edad la mayoría de los pacientes encuestados se encontraban en edades mayores de 51 años, lo cual corresponde con la literatura que plantea que la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 aumenta significativamente con la edad y está en relación con la disminución progresiva de la sensibilidad a la insulina. También llama la atención que en el estudio se encuentran casos de personas con edades menores, lo que permite afirmar que la enfermedad se está presentando cada vez más frecuente en edades tempranas.

La mayoría de las personas encuestadas fueron femeninas, teniendo congruencia con las bases documentales que plantean que las mujeres se encuentran con mayor incidencia de la enfermedad en comparación con el hombre. También se corresponde con las bases estadísticas nacionales en donde se demuestra que hay un mayor número de mujeres con respecto al número de hombre, también se opina que culturalmente las mujeres poseen la tendencia a buscar con mayor frecuencia los servicios de salud.

En cuanto a la procedencia de los encuestados la mayoría fue urbana, lo cual se debe a que según la sectorización municipal la consulta externa del Hospital Primario Carlos Fonseca Amador del Municipio de Mulukukú atiende a los barrios urbanos de este y a algunos sectores rurales, por lo que influyó en que los pacientes encuestados en su mayoría hayan sido de procedencia urbana. No obstante, se encuestaron pacientes procedentes de las zonas rurales, lo que indica que la enfermedad puede presentarse en dichas áreas geográficas, por lo que representa un fuerte impacto a nivel del ámbito socio-económico para este tipo de población.

Con respecto a la religión la mayoría era evangélica, a pesar de que Nicaragua se ha caracterizado por ser un país en el que predomina la religión católica por sus culturas y tradiciones, en este estudio la religión que predominó fue la evangélica, dicho fenómeno se viene presentando cada día con mayor frecuencia. Según los datos de censo en Nicaragua la mayoría del país ha optado por cambio de religión. De igual manera la cultura ideológica permite el traspaso de sentirse que por el hecho de estar en una religión que no lo protegió ante esa enfermedad prefiere probar otra.

En relación al estado civil predominó fue la unión de hecho estable lo cual demuestra que a pesar de la enfermedad los encuestados han logrado mantener un vínculo afectivo con su compañero de vida.

En cuanto al nivel académico se encontró que el de primaria incompleta fue el que predominó, lo cual demuestra que en esta zona del país no se cuenta con un buen nivel de educación y que también se encuentran adultos que no saben leer ni escribir, lo cual orienta a que el Ministerio de Educación debe continuar con su labor de fortalecer el sistema educativo y continuar con la disminución de la tasa de analfabetismo en esta región del país.

La mayoría de los encuestados eran trabajadores por cuenta propia, esto demuestra que aún persisten dificultades económicas en la familia nicaragüense que a pesar de los años debe seguir trabajando para sustentarse, y para ello recurren a poner pequeños negocios, las personas más jóvenes a realizar trabajos como jornaleros y obreros, y en el caso de las mujeres realizar trabajos propios del hogar. La mayoría de ellos no poseen ni seguro ni cotizaron, por lo que no tendrán ninguna pensión o jubilación.

Con respecto al tiempo de padecer la enfermedad la mayoría de los encuestados tienen más de 5 años con la enfermedad lo cual relacionado a los resultados con respecto a los conocimientos y prácticas no son muy alentadores ya que ambas tienen un nivel regular.

Conocimientos de autocuidado en los pacientes diabéticos

En el área de conocimiento sobre la diabetes mellitus tipo 2 y el autocuidado en pacientes diabéticos se reflejó la falta de capacitación o de autoaprendizaje, lo cual conlleva a poner en riesgo la vida del paciente ya que una carencia de conocimientos puede predisponer a complicaciones o situaciones de riesgo que influyan negativamente en la vida del paciente.

Se observó que a mayor edad poseían un mejor nivel de conocimientos, esto puede estar relacionado a que son personas las cuales tiene más años de padecer diabetes y las cuales han adquirido conocimientos a través de su enfermedad, también se observó que a un mayor nivel de escolaridad se obtuvo un mejor nivel de conocimientos, representados por los pacientes con una escolaridad de secundaria completa y universitarios no presentaron un mal nivel de conocimientos.

La mayoría de los encuestados presentaron un nivel regular de conocimientos esto lleva a tomar medidas de acciones para mejorar los programas de capacitación para pacientes diabéticos, fortaleciendo los conocimientos con respecto a la dieta que se debe de llevar y los ejercicios que se pueden realizar.

Nivel de actitudes de autocuidado en los pacientes diabéticos

Con respecto a la actitud en relación del autocuidado como diabético la mayoría de los encuestados tenían una actitud favorable con respecto a su autocuidado, siendo el componente comportamental y el componente afectivo los que predominaron con una actitud favorable en comparación al componente cognitivo, en el que predominó una actitud desfavorable, lo que se deduce que ellos perciben lo que deben hacer para estar bien y aceptan la enfermedad.

Se observó que a mayor edad la actitud se vuelve más favorable siendo los mayores el grupo de 51-60 años, así como los que se encontraban entre primaria incompleta y secundaria completa que también tuvieron una actitud mayormente favorable, todo esto íntimamente relacionado con que la mayor población encuestada estaba entre estas categorías; según la relación entre la ocupación con el nivel de actitud se observó que los trabajadores de cuenta propia se obtuvo el total de personas con actitud desfavorable.

Según la evaluación del componente cognitivo se evidenció que la mayoría tenían una actitud desfavorable, lo cual debe ser secundario a la carencia de conocimientos acerca la enfermedad, ya que el componente cognitivo tiene un importante valor ideológico formado por ideas y convicciones determinadas que se aprenden con el tiempo.

En el componente comportamental se encontró que la mayoría tiene una actitud favorable, lo cual nos permite determinar que existe una adecuada disposición para el autocuidado.

En el componente afectivo se obtuvo una actitud favorable, lo cual demuestra que las personas estudiadas tienen una adecuada simpatía con el autocuidado de su enfermedad.

Es importante tener en cuenta que las actitudes son adquiridas y no heredadas, por lo tanto, su desarrollo implica socialización y hábito. Y a veces, el nivel socioeconómico y educacional, la ocupación, la edad tienen influencia sobre las actitudes y creencias. Las actitudes tienden a uniformar el comportamiento y las relaciones sociales.

Nivel de prácticas de autocuidado en pacientes diabéticos

La práctica es la acción que se desarrolla con la aplicación de los conocimientos que adquirimos ante una determinada situación o circunstancia, y de acuerdo al grado de implementación de las prácticas éstas pueden llegar a convertirse en hábitos.

En el presente estudio los pacientes tuvieron un mayor número de prácticas regulares, lo cual puede ser un factor predisponente en el desarrollo de complicaciones a corto y mediano plazo.

Según los ítems estudiados la mayoría tiene una buena práctica en tomar su medicación y en la realización de exámenes, lo cual coincide con otros estudios como el de Silva en el que la mayor parte de los encuestados estaba dispuesto a la realización de exámenes principalmente el control glucémico y un buen cumplimiento en la toma de su medicamento.

De igual manera la población estudiada tiene un adecuado cuidado de los pies, lo cual es de gran importancia para la prevención de complicaciones propias de la enfermedad, a diferencia como en el estudio de Reyes y Rentería donde evidenciaron que la mayoría de los estudiados habían tenido una complicación por el mal cuidado de los pies.

Con respecto a la dieta se demostró que la mayoría tiene malas prácticas, por lo cual esto lleva a un mal control metabólico de la enfermedad y por ende mayor riesgo de desarrollar complicaciones, por lo que conviene tomar medidas educativas con respecto a la dieta.

En relación a los ejercicios físicos la mayoría tienen prácticas regulares, por lo que se considera que aún falta educación en esta área, lo cual coincide con estudios internacionales como el de Silva en donde se expuso que los pacientes estudiados no tenían prácticas adecuadas con respecto al entrenamiento corporal y de igual manera a nivel nacional como el estudio de Mendieta y Zavala determinaron que los pacientes estudiados no contaban con adecuadas prácticas con la realización de ejercicios físicos.

Con respecto a los niveles de conocimientos y el nivel de prácticas de los encuestados se observó que a un mayor nivel de conocimientos se obtuvo un mayor número de pacientes con buenas prácticas, y los pacientes que tuvieron un mal nivel de conocimientos solo obtuvieron un nivel regular y malo con respecto a las prácticas, lo cual podemos afirmar que el nivel de prácticas está directamente proporcional al nivel de conocimientos, lo cual concuerda con el estudio de Bravo y colaboradores de tipo CAP realizado en la consulta externa del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, en el cual también se concluyó que “a mayor conocimiento

sobre la patología y sus complicaciones influye en el paciente para adoptar una actitud positiva y así desarrollar prácticas saludables”.

La mayoría de trabajos consultados concuerdan que la intervención educativa en los pacientes diabéticos es de alta relevancia para disminuir las complicaciones de esta enfermedad, sin embargo, es necesario considerar las particularidades de cada sujeto y su interacción con el ambiente, para el delineamiento de dichas intervenciones educativas.

X. CONCLUSIONES

Se estudiaron 58 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, que asisten a la consulta externa del Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, Mulukukú, Región Autónoma de la Costa Caribe Norte (RACCN), en el mes de marzo 2019.

- ✚ La mayoría de los encuestados se encontraron entre las edades de 51-60 años, del sexo femenino, procedentes del área urbana, de predominio la religión evangélica y un estado civil de unión de hecho estable, con un nivel académico de primaria incompleta, trabajadores por cuenta propia, con más de 5 años de vivir con la enfermedad.
- ✚ En los pacientes encuestados el nivel de conocimientos que predominó fue el nivel de conocimientos regular.
- ✚ La mayoría de los encuestados tuvieron una actitud favorable con respecto al autocuidado, siendo el componente afectivo el de mayor actitud favorable, y el componente cognitivo el más desfavorable.
- ✚ Las prácticas en relación al autocuidado de la enfermedad en los pacientes estudiados fueron regulares, siendo el ítem del ejercicio físico la más representativa de ese grupo (regular práctica). El ítem de medicación y autoexámenes es el que mayor buena práctica poseen, y el ítem de dieta el que más mala práctica tienen.

XI. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud

- El Ministerio de Salud junto con el Ministerio de Educación, deben realizar esfuerzos para implementar estrategias efectivas que incrementen los conocimientos, mejoren las actitudes y promuevan las prácticas adecuadas sobre la prevención de diabetes, pero sobretodo en la promoción y educación de buenos hábitos saludables a la población en general.
- El Ministerio de Salud y las autoridades del SILAIS deben fortalecer los procesos de capacitación del personal de salud para mejorar la educación en salud, principalmente en aquellos pacientes con diabetes y así obtener como resultado una disminución de las complicaciones de dicha enfermedad.

Al hospital y a la consulta externa

- Promover campañas de prevención de la diabetes en la población en general, con el fin de reducir los nuevos casos de Diabetes en la población.
- Realizar charlas educativas en las salas de espera de la consulta externa que incentiven a los pacientes diabéticos mejorar las prácticas de autocuidado.
- Fortalecer el club de pacientes diabéticos con material educativo que les permitan conocer más acerca de su enfermedad, las medidas preventivas para evitar complicaciones, conocer el tipo de dieta que debe de tener el paciente diabético, así como los ejercicios físicos que este debe de hacer.
- Que los encuentros en el club de diabéticos sean interactivos, para que así el paciente no solamente sea receptor de la información, sino también emisor; y logre expresar sus dudas e inquietudes; y el personal de salud logre dar salida a estas.

- Realizar un esquema de nutrición del paciente diabético de acuerdo a la canasta básica nicaragüense, para que tengan una dieta más equilibrada y así lograr un buen control metabólico.
- Capacitar al personal de salud sobre estrategias educativas en dichos pacientes, brindando consejería oportuna durante su atención médica en la consulta externa del hospital.

A los pacientes

- Asistir oportunamente y tempranamente a las consultas médicas programadas, para evitar complicaciones.
- Participar en las reuniones del club de pacientes diabéticos y en las charlas que realice el personal de salud acerca del autocuidado en personas diabéticas.
- Informarse más sobre su enfermedad (Diabetes Mellitus), así como el correcto manejo que debe tener como paciente diabético.
- Realizar con mayor frecuencia ejercicios físicos moderados que sean permitidos dentro de su condición como diabético como lo es el ejercicio aeróbico.
- Comenzar a implementar una dieta adecuada que sea de acuerdo con la capacidad económica del paciente y se rija a un margen nutricional pertinente.
- Fomentar un buen cuidado de sus pies y tomar a tiempo su medicación y realización de autoexámenes.

XII. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Amaya, Y. M. (2015). Conocimiento sobre las medidas de autocuidado en diabetes mellitus tipo 2 en los usuarios que se atienden en la Institución Prestadora de Salud Zarate 2015.
- 2) Bravo, C. F., & Hernández, J. G. (2014). Conocimiento, actitudes y prácticas sobre diabetes mellitus en los pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital Regional Asunción Juigalpa en el período enero-febrero del año 2014.
- 3) Davies, M., D'Alessio, D., & Fradkin, J. (2019). Estándares de atención médica en la diabetes. *Asociación americana de la diabetes (A.D.A)*.
- 4) Delgado, N. S., Guerrero, M. G., & Calderón, A. O. (2016). Programa educativo para personas con diabetes tipo 2.
- 5) González, C. A., Bandera, S. C., Valle, J. A., & Fernández, J. Q. (2015). Conocimientos del diabético tipo 2 acerca de su enfermedad: estudio en un centro de salud. *Medicina general y de familia*, 12-14.
- 6) Han, N. C., Whiting, D., & Forouhi, N. (2015). Atlas de la diabetes de la FID, Séptima edición. *Federación internacional de la Diabetes*.
- 7) Hatterjee S, K. K. (2017). Diabetes tipo II. *Intramed*.
- 8) Jameson, J. L., Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Longo, D. L., & Loscalzo, J. (2018). *Harrison. Principios de Medicina Interna, 20e*. McGraw-Hill Medical.
- 9) López, M. Q., & Narváez, O. d. (2015). Conocimiento y actitudes sobre diabetes mellitus en pacientes dispensarizados del centro de salud Francisco Morazán en el período de octubre del 2015.
- 10) McCulloch, D., & Robertson, R. (2015). Factores de Riesgo de diabetes mellitus tipo 2. *Up ToDate*.
- 11) Mendieta, P., & Zavala, M. (2016). Conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en la consulta externa por el servicio de medicina interna del Hospital Regional Santiago de Jinotepe, Enero - Marzo del 2016.
- 12) MINSA. (2011). Normativa 081, Protocolo de atención de la diabetes mellitus.
- 13) MINSA. (2019). Mapa de padecimientos de salud de Nicaragua.

- 14) Muñoz, V. I., Ortega, J. D., & Paccha, L. D. (2014). Tesis Pregrado. Conocimientos, actitudes y prácticas en diabetes mellitus tipo 2 Fundación DONUM. Cuenca, 2014. Cuenca, Ecuador.
- 15) NICE. (2015). Preventing type 2 diabetes: risk identification and interventions for individuals at high risk. *NICE public health guidance*.
- 16) OMS. (2016). Informe mundial sobre diabetes.
- 17) OPS. (2016). La diabetes en América.
- 18) Paulweber, B., Valensi, P., Lindstrom, J., Lalic, N., Greaves, C., & McKee, M. (2010). European evidence based guideline for the prevention of type 2 diabetes. *Horm metab Res*.
- 19) Pérez, D. A., Dacal, J. C., & Alborch, J. R. (2010). Protocolos Diabetes Mellitus tipo 2. *Sociedad Española de Medicina Interna*, 21.
- 20) Quezada, C., & Zhunio, M. (2011). Determinar los conocimientos, actitudes y práctica de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la Fundación DONUM, de la ciudad de Cuenca 2011. Cuenca, Ecuador.
- 21) Ramírez, C. R. (2018). Guía de autocuidado para personas con diabetes. *Sociedad Mexicana de nutrición y endocrinología*.
- 22) Reyes, L. G., & Rentería, O. D. (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas en pacientes diabéticos ingresados al componente de dispensarizados en las unidades de salud del municipio de San Pedro del Norte, Chinandega, durante marzo del 2013.
- 23) Riddle, M. C., Bakris, G., & Boulton, A. J. (2019). Estándares de atención médica en diabetes 2019. *American Diabetes Association*, 54-58.
- 24) Sánchez, Y. M., Rosabal, E. P., Sánchez, M. d., & Rodríguez, D. Q. (2016). Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 pertenecientes al Policlínico Ángel Ortiz Vázquez del municipio Manzanillo en el mes de mayo del 2016.
- 25) Silva, C. C. (2017). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre diabetes mellitus tipo 2 de los pacientes de los hospitales de Coronel Portillo, 2017.
- 26) Vásquez, T. M. (2011). Conocimientos, actitudes y prácticas de las medidas preventivas de la diabetes Mellitus tipo 2 en los trabajadores mayores de 35 años de los centros de aplicación Productos Unión y Editorial Imprenta Unión de la Universidad Peruana Unión – Lima, 2011.

XIII. ANEXOS

Tabla 1: Características sociodemográficas de los pacientes diabéticos encuestados.

Tabla 1. Características sociodemográficas		Frecuencia	Porcentaje
Edad	30-40 años	8	13.8
	41-50 años	14	24.1
	51-60 años	20	34.5
	61-70 años	10	17.2
	Mayor de 70 años	6	10.3
	Total	58	100.0
Sexo	Femenino	47	81
	Masculino	11	19
	Total	58	100.0
Procedencia	Urbano	50	86.2
	Rural	8	13.8
	Total	58	100.0
Religión	Católica	16	27.6
	Evangélica	41	70.7
	Ninguna	1	1.7
	Total	58	100.0
Estado Civil	Soltero	6	10.3
	Casado	21	36.2
	Unión de hecho estable	29	50.0
	Divorciado	1	1.7
	Viudo	1	1.7
	Total	58	100.0
Escolaridad	Analfabeto	4	6.9
	Primaria incompleta	27	46.6

	Primaria completa	11	19.0
	Secundaria incompleta	10	17.2
	Secundaria completa	4	6.9
	Universitario	2	3.4
	Total	58	100.0
Ocupación	Trabajador por cuenta propia	45	77.6
	Trabajador de economía formal	13	22.4
	Total	58	100.0
Tiempo con la enfermedad	Menor de 1 año	3	5.2
	1 a 5 años	11	19.0
	Más de 5 años	44	75.9
	Total	58	100.0

Fuente: cuestionario

Tabla 2: Nivel de Conocimientos de autocuidado en los pacientes diabéticos encuestados.

Nivel de conocimientos		
Categorías según puntaje obtenido de los participantes	Frecuencia	Porcentaje
Bueno (de 15 – 21 puntos)	8	13.8
Regular (de 8 -14 puntos)	44	75.9
Malo (de 0 a 7 puntos)	6	10.3
Total	58	100.0

Fuente: cuestionario

Tabla 3: Nivel de actitudes de autocuidado en los pacientes diabéticos encuestados.

Nivel de actitudes		
Categorías según puntaje obtenido de los participantes	Frecuencia	Porcentaje
Favorable (de 6 puntos a mas)	43	74.1
Desfavorable (menor de 6 puntos)	15	25.9
Total	58	100.0

Fuente: cuestionario

Tabla 4: Actitudes de autocuidado según componentes en los pacientes diabéticos encuestados.

Componente	Favorable		Desfavorable		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Cognitivo	16	27.6	42	72.4	58
Comportamental	39	67.2	19	32.8	58
Afectivo	41	70.7	17	29.3	58

Fuente: cuestionario

Tabla 5: Actitudes de autocuidado en los pacientes diabéticos encuestados.

N°	ACTITUDES	De acuerdo		No se		Desacuerdo	
		F	%	F	%	F	%
	COMPONENTE COGNITIVO						
1	Pienso que la enfermedad que padezco puede curarse	11	19	14	24.1	33	56.9
2	Supongo que, aunque me cuide mucho, igual voy a tener la misma cantidad de complicaciones	15	25.9	21	36.2	22	37.9
3	Creo que olvidarse de que uno padece una enfermedad es la mejor manera de sentirse bien	19	32.8	16	27.6	23	39.7
4	Pienso que hay que cuidarse para estar bien.	44	75.9	13	22.4	1	1.7
	COMPONENTE COMPORTAMENTAL	F	%	F	%	F	%
7	Trato de seguir las instrucciones del médico	53	91.4	5	8.6	0	0
8	Como lo que me da la gana porque vida solo hay una	12	20.7	11	19	35	60.3
9	Evito comprar alimentos que puedan afectar mi problema de salud	35	60.3	17	29.3	6	10.3
10	No voy al médico tanto como debería porque no lo necesito	1	1.7	10	17.2	47	81
	COMPONENTE AFECTIVO	F	%	F	%	F	%
11	Estoy cansado de cuidarme	4	6.9	9	15.5	45	77.6

13	Hacerme estudios no me molesta porque es para cuidar la salud	46	79.6	10	17.2	2	3.4
14	Me encantan todas las cosas que me prohíben	5	8.6	12	20.7	41	70.7
15	Me gusta cuando veo que mejoro por mi propio esfuerzo.	42	72.4	16	27.6	0	0

Fuente: cuestionario

Tabla 6: Nivel de prácticas de autocuidado en los pacientes diabéticos encuestados.

Nivel de prácticas		
Categorías según puntaje obtenido de los participantes	Frecuencia	Porcentaje
Buena	19	32.8
Regular	33	56.9
Mala	6	10.3
Total	58	100.0

Fuente: cuestionario

Tabla 7: Prácticas de autocuidado según ítems evaluados en los pacientes diabéticos encuestados

ITEMS	Buena		Regular		Mala		Total
	F	%	F	%	F	%	
Dieta	14	24.1	18	31	26	44.8	58
Medicación y autoexámenes	38	65.5	16	27.6	4	6.9	58
Ejercicios físicos	9	15.5	31	53.4	18	31	58
Cuidados de los pies	36	62.1	17	29.3	5	8.6	58

Fuente: cuestionario

Tabla 8: Prácticas de autocuidado en los pacientes diabéticos encuestados

N°		Nunca		Rara vez		Siempre	
		F	%	F	%	F	%
	DIETA						
1	Cumplo con mis tiempos y horas de comidas puntualmente	1	1.7	15	25.9	42	72.4
2	Tomo leche o yogur descremados	34	58.6	22	37.9	2	3.4
3	Tomo mis refrescos sin azúcar	20	34.5	21	36.2	17	29.3
4	Como frutas y verduras	0	0	26	44.8	32	55.2
5	Consumo alimentos con fibras como legumbres de hoja verde, hortalizas o manzanas	15	25.9	19	32.8	24	41.4
6	Evito tomar alcohol (cervezas y/o ron)	0	0	4	6.9	54	93.1
	MEDICACIÓN Y AUTOEXAMENES						
7	Utilizo la insulina o los hipoglucemiantes orales tal como los indicó el médico	0	0	3	5.2	55	94.8
8	Llevo a todos lados mis medicamentos	1	1.7	15	25.9	42	72.4
9	Me hago controles de azúcar	0	0	11	19.0	47	81
10	Tomo nota de los controles de azúcar	2	3.4	9	15.5	47	81
	EJERCICIOS FÍSICOS						
11	Hago ejercicios físicos como caminatas	3	5.2	12	20.7	43	74.1

12	Consulta con el médico el tipo de ejercicio físico o deporte que puedo realizar	5	8.6	21	36.2	32	55.2
13	Mido el nivel de azúcar en sangre antes y después del ejercicio	25	43.1	26	44.8	7	12.1
14	Cuando hago ejercicio físico, deportes o caminatas largas, llevo algún alimento o caramelo	22	37.9	22	37.9	14	24.1
15	Llevo una tarjeta de identificación como diabético	0	0	12	20.7	46	79.3
16	Bebo líquidos sin azúcar antes, durante y después del ejercicio.	13	22.4	27	46.6	18	31
	CUIDADOS DE LOS PIES	F	%	F	%	F	%
17	Me reviso los pies	1	1.7	6	10.3	51	87.9
18	Informo al médico de cualquier herida, cambio o principio de infección en los pies	1	1.7	7	12.1	50	86.2
19	Me lavo los pies con agua tibia y un jabón suave	2	3.4	10	17.2	46	79.3
20	Después de lavarme los pies, los seco muy bien sin frotar, especialmente entre los dedos	1	1.7	15	25.9	42	72.4
21	Mantengo las uñas de los pies limpias y cortas	5	8.6	11	19	42	72.4

22	Llevo los pies bien abrigados, usando medias de lana fina o algodón	5	8.6	29	50	24	41.4
23	Uso un calzado cómodo	1	1.7	13	22.4	44	75.9
24	Evito caminar descalzo	1	1.7	5	8.6	52	89.7

Fuente: cuestionario

Tabla 9: Edad según sexo de los pacientes diabéticos encuestados

Edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	F	%	F	%	F	%
30-40 años	6	10.3	2	3.4	8	13.7
41-50 años	13	22.4	1	1.7	14	24.1
51-60 años	18	31.0	2	3.4	20	34.4
61-70 años	6	10.3	4	6.9	10	17.2
Mayor de 70 años	4	6.9	2	3.4	6	10.3
Total	47	81	11	19	58	100

Fuente: cuestionario

Tabla 10: Edad según nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos encuestados

Edad	Nivel de conocimientos						Total	
	Bueno		Regular		Malo			
	F	%	F	%	F	%	F	%
30-40 años	1	1.7	6	10.3	1	1.7	8	13.7
41-50 años	2	3.4	9	15.5	3	5.2	14	24.1
51-60 años	2	3.4	17	29.3	1	1.7	20	34.4
61-70 años	2	3.4	7	12.1	1	1.7	10	17.2
Mayor de 70 años	1	1.7	5	8.6	0	0	6	10.3
Total	8	13.6	44	75.8	6	10.3	58	100

Fuente: cuestionario

Tabla 11: Edad según nivel de actitudes de los pacientes diabéticos encuestados

Edad	Nivel de actitudes				Total	
	Favorable		Desfavorable			
	F	%	F	%	F	%
30-40 años	8	13.8	0	0	8	13.8
41-50 años	9	15.5	5	8.6	14	24.1
51-60 años	13	22.4	7	12.1	20	34.5
61-70 años	7	12.1	3	5.2	10	17.3
Mayor de 70 años	6	10.3	0	0	6	10.3
Total	43	74.1	15	25.9	58	100

Fuente: cuestionario

Tabla 12: Edad según nivel de prácticas de los pacientes diabéticos encuestados

Edad	Nivel de prácticas						Total	
	Buena		Regular		Mala			
	F	%	F	%	F	%	F	%
30-40 años	3	5.2	5	8.6	0	0	8	13.8
41-50 años	5	8.6	6	10.3	3	5.2	14	24.1
51-60 años	5	8.6	13	22.4	2	3.4	20	34.4
61-70 años	4	6.9	5	8.6	1	1.7	10	17.2
Mayor de 70 años	2	3.4	4	6.9	0	0	6	10.3
Total	19	32.7	33	56.8	6	10.3	58	100

Fuente: cuestionario

Tabla 13: Sexo según nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos encuestados

Sexo	Nivel de conocimientos						Total	
	Bueno		Regular		Malo			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Femenino	4	6.9	38	65.5	5	8.6	47	81
Masculino	4	6.9	6	10.3	1	1.7	11	19
Total	8	13.8	44	75.8	6	10.3	58	100

Fuente: cuestionario

Tabla 14: Sexo según nivel de actitudes de los pacientes diabéticos encuestados

Sexo	Nivel de actitudes				Total	
	Favorable		Desfavorable			
	F	%	F	%	F	%
Femenino	35	60.3	12	20.7	47	81
Masculino	8	13.8	3	5.2	11	19
Total	43	74.1	15	25.9	58	100

Fuente: cuestionario

Tabla 15: Sexo según nivel de prácticas de los pacientes diabéticos encuestados

Sexo	Nivel de prácticas						Total	
	Buena		Regular		Mala			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Femenino	16	27.6	27	46.6	4	6.9	47	81.1
Masculino	3	5.2	6	10.3	2	3.4	11	18.9
Total	19	32.8	33	56.9	6	10.3	58	100

Fuente: cuestionario

Tabla 16: Escolaridad según nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos encuestados

Escolaridad	Nivel de conocimientos						Total	
	Bueno		Regular		Malo			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Analfabeto	0	0	2	3.4	2	3.4	4	6.8
Primaria incompleta	3	5.2	22	37.9	2	3.4	27	46.5
Primaria completa	1	1.7	9	15.5	1	1.7	11	18.9
Secundaria incompleta	2	3.4	7	12.1	1	1.7	10	17.2
Secundaria completa	1	1.7	3	5.2	0	0	4	6.9
Universitario	1	1.7	1	1.7	0	0	2	3.4
Total	8	13.7	44	75.8	6	10.2	58	100

Fuente: cuestionario

Tabla 17: Escolaridad según nivel de actitudes de los pacientes diabéticos encuestados

Escolaridad	Nivel de actitudes				Total	
	Favorable		Desfavorable			
	F	%	F	%	F	%
Analfabeto	2	3.4	2	3.4	4	6.8
Primaria incompleta	21	36.2	6	10.3	27	46.5
Primaria completa	6	10.3	5	8.6	11	18.9
Secundaria incompleta	8	13.8	2	3.4	10	17.2
Secundaria completa	4	6.9	0	0	4	6.9
Universitario	2	3.4	0	0	2	3.4
Total	43	74	15	25.7	58	100

Fuente: cuestionario

Tabla 18: Escolaridad según nivel de prácticas de los pacientes diabéticos encuestados

Escolaridad	Nivel de prácticas						Total	
	Buena		Regular		Mala			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Analfabeto	0	0	2	3.4	2	3.4	4	6.8
Primaria incompleta	8	13.8	18	31.0	1	1.7	27	46.5
Primaria completa	2	3.4	8	13.8	1	1.7	11	18.9
Secundaria incompleta	4	6.9	4	6.9	2	3.4	10	17.2
Secundaria completa	4	6.9	0	0	0	0	4	6.9
Universitario	1	1.7	1	1.7	0	0	2	3.4
Total	19	32.7	33	56.8	6	10.2	58	100

Fuente: cuestionario

Tabla 19: Ocupación según nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos encuestados

Ocupación	Nivel de conocimientos						Total	
	Bueno		Regular		Malo			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Trabajador por cuenta propia	5	8.6	34	58.6	6	10.3	45	77.5
Trabajador de economía formal	3	5.2	10	17.2	0	0	13	22.4
Total	8	13.8	44	75.8	6	10.3	58	100

Fuente: cuestionario

Tabla 20: Ocupación según nivel de actitudes de los pacientes diabéticos encuestados

Ocupación	Nivel de actitudes				Total	
	Favorable		Desfavorable			
	F	%	F	%	F	%
Trabajador por cuenta propia	32	55.2	13	22.4	45	77.6
Trabajador de economía formal	11	19.0	2	3.4	13	22.4
Total	43	74.2	15	25.8	58	100

Fuente: cuestionario

Tabla 21: Ocupación según nivel de prácticas de los pacientes diabéticos encuestados

Ocupación	Nivel de prácticas						Total	
	Buena		Regular		Mala			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Trabajador por cuenta propia	11	19.0	28	48.3	6	10.3	45	78.5
Trabajador de economía formal	8	13.8	5	8.6	0	0	13	22.4
Total	19	32.8	33	56.9	6	10.3	58	100

Fuente: cuestionario

Tabla 22: Tiempo con la enfermedad según nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos encuestados

Tiempo con la enfermedad	Nivel de conocimientos						Total	
	Bueno		Regular		Malo			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Menor de 1 año	0	0	2	3.4	1	1.7	3	5.1
1 a 5 años	1	1.7	7	12.1	3	5.2	11	19
Más de 5 años	7	12.1	35	60.3	2	3.4	44	75.8
Total	8	13.8	44	75.8	6	10.3	58	100

Fuente: cuestionario

Tabla 23: Tiempo con la enfermedad según nivel de actitudes de los pacientes diabéticos encuestados

Tiempo con la enfermedad	Nivel de actitudes				Total	
	Favorable		Desfavorable			
	F	%	F	%	F	%
Menor de 1 año	3	5.2	0	0	3	5.2
1 a 5 años	8	13.8	3	5.2	11	19
Más de 5 años	32	55.2	12	20.7	44	75.9
Total	43	74.2	15	25.9	58	100

Fuente: cuestionario

Tabla 24: Tiempo con la enfermedad según nivel de prácticas de los pacientes diabéticos encuestados

Tiempo con la enfermedad	Nivel de prácticas						Total	
	Buena		Regular		Mala			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Menor de 1 año	2	3.4	1	1.7	0	0	3	5.1
1 a 5 años	5	8.6	5	8.6	1	1.7	11	18.9
Más de 5 años	12	20.7	27	46.6	5	8.6	44	75.9
Total	19	32.7	33	56.9	6	10.3	58	100

Fuente: cuestionario

Tabla 25: Nivel de conocimientos según nivel de actitudes de los pacientes diabéticos encuestados

Nivel de conocimientos	Nivel de actitudes				Total	
	Favorable		Desfavorable			
	F	%	F	%	F	%
Bueno	6	10.3	2	3.4	8	13.7
Regular	36	62.1	8	13.8	44	75.9
Malo	1	1.7	5	8.6	6	10.3
Total	43	74.1	15	25.8	58	100

Fuente: cuestionario

Tabla 26: Nivel de conocimientos según nivel de prácticas de los pacientes diabéticos encuestados

Nivel de conocimientos	Nivel de prácticas						Total	
	Buena		Regular		Mala			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Bueno	5	8.6	2	3.4	1	1.7	8	13.7
Regular	14	24.1	28	48.3	2	3.4	44	75.8
Malo	0	0	3	5.2	3	5.2	6	10.4
Total	19	32.7	33	56.9	6	10.2	58	100

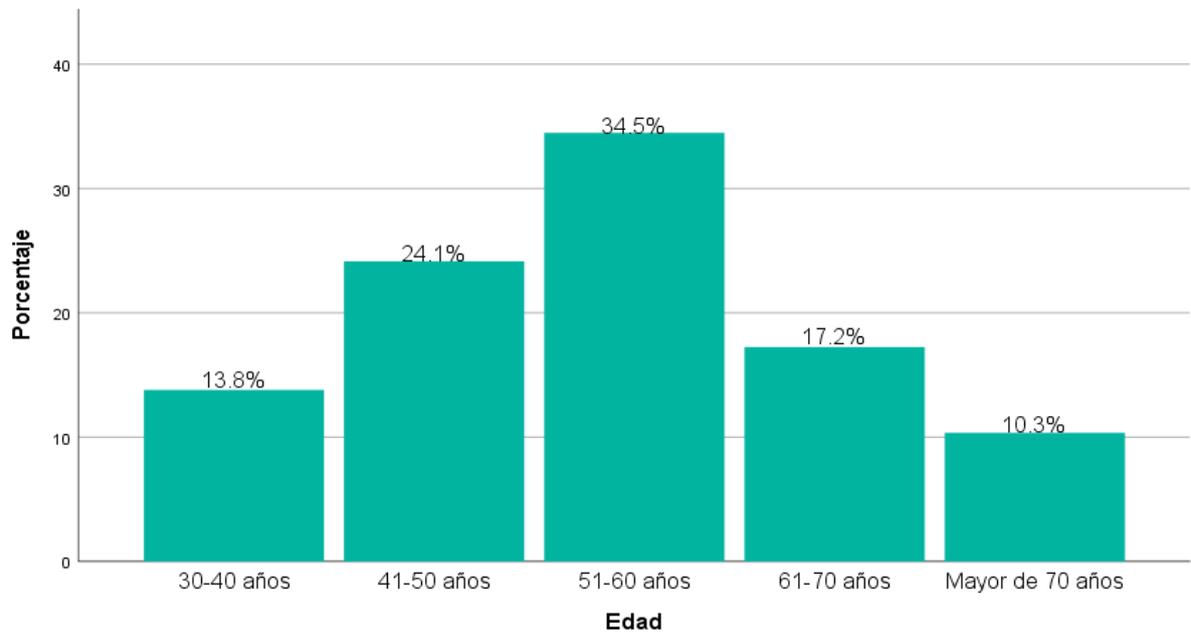
Fuente: cuestionario

Tabla 27: Nivel de actitudes según nivel de prácticas de los pacientes diabéticos encuestados

Nivel de actitudes	Nivel de prácticas						Total	
	Buena		Regular		Mala			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Favorable	19	32.8	24	41.4	0	0	43	74.2
Desfavorable	0	0	9	15.5	6	10.3	15	25.8
Total	19	32.8	33	56.9	6	10.3	58	100

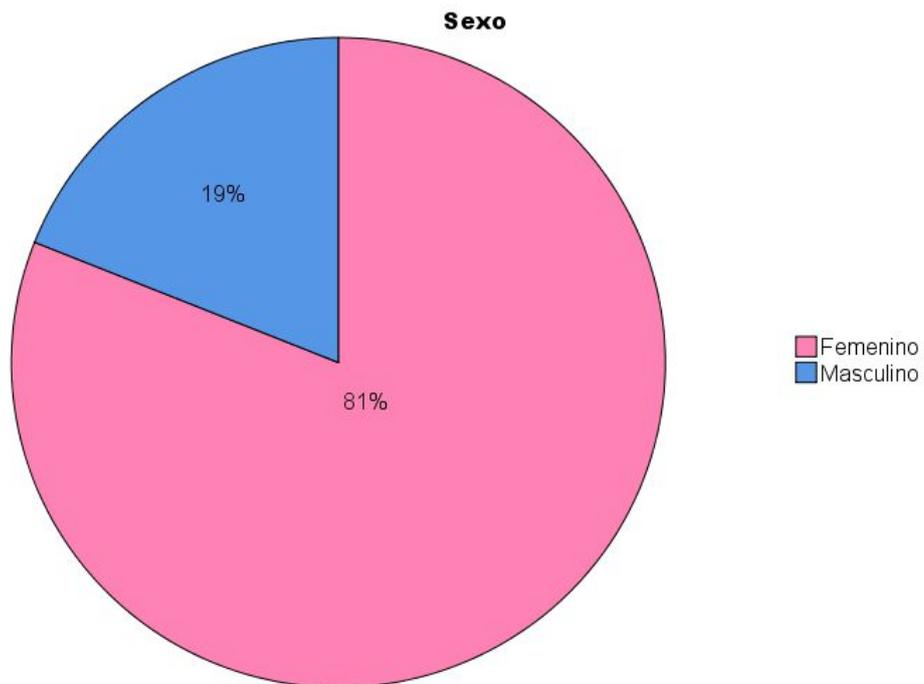
Fuente: cuestionario

Gráfico 1: Edad de los pacientes diabéticos encuestados



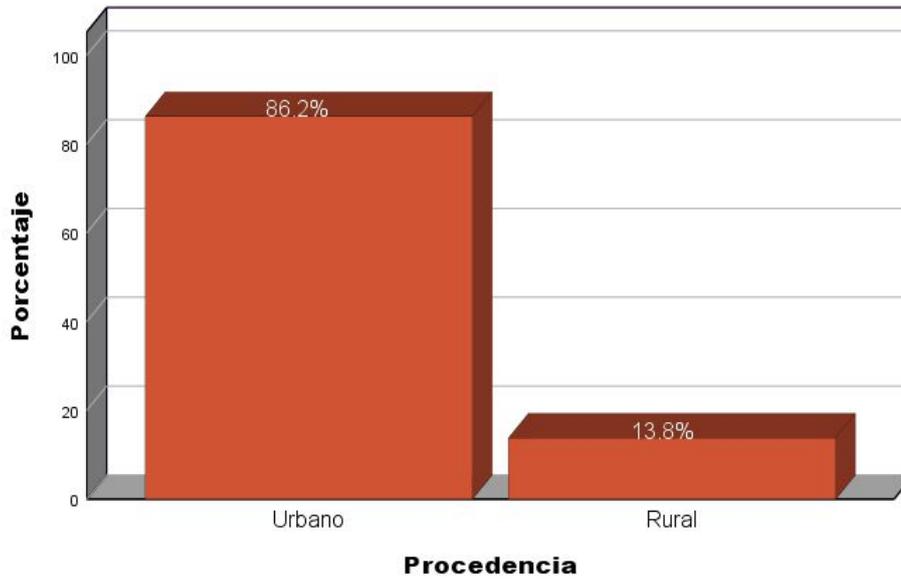
Fuente: Tabla n°1

Gráfico 2: Sexo de los pacientes diabéticos encuestados



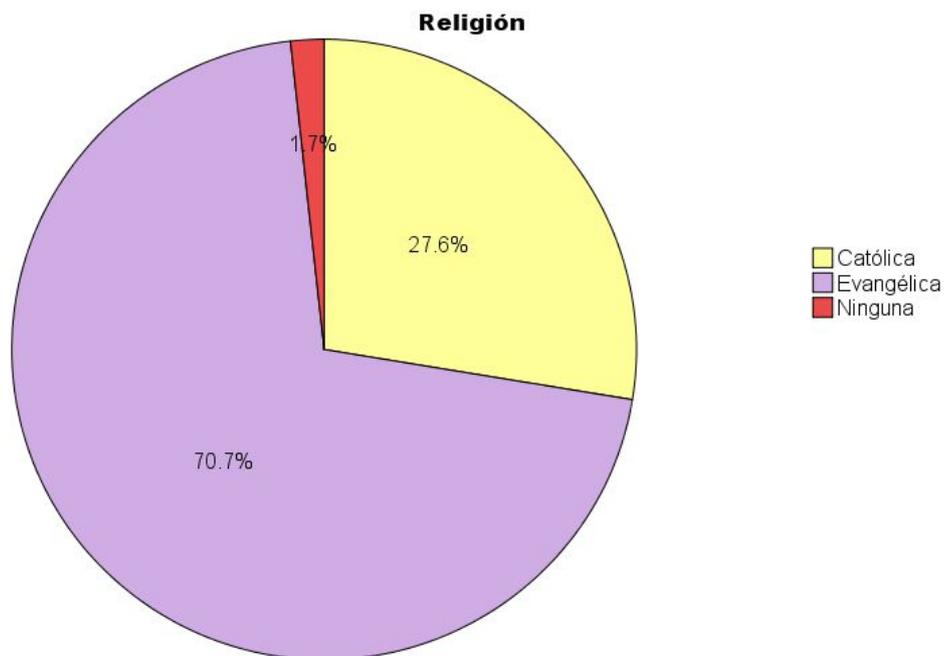
Fuente: Tabla n°1

Gráfico 3: Procedencia de los pacientes diabéticos encuestados



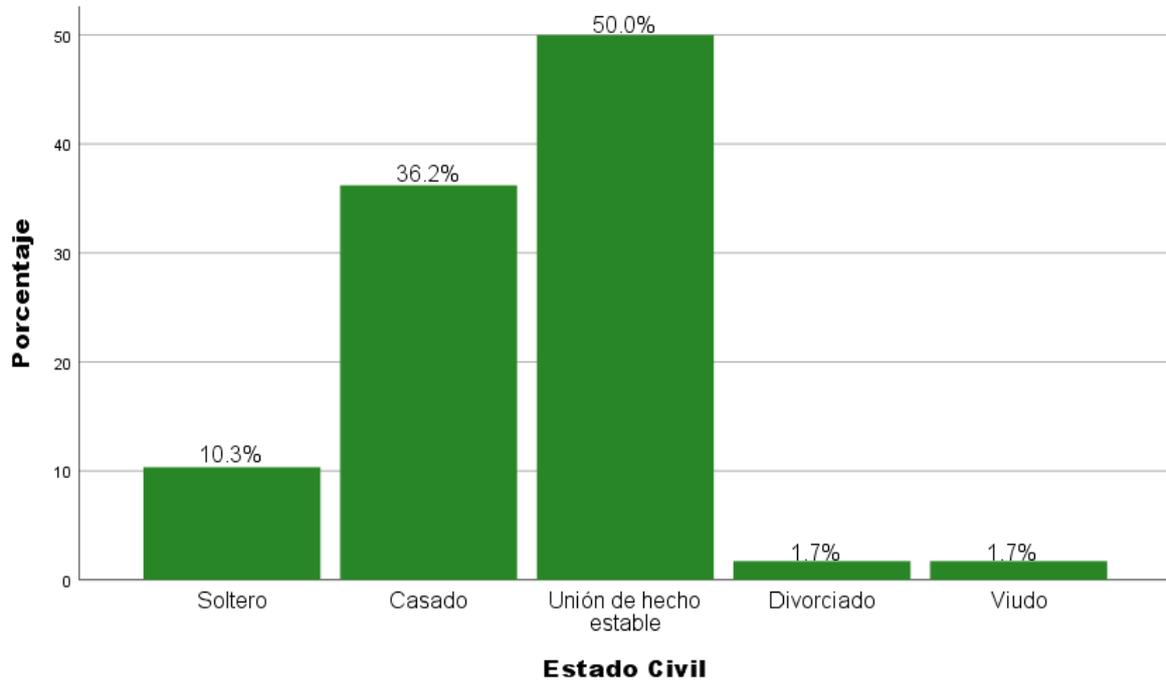
Fuente: Tabla n°1

Gráfico 4: Religión de los pacientes diabéticos encuestados



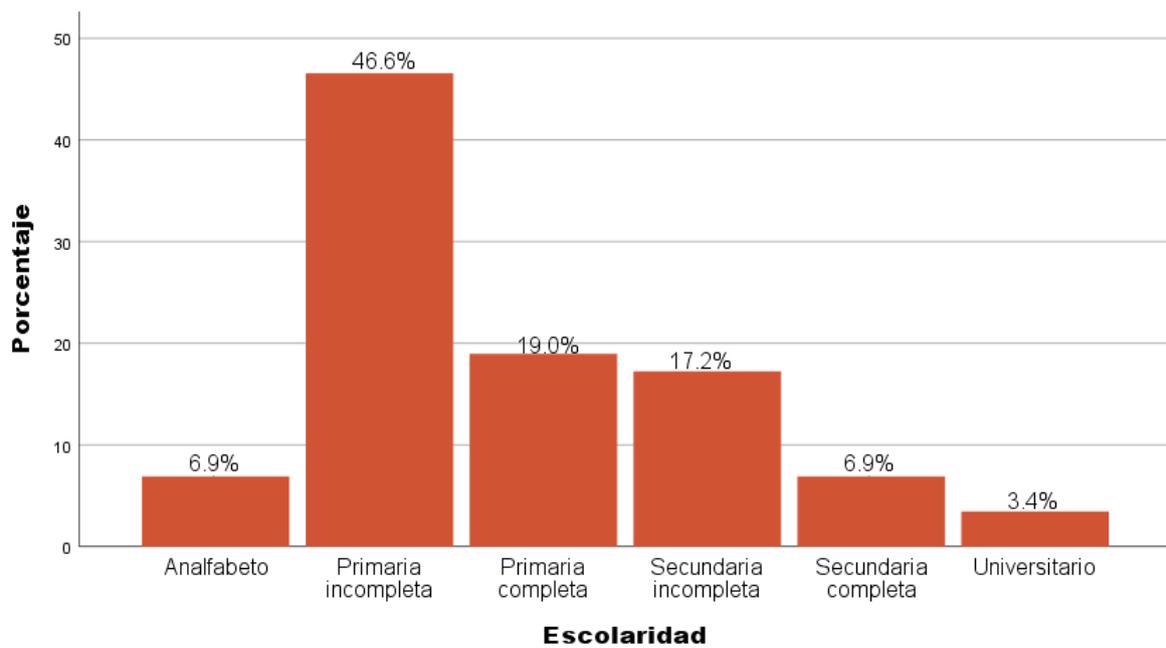
Fuente: Tabla n°1

Gráfico 5: Estado civil de los pacientes diabéticos encuestados



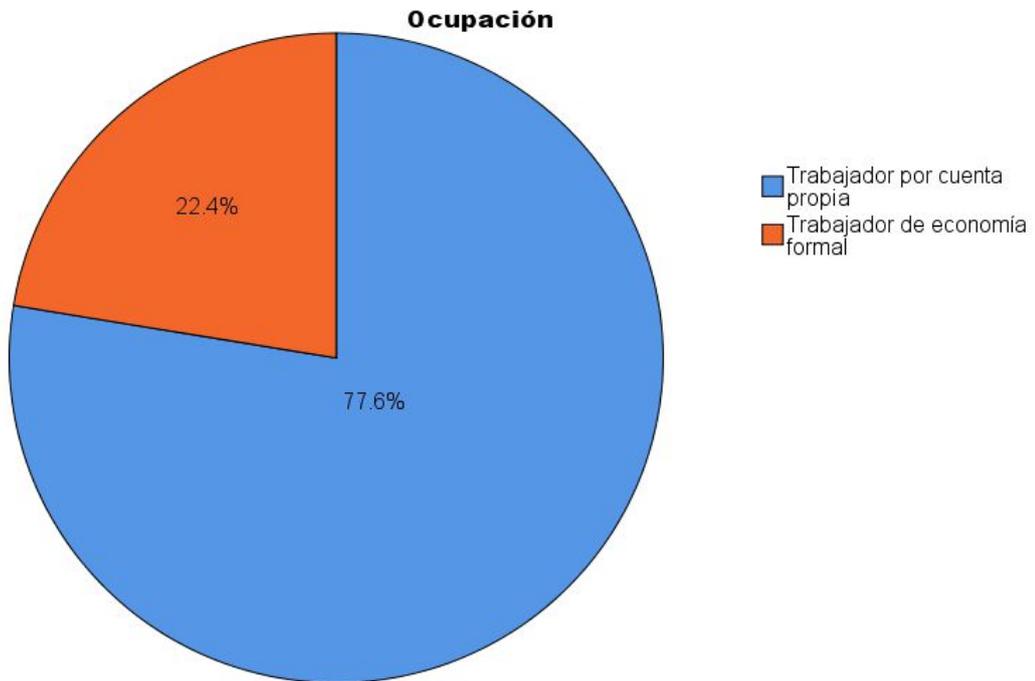
Fuente: Tabla n°1

Gráfico 6: Escolaridad de los pacientes diabéticos encuestados



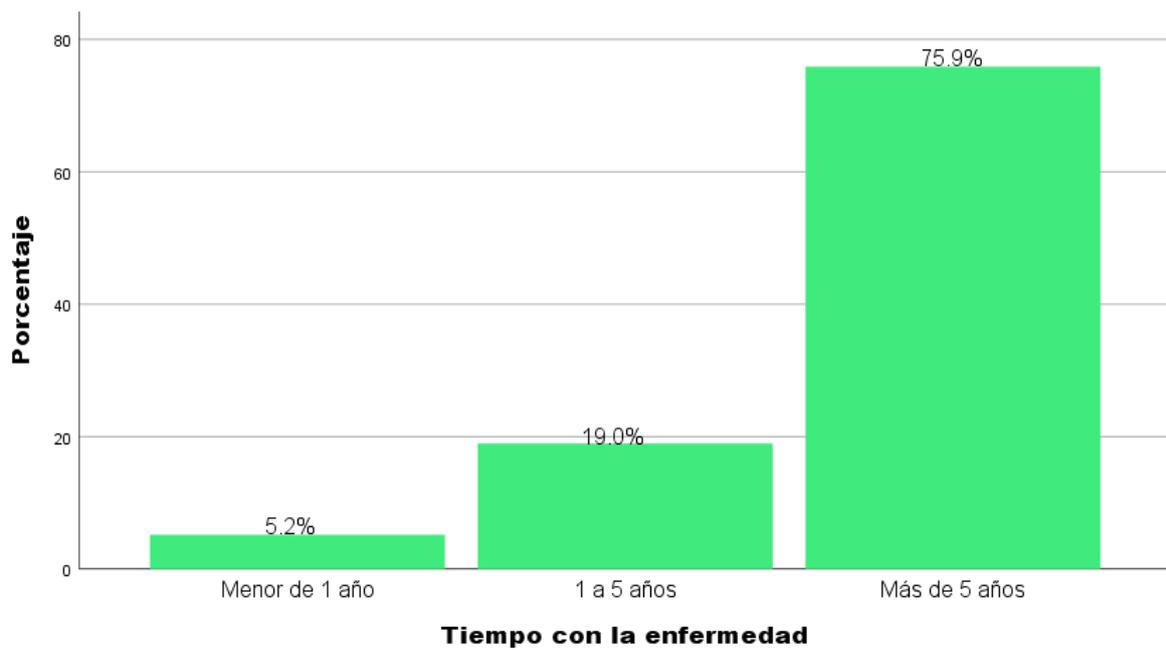
Fuente: Tabla n°1

Gráfico 7: Ocupación de los pacientes diabéticos encuestados



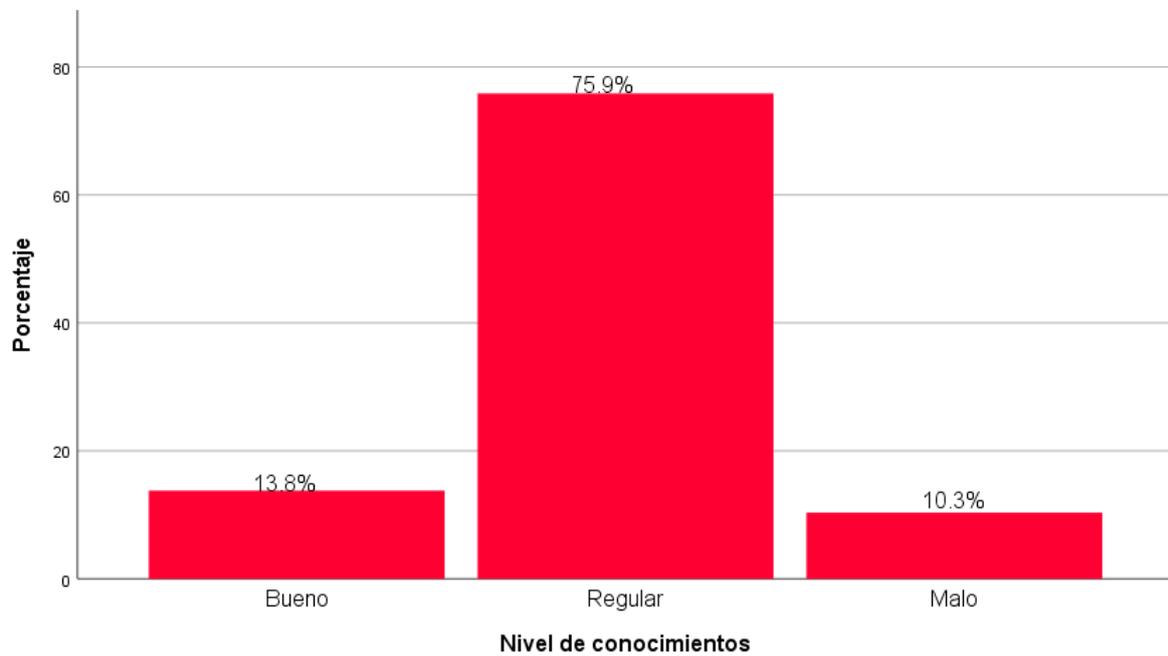
Fuente: Tabla n°1

Gráfico 8: Tiempo con la enfermedad de los pacientes diabéticos encuestados



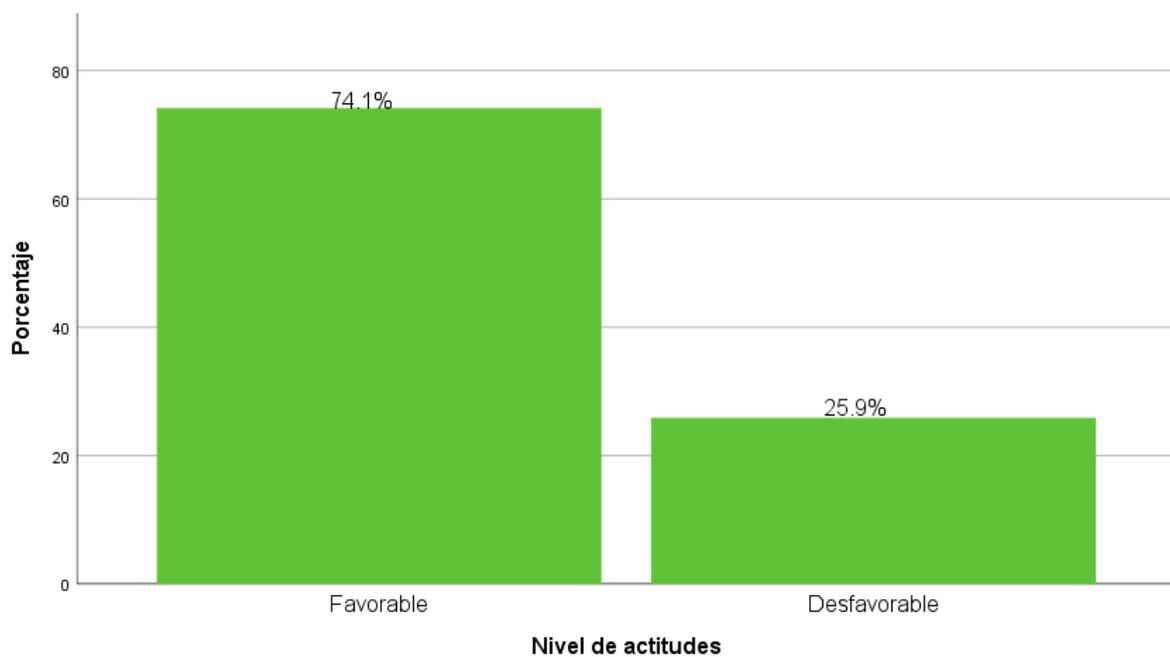
Fuente: Tabla n°1

Gráfico 9: Categoría final según puntaje obtenido en el grado de conocimiento de los pacientes diabéticos encuestados



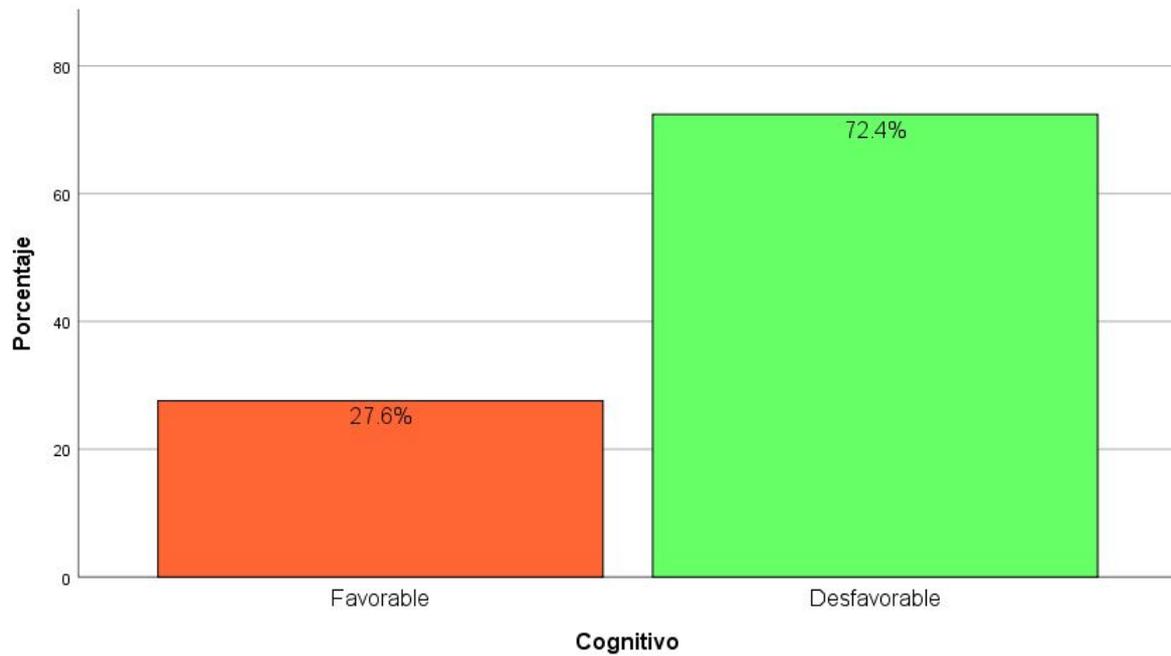
Fuente: Tabla n°2

Gráfico 10: Categoría final según puntaje obtenido en el grado de Actitudes de los pacientes diabéticos encuestados



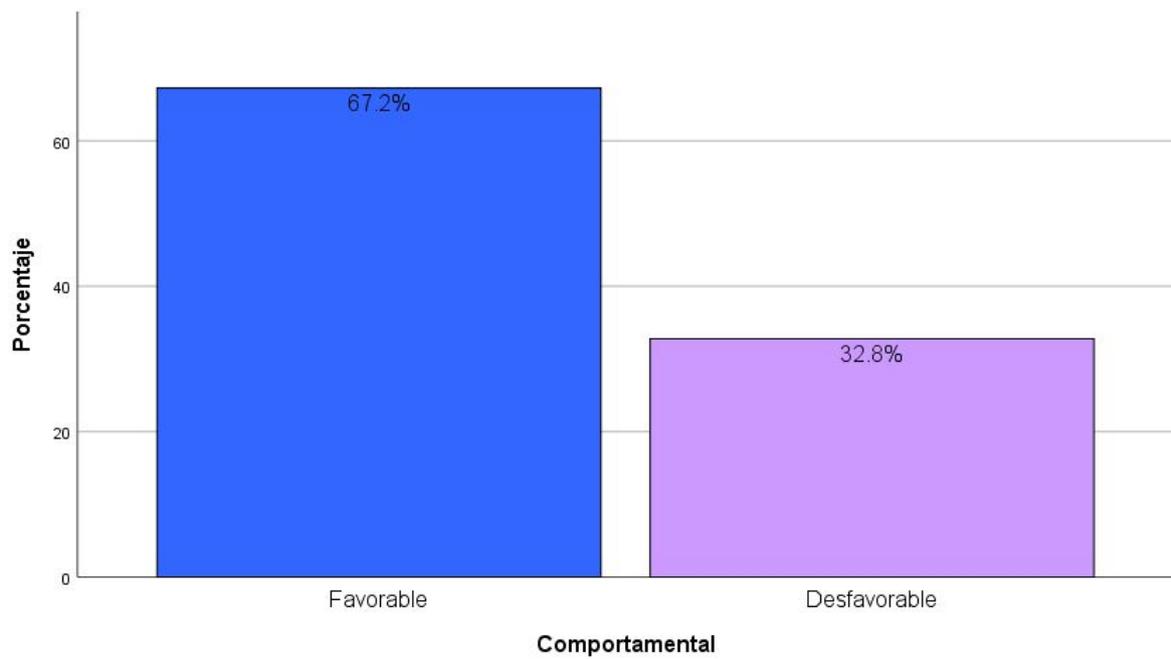
Fuente: Tabla n°3

Gráfico 11: Nivel de actitud de autocuidado según componente cognitivo



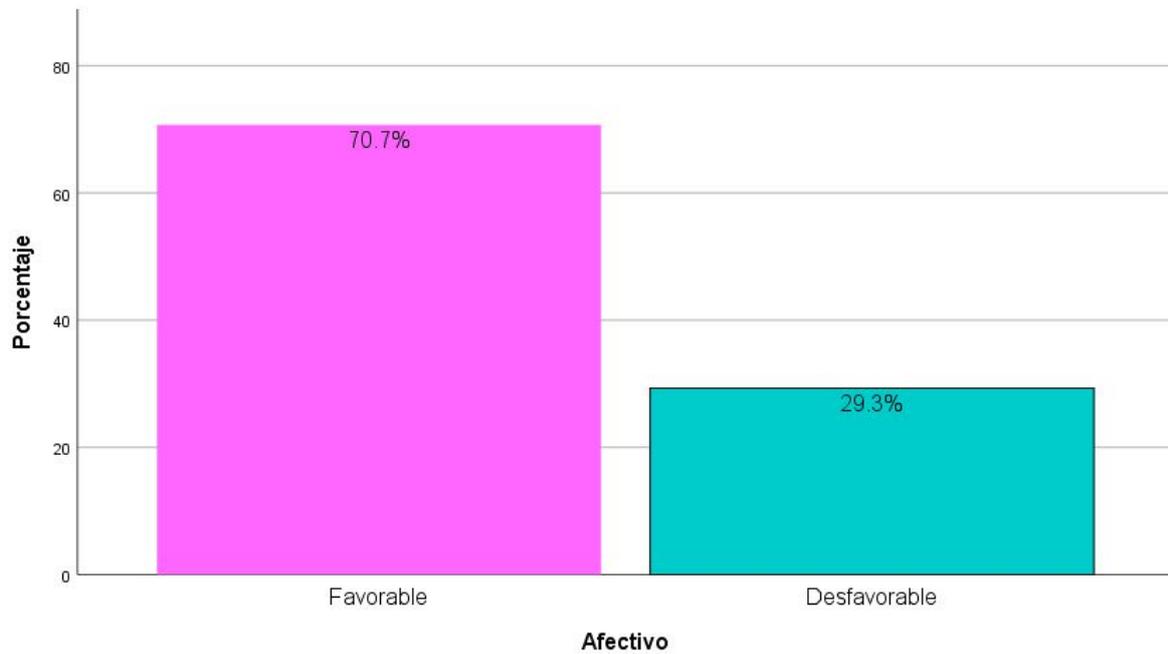
Fuente: Tabla n°4

Gráfico 12: Nivel de actitud de autocuidado según componente comportamental



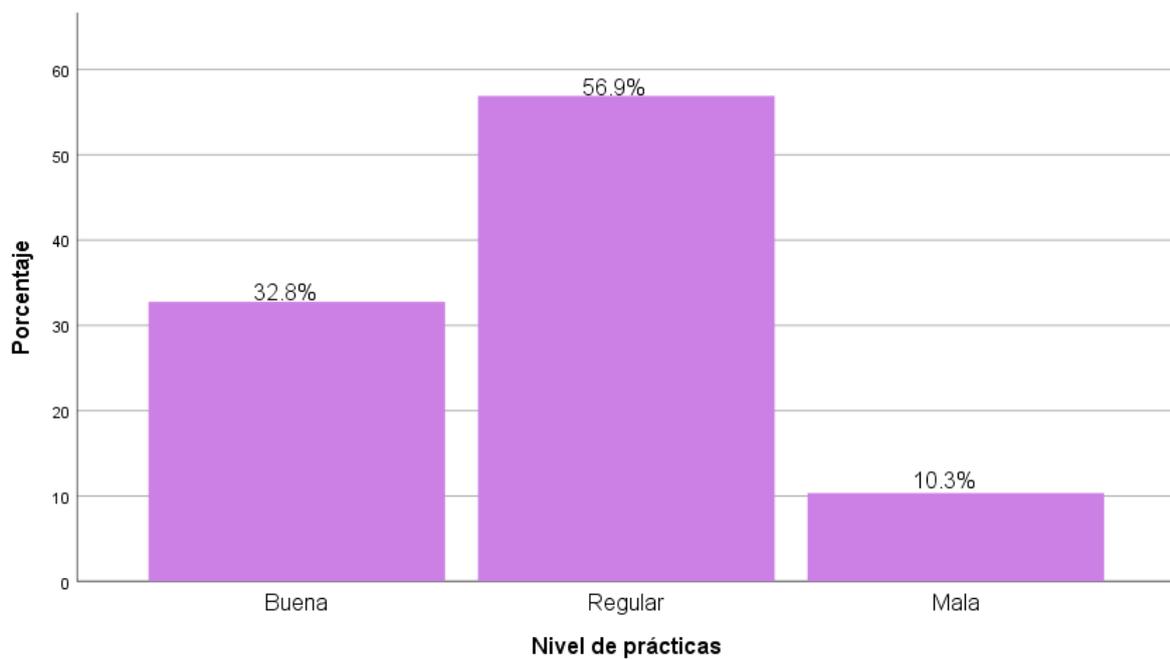
Fuente: Tabla n°4

Gráfico 13: Nivel de actitud de autocuidado según componente afectivo



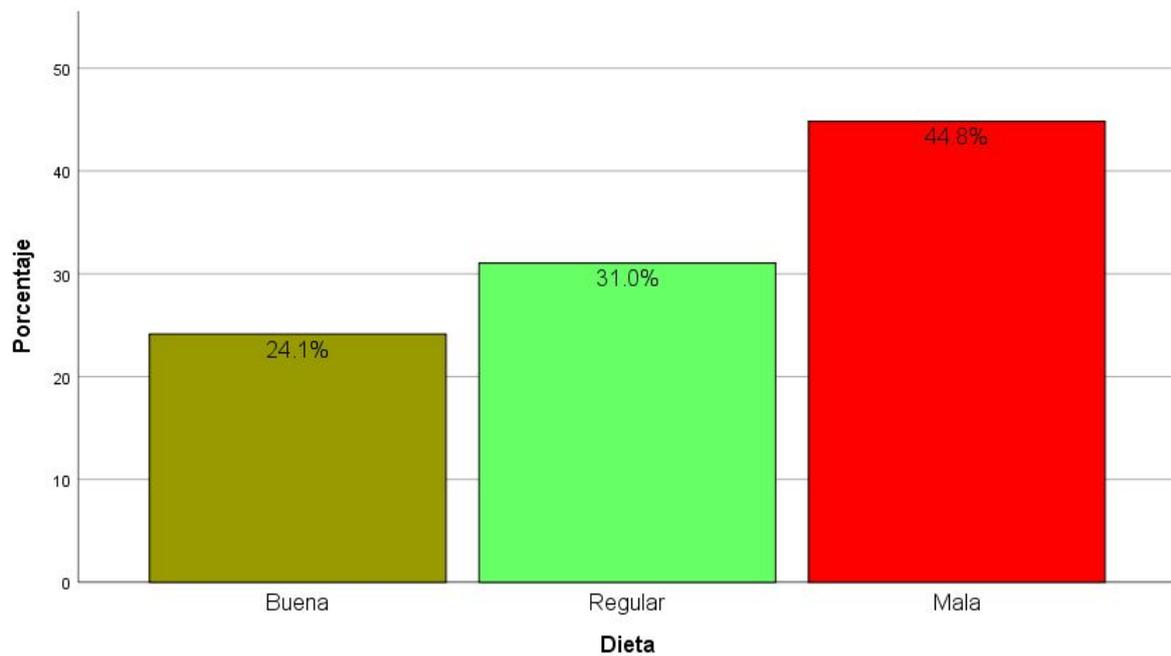
Fuente: Tabla n° 4

Gráfico 14: Categoría final según puntaje obtenido en el grado de prácticas de los pacientes diabéticos encuestados



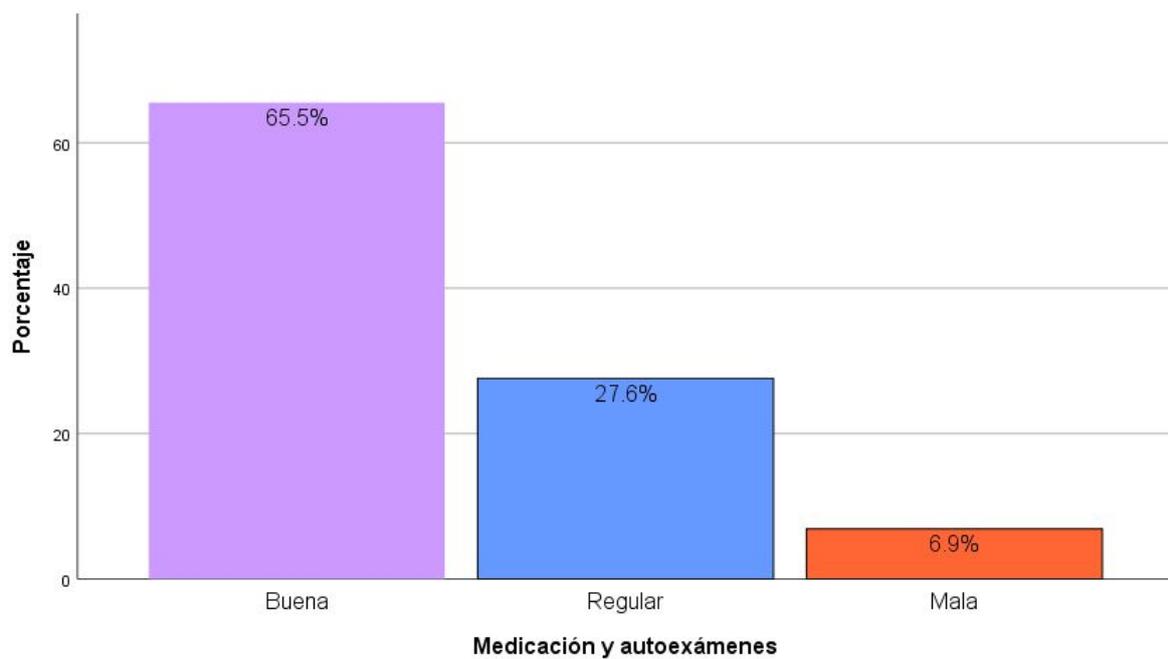
Fuente: Tabla n°6

Gráfico 15: Nivel de práctica de autocuidado según el ítem de dieta evaluado en los pacientes diabéticos encuestados



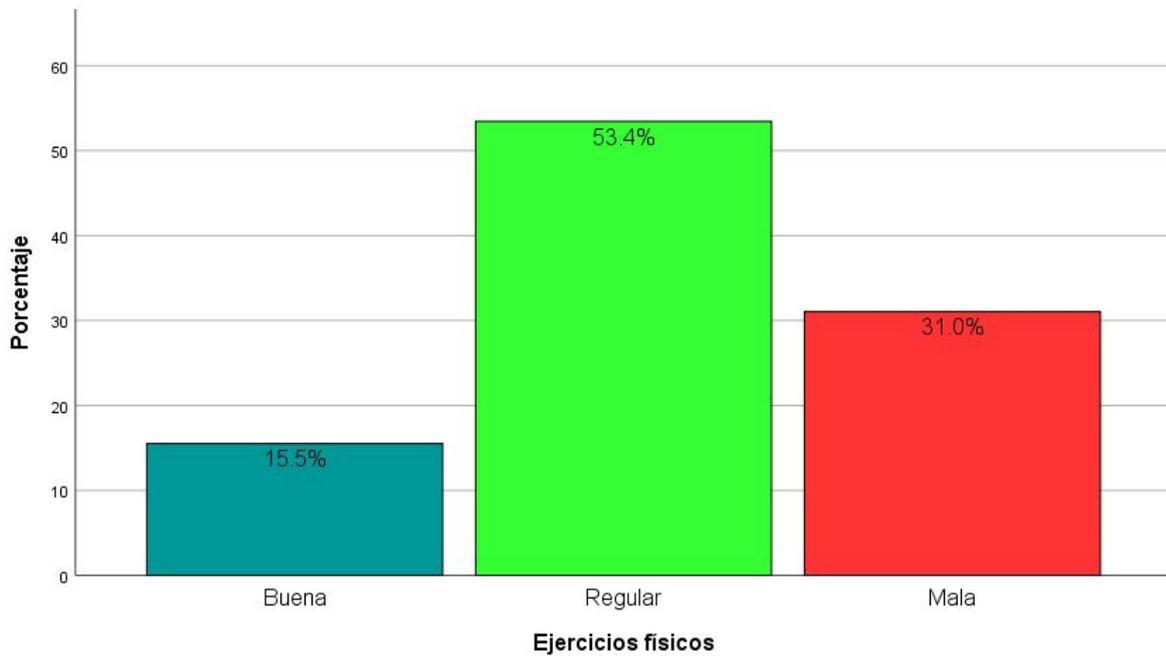
Fuente: Tabla n°7

Gráfico 16: Nivel de práctica de autocuidado según el ítem de medicación y autoexámenes evaluado en los pacientes diabéticos encuestados



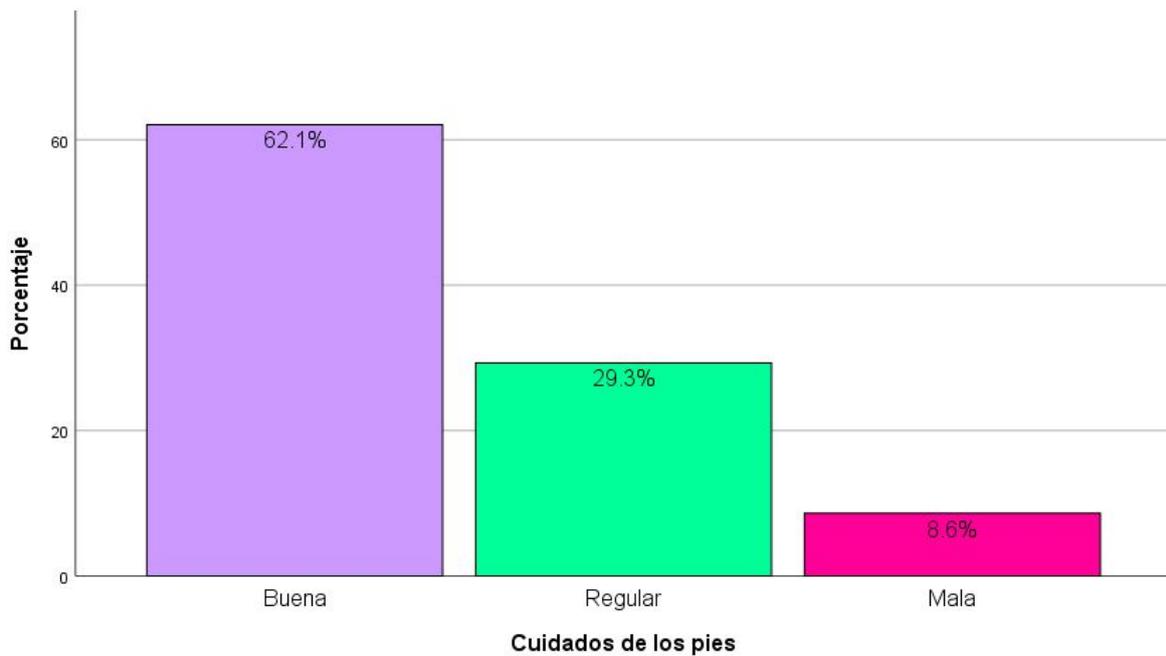
Fuente: Tabla n°7

Gráfico 17: Nivel de práctica de autocuidado según el ítem de ejercicios físicos evaluado en los pacientes diabéticos encuestados



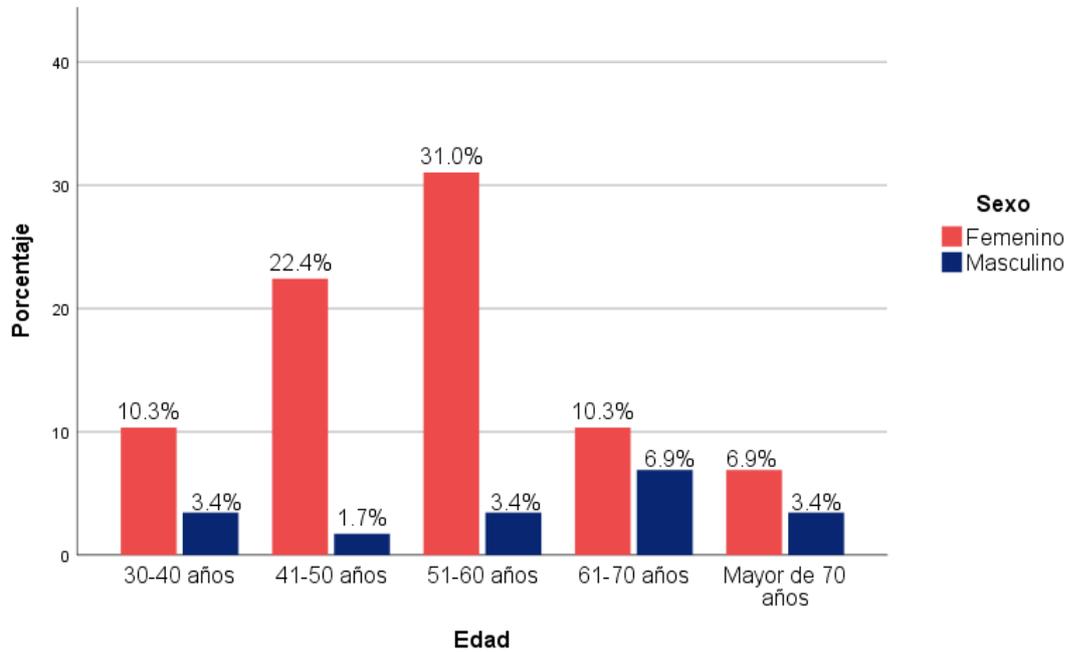
Fuente: Tabla n°7

Gráfico 18: Nivel de práctica de autocuidado según el ítem de cuidado de los pies evaluado en los pacientes diabéticos encuestados



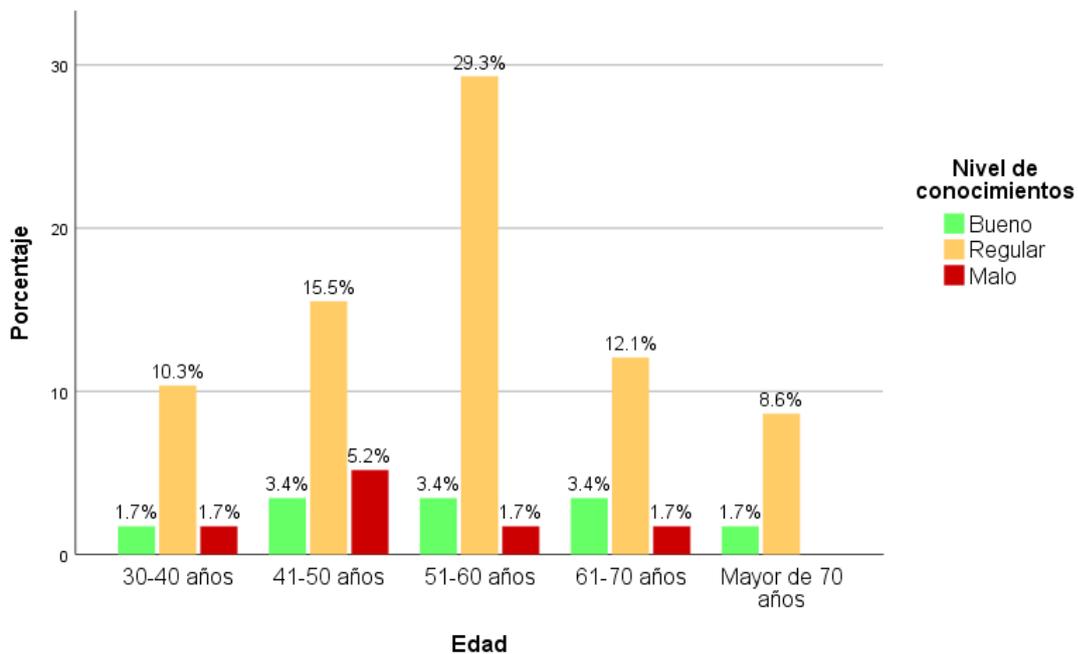
Fuente: Tabla n°7

Gráfico 19: Edad según sexo de los pacientes diabéticos encuestados



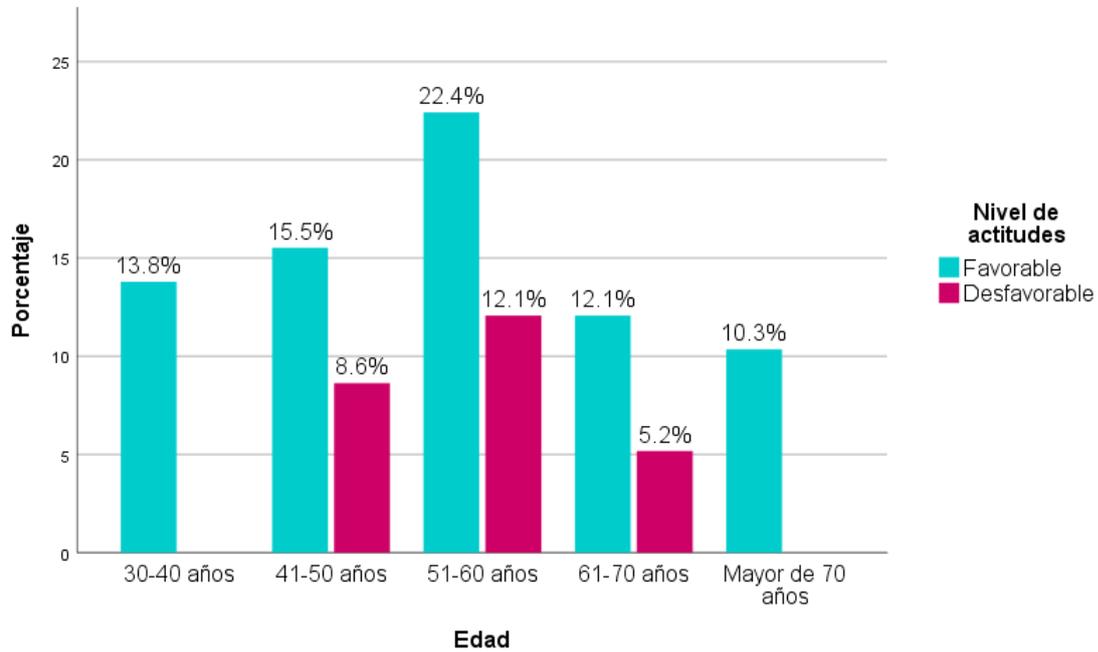
Fuente: Tabla n°9

Gráfico 20: Edad según nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos encuestados



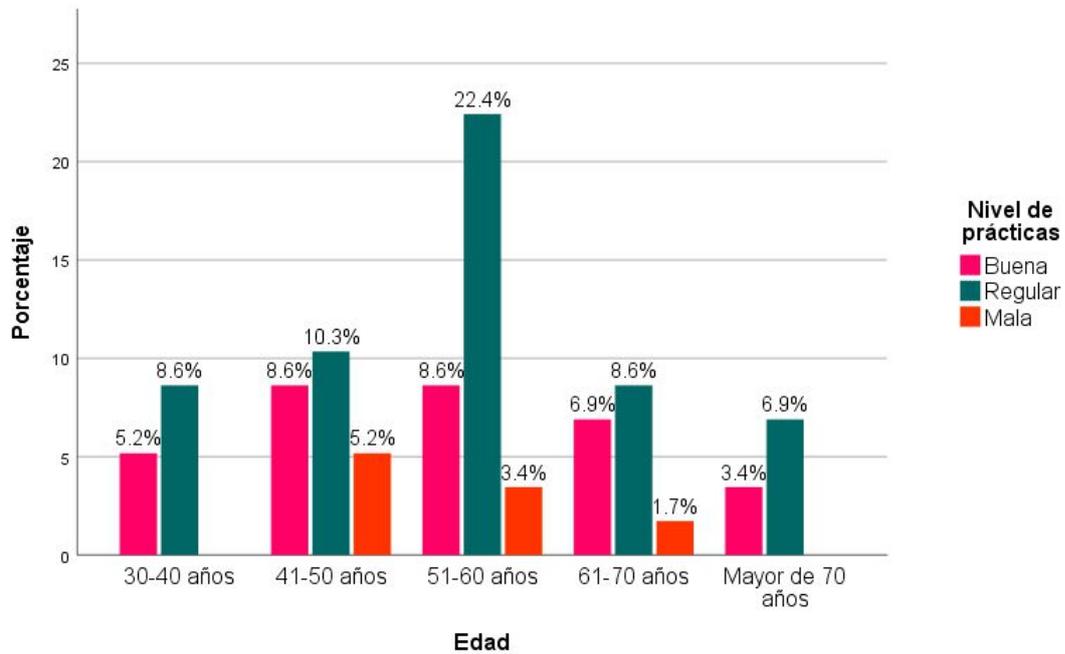
Fuente: Tabla n°10

Gráfico 21: Edad según nivel de actitudes de los pacientes diabéticos encuestados



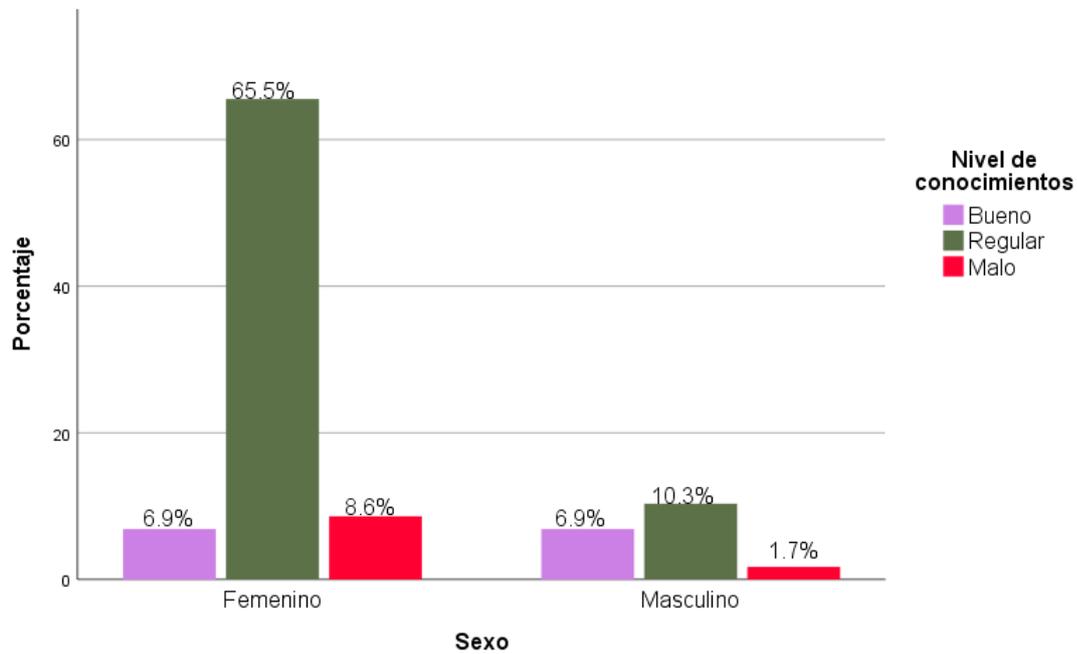
Fuente: Tabla n°11

Gráfico 22: Edad según nivel de prácticas de los pacientes diabéticos encuestados



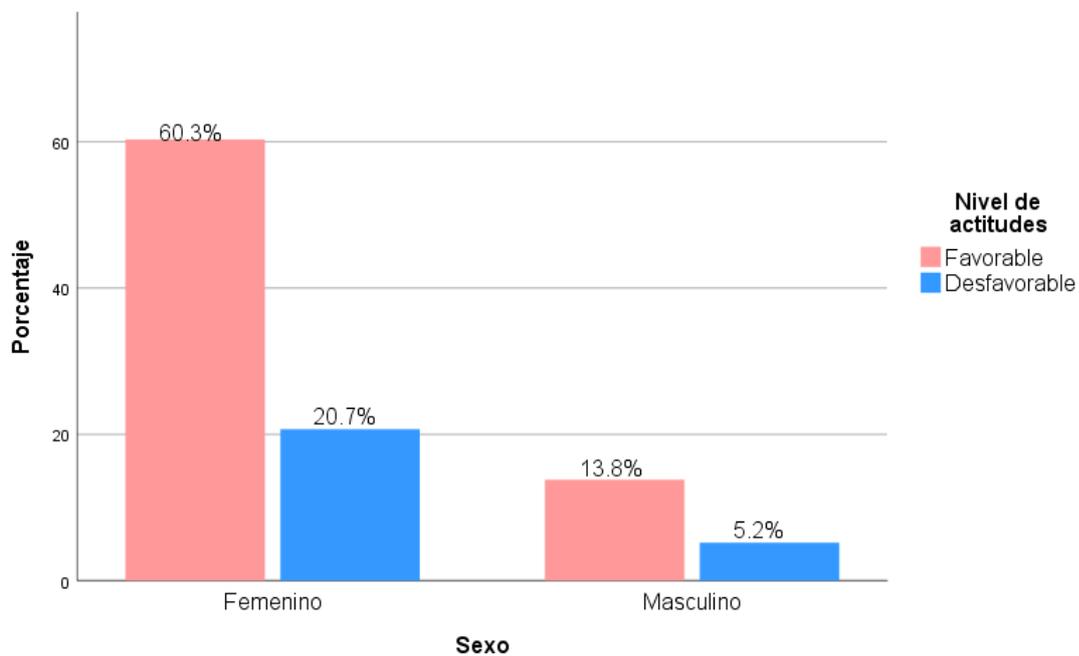
Fuente: Tabla n°12

Gráfico 23: Sexo según nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos encuestados



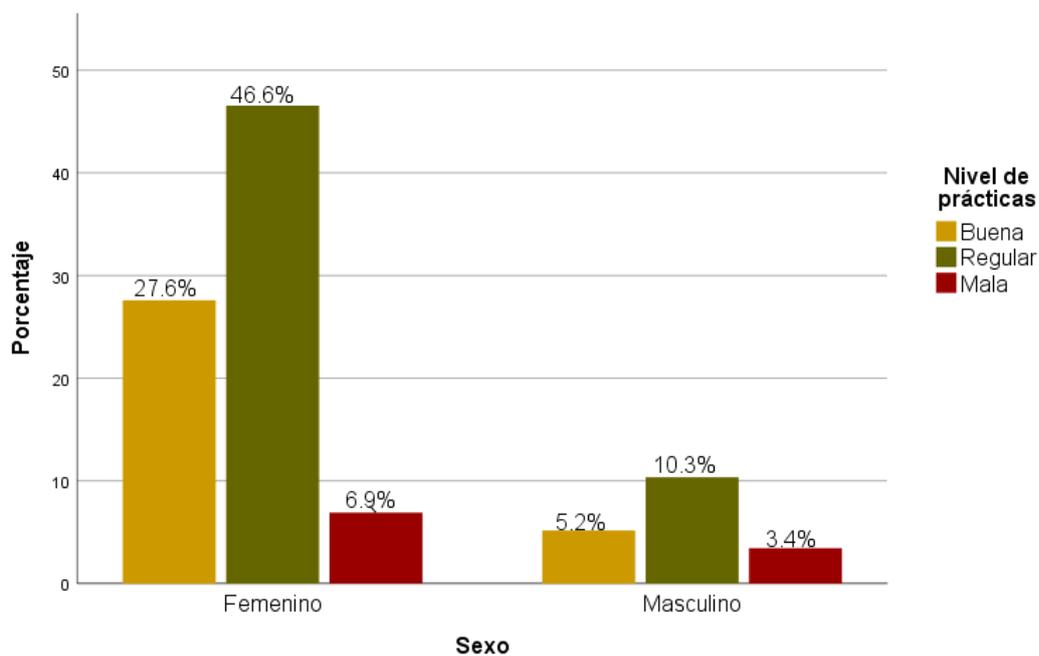
Fuente: Tabla n°13

Gráfico 24: Sexo según nivel de actitudes de los pacientes diabéticos encuestados



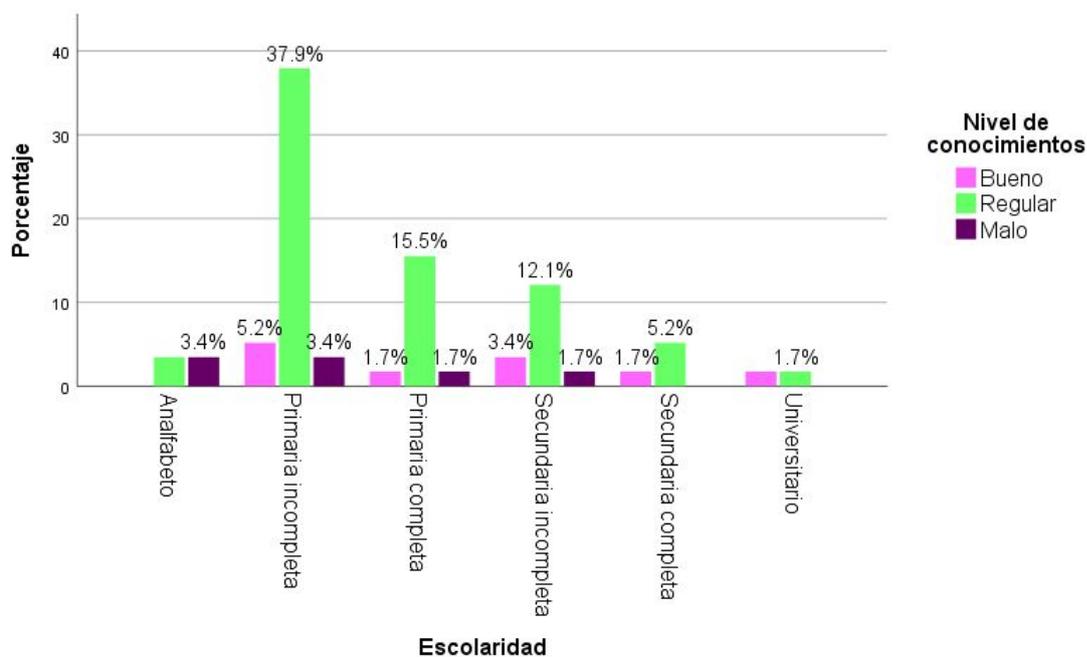
Fuente: Tabla n°14

Gráfico 25: Sexo según nivel de prácticas de los pacientes diabéticos encuestados



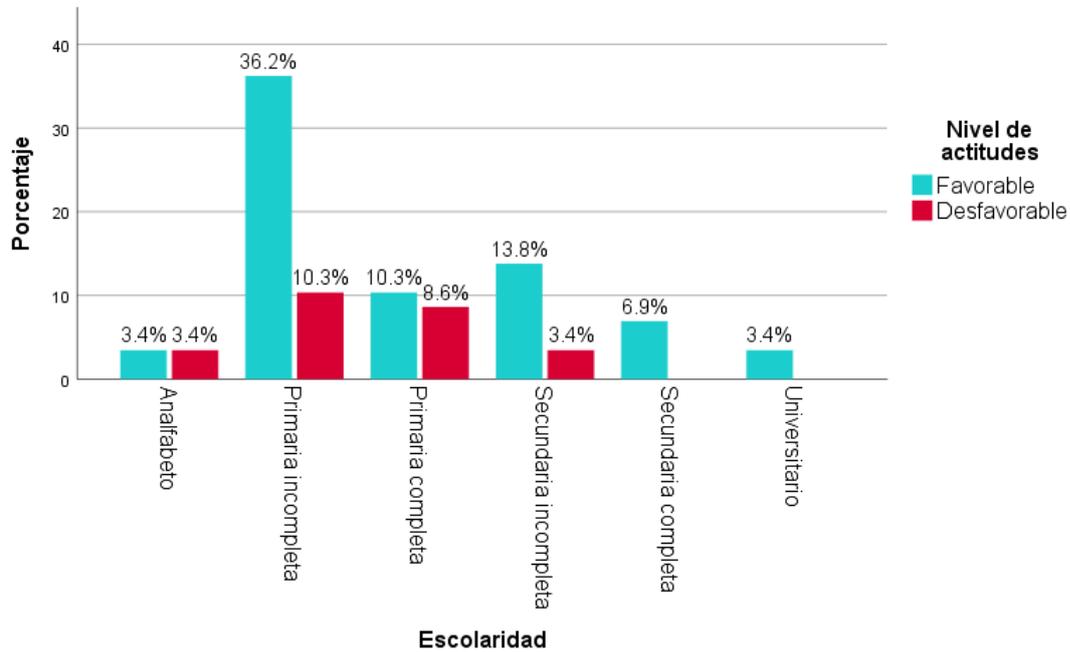
Fuente: Tabla n°15

Gráfico 26: Escolaridad según nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos encuestados



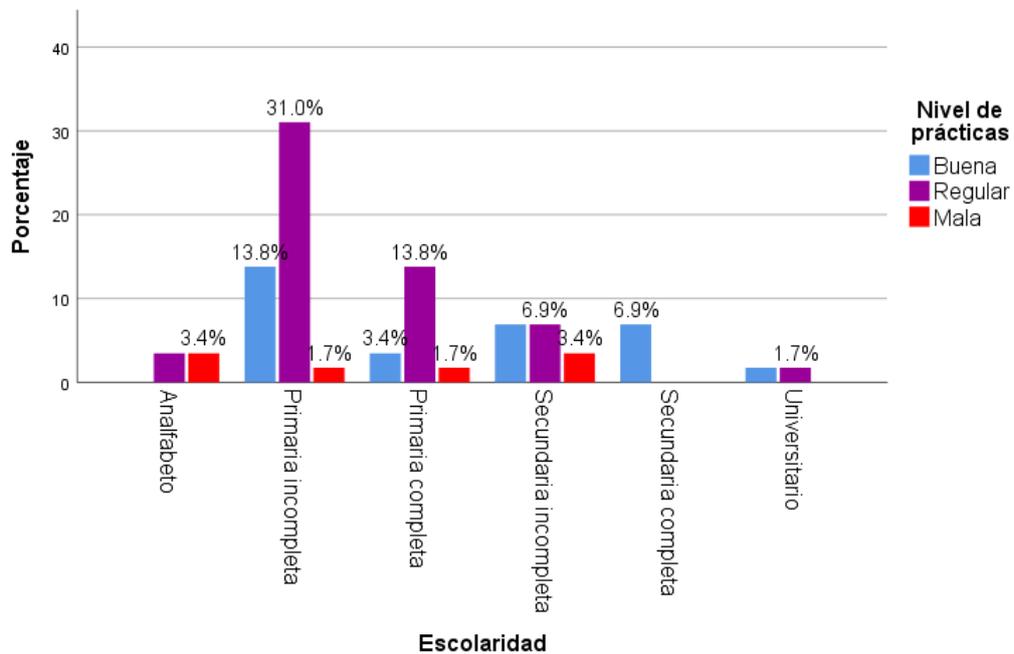
Fuente: Tabla n°16

Gráfico 27: Escolaridad según nivel de actitudes de los pacientes diabéticos encuestados



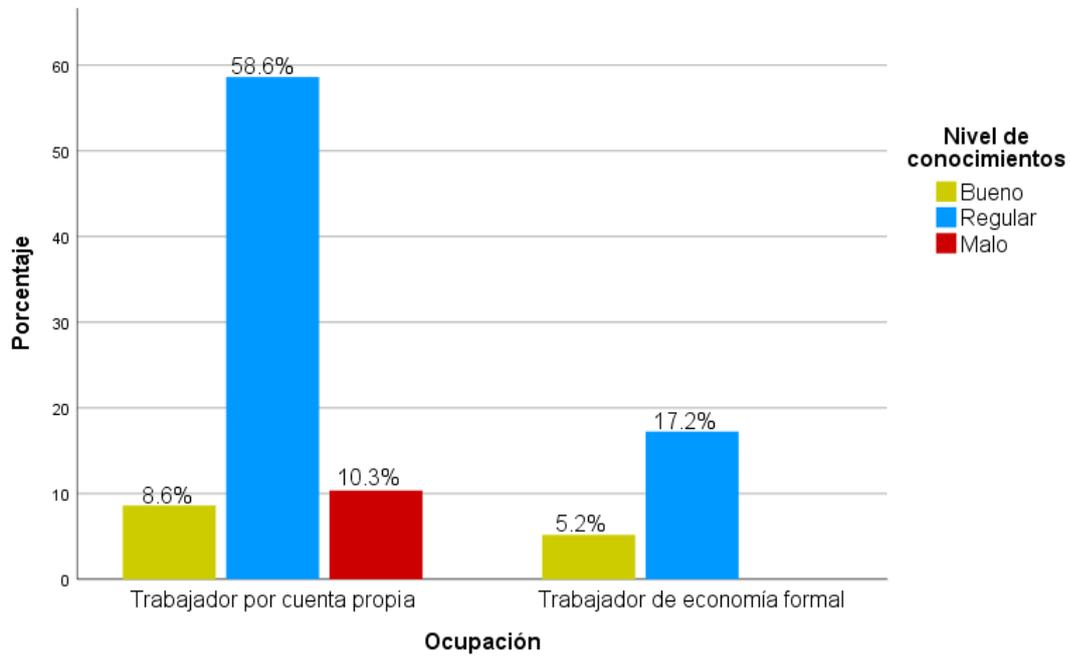
Fuente: Tabla n°17

Gráfico 28: Escolaridad según nivel de prácticas de los pacientes diabéticos encuestados



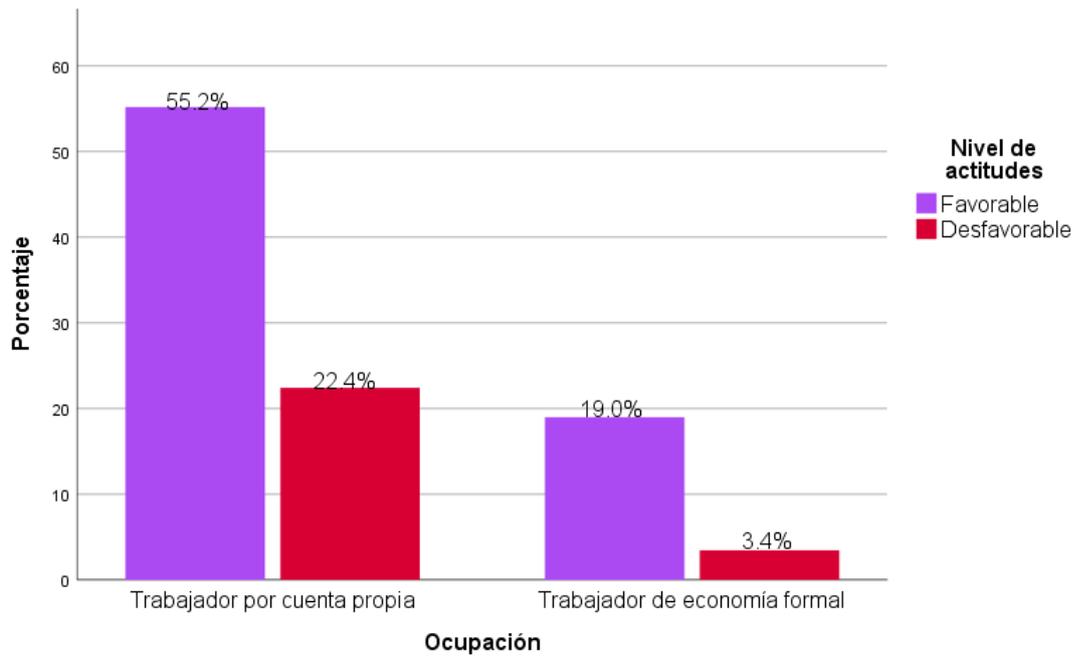
Fuente: Tabla n°18

Gráfico 29: Ocupación según nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos encuestados



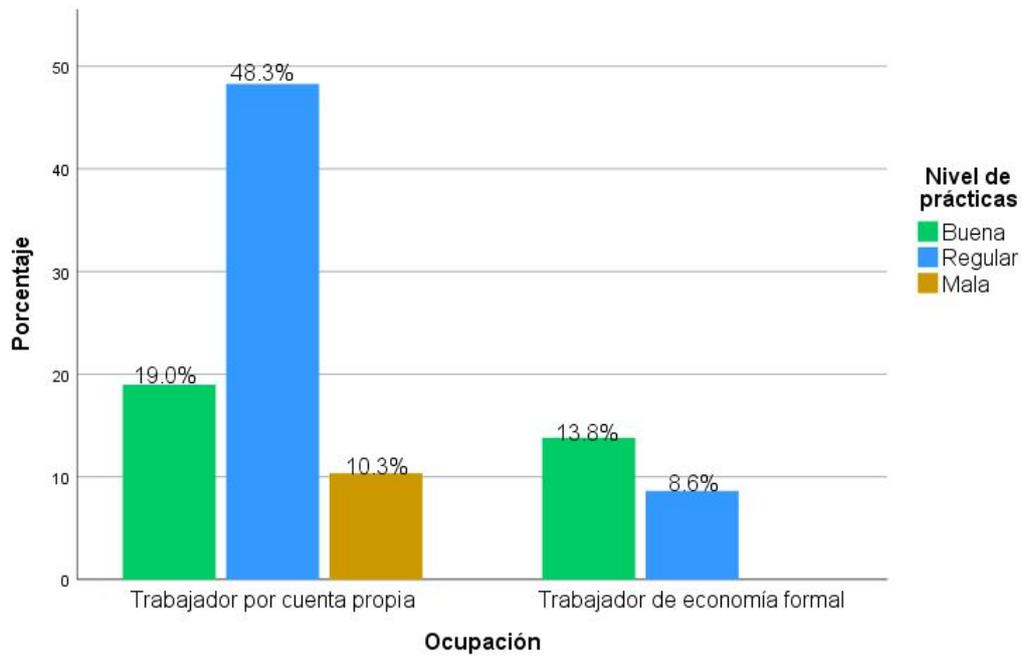
Fuente: Tabla n°19

Gráfico 30: Ocupación según nivel de actitudes de los pacientes diabéticos encuestados



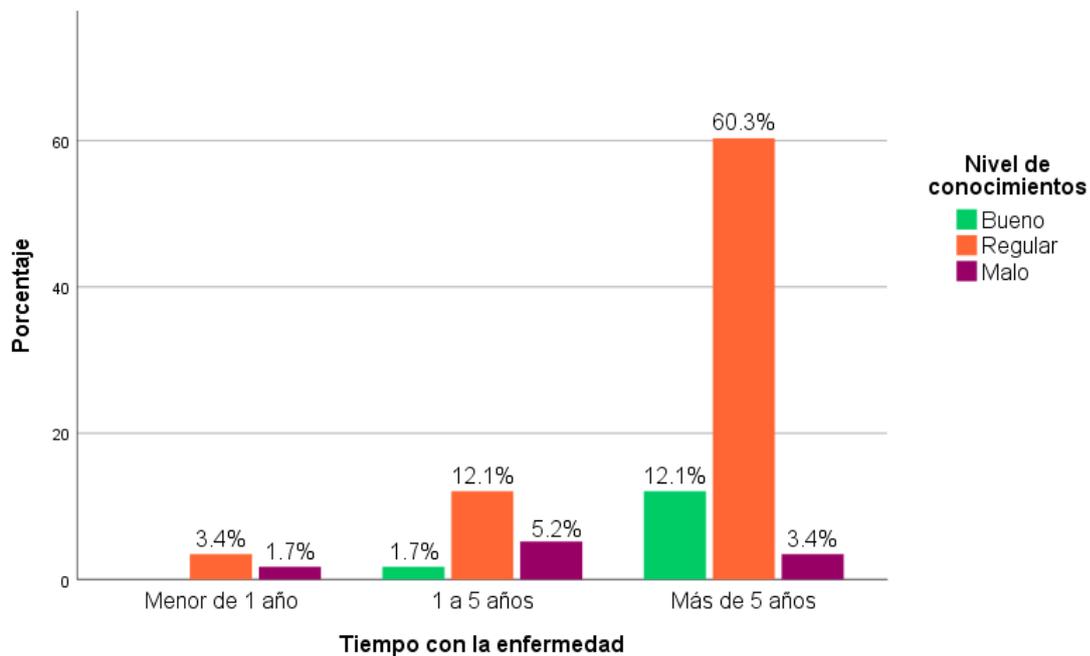
Fuente: Tabla n°20

Gráfico 31: Ocupación según nivel de prácticas de los pacientes diabéticos encuestados



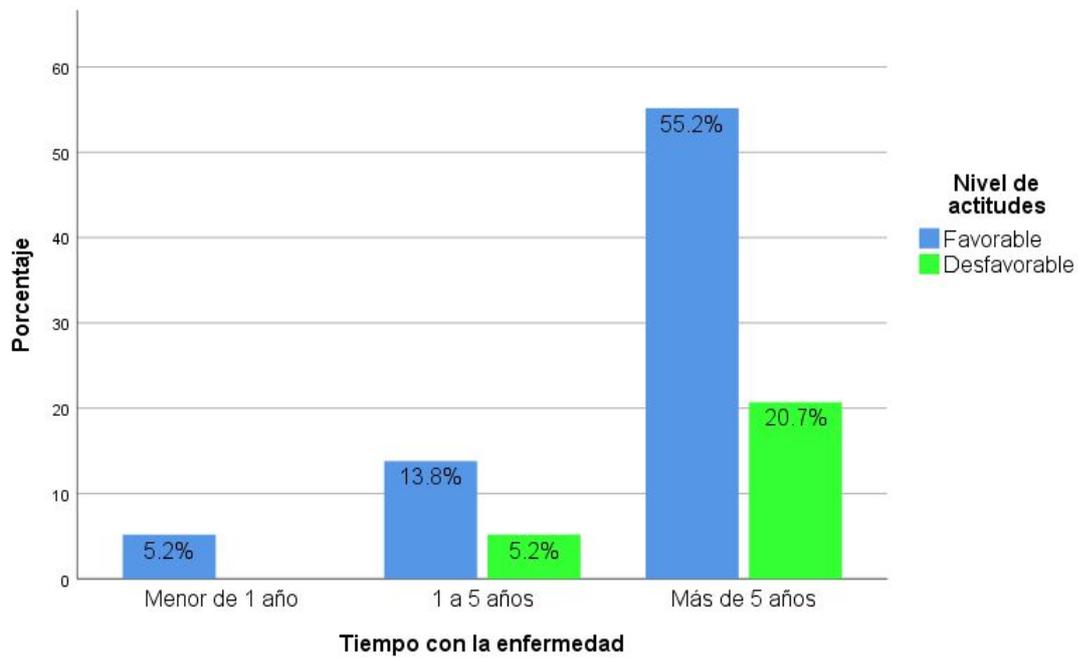
Fuente: Tabla n°21

Gráfico 32: Tiempo con la enfermedad según nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos encuestados



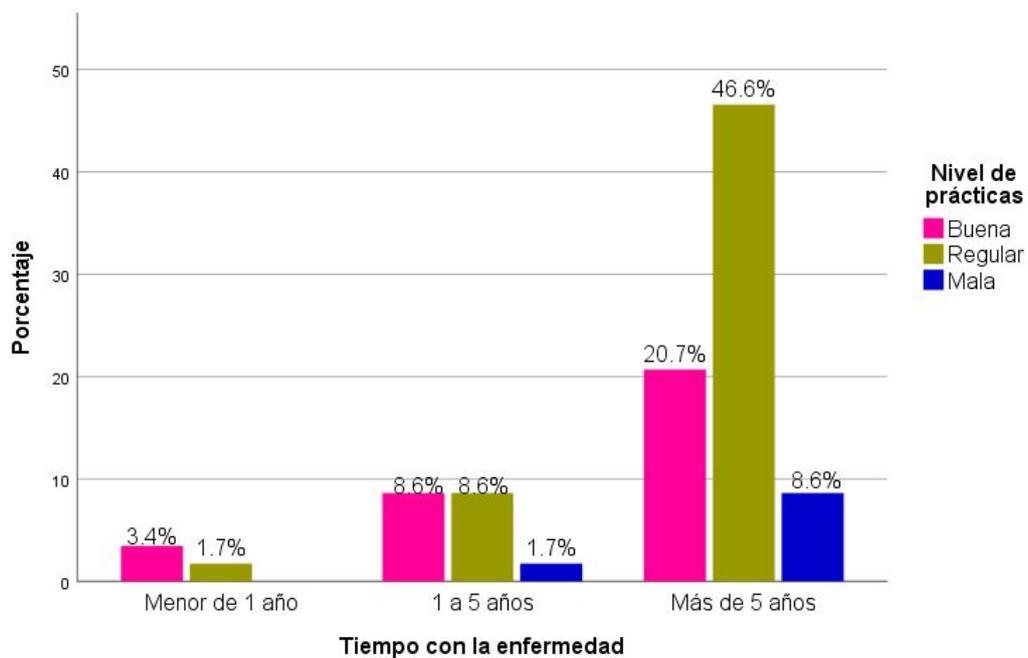
Fuente: Tabla n°22

Gráfico 33: Tiempo con la enfermedad según nivel de actitudes de los pacientes diabéticos encuestados



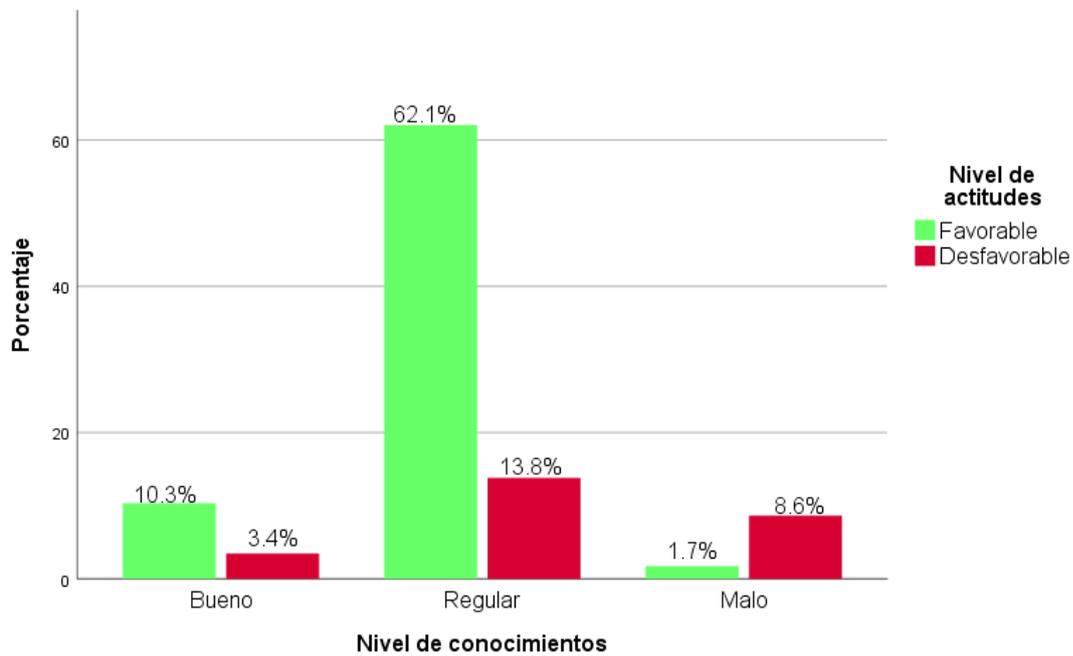
Fuente: Tabla n°23

Gráfico 34: Tiempo con la enfermedad según nivel de prácticas de los pacientes diabéticos encuestados



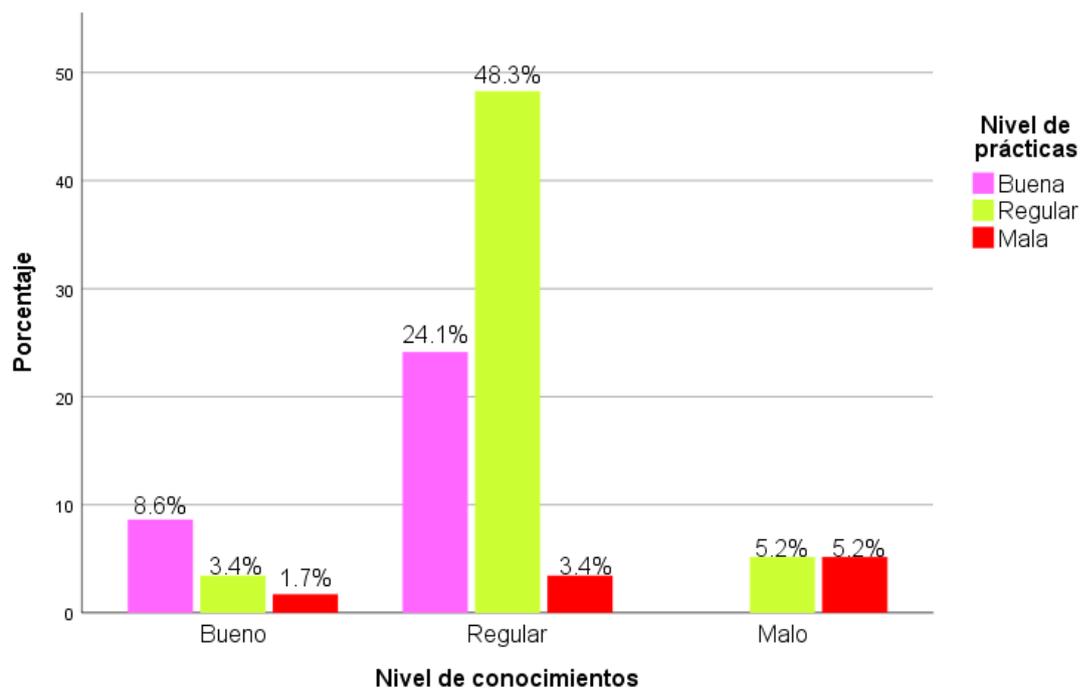
Fuente: Tabla n°24

Gráfico 35: Nivel de conocimientos según nivel de actitudes de los pacientes diabéticos encuestados



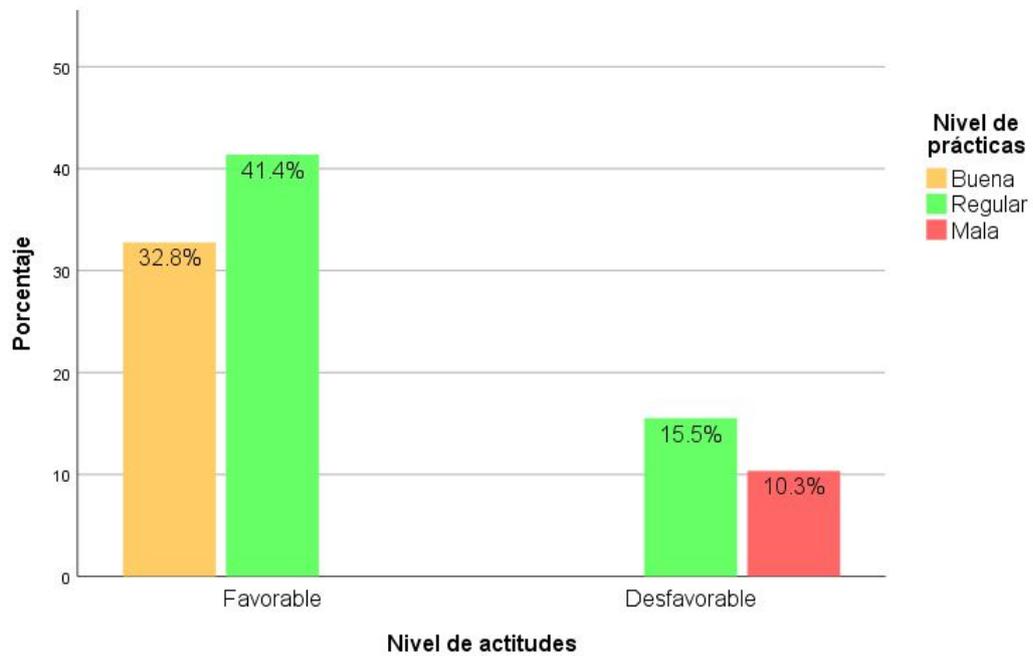
Fuente: Tabla n°25

Gráfico 36: Nivel de conocimientos según nivel de prácticas de los pacientes diabéticos encuestados



Fuente: Tabla n°26

Gráfico 37: Nivel de actitudes según nivel de prácticas de los pacientes diabéticos encuestados



Fuente: Tabla n°27

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A quien corresponda:

Yo _____ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio **“Conocimientos, actitudes y prácticas de auto cuidado en pacientes con diabetes tipo 2 en el Hospital Primario Carlos Fonseca Amador, Mulukuku, Región Autónoma de la Costa Caribe Norte, Nicaragua, marzo 2019”**, cuyo objetivo es valorar el conocimiento, actitudes y prácticas de los pacientes con diabetes tipo 2 sobre el autocuidado de su enfermedad.

Estoy consciente de que los procedimientos para lograr el objetivo mencionado consistirán en la aplicación de un cuestionario y que no representará riesgo alguno a mi persona.

Es de mi consentimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que lo desee, sin ser afectado en mi trato o atención.

Firma: _____

Fecha: ___ / ___ / ____

Firma de la investigadora

Br. Maritza de los Angeles Rodríguez Valdivia

FICHA DE RECOLECCION

Ficha No: _____

Fecha: ____/____/____

I. Datos Generales

Edad:

30 - 40 años

41 - 50 años

51 - 60 años

61 -70 años

mayor de 70 años

Sexo: Mujer

Hombre

Procedencia:

Urbano

Rural

Religión:

Católica

Evangélica

Ninguna

Escolaridad:

Analfabet@

Primaria incompleta

Primaria completa

Secundaria incompleta

Secundaria completa

Universitaria

Estado Civil

Soltero

Casado

Unión de hecho estable

Divorciado

Viudo

Ocupación:

Trabajador por cuenta propia

Trabajador de economía formal

Tiempo con la enfermedad:

Menor de 1 año

1 a 5 años

más de 5 años

Escala de conocimientos en diabetes ECODI de Bueno y col.

1. La insulina es:

- a) Un medicamento que siempre recibimos del exterior y sirve para bajar el azúcar (o glucosa) en la sangre.
- b) Una sustancia que eliminamos en la orina.
- c) Una sustancia que segregamos en el organismo (en el páncreas) para regular el azúcar (o glucosa) en la sangre.
- d) No sabe/no contesta.

2. Los niveles normales de azúcar [o glucosa] en sangre son:

- a) 30-180.
- b) 70-140.
- c) 120-170.
- d) No sabe/no contesta.

3. Si usted nota aumento de sed, orinar con más frecuencia, pérdida de peso, azúcar en la orina, pérdida de apetito..., ¿qué cree que le ocurre?

- a) Bajo nivel de azúcar (o glucosa) en sangre: hipoglucemia.
- b) Niveles normales de azúcar (o glucosa) en sangre.
- c) Alto nivel de azúcar (o glucosa) en sangre: hiperglucemia.
- d) No sabe/no contesta.

4. Un alto nivel de azúcar (o glucosa] en sangre, también llamado hiperglucemia, puede producirse por

- a) Demasiada insulina.
- b) Demasiada comida.
- c) Demasiado ejercicio.
- d) No sabe/no contesta.

5. Si usted nota sudoración fría, temblores, hambre, debilidad, mareos, palpitaciones..., ¿qué cree que le ocurre?

- a) Bajo nivel de azúcar (o glucosa) en sangre: hipoglucemia.
- b) Niveles normales de azúcar (o glucosa) en sangre.
- c) Alto nivel de azúcar (o glucosa) en sangre: hiperglucemia.
- d) No sabe/no contesta.

6. Una reacción de hipoglucemia (bajo nivel de azúcar, o glucosa, en sangre), puede ser causada por:

- a) Demasiada insulina o antidiabéticos orales (pastillas).
- b) Poca insulina o antidiabéticos orales.
- c) Poco ejercicio.
- d) No sabe/no contesta.

7. ¿Cuántas comidas al día debe hacer un diabético?

- a) Tres: desayuno, comida y cena.
- b) Cinco: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena.
- c) Comer siempre que tenga hambre.
- d) No sabe/no contesta.

8. ¿Cuál de estos alimentos no debe comer nunca el diabético?

- a) Carne y verduras.
- b) Refrescos y chiverías (comida chatarra).
- c) Legumbres (p. ej.: lentejas) y pastas alimenticias (p. ej.: macarrones).
- d) No sabe/no contesta.

9. ¿De cuál de estos alimentos puede comer, pero no debe abusar el diabético?

- a) Carne y verduras.
- b) Refrescos y chiverías (comida chatarra)
- c) Legumbres y pastas alimenticias.
- d) No sabe/no contesta.

10. Una dieta con alto contenido en fibra vegetal puede:

- a) Ayudar a regular los niveles de azúcar en la sangre.
- b) Elevar los niveles de colesterol en la sangre.
- c) No satisfacer el apetito.
- d) No sabe/no contesta.

11. Una buena fuente de fibra es:

- a) Carne.
- b) Verdura.
- c) Yogurt.
- d) No sabe/no contesta.

12. Para conseguir un buen control de la diabetes, todos los diabéticos, en general, deben:

- a) Tomar antidiabéticos orales (pastillas).
- b) Seguir bien la dieta.
- c) Inyectarse insulina.
- d) No sabe/no contesta.

13. ¿Por qué es tan importante que usted consiga mantenerse en su peso ideal (no tener kilos de más)?

- a) Un peso adecuado facilita el control de la diabetes.
- b) El peso apropiado favorece la estética (“la buena figura”).
- c) Porque podrá realizar mejor sus actividades diarias.
- d) No sabe/no contesta.

14. La actividad corporal, largos paseos, la bicicleta o la gimnasia para usted:

- a) Está prohibida.
- b) Es beneficiosa.
- c) No tiene importancia.
- d) No sabe/no contesta.

15. ¿Cuándo cree usted que debe hacer ejercicio?

- a) Los fines de semana o cuando tenga tiempo.
- b) Todos los días, de forma regular, tras una comida.
- c) Solo cuando se salte la dieta o coma más de lo debido.
- d) No sabe/no contesta.

16. Con el ejercicio físico:

- a) Sube el azúcar (o glucosa) en sangre.
- b) Baja el azúcar (o glucosa) en sangre.
- c) No modifica el azúcar (o glucosa) en sangre.
- d) No sabe/no contesta.

17. El ejercicio es importante en la diabetes porque:

- a) Fortalece la musculatura.
- b) Ayuda a quemar calorías para mantener el peso ideal.
- c) Disminuye el efecto de la insulina.
- d) No sabe/no contesta.

18. Usted debe cuidarse especialmente sus pies, ya que:

- a) Un largo tratamiento con insulina hace que se inflamen los huesos.
- b) Los pies planos se dan con frecuencia en la diabetes.
- c) Los diabéticos, con los años, pueden tener mala circulación en los pies (apareciendo lesiones sin darse cuenta).
- d) No sabe/no contesta.

19. Lo más importante en el control de la diabetes es:

- a) No olvidar el tratamiento, seguir bien la dieta y hacer ejercicio de forma regular.
- b) Tener siempre azúcar en la orina para evitar hipoglucemias.
- c) Tomar la misma cantidad de insulina o antidiabéticos orales (pastillas) todos los días.
- d) No sabe/no contesta.

20. En la orina aparece azúcar (o glucosa) cuando:

- a) El Azúcar (o glucosa) sanguíneo es demasiado bajo.
- b) El azúcar (o glucosa) sanguíneo es demasiado alto.
- c) La dosis de insulina o pastillas es demasiado grande.
- d) No sabe/no contesta.

21. ¿Por qué es tan importante saber analizarse la sangre después de obtener al pincharse un dedo?

- a) Porque sabrá el azúcar (o glucosa) que tiene en sangre en ese momento.
- b) Porque es más fácil que en la orina.
- c) Porque sabrá si es normal y así podrá comer más ese día.
- d) No sabe/no contesta

ACTITUDES

Nº		De acuerdo	No se	Desacuerdo
COMPONENTE COGNITIVO				
1	Pienso que la enfermedad que padezco puede curarse			
2	Supongo que, aunque me cuide mucho, igual voy a tener la misma cantidad de complicaciones			
3	Creo que olvidarse de que uno padece una enfermedad es la mejor manera de sentirse bien			
4	Pienso que hay que cuidarse para estar bien.			
COMPONENTE COMPORAMENTAL				
5	Trato de seguir las instrucciones del médico			
6	Como lo que me da la gana porque vida solo hay una			
7	Evito comprar alimentos que puedan afectar mi problema de salud			
8	No voy al médico tanto como debería porque no lo necesito			
COMPONENTE AFECTIVO				
9	Estoy cansado de cuidarme			
10	Hacerme estudios no me molesta porque es para cuidar la salud			
11	Me encantan todas las cosas que me prohíben			
12	Me gusta cuando veo que mejoro por mi propio esfuerzo.			

PRÁCTICAS

Nº		Nunca	Rara vez	Siempre
DIETA				
1	Cumplo con mis tiempos y horas de comidas puntualmente			
2	Tomo leche o yogur descremados			
3	Tomo mis refrescos sin azúcar			
4	Como frutas y verduras			
5	Consumo alimentos con fibras como legumbres de hoja verde, hortalizas o manzanas			
6	Evito tomar alcohol (cervezas y/o ron)			
MEDICACIÓN Y AUTOEXAMENES				
7	Utilizo la insulina o los hipoglucemiantes orales tal como los indicó el médico			
8	Llevo a todos lados mis medicamentos			
9	Me hago controles de azúcar			
10	Tomo nota de los controles de azúcar			
EJERCICIOS FÍSICOS				
11	Hago ejercicios físicos como caminatas			
12	Consulto con el médico el tipo de ejercicio físico o deporte que puedo realizar			
13	Mido el nivel de azúcar en sangre antes y después del ejercicio			
14	Cuando hago ejercicio físico, deportes o caminatas largas, llevo algún alimento o caramelo			
15	Llevo una tarjeta de identificación como diabético			

16	Bebo líquidos sin azúcar antes, durante y después del ejercicio.			
CUIDADOS DE LOS PIES				
17	Me reviso los pies			
18	Informo al médico de cualquier herida, cambio o principio de infección en los pies			
19	Me lavo los pies con agua tibia y un jabón suave			
20	Después de lavarme los pies, los seco muy bien sin frotar, especialmente entre los dedos			
21	Mantengo las uñas de los pies limpias y cortas			
22	Llevo los pies bien abrigados, usando medias de lana fina o algodón			
23	Uso un calzado cómodo			
24	Evito caminar descalzo			