

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua

UNAN-MANAGUA

Instituto Politécnico de la Salud

“Luis Felipe Moncada”

Departamento de Enfermería



**Seminario de Graduación Para Optar al Título de Licenciatura en
Enfermería con Orientación en Paciente Crítico.**

Tema: Enfermedades crónicas no transmisibles.

Sub Tema:

**Intervención educativa en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Centro
de Salud Julio Buitrago Urroz, Masachapa II semestre 2015.**

Autores: Bra: Arelis Anet Zúñiga Mendoza

Bra: Lidia Elena Jiménez Mejía

Bra: Fernanda Marisol Cuadra Navarrete

Tutora: MSc Sandra Reyes Álvarez

Docente del departamento de Enfermería

Febrero 2016

Contenido

Introducción.....	1
Antecedentes	3
Justificación.....	4
Planteamiento del Problema	5
Preguntas de Investigación	6
Objetivo General	7
Objetivos Específicos	7
Diseño metodológico.....	8
Variables en estudio:.....	13
Operacionalización de variables.....	14
Descriptores cualitativos.....	16
Desarrollo del sub tema.	17
Características Sociodemográficas de la población a estudio.	17
Acciones de autocuidado realizadas por los pacientes con respecto a la diabetes.	24
Discusión de los Resultados	35
Plan de intervención educativa a pacientes con Diabetes Mellitus II del centro de salud Julio Buitrago Urroz Masachapa segundo semestre 2015.....	57
Conclusiones.....	62
Recomendaciones.....	63
Bibliografía	64
Anexos	66

Dedicatoria

A Dios Todo poderoso quien nos dio vida, sabiduría y oportunidad de culminar con nuestros estudios.

A nuestros padres por estar siempre a nuestro lado brindándonos su amor y apoyo incondicional motivándonos a seguir adelante pese a los obstáculos.

A los docentes que nos impartieron clases durante nuestros cinco años por su arduo labor de enseñanza.

Agradecimiento

Le agradecemos a Dios por habernos acompañado y guiado a lo largo de nuestra carrera, por ser nuestra fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarnos una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

Le damos gracias a nuestros padres por apoyarnos en todo momento, por los valores que nos han inculcado, y por habernos dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de nuestra vida; Sobre todo por ser un excelente ejemplo de vida a seguir.

A nuestra tutora MSc. Sandra Reyes Álvarez por el tiempo, paciencia, esfuerzo, dedicación y motivación que nos proporcionó para lograr culminar nuestro trabajo.

Resumen

El presente trabajo investigativo se elaboró con el objetivo principal de realizar Intervención educativa en pacientes con Diabetes Mellitus 2, del Centro de Salud Julio Buitrago Urroz, Masachapa 2 semestre 2015, ubicado en la zona pacífica de Nicaragua; al solicitar el permiso para realizar esta investigación; expusieron los problemas que más inciden, ante ellos un alto índice de pacientes diabéticos; la jefatura de Enfermería de esta unidad nos solicitó realizar investigación dirigida a estos pacientes para disminuir las complicaciones en ellos ya que considera que la educación por parte de enfermería es de vital importancia para evitar complicaciones a estos pacientes. Se trata de un estudio de carácter cuali-cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, para la recolección de los datos se hizo uso de los instrumentos tales como la entrevista y la revisión documental, para el procesamiento de la información se utilizó el programa excel 2013 en donde se plasmó cada una de las variables, logrando así identificar la deficiencia de conocimiento que estos pacientes tenían para poder realizar intervención educativa de acuerdo a los resultados encontrados, por medio de las entrevistas, la que reflejan deficiencia en el conocimiento que tenían estos pacientes acerca de su patología y la manera de cómo prevenir complicaciones, posteriormente se realizó intervención educativa con temas relacionados a la diabetes; alimentos importantes y prohibidos, actividades físicas, higiene y aseo personal en las personas con esta patología, obteniendo los resultados siguientes; en pre intervención se realizaron una serie de preguntas acerca del conocimiento de estos pacientes con el objetivo de valorar hasta qué punto ellos conocían acerca de su patología, post intervención educativa se observó que los pacientes adquirieron nuevos conocimientos sobre las acciones de autocuidado, se realizaron dinámicas que tenían relación con la patología en estudio para que por medio de estas se pusiera en práctica lo aprendido, se concluyó dicha actividad con una refracción y un video sobre autocuidado en Diabetes.

Introducción

La diabetes es sin duda uno de los problemas de salud de mayor importancia en el mundo. En 1985 habría cerca de 30 millones de personas con diabetes en todo el planeta, en el año 2000 ya se contabilizaban alrededor de 171 millones, pero la progresión de la enfermedad es tal que en el año 2006 se alcanzó la cifra de 246 millones (de 3 a 8% de la población mundial y se calcula que para el 2025 se llegará a la cifra de 380 millones. (Montes, 1998)

El incremento es debido al envejecimiento de la población, pero sobre todo al estilo de vida occidentalizado (sedentarismo, alimentación hipercalórico, rica en grasas saturadas, el alcohol y déficit de conocimiento). El estilo de vida y la genética son los responsables del crecimiento desbordado del número de casos de diabetes.

La diabetes supone un gran impacto en la vida de quienes la padecen. Una vez se ha manifestado la enfermedad, la persona padecerá diabetes toda su vida, no se cura pero se puede llegar a controlar de forma efectiva y vivir una vida plena y normal siempre y cuando se siga una dieta balanceada, se realice actividad física regular, y se tenga conocimiento de la importancia de estilos de vida saludables.

Según las normas de Diabetes en Nicaragua, se estima que el 6% de la población adulta sufre de diabetes y en los últimos 10 años se ha venido perfilando como una de las causas de hospitalización, complicaciones por pie diabético hospitalarias. MINSA, (2000) En el centro de salud de Masachapa, según datos estadísticos existe una tasa de incidencia de 0.5% de la población adulta, y ha venido aumentando progresivamente, ya que intervienen factores de riesgos como el medio ambiente y los estilos de vida de la población de la zona.

A pesar de todos los avances en el tratamiento de la diabetes, la educación del paciente sobre su propia enfermedad, sigue siendo la herramienta fundamental para el control de la diabetes. La gente que sufre de diabetes, a diferencia de aquellos con muchos otros problemas médicos, no pueden simplemente tomarse una pastilla o insulina por la mañana, y olvidarse de su condición el resto del día. Cualquier diferencia en la dieta, el ejercicio, el nivel de estrés, u otros factores puede afectar el nivel de azúcar en la sangre. Por lo tanto, cuanto mejor

conozcan los pacientes sobre su enfermedad mejor será el efecto de su condición. (Jiménez, 2006).

Según datos estadísticos del Centro de Salud Julio Buitrago Urroz en el 2014, la Diabetes Mellitus tipo 2, es considerada una de las 10 causas de morbi-mortalidad de esta unidad ya que tienen una incidencia del 5% de pacientes con dicha patología, por tanto, surge la importancia de brindar información educativa a quienes la padecen para disminuir las complicaciones y los casos de muertes por esta patología crónica.

Antecedentes

La Diabetes es uno de los padecimientos no contagiosos más frecuentes en el mundo de grupo de enfermedades metabólicas que tienen en común la presencia de un aumento de glucosa en la sangre, debido a una alteración en la secreción de insulina por el páncreas o a una falta de eficacia de su acción sobre los tejidos del cuerpo.

Casanova M, et al. Junio (2011) España. Nivel de conocimiento del adulto mayor con Diabetes Mellitus 2. Revista Ciencias Médicas. Mediante un estudio descriptivo de corte transversal, al analizar la presencia de las complicaciones con nivel de conocimientos , los resultados concuerdan con que los pacientes complicados tienen menos nivel de conocimiento sobre diabetes, lo que puede estar relacionado con la insuficiencia en el proceso educativo, que no siempre se desarrolla de manera sistemática y frecuente.

Todo paciente debe ser capacitado para que desarrolle conocimientos sobre su enfermedad y se motive hacia el cambio de actitudes que permitan transformar positivamente el estilo de vida, tome conciencia de su responsabilidad en el control de la enfermedad.

En este estudio se destaca el enfoque educativo, emplea una técnica magistral que se caracteriza por poca participación y la aparición de complicaciones ligada al déficit de conocimiento sobre su enfermedad. Estos resultados se obtuvieron mediante un estudio descriptivo, de corte transversal.

La educación es un proceso continuo y permanente mediante el cual el ser humano busca desarrollarse integralmente, inmerso en el ambiente familiar, social, para lograr una mejor calidad de vida.

Justificación

Visitamos la unidad de salud de Masachapa a solicitar el permiso para realizar esta investigación, exponiendo las autoridades los problemas que más inciden, entre los que existe un alto índice de pacientes diabéticos; la jefatura de Enfermería de esta unidad solicitó que se realizara investigación dirigida a estos pacientes para disminuir las complicaciones en ellos ya que considera, que la educación por parte de enfermería es de vital importancia para evitar complicaciones a estos pacientes.

La realización de este trabajo es de mucha importancia ya que se pretende brindar información acerca de estilos de vida saludables para evitar complicaciones de diabetes a quienes la padecen.

Se pretende brindar aportes que ayuden a los pacientes con esta patología, de manera que puedan convivir con ella y que por ende mantengan un equilibrio en su estado de salud; a la Institución le servirán resultados para brindar educación a los pacientes diabéticos en torno a los estilos de vida saludable, disminución de las complicaciones en los pacientes diabéticos.

Así mismo se esperan resultados positivos por medio de la intervención educativa y que los pacientes sean los beneficiarios así como el personal de salud para que esta guía sea de utilidad en la práctica docente de la unidad.

Planteamiento del Problema

La diabetes es un problema a nivel mundial ya que en su desarrollo intervienen múltiples factores de riesgos, destacándose entre estos la herencia, el medio ambiente y los hábitos de vida.

Masachapa donde se realiza el estudio, es un lugar ubicado en las costas del pacífico, zona turística la cual consta de muchos negocios de comidas rápidas y a pesar de ser visitada por muchos turistas es una localidad económicamente baja.

De acuerdo a estadísticas (2014) en este Centro de Salud existe un 5% de la población mayor de 30 años afectada por esta patología, con un total de afectados de 325 pacientes registrados.

Basados en lo anterior nace la pregunta de sistematización.

¿Qué Intervención educativa será necesaria realizar para los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, del Centro de Salud Julio Buitrago Urroz Masachapa?

Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son las características Sociodemográficas de la población a estudio?.

- ¿Cuál es el nivel de conocimientos que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus?

- ¿Qué acciones de autocuidado son realizadas por los pacientes con Diabetes Mellitus 2?

- ¿Cuáles acciones son necesarias para la intervención educativa a pacientes Diabéticos según resultados encontrados?

Objetivo General

Valorar la Intervención Educativa en Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Centro de Salud Julio Buitrago Urroz Masachapa, II semestre 2015.

Objetivos Específicos

1. Determinar las características Sociodemográficas de la población a estudio.
2. Describir el nivel de conocimiento que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus 2.
3. Identificar las acciones de autocuidado realizadas por los pacientes con Diabetes Mellitus 2.
4. Ejecutar intervención educativa a pacientes Diabéticos según resultados encontrados.

Diseño metodológico

El Presente Estudio se realizó en el Centro de Salud Julio Buitrago Urroz Masachapa, Municipio de San Rafael del Sur, II semestre 2015.

Tipo de estudio.

(Vásquez Hidalgo, A. 2010) Expresa que: “Es observar el fenómeno o problema, sin modificarlo, solamente se estudia su comportamiento o tendencia en un periodo determinado”. Este estudio es de tipo cuantitativo porque el análisis se hizo en base a los datos estadísticos y la información brindada por la población, la cual será representada según frecuencia y porcentaje.

El estudio tuvo como principal objetivo brindar una intervención educativa a pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en el Centro de Salud, Julio Buitrago Urroz, Masachapa.

Por ello esta intervención es de tipo cuali-cuantitativa con predominio cuantitativa ya que se analizaron los conocimientos y actitudes de los pacientes, el análisis se hizo mediante datos obtenidos de las entrevistas brindadas por la población en estudio.

Es de tipo descriptivo porque describe con palabras propias de los entrevistados los conocimientos sobre su enfermedad y auto-cuidado

Corte transversal

Es de corte transversal ya que se estudian las variables simultáneamente en determinado tiempo, el cual se realizó en el periodo de Agosto a Noviembre del año en curso.

Área de estudio:

El escenario donde se realizó la investigación fue en el Centro de Salud Julio Buitrago Urroz ubicado en el distrito nueve de la capital, dicho centro asistencial se encuentra en el Centro turístico Masachapa, Municipio San Rafael del Sur contiguo al Colegio República de Ecuador.

Limita: Al Este con el Municipio de San Rafael del Sur, al Oeste con el Océano Pacífico, al Norte con el Municipio de Villa el Carmen, al Sur con Casares, tiene un extensión territorial

de 73 (setenta y tres) habitantes por Km2, con una población de 19,382 (diecinueve mil trescientos ochenta y dos) habitantes.

Presta los servicios a la población de: consulta externa, emergencia, odontología, ginecología, laboratorio, epidemiología.

Universo

“Conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones” (Hernández, R., Fernández C., & Baptista, P. 2010).

En este estudio el universo corresponde a los 325 pacientes que existen activos en el censo de crónicos de esta unidad de salud.

Muestra

La muestra se obtuvo mediante la aplicación de una fórmula estadística de población total:

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{N * e^2 + Z^2 * p * q}$$

La muestra fue de 56 pacientes con un nivel de confianza de 90% y un margen de error del 10%

MUESTREO:

Muestreo probabilístico (aleatorio): en este tipo de muestreo, todos los individuos de la población puede formar parte de la muestra. Por lo tanto es el tipo de muestreo que se utiliza en dicha investigación.

Criterios de Inclusión

Para ello se tomó en cuenta lo siguiente:

- Pacientes Diabéticos que se atienden en el programa de Dispensarizados en el Centro de Salud de Masachapa.
- Activos en el programa de crónicos.
- Que brinden su consentimiento informado.

Técnicas e Instrumentos

Como parte del diseño metodológico fue necesario determinar y plantear los métodos y las técnicas de recolección de datos; así como el tipo de instrumentos que se utilizaron.

Técnicas: Es un conjunto de reglas y procedimientos que le permiten al investigador establecer la relación con el objeto o sujeto de la investigación ejemplo: La Entrevista

Instrumento: Son los medios, herramientas concretas, reales para recoger registros, información o medir características de los sujetos. Ejemplo, revisión de expedientes.

La entrevista consiste en obtener información proporcionada por los mismos sujetos en estudio sobre sus opiniones, conocimientos, aptitudes y sugerencias; Elia P. et al (1994)

Por medio de la entrevista de manera sencilla, se logró recolectar y registrar información precisa y veraz las cuales fueron de mucha importancia para la elaboración del plan didáctico.

La revisión del expediente fue muy importante ya que refleja la asistencia al control de medicamento que estos pacientes tienen y fue necesaria para corroborar la información acerca del medicamento que estos expresaron.

Pruebas de Campo

Prueba de Jueces:

Se entregó la entrevista a docentes de enfermería para que revisaran y expresaran sus opiniones y recomendaciones, esto permitió desarrollar y mejorar el trabajo investigativo.

(Tejada, 1995) Expresa la validez de un instrumento como: el grado de precisión con que el test utilizado mide lo que está destinado a medir. Es decir la validez se considera como un conjunto específico en el sentido que se refiere a un conjunto específico en el sentido que se refiere a un propósito esencial y a un determinado grupo de sujetos.

El trabajo de campo es un método experimental, de prueba de hipótesis, de alimentación de modelos teóricos o de simple obtención de datos específicos para responder preguntas

concretas. Su gran característica es que actúa sobre el terreno en donde se dan los hechos utilizando técnicas distintas al trabajo en gabinete o laboratorio. (Orozco, 1982)

Por ello se realizó la prueba de pilotaje con el instrumento de la entrevista a la jefatura de Enfermería de dicha unidad de salud y a dos recursos más para la respectiva corrección de datos, redacción, claridad, coherencia y pertinencia a las preguntas, de esta manera se logró obtener los resultados buscados al aplicar el instrumento.

El trabajo de campo se realizó durante los meses de Octubre a Noviembre del corriente año en el Centro de Salud Julio Buitrago Urroz Masachapa.

Métodos de recolección de la información.

Se solicitó la autorización para la revisión de los expedientes clínicos de los pacientes diabéticos, realizando 2 visitas por dos semanas en las cuales se revisó un total de 56 expedientes, obteniendo una información más completa y real sobre el esquema de medicamento que es indicado a estos pacientes, además por medio de la entrevista dirigida se recolecto información real del conocimiento que los pacientes tenían sobre su patología.

Consentimiento informado.

Es un proceso gradual que se realiza en el seno de la realización sanitaria paciente. En virtud del cual la persona competente recibe del sanitario una información suficiente y comprensible que la capaciten para participar voluntariamente de acuerdo a su diagnóstico.

A- El consentimiento informado se solicitó a la jefatura del departamento de enfermería para que gestionara a la dirección general de dicho centro la autorización para la realización de la investigación con el tema Intervención educativa a pacientes con Diabetes Mellitus 2, del Centro de Salud Masachapa.

B- Al paciente le permitió obtener información respecto a la investigación que se llevó a cabo, lo cual le permitió aceptar o declinar voluntariamente a la invitación a participar.

Procesamiento de la información.

Se creó una base de datos en el programa Excel 2013, con cada una de las variables de la encuesta, para luego procesarla en tablas y gráficos y se procedió a analizar la información según frecuencia y porcentaje.

Presentación de la información.

Ésta se presentó por medio de un trabajo impreso, engargolado, elaborado en el programa Microsoft Office Word 2013, con fuente Arial 12, interlineado 1.5, justificado, tinta negra, márgenes superior, inferior de 3.0, derecho, izquierdo de cada página 2.5, se número a partir de la introducción, los títulos en mayúscula, en negrita y alineados la izquierda.

En la defensa, se realizará dicha presentación en el programa Microsoft Office Power Point 2013.

Variables en estudio:

- I. Características Sociodemográficas de la población a estudio.
- II. Nivel de conocimientos que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus.
- III. Acciones de autocuidado realizadas por los pacientes con Diabetes Mellitus 2.
- IV. Intervención educativa a pacientes Diabéticos según resultados encontrados.

Operacionalización de variables.

Variable	Indicador	Valor	Criterio
Características sociodemográficas de la población a estudio	Edad	15-19 ____ 20-34 ____ 35-49____ 50-59____ 60-64 ____ 65+_____	Entrevista
	Sexo	M ----- F-----	
	Escolaridad	Analfabeta ----- Alfabetizada----- Primaria incompleta--- Primaria completa----- Secundaria incompleta--- Secundaria completa--- Técnico ----- Universitario-----	
	Procedencia	Rural ----- Urbana----- Rural accesible----- Rural inaccesible-----	
	Ingreso económico	Bajo < 3000:_____ Medio. 3000- 5000._____ Alto. > 5000._____ No recibe salario:_____	

Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Valor	Criterio
Conocimiento que tienen los pacientes con diabetes mellitus.	¿Qué sabe de la diabetes tipo 2?	Pérdida de peso Azúcar alta en el cuerpo Desconoce.	Entrevista.
	¿Conoce usted los tipos de diabetes que existen?	Diabetes Mellitus1 Diabetes Mellitus 2 Desconoce	
	¿Cuáles son las causas de la diabetes?	Obesidad Mala alimentación Hereditario Sedentarismo Desconoce.	
	¿Cuáles son los signos y síntoma de la diabetes?	Pérdida de peso Orinar mucho por la noche Orina frecuente Desconoce.	
	¿Cuáles son las complicaciones de la diabetes?	Pie diabético Infección renal crónica Amputación Desconoce.	

Descriptorios cualitativos.

DESCRIPTOR	EJE	PREGUNTA	INSTRUMENTO
Acciones de autocuidado realizadas por los pacientes con diabetes mellitus 2.	ASISTENCIA	¿Asiste a sus citas de control de dispensarizados?	Entrevista estructurada
	MEDICAMENTOS	¿Toma su medicamento en tiempo y forma?	
	TIPO DE DIETA	¿Tiene dieta establecida o indicada por personal de salud?	
	EJERCICIO	¿Realiza ejercicios?	
	SIGNOS DE ALARMA	¿Realiza higiene de sus pies?	

Desarrollo del sub tema.

Características Sociodemográficas de la población a estudio.

Factores sociodemográficos de la población en estudio.

Edad y diabetes:

Con la edad, aumenta el riesgo de diabetes tipo 2, es claro que no se puede cambiar la edad, pero se puede tomar medidas para comer sano y vivir saludable. Por lo general, la diabetes tipo 2 aparece en la edad madura, pasado los 45 años de edad.

Sexo y diabetes:

La parte más afectada en nuestro país son la personas de sexo femenino según datos del Ministerio de Salud, ya que viven sometidas bajo mucha tensión debido a algunos factores biológicos, herencia genética, estilos de vida inadecuados y principalmente los factores emocionales como la vulnerabilidad, la depresión, los problemas familiares, el trabajo en casa.

Escolaridad y diabetes

La educación le permite al ser humano captación y percepción más amplia de su enfermedad siendo esta de gran importancia para su auto cuidado. Es el nivel de institución académica alcanzada por las personas (alfabetismo, primaria completa, primaria incompleta, secundaria completa, secundaria incompleta, técnico superior y universitario)

2- Conocimientos que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus.

Introducción:

El conocimiento de los pacientes con diabetes mellitus II acerca de la enfermedad disminuye considerablemente las complicaciones de la misma por tanto, el conocimiento suele entenderse por hechos o información adquiridos por un ser vivo a través de la experiencia, la comprensión o la práctica.

En la actualidad una actividad esencial de todo individuo en su relación con su entorno es captar o procesar información acerca de lo que le rodea. (Alvares & et al, 2012)

1.2- Nivel de conocimiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2.

Para que el adulto mayor adquiriera los conocimientos necesarios sobre la diabetes mellitus se requiere todo un proceso que incluya las dimensiones: biológicas, psicológicas, social, cultural, ecológica, productiva, recreacional, sanitaria, y espiritual para darle al paciente diabético la capacidad de comprender la situación actual de su salud, así este puede desempeñar un papel más activo en el cuidado de su salud y desarrollar aptitudes apropiadas y exitosas.

2.2. Fuentes del conocimiento

El diccionario filosófico de Recental y Ludin (1973) acorde al materialismo dialéctico, se define al conocimiento como el proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano; dicho proceso está condicionado por las leyes del devenir social y se halla indisolublemente unidos a la actividad-práctica.

3.2. Características del conocimiento

En las fuentes del conocimiento, se encuentra la acción práctica, activa sobre la naturaleza, la reelaboración prácticas de sus sustancias, el aprovechamiento de determinadas propiedades de las cosas con vistas a la producción. Lo que en la práctica se asimila y con ello pasa a enriquecer el saber humano, su acervo de conceptos y teorías no es la apariencia del objeto, si no sus funciones descubiertas gracias al hacer práctico y con ellas las esencias objetivas de las cosas dadas. El conocimiento que se apoya en la experiencia, en la práctica, se inicia con las percepciones sensoriales de las cosas que rodean al ser humano.

4.2. Tipos de conocimientos

Según Israel Adrián Núñez Paula (2004) El conocimiento tiene un carácter individual y social; puede ser personal grupal y organizacional, ya que cada persona interpreta la información que percibe sobre la base de su experiencia pasada, influida por los grupos a los que perteneció y pertenece.

A. Conocimiento Empírico.

El conocimiento empírico se desprende de la experiencia y a través de los sentidos. Es el conocimiento que le permite al hombre interactuar con su ambiente; es generacional, sin un razonamiento elaborado, ni una crítica al procedimiento de obtención ni a las fuentes de información. Los conceptos empíricos son imprecisos e inciertos, se producen por ideas preconcebidas, tienden a aceptar explicaciones metafísicas y son dogmáticos, sin embargo el conocimiento empírico sirve de base al conocimiento científico, al extraerse con métodos de la realidad.

B. Conocimiento Científico.

El conocimiento empírico se convierte en científico al extraerlo de la realidad con métodos y herramientas precisas. Se integran en un sistema de conceptos, teorías y leyes. El conocimiento científico rebasa los hechos empíricos puede generalizarse y puede pronosticarse.

El conocimiento científico resiste la confrontación con la realidad descarta explicaciones metafísicas y utiliza fuentes de primera mano.

DIABETES

Diabetes mellitus constituye un grupo de desórdenes metabólicos caracterizados por hiperglucemia crónica, la cual puede resultar de efectos en la secreciones o en la acción de la insulina o de ambas .La hiperglucemia crónica se asocia con daño a largo plazo ,disfunción y falla de varios órganos, más frecuentemente ojos, riñones, nervios, corazón, y vasos sanguíneos.

Hay dos tipos principales de Diabetes Mellitus:

Diabetes tipo I: Aparece principalmente en los niños y jóvenes en general en personas menores de 30 años. El comienzo es brusco con síntomas muy llamativos, se produce un adelgazamiento acentuado al inicio de los síntomas. Representa el 10-15 % de todas las formas de diabetes. El páncreas no produce insulina, por lo que es necesario administrarla.

Diabetes tipo II: aparece en personas mayores de 40 años. El comienzo es lento y gradual, con síntomas poco llamativos, pudiendo pasar inadvertido. Cursa personalmente con obesidad. Es la forma más frecuente de diabetes, representando más del 85% de los casos. El páncreas produce insulina pero de forma insuficiente, pudiendo tratar en un principio con régimen alimenticio e hipoglucemiantes orales. (Minsa, 2002)

Existen otros tipos específicos de diabetes como la diabetes gestacional que ocurre durante el embarazo. La diabetes mellitus es una de las enfermedades que más inciden en la población general debido a que intervienen múltiples factores de riesgo tanto genéticos como del medio ambiente. Su aparición puede ser abrupta o progresiva, afectando a personas de cualquier edad, sexo, raza, religión, condición socio-económica, zona, región o país.

4.2 Tratamiento de la diabetes mellitus tipo II.

Educación del paciente: Alimentación y dietas.

Es el soporte fundamental del tratamiento cuyo cumplimiento garantiza las posibilidades de un buen control de la enfermedad. Se orienta a logra o mantener un estado nutricional satisfactorio y (ni sobrepeso, ni desnutrición), adaptados al tipo de diabetes, al tratamiento farmacológico y al régimen de reposo y ejercicios que se establezca. Adecuar a los gustos y hábitos del paciente, su personalidad, padecimientos y estilos de vida.

Los requerimientos calóricos de los diabéticos son los mismos que los del no diabético, y se deben cumplir cabalmente. Se calculan según edad, sexo, peso, corporal, actividad diaria.

Distribución de nutrientes:

Proteínas: 20%; 10% de origen animal y 10% de origen vegetal.

Grasas: 30%; 10% saturadas de origen animal.

10% de polinsaturadas de origen vegetal.

10% mono insaturadas de origen vegetal.

Carbohidratos: 50%: de absorción lenta: pan, cereales, patatas, legumbres, etc.

Los alimentos se clasifican en grupos de alimentos pero para saber la cantidad diaria o semanal con que se deben consumir cada grupo de alimentos, los expertos en nutrición han elaborado un patrón de medidas que son las raciones. Las raciones suelen hacerse con medidas caseras por ejemplo con el tamaño de una cuchara, una taza, un puñado, una rebanada, una pieza de fruta.

Grupos de Alimentos recomendados.

Cereales y tubérculos: papas, arroz, maíz, avena entre otros.

Verduras y hortaliza: ayote, lechuga, brócoli entre otros.

Frutas: sandía, banano, piña, manzana, uvas, etc.

Grasas y aceites: aceite a base de vegetales, aguacates.

Frutos secos y semillas: semilla de almendras, de marañón.

Lácteos: leche, yogur, quesos secos.

Entre otros como huevo, porciones de pescado y pollo.

Actividades físicas.

El ejercicio adecuado permite controlar mejor la hiperglicemia y contribuye al bienestar del paciente. Debe ser diario, moderado, constante y de fácil realización. Frecuentemente se aconseja realizarlo por períodos de 15 minutos y cuando las condiciones lo permitan se aumentarán gradualmente. Se deben tener en cuenta las limitaciones físicas y otras discapacidades del paciente.

Se deben realizar caminatas cortas de 15 minutos diarios y luego ir aumentando según condición del paciente.

Realizar si es posible una vez por semana natación.

Tratamiento farmacológico.

Se indica cuando no se logra el grado de compensación deseado con las recomendaciones dietéticas la eliminación de hábitos nocivos y los ejercicios.

Antidiabéticos orales.

Sulfonilureas: fármacos de elección en diabetes de tipo-2 mayores de 40 años, sin exceso de peso o sobrepeso no mayor del 10, cuando la dieta y el ejercicios no es suficiente para un buen control. Su utilización persigue la compensación metabólica del paciente con el menor riesgo de complicaciones.

Estimulan las secreciones pancreáticas de insulina, aumentan la sensibilidad de las células betas a la glucosa, potencian la acción insulina postreceptor, aumento de receptores de insulina, aumentan la captación hepática de glucosa e inhiben la glucogénesis. Para ejercer su acción deben existir islotes pancreáticos funcionantes.

El efecto de las sulfonilureas es comparable, pero sus propiedades varían de una a otras.

1ª- generación, Carbutamida, tolbutamida, clorpropamida, tolazamida, acetohexamida.

2da-generacion: glibenclamida, gliclazida, glinpentida, glinbornurida, gliquidona.

Biguanidas:

Metformina: dimetil-biguanida: Única en uso.

Efectos aplicables al tratamiento de la DM: 1918 (watanabe) utilización clínica: desde 1961.

Ventajas del uso: ausencia de hipoglucemia y reducción del peso.

Modo de acción: extra pancreático.

Metformina: la única en uso actual. Provoca intolerancia gástrica y diarrea que desaparece habitualmente a los 4-5 días de uso.

Dosis media 850-1700/días en dos tomas.

De inicio 1 tableta/ día por 1 semana. Aumentar de ser necesario hasta 3/día.

Insulinoterapia: la insulina fue descubierta por Banting y Best en 1921. Se obtiene sobre todo del buey y del cerdo y la adicción de proteínas ha permitido prolongar sus efectos. La insulina se produce en las células betas de los islotes pancreáticos y pasa a la sangre por diversos estímulos) sobre todo glucosa y aminoácidos circulantes).

La insulina se comercializa en forma cristalina de acción rápida, y ligada con globina, protamina o zinc que le confieren su acción retardada, siendo la NPH la más común.)40, 80, y 100 UI por ml) y la tendencia actual es la disponer únicamente de concentraciones de 100 UI por ml.

La decisión de un esquema de tratamiento con insulina estará en dependencia de los requerimientos individuales y las particulares de la dieta y la actividad física. Los requerimientos de insulina dependen de los valores de glucemia y la presencia de factores hipoglucemiantes.

5.2 Cuidados del paciente con diabetes:

Educación al paciente: el equipo de salud a cargo del paciente debe investigar el grado de información del paciente sobre la enfermedad y se le debe cumplir un plan educacional básico que también involucre a los familiares que lo cuiden. De manera progresiva se le instruirá sobre su enfermedad y la manera de convivir con ella, prestando atención a las fases de rechazo psicológico más o menos prolongado en algunas enfermedades.

6.2 Complicaciones del paciente con diabetes:

1- Complicaciones a corto plazo

Las complicaciones a corto plazo son urgencias médicas que requieren de tratamiento inmediato. La disminución de la glucosa en la sangre es la más común, esta oscila entre 45 y 54 mg/dl entre sus causas están el exceso de insulina o hipoglucemiantes orales, retraso de alimentación o consumo inadecuado, ejercicios físicos prolongados, consumo de alcohol. Y el aumento excesivo y rápido de azúcar en la sangre o hiperglucemia es relativamente frecuente

entre personas con diabetes. Entre sus causas se encuentran la falta de tratamiento de insulina, alimentación al exceso, infecciones u otras enfermedades, personas mayores con diabetes que no toman suficiente agua.

2- Complicaciones a largo plazo

El exceso de azúcar en la sangre de forma continua o crónica supone un riesgo muy elevado para el corazón, los nervios, los ojos, los riñones y favorece la aparición de infecciones en general. Las complicaciones de la diabetes aparecen de forma lenta, con pocos síntomas tempranos, pero acaban surgiendo, si no se controla estrictamente la diabetes y se toman medidas preventivas. Algunas complicaciones serán enfermedades cardiovasculares, renales, visuales, endocrinas y físicas.

Acciones de autocuidado realizadas por los pacientes con respecto a la diabetes.

1.3. Definición del cuidado.

El cuidado surgió en la guerra de Crimea con Florence Nightingale, cuando ella vio la necesidad de cuidar a los heridos y brindar asistencia oportuna. Hoy en día la enfermería se ocupa de los cuidados del enfermo y otros trabajos relacionados con la salud pública. Cuidado es la acción de cuidar (preservar, guardar, conservar y asistir) el cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo como a tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio.

2.3 Autocuidado.

En la asistencia sanitaria, el autocuidado o cuidado personal es cualquier acción reguladora del funcionamiento del ser humano que se encuentra bajo el control del propio individuo, realizada de forma deliberada y por iniciativa propia.

El autocuidado es visto como una solución parcial al aumento global de los costos de la atención sanitaria. La noción de que el autocuidado es un pilar fundamental de la salud y la asistencia social, significa que es un componente esencial de un sistema moderno de atención sanitaria regido por la burocracia y la legislación.

3.3 Cuidado en pacientes diabéticos

1.- Autocontrol

El autocontrol es la forma a través de la cual el paciente puede lograr monitorear sus niveles de glicemia, permitiéndole tomar las mejores decisiones para controlar la Diabetes.

Los resultados obtenidos en este monitoreo pueden informarle a la persona acerca de:

- El funcionamiento de su medicación.
- De qué manera le afecta la glicemia de los alimentos que consume.
- Cómo sus actividades diarias afectan su nivel de glicemia.

2.- Alimentación

La alimentación es un componente fundamental para el control de la Diabetes. Para conocer los alimentos que se pueden comer y los que deben evitarse, es necesaria la guía de un especialista quien adecuará la dieta según cada caso particular contemplando la edad, actividad física, peso y enfermedades que pueda tener el paciente.

3.- Ejercicio

El ejercicio es otro de los pilares fundamentales para lograr un buen cuidado y control de la Diabetes.

Está comprobado que la actividad física regular, puede disminuir la glicemia, además de potenciar el efecto que causa la insulina. También realizar ejercicio ayuda a disminuir los factores de riesgo cardiovascular y beneficia la autoestima del paciente.

4.- Medicamentos

En algunos casos, el cuidado del paciente diabético debe complementarse con medicamentos, los que serán recetados y controlados por el médico tratante.

4.3 Determinantes de salud en diabetes.

Actualmente los determinantes sociales de la salud son denominados como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, que permitan al sector salud intervenir de manera preventiva en la detección oportuna y contribuir al control cuando ha sido diagnosticada la enfermedad, así como disminuir las complicaciones que se tienen porque el paciente no mantiene el apego a las prescripciones médicas. (eumed.net, 2011)

La promoción de la salud trata fundamentalmente de la acción destinada a abordar el conjunto de determinantes de la salud potencialmente modificables; no solamente aquellos que guardan relación con las acciones de los individuos, como los comportamientos y los estilos de vida saludables, sino también con determinantes como los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud. Los cambios en estos estilos de vida y condiciones. OMS, (1998).

5.3. Factores incidentes en el desarrollo del autocuidado de los pacientes diabéticos

1.3- Factor socio-económico.

a) Apoyo familiar.

En el control del paciente diabético intervienen variables psicosociales que influyen en las fluctuaciones de la glucemia. 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 terapéutico.

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. (scielo.com, 1996).

b) Educación Sanitaria

Es la medida terapéutica de mayor impacto en la prevención de las complicaciones de la DM, estando presente en la mayoría de nuestras intervenciones. La educación diabetológica debe de ser programada e individualizada, fijando objetivos claros, realistas, asumibles, pactados con el paciente y evaluables. Los contenidos educativos deben adaptarse a las necesidades del paciente y a su capacidad de aprendizaje y su condición física y sensorial. Los contenidos serán progresivos, priorizando en función de las necesidades inmediatas.

En términos generales la educación sanitaria está orientada a satisfacer las necesidades del paciente en relación a los parámetros de control (peso, glucemia, lípidos, tensión arterial, ejercicio), la calidad de vida, y el fomento del autocuidado (autocontrol). (Fernández, 1999)

c)- Accesibilidad a la unidad de salud.

Generalmente los pacientes diabéticos de las zonas rurales tienen desventajas en el cumplimiento de sus citas para el retiro de sus medicamentos, por consiguiente esto trae complicaciones ya que suspenden el tratamiento y se descompensan siendo así la distancia o factor determinante en las complicaciones de la diabetes.

2.3- Educación diabetológica

El paciente con DM2 debe recibir información sobre nutrición, ejercicio físico y también sobre todas las posibilidades farmacológicas de reducir, hasta las recomendaciones, las cifras de glucemia. A su vez, debe recibir exhaustiva información acerca de sus efectos adversos y de la posibilidad de aparición de hipoglucemia, incidiendo en el conocimiento de todos sus síntomas (especialmente los de inicio). Debe implicarse en el manejo y autocontrol de la enfermedad y para eso debe ser estimulado e incentivado de una manera personal y familiar. Debe conocer la DM como una enfermedad en la que “no únicamente sube el azúcar en la sangre”, sino en la que existe una realidad sistémica mucho más amplia sobre la que también tenemos que actuar. Hay que hacerle comprender, y fundamentalmente al paciente con DM2, que es una enfermedad sistémica cardiometabólica y cardiovascular que exige un control y seguimiento estrecho y permanente en nuestra consulta.

3.3. Ejercicio.

Consiste en un incremento de la actividad física basal por contracción muscular esquelética, con gasto energético superior al gasto energético en reposo. El ejercicio aeróbico consiste en movimientos continuos, repetidos y rítmicos de los mismos grupos musculares durante al menos 10 minutos, como por ejemplo caminar, nadar, bailar etc. Iniciar un programa de ejercicios permite que el paciente diabético disminuya complicaciones y por ende encuentre estabilidad en su salud.

Intervención educativa a pacientes diabéticos según resultados.

Objetivo del plan educativo para pacientes diabéticos.

El objetivo de un plan Educativo para el Pacientes Diabéticos (PED) es entregar los conocimientos básicos necesarios sobre esta enfermedad, permitiendo lograr un autocuidado y prevenir las complicaciones agudas y crónicas, todo esto a través de un equipo multidisciplinario compuesto por Diabetólogos, Endocrinólogos, Nutriólogos, Nutricionistas, Psicólogos y una Enfermera Especialista en educación al paciente con Diabetes Mellitus. (Fernández, 1999)

Para lograr dicho objetivo.

1. Educar al paciente y su familia en sesiones individuales y/o grupales.
2. Motivar al paciente a tomar conciencia sobre su enfermedad para hacerse responsable de las decisiones en su tratamiento.
3. Adaptar el Programa Educativo a las circunstancias personales, sociales, culturales y económicas de cada paciente.
4. Entregar educación y apoyo continuo durante toda la vida, desde su diagnóstico. (Maria, 2010).

1- Definición de plan educativo

World Health Organization; (1999). Describe que La educación se considera una parte fundamental en los cuidados del paciente diabético. Las personas con diabetes, utilicen o no insulina, tienen que asumir la responsabilidad del control diario de su enfermedad. Por ello es clave que entiendan la enfermedad y sepan cómo tratarla.

Se entiende por educación estructurada para pacientes, aquella que se proporciona mediante un programa planificado y progresivo, que es coherente en los objetivos, flexible en el contenido, que cubre las necesidades clínicas individuales y psicológicas, y que es adaptable al nivel y contexto culturales.

En general, la educación en diabetes mejora de forma modesta el control glucémico y puede tener un impacto beneficioso en otras variables de resultado (pérdida de peso, calidad de vida, etc.) (Organization, 1999)

Las intervenciones que consideran un papel activo de los pacientes para tomar decisiones informadas mejoran los autocuidados y el control metabólico. La mayoría de las decisiones que afectan a los resultados de la diabetes ocurren en el espacio del paciente (elección de dieta y ejercicio, adherencia a la medicación, autoanálisis, etc.). Por tanto, si los profesionales tienen en cuenta los objetivos de tratamiento de los pacientes y les ofrecen herramientas y soporte para solucionar sus problemas en su espacio, las intervenciones clínicas tienen mayor probabilidad de éxito.

2- Importancia de plan educativo

A pesar de todos los avances en el tratamiento de la diabetes, la educación del paciente sobre su propia enfermedad sigue siendo la herramienta fundamental para el control de la diabetes. La gente que sufre de diabetes, a diferencia aquellos con muchos otros problemas médicos, no puede simplemente tomarse unas pastillas o insulina por la mañana, y olvidarse de su condición el resto del día. Cualquier diferencia en la dieta, el ejercicio, el nivel de estrés, u otros factores puede afectar el nivel de azúcar en la sangre. Por lo tanto, cuanto mejor

conozcan los pacientes los efectos de estos factores, mejor será el control que puedan ganar sobre su condición. (Jiménez, 2006)

También es necesario que la gente sepa qué puede hacer para prevenir o reducir el riesgo de complicaciones de la diabetes. ¡Por ejemplo, se estima que con un cuidado correcto de los pies, se podría prescindir de un 75% de todas las amputaciones en personas con diabetes!

Aunque las clases de educación sobre diabetes proporcionan información general útil, cada paciente debería recibir una educación a medida de sus necesidades concretas. El equipo que confecciona la evaluación sobre diabetes incluye un médico, un tutor de diabetes, una trabajadora social, una enfermera especializada y un especialista en dietética. (Jiménez, 2006)

La educación individual es el pilar fundamental del proceso educativo. Es la más adecuada como primer acercamiento al paciente, en el momento del diagnóstico o en el primer contacto con el equipo de salud. Y es también necesaria para la educación continuada durante toda la vida

Tiene en la entrevista clínica y la atención longitudinal los instrumentos idóneos para conseguir una mayor eficiencia en el proceso de adquisición de conocimientos y modificación de actitudes y hábitos. Este proceso debe ser continuado en el tiempo y no contemplado como una actividad puntual, de aquí la importancia de establecer un plan educativo individualizado y de graduar en el tiempo los objetivos a alcanzar, reforzando periódicamente el entrenamiento conductual a través de la relación longitudinal entre los profesionales sanitarios y las personas con diabetes. (Jimenez, 2006)

4. Ventajas del plan educativo:

El plan educativo puede ser adaptado a las circunstancias personales, sociales, culturales, económicas, de cada paciente, así como al tipo y momento evolutivo de la enfermedad

Favorece la bidireccionalidad en la relación educativa.

El establecimiento de comportamientos saludables, de hábitos de cuidados no sólo depende del "saber", de que esa persona sepa lo que es bueno y aconsejable para la salud; también dependen del "querer", de que esa persona decida adoptar determinados comportamientos de

salud; y por último una vez que toma la decisión depende del "poder", de que tenga a su alcance los medios necesarios para realizar dicho comportamiento. (Jiménez, 2006)

Por tanto para educar previamente hay que valorar toda una serie de factores que van a influir sobre el proceso educativo y determinan directamente cómo se va a hacer, qué problemas se van a encontrar, y qué soluciones se dará. En definitiva el trabajo consistirá en ayudarles en el saber, en el querer y en el poder.

5. Estrategias y actividades educativas.

A- El Proceso de Aprendizaje: Se enseñará teniendo en cuenta que el aprendizaje es un proceso en el que suceden una serie de fases:

Estar informado, estar interesado, sentir la necesidad de tomar una decisión, tomar una decisión, ensayar el comportamiento, adoptarlo, adaptar la conducta e Interiorizarlo. (Jiménez, 2006)

Ejemplo: Vamos a intercambiar información sobre el ejercicio y sus ventajas. Es posible que se logre interesar al individuo sobre el tema, de forma que él también busque información y reflexione sobre ella. Una vez que ha procesado esta información puede que sienta necesidad de tomar una decisión respecto a si hace ejercicio. Decide caminar todos los días y se une a un grupo de vecinos que da un paseo diariamente a primera hora de la mañana. Empieza a probar, y se da cuenta que se siente mejor, más relajado, sus cifras de glucemia, han mejorado y ha tenido que disminuir la dosis de insulina. Además se lo pasa bien con este nuevo grupo de amigos que ha encontrado. Todas estas ventajas le irán influyendo para que, el hacer ejercicio, deje de ser algo que siempre iniciaba, probaba, y se convierta en una conducta adoptada, y con el tiempo interiorizada para su diario vivir. Se debe seguir todas estas fases y reforzar cada una de ellas.

La comunicación: Nuestra actividad en educación individual se va a establecer a través del dialogo. Transmitiremos información y permitiremos que exprese sus sentimientos y creencias, que los analice, que identifique problemas, que busque soluciones.

La entrevista motivacional: es el instrumento que el profesional de Atención Primaria debe conocer y utilizar en el proceso de educación del paciente diabético. Requiere un adecuado entrenamiento por parte del sanitario, ya que supone un cambio conceptual con respecto al modelo informativo clásico. Permite la aplicación de una serie de habilidades de comunicación centradas en la experiencia del consultante, bajo un clima de empatía, interés, tolerancia y cooperación mutua, respetando siempre las últimas decisiones del paciente. Con ello trasladamos el peso del cambio en los hábitos hacia la propia persona diabética, ayudando nosotros en el proceso de toma de decisiones, reestructurando sus creencias y negociando los cambios propuestos. Es una línea de entrevista que trata de conseguir decisiones que partan del paciente, obtenidas tras una correcta información por parte del profesional y después de verificar la necesaria comprensión del problema de salud que presenta la persona con Diabetes.

Métodos de exposición: Los elementos conceptuales en la emisión de mensajes informativos se apoyan en una serie de técnicas que resulta imprescindible incorporar como rutinarias en el proceso de educación para la salud en la persona diabética. Estos elementos conceptuales son:

- Enunciación: Anunciar los contenidos que vamos a explicar ("ahora vamos a hablar de las hipoglucemias, voy a explicarle en qué consiste tener el azúcar bajo...")
- Racionalidad: Explicar el fundamento o actuación de la conducta terapéutica propuesta. No se trata de una explicación técnica y prolija, sino de intentar que el paciente comprenda el porqué de nuestra propuesta, respetando su independencia.

6. Importancia de aplicación de un plan educativo a los pacientes con Diabetes.

La educación es un proceso continuo y permanente mediante el cual el ser humano busca desarrollarse integralmente, inmerso en el ambiente familiar, social y material, para lograr una mejor calidad de vida.

Todo paciente diabético tiene que ser capacitado para que desarrolle conocimientos sobre su enfermedad y se motive hacia el cambio de actitudes, que permitan transformar positivamente

el estilo de vida, tome conciencia de su responsabilidad en el control de la enfermedad (Beebe y otros, 1991). Dicho control consiste en cumplir la dieta, incorporar actividad física en la rutina diaria y valorar la importancia de tomar medicamentos o administrarse la insulina. Por lo tanto, el aprendizaje tiene que ser continuo y progresivo, es por ello la importancia de la aplicación de un plan educativo a los pacientes diabéticos y mayores.

7. Elementos de un plan educativo.

a. Organización

El programa debe tener claramente definidos los objetivos por escrito, debe disponer de los recursos físicos, económicos y humanos necesarios y el personal debe tener definidos sus roles y tareas respectivas.

b. Población

El programa debe definir a la población que va a educar y sus necesidades, considerando el número potencial de usuarios, tipo de DM, edad, idioma, características regionales, grado de alfabetismo, etcétera.

c. Personal

Debe disponer de un grupo multidisciplinario de atención diabetológica para la implementación de las guías de control y tratamiento de la diabetes.

Este puede constituirse en un equipo, unidad o centro de atención diabetológica, de acuerdo con el nivel y personal disponible.

d. Metodología

Las sesiones de educación pueden catalogarse de tipo grupal o individual. Estas últimas están orientadas a crear destrezas en ciertos aspectos puntuales, por ejemplo, el tipo de régimen de alimentación o cantidad y tipo de ejercicio que debe realizar dicha persona en particular, técnicas de auto monitoreo, técnicas de aplicación y conservación de la insulina, uso del

glucagón, manejo de la diabetes en circunstancias especiales como viajes, fiestas, crisis de hipoglucemia, etcétera.

La acción educativa debe valerse de material audiovisual y escrito con el mayor número de gráficos e ilustraciones.

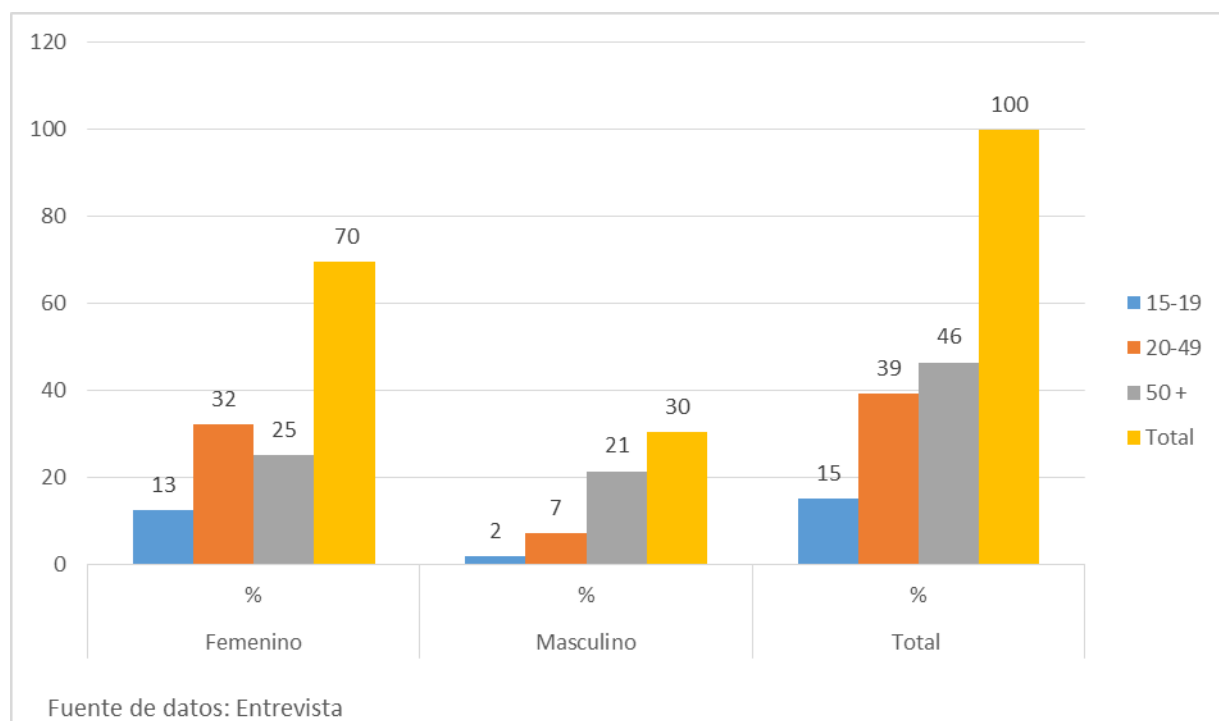
8. Formulación del plan educativo.

Los educadores diabéticos son proveedores sanitarios profesionales que están calificados para trabajar con personas en su control diabético. El papel de los educadores diabéticos es dinámico y viene conformado por el entorno en el que ejercen y los avances de la investigación y la tecnología. Los componentes fundamentales son la atención clínica, la educación, el asesoramiento, la investigación y el control. El papel del educador diabético incluye la promoción de la salud y la prevención de la diabetes y sus complicaciones, para la formulación de todo plan educativo es necesario conocer qué sabe y qué necesita saber la persona a quien se brindará el plan docente.

Discusión de los Resultados

Gráfico 1.

Edad y Sexo de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que asisten al Centro de Salud "Julio Buitrago Urroz" Masachapa, II semestre 2015.



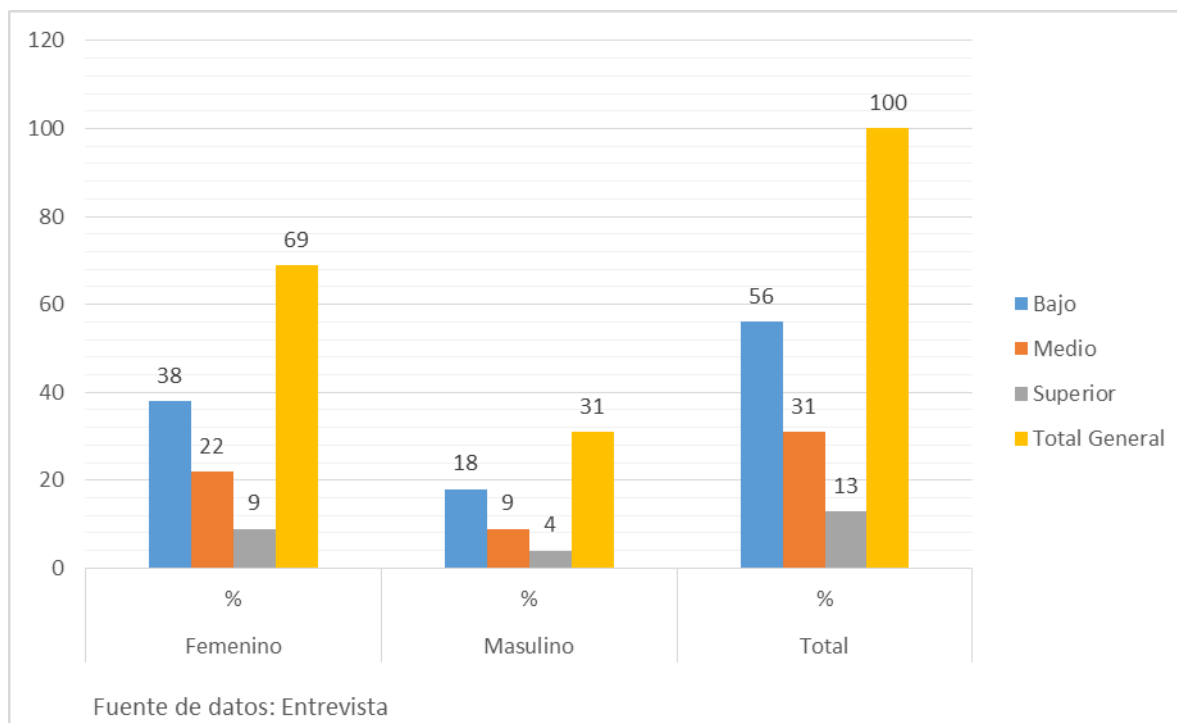
Según la entrevista realizada a los 56 pacientes en estudio del centro de salud de Masachapa se encontró que el sexo femenino predomina con un total de 34 pacientes con 70%, siendo afectados los grupos atareos adolescentes de 15 a 19 años (13%), adultos entre 20 y 49 años con un 32% y adultos mayores de 50 a más con el 25%.

Según las normas de atención de pacientes diabéticos de Nicaragua el sexo femenino es que más se ve afectado con este problema patológico, ya que está más expuesto a situaciones de estrés en su vida cotidiana el cual es un factor desencadenante para dicha enfermedad, son las que más viven sometidas a tensiones debido a algunos factores biológicos herencias genéticas, estilos de vidas inadecuados y principalmente a factores emocionales como las vulnerabilidad, la depresión, los problemas familiares y el trabajo en casa.

De acuerdo al sexo masculino se obtuvo un resultado de 17 pacientes (30%) en el que predominan el grupo de 50 años a más con (21%) de afectados por la patología, siendo este el sexo menos afectado. Con los datos obtenidos, se concluye que los resultados se relacionan con la teoría ya que el sexo femenino fue el más afectado en este estudio logrando identificar los factores predisponentes antes mencionados, en este grupo etáreo.

Gráfico 2.

Escolaridad y Sexo de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que asisten al Centro de Salud Julio Buitrago Urroz Masachapa, II semestre 2015.



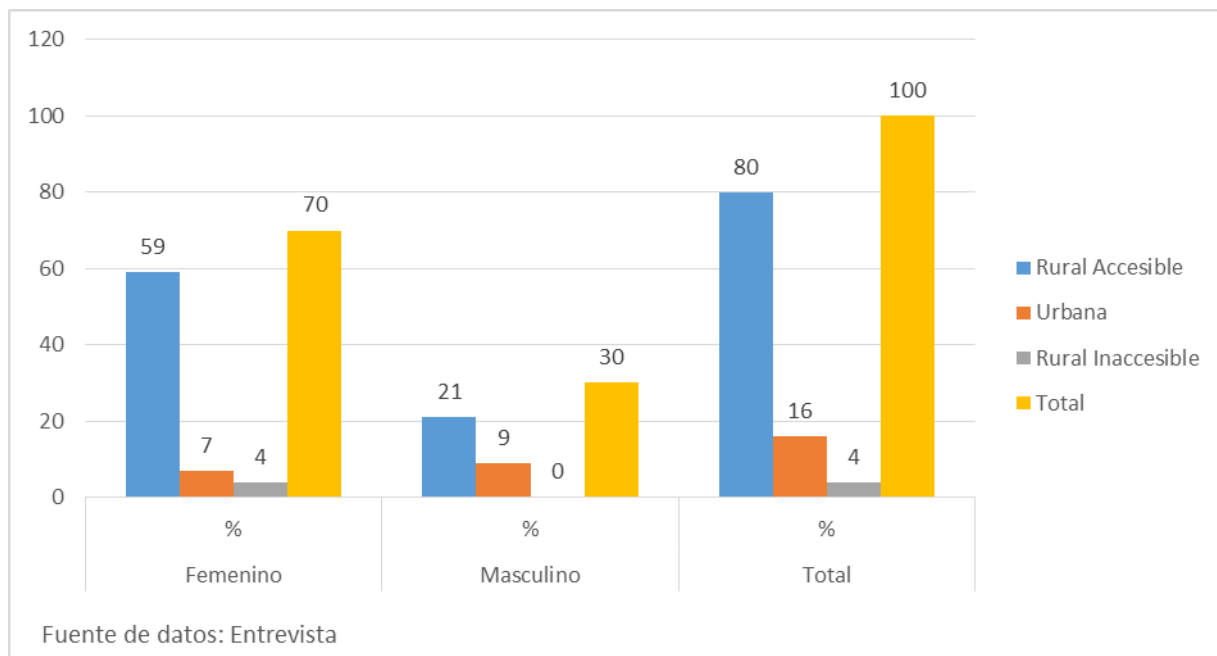
De acuerdo a la escolaridad de los pacientes en estudios se obtuvo los siguientes resultados el sexo femenino 21 pacientes con un 38% se encuentra con un nivel de escolaridad bajo; entre los grupos de analfabeta con un 4%, alfabetizada con un 14%, primaria incompleta con un 9% y primaria completa un 11% del sexo femenino, seguido de 13 pacientes con un 22% en el nivel de escolaridad medio entre secundaria completa e incompleta, y 5 pacientes con el 9% se encuentran en el nivel de escolaridad superior entre el grupo de universitario y técnico. Se obtuvo un total de 10 pacientes del sexo masculino con un 18% de la población en estudio los cuales se encuentran con un bajo nivel de escolaridad, lo que significa que en la variable de escolaridad también predomina el sexo femenino.

La escolaridad es el nivel de institución académica alcanzada por las personas (alfabetismo, analfabetismo, primaria completa e incompleta, secundaria completa e incompleta,

universitario y técnico). Según datos teóricos la educación a los pacientes diabéticos permite una mejor captación y percepción más amplia de su enfermedad siendo esta de gran importancia para el desarrollo de su autocuidado. Pudimos observar de acuerdo a los resultados obtenidos en la entrevista que el nivel de escolaridad que los pacientes tienen es muy bajo lo que no les permite una buena captación y percepción sobre lo que les afecta y esto por ende tiene consecuencias en la convivencia con su patología

Gráfico 3.

Procedencia de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que asisten al Centro de Salud Julio Buitrago Urroz Masachapa, II semestre 2015.



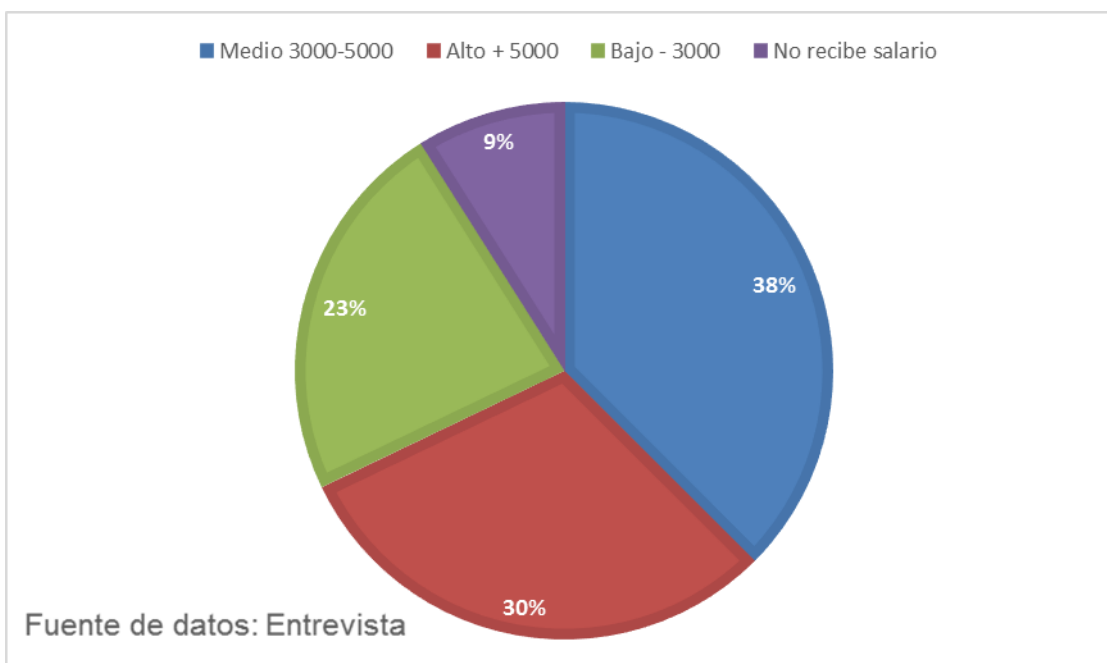
Resultados obtenidos de la entrevista realizada a pacientes en estudio, muestra que 45 pacientes con un 80% son de zona rural, sin embargo cuentan con acceso a la unidad de salud ya sea por medio de transporte urbano selectivo, en carro propio o a pie, 9 pacientes con un 16% de zona urbana donde se encuentra la unidad de salud quedando a 15 minutos de su casa de habitación, tan solo 2 pacientes para 4% son de zona inaccesible teniendo que caminar horas para llegar a la unidad de salud.

Las zonas inaccesibles se consideran un problema para las personas que devengan servicios de salud, generalmente los pacientes diabéticos de zonas rurales tienen desventajas en el cumplimiento de sus citas para el retiro de su medicamento por consiguiente esto trae complicaciones ya que suspenden el tratamiento y se descompensan siendo así la distancia un factor determinante en las complicaciones de la diabetes.

En conclusión según resultados de la entrevista la tabla muestra un mayor porcentaje de pacientes de la zona rural pero accesible con un 80% de la población en estudio y tan solo un 4% son de zona rural inaccesible pero refieren que no es un obstáculo para ellos retirar su tratamiento en la unidad de salud, comparando datos obtenidos con la teoría se puede decir que estos pacientes no presentan desventajas para el cumplimiento de citas y retiro de su medicamento ya que todos cuentan con medios de transporte accesibles a esta unidad.

Gráfico 4.

Ingresos económicos de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que asisten al Centro de Salud Julio Buitrago Urroz Masachapa II semestre 2015.



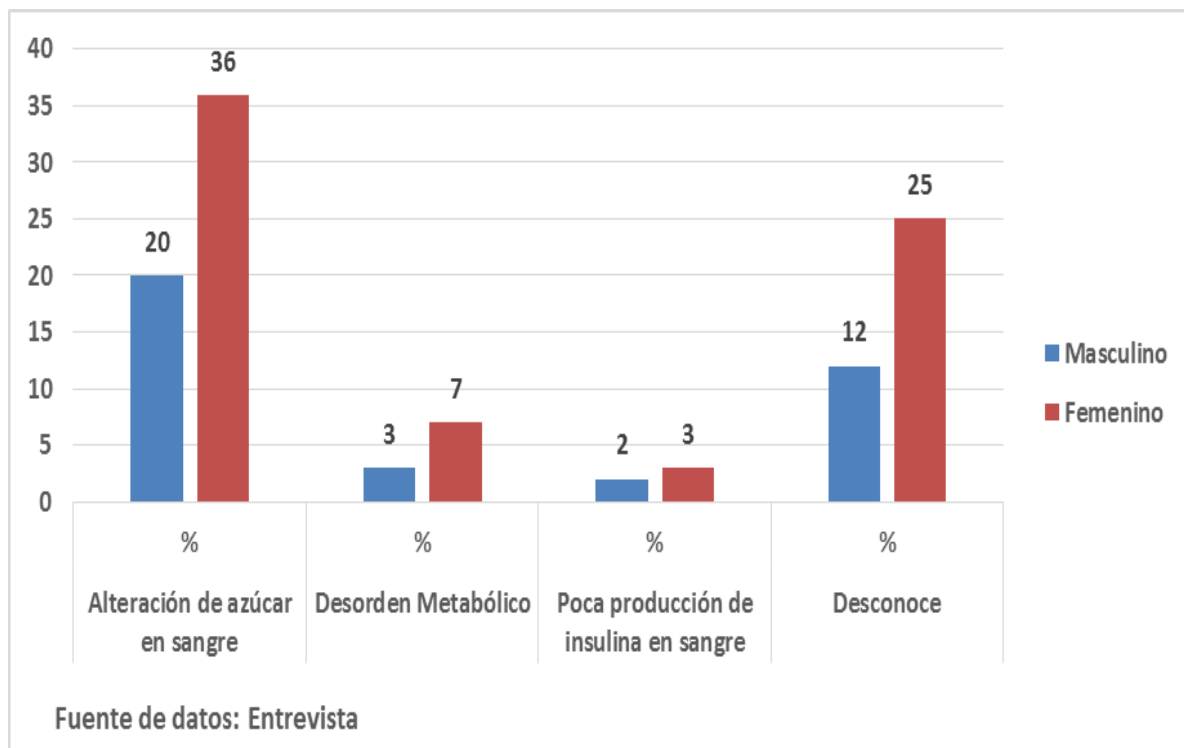
De los 56 pacientes entrevistados se obtuvo que 21 pacientes con un 38% tienen ingresos económicos de 3000 a 5000 córdobas, obteniendo como resultado un mayor porcentaje de pacientes con salario de ingreso económico medio. 17 pacientes para un 30% cuentan con un salario mayor de 5000 córdobas considerándose como un ingreso económico alto, 13 pacientes para un 23% obtienen un salario bajo menor de 3000 córdobas y 5 pacientes con un 9% no reciben salario.

La Diabetes suele ser más frecuente entre las personas más ricas de la población en países de ingresos bajos, pero también hay pruebas de que en algunos países de ingresos medios es hoy más común en los sectores más pobres de la sociedad especialmente en áreas urbanas en donde uno de cada seis o más adultos tiene diabetes.

Según los datos obtenidos se puede concluir que los pacientes en estudio mantienen ingresos económicos medios por lo cual esto afecta en su estilo de vida, ya que el precio de la canasta básica les impide cumplir con una de las acciones de autocuidado más importante, la cual es la alimentación adecuada y saludable para poder mantenerse estables.

Gráfico 5.

Conocimiento (definición de Diabetes) que tienen los pacientes en estudio del Centro de Salud Julio Buitrago Urroz Masachapa II semestre 2015.



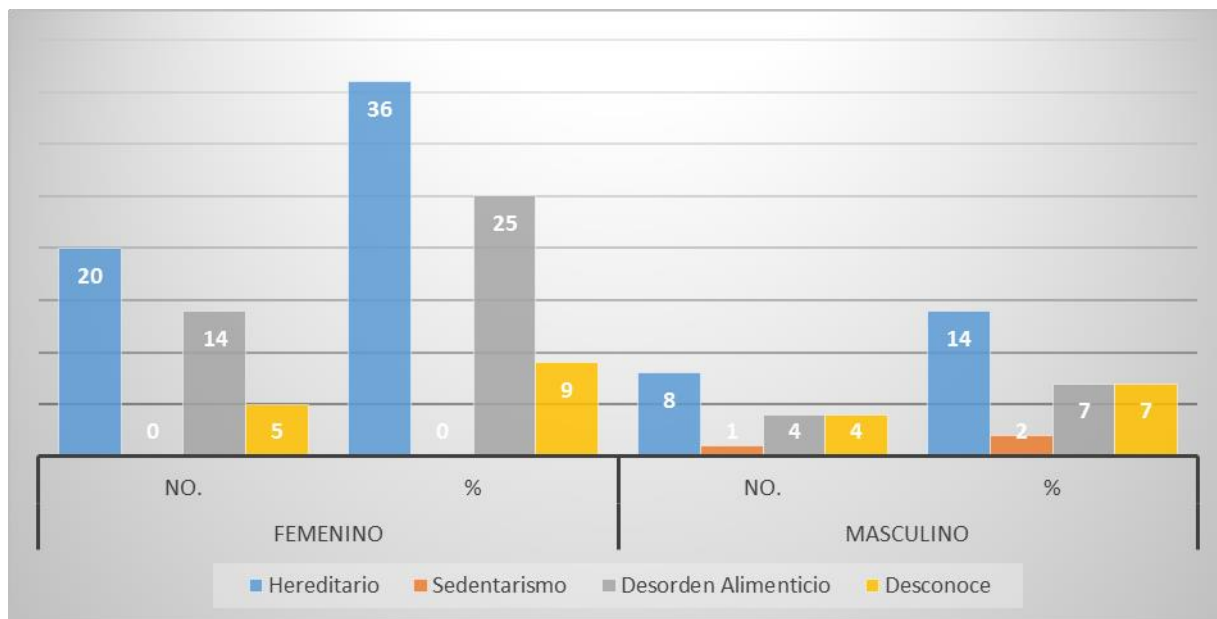
Según la tabla de conocimiento sobre Diabetes Mellitus II de los pacientes en estudio se utilizaron las 4 respuestas más frecuentes para identificar la definición de diabetes que los pacientes tienen; dando como resultado los siguientes valores, 11 pacientes masculinos con un 20% dijeron que diabetes es alteración de azúcar en la sangre, y 20 femeninos para un 36% dieron esa misma respuesta, en cuanto al desorden metabólico 2 pacientes masculinos para un 3% y 4 femeninos con un 7%, 1 paciente masculino para un 2% y 2 femeninos para un 3% refirieron que la diabetes era poca producción de insulina en la sangre y 7 masculinos con el 12% desconocen sobre la definición de diabetes y según el sexo femenino también desconocen 14 personas con 25%.

Para que los pacientes adquieran conocimientos sobre la diabetes mellitus se requiere de todo un proceso que incluya los siguientes dimensiones biológicas, psicológicas, sociales,

culturales, ecológicas, productivas, recreacionales, sanitarias y espirituales para darles al paciente diabético la capacidad de comprender la situación actual de su salud así estos pueden desempeñar un papel más activo en el cuidado de su salud y desarrollar actitudes propias y exitosas. Los resultados mostrados en la tabla nos muestran que los mayores porcentajes se encuentran entre el desconocimiento y poco conocimiento sobre la patología de base de cada paciente, podemos concluir que dicha deficiencia de conocimiento se puede deber a que los pacientes no están siendo bien informados y no se están tomando en cuenta los aspectos dimensionales mencionados anteriormente en la teoría; debido a esto los pacientes cuentan con poca información y además tienen una escolaridad baja.

Gráfico 6.

Conocimiento (causas de la Diabetes) que tienen los pacientes en estudio del Centro de Salud Julio Buitrago Urroz Masachapa II semestre 2015.



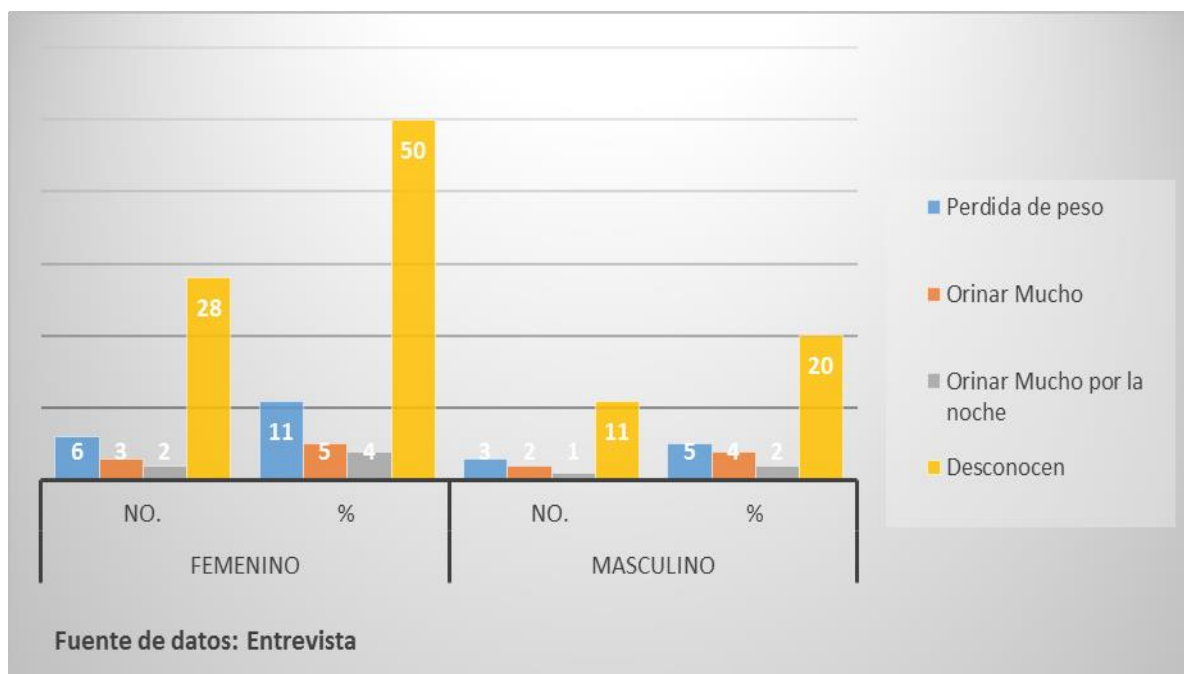
En el desarrollo de esta variable se obtuvo los siguientes resultados de acuerdo al conocimiento sobre causas de la diabetes que tienen los pacientes en estudio de los 39 pacientes femeninos 20 pacientes para un 36% contestaron que las causas son de origen hereditario y 14 pacientes para un 25% dijeron que es de causa a causa de un desorden alimenticio y 5 pacientes con un 9% desconocen, en el sexo masculino tenemos que 8 pacientes para un 14% refieren que la causa es también hereditario y 4 pacientes para un 7% desconocen las causas.

Los resultados en general muestran que un 50% refieren que la causa es de origen hereditario, un 32% dijo que se produce por desorden alimenticio y un 16% que desconocen, y tan solo un 2% mencionaron como causa el sedentarismo. El conocimiento de los pacientes con diabetes acerca de su enfermedad disminuye las complicaciones de la misma por tanto se determina que el conocimiento se entiende por hechos o información adquirida por los seres humanos a través de la experiencia la comprensión y la práctica. La causa de la diabetes se asocia a desórdenes alimenticios, sedentarismo y en pocas ocasiones de origen hereditario. Los resultados de la

tabla nos muestran que la mayoría de los pacientes en estudio contestaron que esta es de origen hereditario podemos asociar esta falta de conocimiento a la poca información brindada por el personal sanitario, pero que a pesar de esto, de los 56 pacientes 28 contestaron conocer que la diabetes es de origen hereditario lo que significa que la mayoría de ellos si tienen el conocimiento necesario.

Gráfico 7.

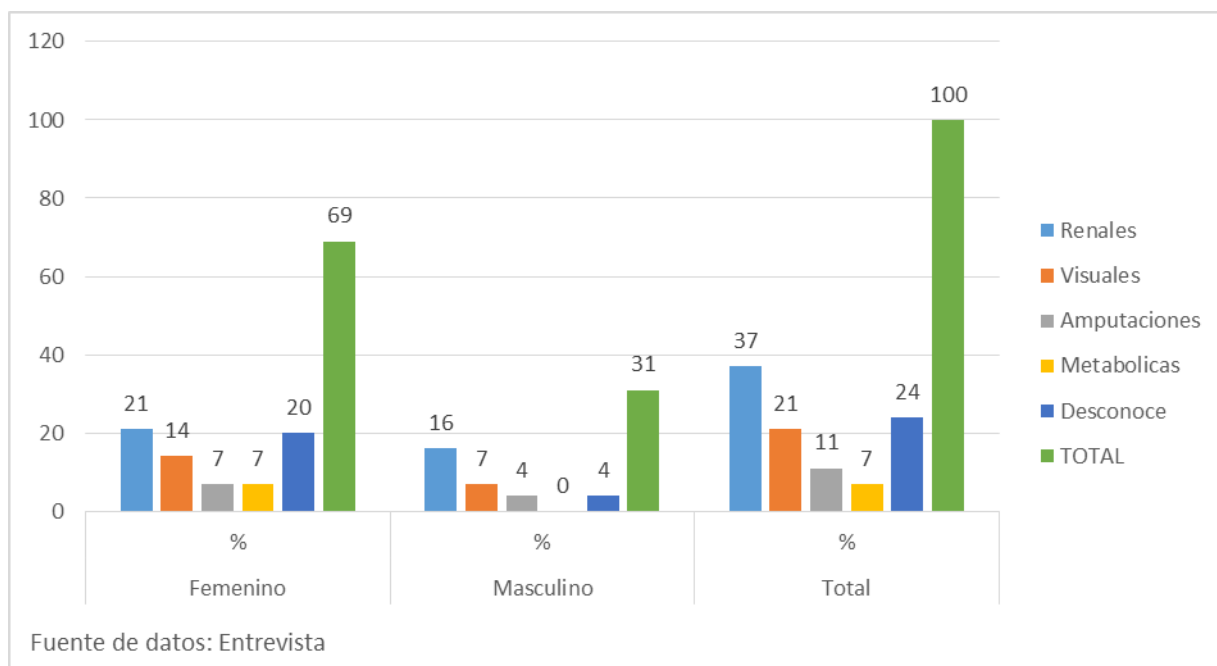
Conocimiento de signos y síntomas de la Diabetes y el autocuidado que tienen los pacientes en estudio del Centro de Salud Julio Buitrago Urroz Masachapa II semestre 2015.



Con la realización de la entrevista obtuvo la siguiente información que los pacientes femeninos predominaron en desconocer los signos y síntomas, 28 pacientes con un 50% como resultado y 11 pacientes masculinos para un 20% desconocieron tales signos y síntomas de la patología obteniendo así como resultado que la mayoría de los pacientes no conocen los signos y síntomas que les da su enfermedad, de acuerdo a la teoría el conocimiento acerca de los signos y síntomas de la diabetes mellitus II es de gran importancia ya que disminuye considerablemente las complicaciones de la misma, se puede observar que la mayoría de los pacientes en estudio desconocen sobre la sintomatología de la enfermedad lo que podría ser un factor de riesgo en el desarrollo de complicaciones por lo que es importante que los pacientes identifiquen los signos y síntomas de dicha enfermedad.

Gráfico 8.

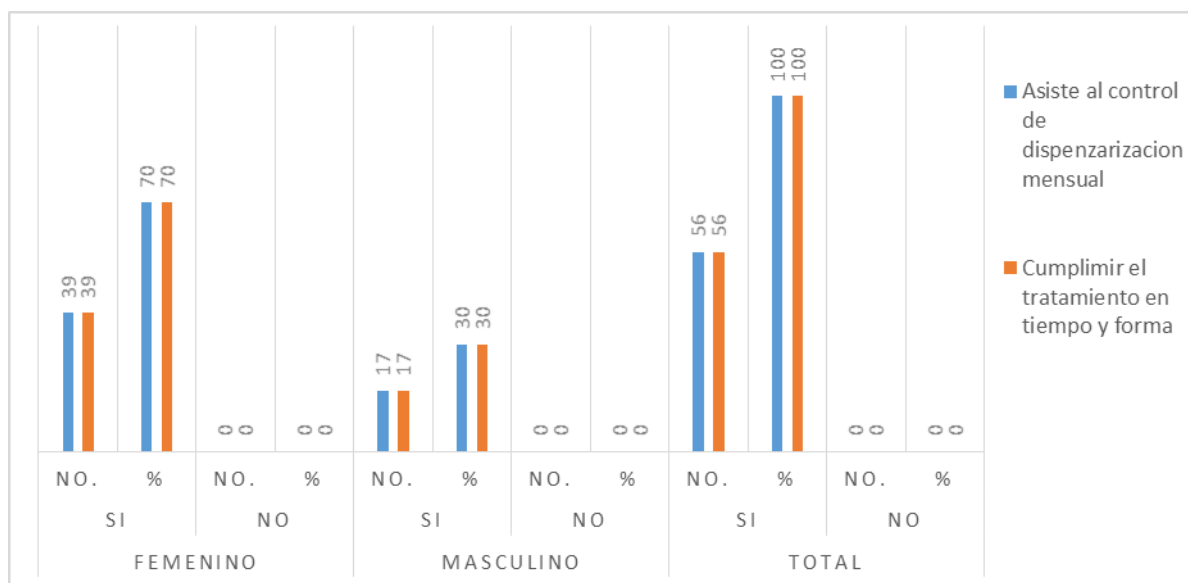
Conocimiento sobre las complicaciones que tienen los pacientes con diabetes mellitus 2 del Centro de Salud Julio Buitrago Urroz Masachapa II semestre 2015.



En base a los resultados encontrados en la variable sobre conocimientos de las complicaciones de los pacientes diabéticos en estudio se obtuvo los siguientes resultados, de los 39 pacientes femeninos 12 con un (21%) dijeron que las complicaciones en los diabéticos son renales y 11 con un (20%) dijeron desconocer dichas complicaciones, de acuerdo al sexo masculino 9 con un (16%) refirieron también conocer complicaciones renales y 4 pacientes con un (7%) problemas visuales. El conocimiento de los pacientes diabéticos acerca de la enfermedad disminuye en gran parte las complicaciones de la misma, ya que el conocimiento acerca de la enfermedad disminuye considerablemente las complicaciones. Por lo que se concluye que un 37% del total de los pacientes conocen algunas de las complicaciones de la diabetes, es importante para que los pacientes logren tener un equilibrio de su enfermedad.

Gráfico 9.

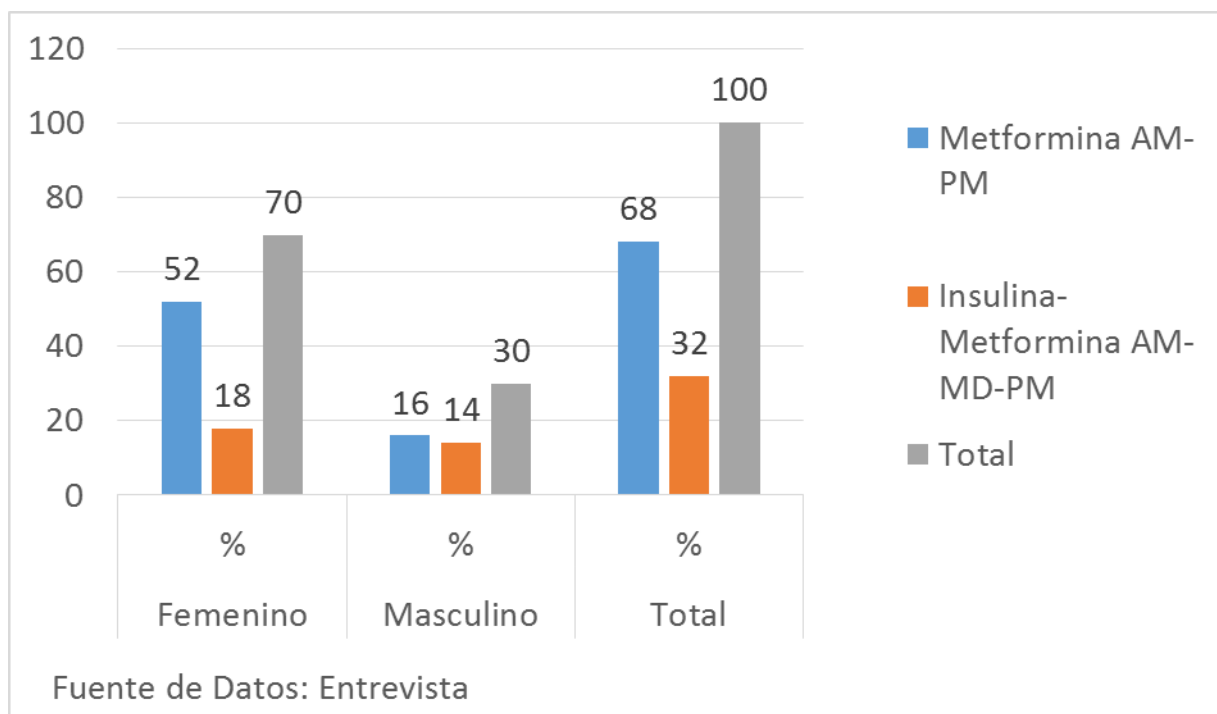
Acciones de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus 2 del Centro de Salud Julio Buitrago Urroz Masachapa II semestre 2015.



La asistencia sanitaria, el autocuidado o cuidado personal es cualquier acción vigiladora del funcionamiento del ser humano que se encuentra bajo el control propio, realizada de forma deliberada y por iniciativa propio, en algunos casos el cuidado del paciente diabético debe de complementarse con medicamentos los que son indicados y controlados por el médico tratante. Los datos de la tabla muestran resultados que se pueden comparar con la teoría mencionada ya que los 39 pacientes femeninos con un (70%) acuden a control de dispensarización y retiro de medicamento el cual lo toman en tiempo y forma, los 17 pacientes masculinos con un 30% también realizan esta acción importante del autocuidado en su enfermedad. Se concluye que los datos se relacionan con la teoría ya que el 100% de los pacientes toman esta acción de autocuidado como la más importante en el cuidado de su enfermedad.

Gráfico 10.

Acciones de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus 2 del Centro de Salud Julio Buitrago Urroz Masachapa II semestre 2015. (Horario de medicamento).



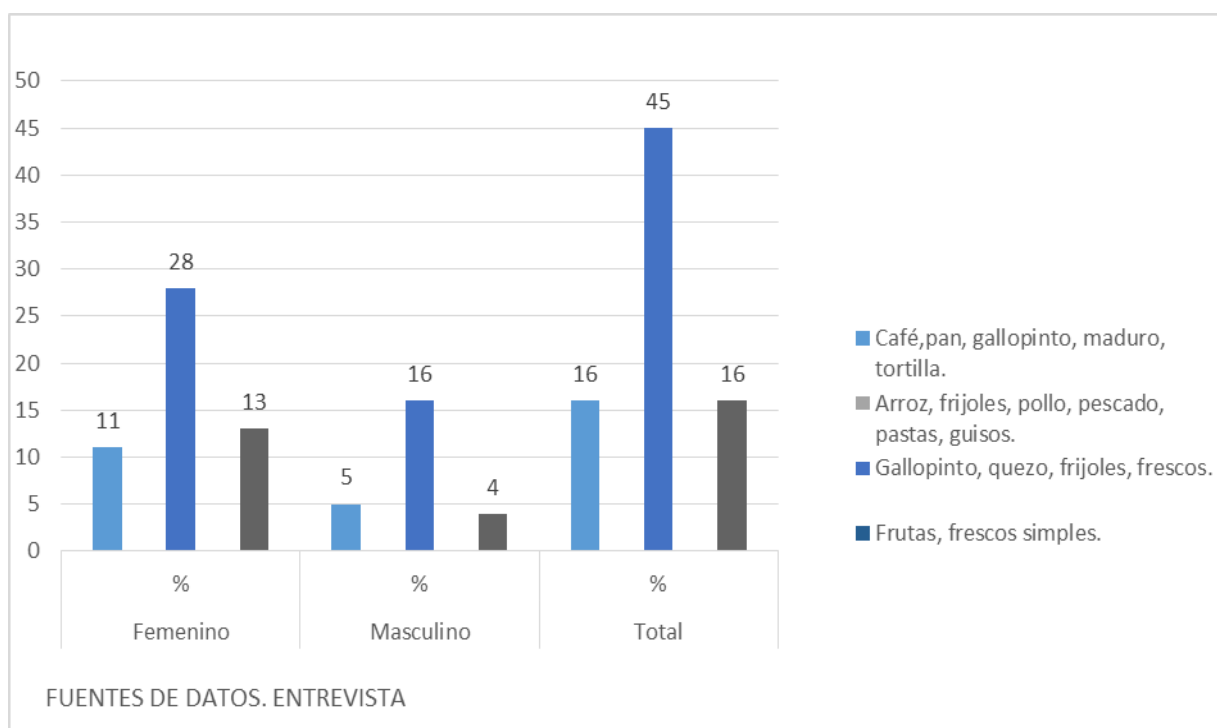
Mediante la entrevista a pacientes con Diabetes Mellitus 2 se obtuvo los resultados siguientes. De las 39 pacientes femeninas 29 con un (52%) tienen un esquema de tratamiento con metformina tomándose en horario entre am y pm, 10 pacientes con un (18%) lo toman en am, md y pm con una combinación con insulina NPH y metformina. De acuerdo al sexo masculino 9 pacientes con (16%) mantienen un horario con la ingesta de hipoglucemiantes orales en am y pm, 8 pacientes con (14%) tienen indicado una combinación de insulina y metformina. Se observa que 68% de la población en estudio mantienen un esquema de medicamento con metformina en dosis media de 850 a 1700 mg al día.

Según protocolo de atención a pacientes con diabetes mellitus 2 en Nicaragua, se inicia cuando no se logra el grado de compensación deseado con las recomendaciones dietéticas, la

eliminación de hábitos nocivos y el ejercicio, el empleo de insulina más hipoglucemiantes orales ha sido fundamentado en el aumento de receptores periféricos de insulina inducido por los hipoglucemiantes, se establece que todo paciente con Diabetes Mellitus 2 inicie tratamiento con hipoglucemiantes orales fraccionados en dosis media dos veces al día y hay un incremento de dosis según la evolución de paciente al tratamiento. Los resultados obtenidos se relacionan con la teoría ya que la mayoría de los pacientes toman su medicamento según protocolo de atención a pacientes con Diabetes.

Gráfica 11.

Dieta y alimentación de los pacientes con diabetes mellitus 2 del Centro de Salud Julio Buitrago Urroz Masachapa II semestre 2015.



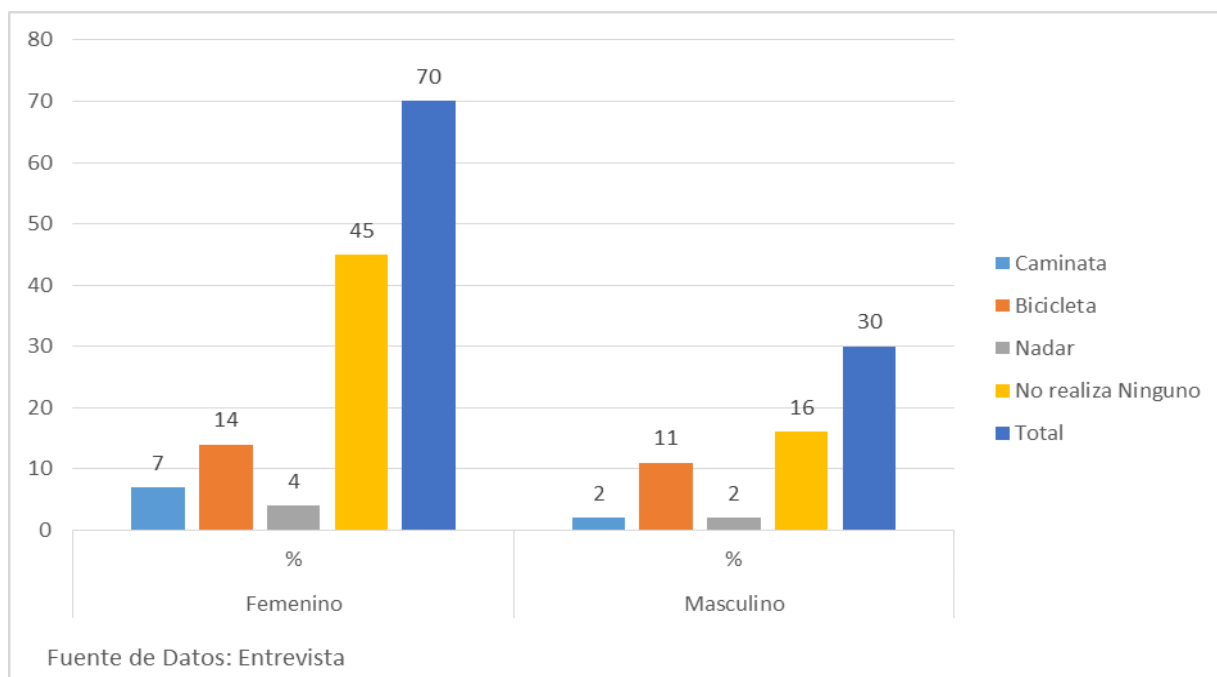
Por medio de la información recopilada a través de la entrevista acerca de la alimentación de estos pacientes obtuvimos los siguientes datos, según el sexo femenino 16 pacientes con un (28%) ingieren alimentos ricos en carbohidratos y solo 10 pacientes con el (18%) mencionaron ingerir, frutas, vegetales y ensaladas. Según el sexo masculino 9 pacientes con (16%) ingieren alimentos ricos en carbohidratos y tan solo 10 pacientes con (6%) ingieren alimentos sanos y naturales.

Según teoría de alimentación en diabetes, esta debe de ser baja en carbohidratos, se recomiendan cereales y tubérculos, verduras, frutas, grasas de origen vegetal, semillas secas, lácteos como yogurt y quesos secos, entre otros como huevo, porciones de pollo y pescado en pequeñas cantidades. Los pacientes no cuentan con una dieta establecida por el personal de salud de la unidad, debido a estos resultados se puede mencionar que no hay una adecuada

ingesta de alimentos para que los pacientes puedan mantener un estado de salud adecuado, no hay una dieta adecuada a su patología y esto conlleva a un aumento de complicaciones metabólicas, pero sin embargo ellos comen algunas de las cosas que establece el protocolo de atención en diabetes.

Gráfico 12.

Actividad y Ejercicio de los pacientes con diabetes mellitus Tipo 2 del Centro de Salud Julio Buitrago Urroz Masachapa II semestre 2015.

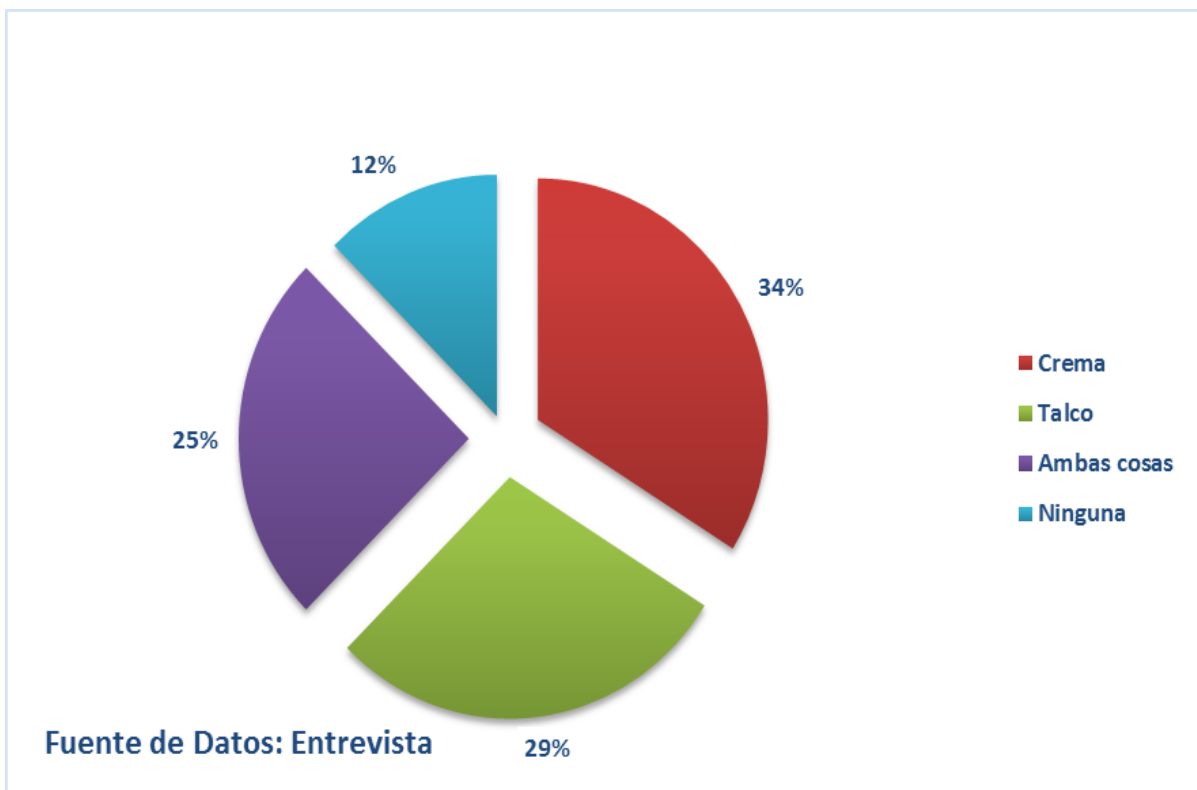


Mediante los resultados más relevantes obtenidos en la tabla de actividad y ejercicio de los pacientes se logró obtener que 25 pacientes del sexo femenino con un (45%) no realizan ningún tipo de ejercicio, 8 pacientes con (14%) realizan ejercicio tal como bicicleta y 9 con un (16%) del sexo masculino no realizan ningún tipo de actividad y/o ejercicio, los pacientes que no realizan, refirieron que no lo hacen por problemas de tiempo, artritis, cansancio y edad.

Las actividades físicas es un pilar fundamental para lograr un buen control de la diabetes, está comprobado que la actividad física regular puede disminuir los niveles de glucemia además de potenciar el efecto que causa la insulina, también realizar ejercicios puede ayudar a disminuir los factores de riesgo cardiovasculares y beneficia el autoestima del paciente. Concluimos que los pacientes necesitan mejorar sus conocimientos acerca de la importancia de realizar actividad física, para su propio bienestar, así mismo sobre los tipos de ejercicios que se deben de realizar en dependencia de la edad y las patologías, ya que un 61% de la población total en el estudio no realiza ningún tipo de ejercicio y por ende están propensos a sufrir problemas potenciales.

Gráfico 13.

Cuidado e higiene de los pies de los pacientes con Diabetes Mellitus 2 del Centro de Salud Julio Buitrago Urroz Masachapa II semestre 2015.



Según la teoría las personas con diabetes son muy propensas a los problemas en los pies, puede causar años a los pies, lo cual significa que la persona puede no sentir una herida en el pie hasta que aparezca una infección o una llaga grande. También puede dañar los vasos sanguíneos, lo cual hace más difícil para que el cuerpo pueda combatir las infecciones.

En estos pacientes se debe prevenir lesiones en los pies, por lo cual deben adoptar una rutina diaria de revisión y cuidado de estos. Es importante lavarse los pies con agua tibia y un jabón suave, luego secarlos muy bien especialmente entre los dedos, y aplicar loción (cremas o vaselina), utilizar calzados que no queden ajustados ya que esto es un factor de riesgo para el desarrollo de úlceras.

De acuerdo a la entrevista realizada, con respecto al cuidado e higiene de los pies de nuestros pacientes en estudio; 19 pacientes (34%) contestaron que utilizan cremas para la hidratación

de la piel de los pies, 16 pacientes (29%) utilizan talco, 14 pacientes (25%) utilizan crema y talco a la vez, y 7 con 12% refirieron no utilizar nada.

Estos resultados de muestran que del 100% de los pacientes en estudio un 25% logran tener un mayor cuidado de sus pies utilizando cremas y talco, para prevenir complicaciones, tales como heridas, fisuras, micosis, un 34% solo utilizan cremas, habiendo un déficit de un 12% en estos pacientes que no utilizan ningún tipo de cuidado para sus pies.

Plan de intervención educativa a pacientes con Diabetes Mellitus II del centro de salud Julio Buitrago Urroz Masachapa segundo semestre 2015.

Contenido	Objetivos	Método	Material	Participantes	Dinámica	Tiempo	Responsables	
<ul style="list-style-type: none"> - Que es la Diabetes. - Signos y síntomas - Importancia del medicamento. 	Conocer que es la Diabetes y como evitar complicaciones.	Explicativa Expositiva Preguntas y respuestas	Data show Marcadores Papelógrafos	Pacientes diabéticos	El barco	45 min	Arelis Zúñiga Lidia Jiménez Fernanda Cuadra	
Alimentos que ayudan al buen funcionamiento del organismo y alimentos prohibidos en el paciente con diabetes.	Orientar a los pacientes con diabetes, cuales son los alimentos que deben de consumir y cuales no; en su dieta diaria.	Explicativa Expositiva	Data show	Pacientes diabéticos	Los refranes	45 min		
Refrigerio								
Actividades físicas necesarias que deben de realizar los pacientes diabéticos.	Promover las actividades físicas como rutina diaria para mejorar el estado físico y por ende evitar complicaciones s.	Explicativa Demostrativa	Data show	Pacientes diabéticos	El repollo	45 min		
Higiene y aseo personal. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Baño ➤ Vestuario ➤ Calzado ➤ Corte de uñas ➤ Uso de zapatos ➤ Uso de cremas para pie 	Mejorar las condiciones higiénicas de estos pacientes haciendo uso de prácticas adecuadas para evitar complicaciones como, amputación de miembros.	Explicativa	Data show Fotos	Pacientes diabéticos	Canta gallo	45 min		

Plan de intervención educativa

Objetivo General.

Brindar plan de intervención educativa dirigido a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Centro de Salud Julio Buitrago Urroz Masachapa.

Objetivos Específicos.

- Conocer qué es la Diabetes y cómo evitar complicaciones.
- Orientar a los pacientes con diabetes, cuales son los alimentos que deben de consumir y cuales no en su dieta diaria.
- Promover las actividades físicas como rutina diaria para mejorar el estado físico y por ende evitar complicaciones.
- Mejorar las condiciones higiénicas de estos pacientes haciendo uso de prácticas adecuadas para evitar complicaciones como, amputación de miembros.

Datos del plan educativo

- **Beneficiados con el plan educativo.**

Pacientes con diabetes mellitus tipo II en estudio que asisten al centro de salud Julio Buitrago Urroz.

- **Lugar de taller.**

Auditorio del Centro de Salud Julio Buitrago Urroz.

Contenido

- Que es la Diabetes.
- Signos y síntomas de la diabetes
- Importancia del medicamento.
- Alimentos que ayudan al buen funcionamiento del organismo y alimentos prohibidos en el paciente con diabetes.
- Actividades físicas necesarias que deben de realizar los pacientes diabéticos.
- Higiene y aseo personal.
 1. Baño
 2. Vestuario
 3. Calzado
 4. Corte de uñas
 5. Uso de zapatos
 6. Uso de cremas para pie.

Metodología.

Las sesiones de educación pueden catalogarse de tipo grupal o individual. Estas últimas están orientadas a crear destrezas en ciertos aspectos puntuales, por ejemplo, el tipo de régimen de alimentación o cantidad y tipo de ejercicio que debe realizar dicha persona en particular, técnicas de auto monitoreo. La acción educativa debe valerse de material audiovisual y escrito con el mayor número de gráficos e ilustraciones.

Los elementos más importantes de esta serán:

La comunicación: Nuestra actividad se estableció a través del dialogo. Transmitimos información y permitimos que todos los pacientes expresaran sus sentimientos y creencias, que los analizaran, que identificaran problemas, que buscaran soluciones.

Enunciación: Anunciar los contenidos que vamos a explicar ("ahora vamos a hablar de las hipoglucemias, voy a explicarle en qué consiste tener el azúcar bajo...")

Racionalidad: Explicar el fundamento o actuación de la conducta terapéutica propuesta. No se trata de una explicación técnica y prolija, sino de intentar que el paciente comprenda el porqué de nuestra propuesta, respetando su independencia.

Se impartió en dos grupos, uno de 21 participantes y uno de 20, en dos sesiones para alcanzar los objetivos planteados, la sesión se brindó por medio de data show mediante presentaciones en power paint expositivas y explicativas, con una duración de 3 horas por cada grupo, se realizaron dinámicas durante todo el transcurso de dicha actividad con el objetivo de animar la sesión, se utilizaron materiales como; papelógrafos, marcadores y hojas de colores. Al finalizar se les brindó un pequeño refrigerio y compartimos lo aprendido.

Desarrollo del plan educativo.

El objetivo de un plan Educativo para el Paciente Diabéticos (PED) es entregar los conocimientos básicos necesarios sobre esta enfermedad, permitiendo lograr un autocuidado y prevenir las complicaciones agudas y crónicas.

Dicho plan se basa en los resultados obtenidos de la entrevista realizada, lo cual nos refleja que la mayoría de estos pacientes con Diabetes Mellitus II no tienen los suficientes conocimientos acerca de su enfermedad y de su autocuidado, razón por la cual desarrollamos este plan educativo.

Se realizó el día 04 y el 11 de Noviembre con una duración de 3 horas, se inició presentándonos como grupo, y dando las gracias por la asistencia, realizamos una serie de preguntas como pre-test para valorar el conocimiento de los pacientes, luego iniciamos con la presentación sobre Diabetes, signos y síntomas, alimentación, actividades físicas, higiene, aseo personal y medicamentos, en el mismo orden en que se mencionan, durante toda la actividad se realizaron dinámicas para que se animaran y continuaran y no abandonaran la sesión, la participación estuvo activa y dinámica, al finalizar el plan se realizaron las mismas

preguntas de inicio con el fin de valorar el conocimiento que adquirieron durante toda la intervención, y se concluyó con un refrigerio a todo el grupo, se brindaron recomendaciones con el fin de motivar a que ellos retomen lo aprendido y pongan el práctica en su hogar y de esa manera eviten complicaciones.

Conclusión del desarrollo del plan educativo

Con la realización de este plan podemos concluir que de los 56 pacientes en estudio que se invitaron a la sesión del plan educacional de Diabetes Mellitus 2, asistieron 41 pacientes para un 73% de asistencia, y con una inasistencia de 15 pacientes para un 27% de pacientes que no acudieron a dicha actividad. Con los resultados obtenidos se considera que fue una intervención exitosa por lo que asistieron más del 50% de los pacientes en estudio garantizando así que los pacientes hayan podido enriquecer los conocimientos acerca de su enfermedad, logrando confirmar el enriquecimiento obtenido en dichos pacientes por medio de un post test de manera verbal, donde expresaron con más seguridad lo aprendido acerca de la Diabetes Mellitus tipo 2.

Conclusiones

En cuanto a las características Sociodemográficas, de los 56 pacientes en estudio obtuvimos que el sexo femenino es el que predominó, la mayoría fueron adultos entre 20 y 49 años, con un bajo nivel de escolaridad, habitando en zona rural pero que cuentan con acceso a la unidad de salud ya sea por medio de transporte urbano selectivo, en carro propio o a pie. Según los datos obtenidos puede concluir que nuestros pacientes en estudio mantienen ingresos económicos medios lo cual afecta en su estilo de vida saludable.

El nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus II de los pacientes en estudio se utilizaron 4 respuestas más frecuentes para identificar la definición de diabetes que los pacientes conocían por lo tanto se demostró que tenían pocos conocimientos sobre su patología ya que la mayoría refirió desconocer el significado, más sin embargo mencionaron algunas de las causas principales de esta enfermedad, pero de acuerdo a los signos y síntomas se demostró deficiencia de conocimiento en estos pacientes, en cuanto a la información que ellos tenían sobre complicaciones se identificó que conocían algunas de las complicaciones de la misma.

Las acciones de autocuidado que realizaban los pacientes con Diabetes Mellitus 2 se identificó que todos asisten al control mensual del retiro de tratamiento y a controles de glucosa, además cumplen con tomarse su tratamiento como se le indica en la unidad de salud, estos pacientes consumen alimentos ricos en carbohidratos y grasas, no tenían una dieta establecida por el personal de salud, la mayoría de los pacientes llevan una vida sedentaria ya que, no realizan ejercicios de acuerdo a su capacidad.

Se diseñó el plan de intervención educativa en base a las debilidades encontradas en los pacientes tales como; concepto, signos y síntomas, complicaciones, autocuidado, alimentación, actividades físicas e higiene personal. A través de la esta intervención se logró que los pacientes mejoraran sus conocimientos para que pongan en práctica y por ende mejoren su estilo de vida, sepan convivir con la enfermedad y eviten complicaciones de la misma.

Recomendaciones

A la unidad de salud.

Implementación de programas educativos sobre el autocuidado a los pacientes con diabetes.

Insertar en el programa charlas sobre generalidades de diabetes y estilos de vida saludables con el propósito de que los pacientes se informen acerca de su patología.

Fomentar la realización de un club de dispensarizados para obtener un mejor control de estos pacientes.

Dar seguimiento a los resultados del estudio realizado en la unidad.

A los pacientes.

Que se apropien de los nuevos conocimientos adquiridos por medio del plan educativo para que modifiquen su estilo de vida, eviten complicaciones y sepan convivir con su patología.

Bibliografía

Alvares, Rebeca Raquel; (Febrero de 2012). Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Conocimiento de auto cuidado en pacientes con Diabetes mellitus II. Managua.

Alvares, R. R., & et al. (Febrero de 2012). Enfermedades crónicas no transmisibles. Conocimiento del auto cuidado del adulto mayor con diabetes mellitus II. Managua.

C, G. R. (2009). Guía práctica de la salud tratamientos científicos y naturales Diabetes. España: vida sana.

Campo, T. d. (24 de Diciembre de 2014).Auto cuidado de los pacientes diabéticos. Obtenido de http://es.wikipedia.org/wiki/Trabajo_de_campo

E, V. (2004). Metodología de investigación.

Espinoza, M. (Enero de 2013). Gerencia del cuidado. Acciones de autocuidado de personas con diabetes mellitus 2. Managua.

Fernández, P. A. (1999). Diabetes tipo 2. En F. A. Pérez, Diabetes Tipo 2 (pág. 2). Madrid.

Jiménez, g. v. (2006). Obtenido de Diabetes en adultos.

<http://usuarios.lycos.es/educadiabetes/cursos/cursos.htm>

John, T. (1995). Metodología de la Investigación 4ta edición. El Menester SA.

Minsa. (2002). Normas de atención a pacientes crónicos. NIC.

Montes, A. (1998). Estrategias. Managua: Interamericana.

Nic, M. (2002). Normas del programa de atención a crónicos. En M. Nic. Nicaragua.

Organización, W. H. (1999). Programa de Alimentación en Diabetes. Obtenido de <http://www.World Health Organization.com>

Orozco, R. L. (1982). Investigación aplicada. Manual de metodología. Chile.

Pineda, E. (1994). Metodología de la investigación II edición.

R, G. (2009). Guía práctica de la salud. Chile: vida sana.

Salud, M. d. (2000). Normas de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. Nicaragua: Artes Grafica SA.

Tejada, J. (1995). Metodología de la investigación 4ta edición. El Menester SA.

Anexos

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
UNAN-MANAGUA
Instituto Politécnico de la Salud

Anexo 1

1. Determinar las características sociodemográficas de los pacientes en estudio.
 - 1.1- Factores sociodemográficos de la población en estudio.
 - a. Edad.
 - b. Sexo.
 - c. Escolaridad.

2. Describir el nivel de conocimiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2.
 - 2.1 Nivel de conocimiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2.
 - 2.2 Fuentes del conocimiento.
 - 2.3 Características del conocimiento.
 - 2.4 Tipos de conocimientos
 - a. Conocimiento científico
 - b. Conocimiento empírico

- 3 Definición
- 4 Tratamientos
- 5 Cuidados del paciente con diabetes.
- 6 Complicaciones del paciente diabético.
 - 6.1. A largo plazo
 - 6.2. A corto plazo

7. Identificar las acciones de autocuidado realizadas por los pacientes con respecto a la diabetes.
 - 7.1 Definición del cuidado.

- 7.2 Autocuidado.
- 7.3 Cuidados del paciente diabético.
- 7.4 Determinantes de salud en diabetes.
- 7.5 Factores incidentes en el desarrollo del autocuidado del paciente diabético.
 - 7.5.1 Factor socio-económicos.
 - a) Apoyo familiar.
 - b) Educación sanitaria
 - c) Accesibilidad a la unidad de salud
 - 7.5.2 Educación diabetológica \ Auto control
 - 7.5.3 Ejercicio
- 7.6 Ejecutar intervención educativa a pacientes Diabéticos según resultados.
 - 7.6.1 Objetivo del plan educativo para pacientes diabéticos.
 - 7.6.2 Definición de plan educativo
 - 7.6.3 Importancia de plan educativo
 - 7.6.4 Estrategias y actividades educativas.
 - 7.6.5 Ventajas del plan educativo.
 - 7.6.6 Importancia de la aplicación de un plan educativo a pacientes diabéticos.
 - 7.6.7 Elementos de un plan educativo.
 - 7.6.8 Formulación de un plan educativo.

Anexo 2.

Cronograma de actividades desde el primer semestre

Actividades	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Visita a la unidad de salud	(x)		(X)		
Selección del problema	(X)				
Creación de objetivos	(X)	(X)			
Introducción				(X)	
Justificación				(X)	
Marco teórico		(x)	(x)	(X)	
Diseño metodológico			(x)	(X)	
Operacionalización de variables			(X)	(x)	
Anexos				(X)	
Entrega 27-06-15				(X)	
Defensa 08-07-15					(x)

Anexo 3

Actividades	Agosto	Septiembre	Observación
Orientación sobre protocolo	(X)		
Revisión y mejoramiento de protocolo (diseño metodológico)	(X)		
1er tutoría de protocolo mejorado	(X)		
Revisión y mejoramiento de planteamiento del problema, objetivos, preguntas de investigación y justificación.		(X)	
Revisión de protocolo por correo		(X)	
Mejoramiento de protocolo Instrumentos, variables y marco teórico.		(X)	
Tutoría para revisar todo lo mejorado		(X)	
Revisión de protocolo grupal con la tutora		(X)	
Ultima tutoría para entrega de protocolo en JUDC		(X)	
Entrega 19-09-15		(X)	
Defensa 25/09/2015		(X)	

Anexo 4 cronogramas de actividades

Actividades	Octubre					Noviembre				Diciembre		Enero	
	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 5	Sem 6	Sem 7	Sem 8	Sem 9	Sem 10	Sem 11	Sem 14	Sem 15
Organizar los grupos	X												
Revisión de protocolo completo (completo) Revisión de tema y objetivo.		X											
Revisión de marco teórico, variables e instrumentos			x										
validación de instrumentos				X									
Recolección de la información					x	x							
Resultados de la información						x	X						
Diseño de tablas, gráficos y análisis							X	X					
Conclusiones y recomendaciones							X	X					
Presentación del primer borrador									x	x			
Conclusión informe final									x		x		
Pre defensa												x	X
Defensa													X

Anexo 5.

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN-MANAGUA

Instituto Politécnico de la Salud

Luis Felipe Moncada

Polisal



Nombre del instrumento: Entrevista

Guía de entrevista a pacientes diabéticos.

Estimada@ paciente la presente entrevista se realiza con el objetivo de recolectar información sobre su conocimiento acerca de Diabetes; la cual es necesaria para la elaboración de un plan docente que nosotros brindaremos en donde usted podrá adquirir conocimientos necesarios para su auto cuidado y por ende evite complicaciones a causa de la Diabetes.

Datos Generales

Fecha: _____ Hora: _____

Lugar: _____ Nombre del Entrevistador: _____

I- Características sociodemográficas de la población a estudio.

a) Edad:

15-19 _____

20-34 _____

35-49 _____

50-59 _____

60-64 _____

65+ _____

b) Sexo: Masculino: _____ Femenino: _____

c) Escolaridad:

Analfabeta: _____ Alfabetizada _____

Primaria Completa: _____ Primaria Incompleta: _____

Secundaria Completa: _____ Secundaria Incompleta: _____

Universitarios: _____ Técnicos: _____

d) Procedencia: Urbana: _____

Rural Inaccesible: _____ Rural Accesible: _____

e) Ingreso Económico mensual en córdobas:

Bajo < 3000: _____

Medio. 3000- 5000. _____ Alto. > 5000. _____

No recibe salario: _____

II. Conocimientos sobre el autocuidado que tienen los pacientes con diabetes

1- ¿Qué sabe de la diabetes tipo 2? ¿Explique?

2- ¿Conoce usted los tipos de diabetes que existen, puede mencionarlos?

3- ¿Cuáles son las causas de la diabetes?

4- ¿Cuáles son los signos y síntomas de la diabetes? Si es así podría mencionar algunos, y si es no. ¿Por qué no los conoce?

5- ¿Sabe usted cuáles son las complicaciones de la diabetes?

Si: cuáles son:

No: Por qué desconoce:

III Acciones de autocuidado de los pacientes con diabetes tipo II.

1- ¿Asiste a sus citas de control de dispensarios? ¿cada cuánto?

2- Cree usted que es importante asistir al retiro de su medicamento mensual para su enfermedad? ¿Por qué?

3- ¿Toma su medicamento en tiempo y forma? ¿Podría mencionar en qué horario se lo toma?

4- ¿Tiene dieta establecida o indicada por personal de salud?

Si - No

5- ¿Qué alimentos consume con frecuencia?

En la mañana;

En medio día;

En la noche;

6- ¿Realiza ejercicios?

Si la respuesta es sí ¿qué tipos de ejercicios realiza?

Si es no, por qué no los realiza:

7- ¿Cómo realiza el cuidado y la higiene de sus pies?

¿Con qué frecuencia y cómo?

Se aplica talco o cremas, ¿Cómo?

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN MANAGUA

Departamento de Enfermería.

Polisal

Ficha de revisión de expediente clínico.

Nombres y Apellidos del paciente. _____

Diagnostico. _____

Fecha	N# de Expediente	Localidad	Observaciones

Anexo 6.**Tablas de resultados.****Tabla 1**

Edad y Sexo de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que asisten al Centro de Salud "Julio Buitrago Urroz "Masachapa, II semestre 2015.						
Grupo Atareo	F		M		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
15-19	7	13	1	2	8	15
20-49	18	32	4	7	22	39
50 +	14	25	12	21	26	46
Total	39	70	17	30	56	100

Fuente: Entrevista

Tabla 2

Escolaridad y Sexo de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II que asisten al Centro de Salud "Julio Buitrago Urroz"Masachapa, II semestre 2015.						
Escolaridad	F		M		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Bajo	21	38	10	18	31	56
Medio	13	22	5	9	18	31
Superior	5	9	2	4	7	13
Total General	39	69	17	31	56	100

Fuente: Entrevista

Tabla 3

Procedencia de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que asisten al Centro de Salud "Julio Buitrago Urroz "Masachapa, II semestre 2015.						
Procedencia	F		M		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Rural Accesible	33	59	12	21	45	80
Urbana	4	7	5	9	9	16
Rural Inaccesible	2	4	0	0	2	4
Total	39	70	17	30	56	100

Fuente: Entrevista

Tabla 4		
Ingresos económicos de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que asisten al Centro de Salud "Julio Buitrago Urroz "Masachapa, II semestre 2015.		
Ingreso económico en córdobas	No.	%
Medio 3000-5000	21	38
Alto + 5000	17	30
Bajo – 3000	13	23
No recibe salario	5	9
Total	56	100

Fuente: Entrevista

Tabla 5										
Conocimiento (definición de Diábetes) que tienen los pacientes en estudio del Centro de Salud Julio Buitrago Urroz Masachapa II semestre 2015.										
Sexo	Alteración de azúcar en sangre		Desorden Metabólico		Poca producción de insulina en sangre		Desconoce		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Masculino	11	20	2	3	1	2	7	12	21	37
Femenino	20	36	4	7	2	3	14	25	40	71
Total	31	56	6	10	3	5	21	37	61	108

Fuente: Entrevista

Tabla 6

Conocimiento (causas de la Diábetes) que tienen los pacientes en estudio del Centro de Salud Julio Buitrago Urroz Masachapa II semestre 2015.

Causas de la diabetes	F		M		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Hereditario	20	36	8	14	28	50
Sedentarismo	0	0	1	2	1	2
Desorden Alimenticio	14	25	4	7	17	32
Desconoce	5	9	4	7	9	16
Total	39	70	17	30	56	100

Tabla 7

Conocimiento de signos y síntomas de la Diabetes y el autocuidado que tienen los pacientes en estudio del Centro de Salud Julio Buitrago Urroz Masachapa II semestre 2015.

Signos y Síntomas	F		M		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Pérdida de peso	6	11	3	5	9	16
Orinar Mucho	3	5	2	4	5	9
Orinar Mucho por la noche	2	4	1	2	3	6
Desconocen	28	50	11	20	39	69
Total	39	70	17	30	56	100

Fuente. Entrevista

Tabla 8

Conocimiento sobre las complicaciones que tienen los pacientes con diabetes mellitus 2 del Centro de Salud Julio Buitrago Urroz Masachapa II semestre 2015.

Compleciones de diabetes	F		M		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Renales	12	21	9	16	21	37
Visuales	8	14	4	7	12	21
Amputaciones	4	7	2	4	6	11
Metabólicas	4	7	0	0	4	7
Desconoce	11	20	2	4	13	24
TOTAL	39	69	17	31	56	100

Fuente. Entrevista

Tabla 9

Acciones de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus 2 del Centro de Salud Julio Buitrago Urroz Masachapa II semestre 2015.

Acciones de autocuidado	F				M				Total			
	SI		NO		SI		NO		SI		NO	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Asiste al control de dispensarización mensual	39	70	0	0	17	30	0	0	56	100	0	0
Cumplir el tratamiento en tiempo y forma	39	70	0	0	17	30	0	0	56	100	0	0

Fuente. Entrevista

Tabla 10

Acciones de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus 2 del Centro de Salud Julio Buitrago Urroz Masachapa II semestre 2015. (Horario de medicamento).

Horario de medicamento	F		M		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Metformina AM-PM	29	52	9	16	38	68
Insulina- Metformina AM-MD-PM	10	18	8	14	18	32
Total	39	70	17	30	56	100

Fuente. Entrevista

Tabla 11

Dieta y alimentación de los pacientes con diabetes mellitus 2 del Centro de Salud Julio Buitrago Urroz Masachapa II semestre 2015.

Alimentación	F		M		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Café, pan, gallo pinto, maduro, tortilla.	6	11	3	5	9	16
Arroz, frijoles, pollo, pescado, pastas, guisos.	16	28	9	16	25	45
Gallo pinto, queso, frijoles, frescos.	7	13	2	4	9	16
Frutas, frescos simples.	7	13	2	4	9	16
Ensaladas y verduras o pollo cosido.	3	5	1	2	4	7

Fuente. Entrevista

Tabla 12

Actividad y Ejercicio de los pacientes con diabetes mellitus Tipo 2 del Centro de Salud Julio Buitrago Urroz Masachapa II semestre 2015.

Tipo de ejercicio	F		M		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Caminata	4	7	1	2	5	9
Bicicleta	8	14	6	11	14	25
Nadar	2	4	1	2	3	5
No realiza Ninguno	25	45	9	16	34	61
Total	39	70	17	30	56	100

Fuente. Entrevista

Tabla 13

Cuidado e higiene de los pies de los pacientes con Diabetes Mellitus 2 del Centro de Salud Julio Buitrago Urroz Masachapa II semestre 2015.

Cuidado e higiene de los pies	No.	%
Crema	19	34
Talco	16	29
Ambas cosas	14	25
Ninguna	7	12
Total	56	100

Fuente. Entrevista

Anexo 7.
PRESUPUESTO

ACTIVIDAD	CANTIDAD	VALOR EN CORDOBAS
INTERNET	60 HORAS	840
TRANSPORTE	14 VECES	2100
IMPRESIONES PARA REVISIÓN	4 VECES	450
IMPRESIONES PARA ENTREGA FINAL	3	1400
REFRIGERIOS	55	2010
LIBRETAS, LAPICEROS	3	60
FOTOCOPIAS	70	35
TOTAL		6895

Anexo 8.
Galería de fotos.



Pacientes Diabéticos atentos a la Intervención Educativa.







Brindando La Intervención Educativa





En el Período de preguntas y respuestas