|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Universidad del zulia universidad de guadalajara educacion ... | **República Bolivariana de Venezuela**  **La Universidad del Zulia**  **Facultad de Medicina**  **Escuela de Medicina**  **Catedra: ECT Informática**. | Facultad de Medicina de LUZ | Facebook |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | **ATENCIÓN PRIMARIA AL CUIDADO Y AUTOCUIDADO DE LA DIABETES MELLITUS.** | |
|  |  |  |

**Autor:**

Br. Jhoana María Montilla Jussayu.

C.I. 30.139.321.

Maracaibo, 17 de Diciembre 2022.

TABLA DE CONTENIDO

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | |  | Pág. |
| I. | Introducción | | | ….. | 03 |
|  | Fase I | 1. | Planteamiento del problema | ….. | 05 |
|  |  | 2. | Objetivos de la investigación |  |  |
|  |  |  | 2.1. Objetivo General | ….. | 05 |
|  |  |  | 2.2. Objetivos Específicos | ….. | 06 |
|  | Fase II | Bases teóricas y metodológicas | |  |  |
|  |  | 1. | Antecedentes de la investigación | ….. | 06 |
|  |  | 2. | Bases teóricas de las variables de estudio. | ….. | 07 |
|  |  | 3. | Técnicas e instrumentos de recolección de datos. | ….. | 08 |
|  | Fase III | Presentación y análisis de resultados. | |  |  |
|  |  | 1. | Resultados. | ….. | 09 |
|  |  | 2. | Contrastación teórica. | ….. | 10 |
|  | Fase IV | Conclusión y recomendaciones. | |  |  |
|  |  | 1. | Conclusión. | ….. | 11 |
|  |  | 2. | Recomendaciones. | ….. | 13 |
| II. | Referencias Bibliográficas. | | | ….. | 16 |

1. INTRODUCCIÓN.

Antes de dar inicio a este trabajo de investigación sobre la diabetes, como futuros profesionales de la salud y ampliar nuestros conocimientos a través de la propia experiencia de estos pacientes, que en dado caso podría ser hasta algún familiar o amigo que asiste a consulta para poder tener una vida normal y cuidar su propia salud.

La diabetes más que una enfermedad crónica que afecta los aspectos sociales y psicológicos del paciente, produce costo elevado para los servicios de salud, ausentismo laboral, incapacidad y limitaciones vitales para los pacientes.

La prevalencia de la diabetes ha aumentado en las últimas décadas como consecuencia de una serie de factores entre los cuales se debe mencionar la mayor longevidad de la población y el progresivo incremento de la obesidad y el sedentarismo, constituyendo un problema de salud pública, al cual se debe dedicar atención y tiempo para prevenir y tratar precozmente las complicaciones de la enfermedad, cumpliendo con el cuidado inmediato y a largo plazo del paciente diabético.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representan uno de los mayores desafíos para la salud y el desarrollo del siglo XXI; además son la principal causa de mortalidad en un número elevado de países. Existen factores de riesgo no modificables como la genética, edad y antecedentes familiares, que incrementan el riesgo de desarrollar diabetes y no se pueden cambiar. Sin embargo, algunos comportamientos también pueden incrementar el riesgo de diabetes, como una alimentación no saludable, falta de actividad física lo que contribuye al aumento de la obesidad y altos índices de diabetes.

La obesidad es un problema de salud pública, cuya prevalencia ha incrementado a nivel mundial. Datos aportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) demuestran que la prevalencia global se ha duplicado entre los años 1980 y 2008, actualmente se considera que más del 10% de los adultos mayores de 20 años son obesos y las proyecciones futuras basadas en las tendencias actuales estiman que para el año 2030 existirán aproximadamente 200 millones más de obesos.

En el caso concreto de Latinoamérica, para el año 2020, las perspectivas de la OMS apuntan a que seis de los países con mayor obesidad en el mundo, entre la población mayor de 18 años, serán latinoamericanos: Venezuela, Guatemala, Uruguay, Costa Rica, República Dominicana y México. Venezuela actualmente cuenta con una prevalencia promedio de obesidad del 33,7% (4).

FASE I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Vivir con diabetes cambia toda la vida de una persona sin el conocimiento del cuidado y autocuidado tendría poca oportunidad de seguir viviendo la vida que desean. Sin la educación adecuada los diabéticos probablemente desarrollarán complicaciones que pueden conducir a problemas de salud muy graves y costosos.

Actualmente, es evidente el impacto de la atención primaria a las personas con diabetes y la convicción de que la educación diabetológica es indispensable en su abordaje terapéutico, ya que así se puede contribuir a un plan individualizado por paciente, que permita su consecuente tratamiento y la preservación de su salud.

Por esto, la familia ejerce un rol protagónico, realizando actividades preventivas, educadoras, rehabilitadoras y de atención, a través de la construcción de estrategias individuales y comunitarias. Por lo que se encontrará una serie de intervenciones en la atención primaria, como lo son: la valoración y seguimiento, recomendaciones nutricionales e indicadores sobre el paciente y la familia, con el fin de disminuir factores de riesgo y prevenir enfermedades de este tipo.

1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

2.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar los conocimientos de las condiciones del cuidado y autocuidado que mejoren la calidad de vida del paciente con Diabetes Mellitus (DM).

* 1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar el nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus en usuarios adulto.
2. Identificar las actitudes preventivas sobre Diabetes Mellitus en la dimensión biológica en usuarios adultos.
3. Prevenir el deterioro de su capacidad funcional y las complicaciones asociadas a cada proceso para mejorar su calidad de vida y la de las personas cuidadoras.

FASE II. BASES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS

1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

La Diabetes mellitus (DM) está considerada como un grupo de enfermedades metabólicas que se caracterizan por la presencia de valores elevados de glucosa en sangre, siendo una de las principales causa de morbi-mortalidad en la sociedad actual.

La prevalencia en Venezuela para 1997, fue de aproximadamente 5,8% en adultos mayores de 40 años y en la mayoría de los países occidentales oscila entre el 2 y 5%. Además, de esta elevada morbilidad, el riesgo de eventos cardiovasculares letales y no letales en sujetos con DM es de 2 a 4 veces mayor que en sujetos no diabéticos.

La atención a las personas con diabetes, en su gran mayoría, era ofrecida colectivamente, visando promover el acceso a la atención de una cuantidad mayor de usuarios, que estaban registrados en el Sistema de Registro y Seguimiento de Hipertensivos y Diabéticos.

Esa atención era llamada como grupo y ocurría mediante pre-programación trimestral, de forma a favorecer ese acceso al servicio de salud, optimizando la agenda de los profesionales para atención de un número mayor de personas con la misma enfermedad en día y hora predefinidos. La dinámica establecida para organizar los grupos era de una atención centrada en la consulta médica, prescriptiva, en la cual la principal actividad abarcaba la entrega de prescripciones, y algunas veces, pero no de manera sistematizada, eran solicitadas pruebas de laboratorio.

La atención integral en APS implica una visión global de la persona incluyendo su entorno familiar y social, considerando los determinantes sociales de la salud a fin de lograr resultados que impacten positivamente en la preservación de la salud y en una mejor calidad de vida de las personas.(6)

1. BASES TEÓRICAS DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO.

Hacer un plan terapéutico para pacientes diabéticos y su familia, fomentando una relación paciente-familia-equipo, con la participación activa del paciente en la consulta, para crear oportunidades para que éste exprese sus dudas e inquietudes. Respetar el papel fundamental que el paciente tiene en su propio cuidado, reconociendo los aspectos familiares, económicos, sociales y culturales que pueden perjudicar o facilitar el cuidado.

Los equipos de salud de la familia deben ejercer un rol protagónico en la promoción, desarrollando actividades educativas, preventivas, de atención y rehabilitadoras, a través de la construcción de estrategias individuales y comunitarias.

Las metas en la APS para el desarrollo de autonomía frente a las ECNT son:

• Lograr comunidades promotoras y protectoras de calidad de vida y salud.

• Lograr y mantener estilos de vida saludables en la población sana y con ECNT.

• Garantizar una atención integral de las personas con ECNT, para retrasar la progresión a estadios avanzados y evitar las complicaciones agudas y crónicas.

• Lograr una educación suficiente de los pacientes a fin de alcanzar su autonomía y mantener la adherencia al tratamiento.

1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para obtener la información, las técnicas de recolecta de datos se incluyeron: entrevistas, observación y consulta a archivos digitales como revistas científicas y trabajos de investigación. (6)

En este estudio descriptivo, de tipo cualitativo, cuya muestra estuvo conformada por cinco pacientes con Diabetes Mellitus, activos del Centro de Investigaciones Endocrino Metabólicas Dr. Félix Gómez, los seleccionados fueron mediante muestreo no probabilístico por conveniencia y participo en el estudio un profesional de salud, involucrados en la atención de salud de personas con diabetes en la APS. (6).

Para la recolección de datos pertinentes a la investigación se utilizó como primera técnica la observación, durante tres días, los pacientes seleccionados se localizaron en un día de su control médico y lo cual aceptaron voluntariamente participar en la investigación, es muy importante para los participantes tener privacidad, anonimato y confidencialidad, y las preguntas en general no piden respuestas que representen un problema de privacidad, más bien genera confianza para sentirse cómodo al momento de ser entrevistados. (6)

La información y el nombre del participante nunca estarán en el mismo documento, ya que los datos son completamente privados.

De los sujetos de estudio cuatro son adultos entre las edades de 60 a 75 años y uno joven adulto de 17 años, este último estuvo hasta hace poco no controlado; en los casos de ambos géneros se presentaron casos en aumento en el grupo de adultos en plenitud (6)

Las personas de mayor edad, independientemente de padecer una enfermedad crónica, se perciben como más sanas que el de menor edad aun­que la evolución de su enfermedad les condicione a tratamientos médicos prolongados. Por otra parte, la enfermedad impacta en el equilibrio emocional y econó­mico de las familias, principalmente porque las consecuencias sociales se reflejan en la incapacidad laboral, la baja productividad y la dependencia familiar.

Estos pacientes la mayoría son personas son profesionales jubilados cuyos estilos de vida y la adopción de conductas favo­rables o desfavorables condicionan su estado de bienestar o enfermedad. (4).

Luego no dirigimos al Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo al servicio de pie diabético, para solicitar más información y observamos que en el lugar se encontraba lleno de pacientes con sus familiares, pero no se logró el contacto con algún miembro del servicio de pie diabético, pero estuvimos observando el proceso de atención a los pacientes el cual se describió como buena la atención hacia estos pacientes, pero no se logró mayores aportes.

FASE III. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. RESULTADOS

Los resultados del estudio fueron presentados en atención a las personas con diabetes en la APS, en equipo-gestión y Políticas Públicas para la diabetes.

Los pacientes destacaron que una vez que fueron diagnosticados con la enfermedad tuvieron que cambiar sus hábitos de vidas en comer más sano con una dieta balanceada en proteínas y vitaminas, y realizar alguna actividad física para bajar de peso en caso de ser obesos.

Las personas consultadas quienes contaron brevemente sus experiencias al ser remitidos al centro de salud, buscando alternativas médicas para así mejorar su calidad de vida. Una vez que comienzan en el diagnostico se realizan pruebas de Glucosa en ayunas, hemoglobina, colesterol total, HDL-C, triglicéridos, LDL, creatinina sérica en adultos, análisis de orina (evaluar infección urinaria, proteinuria, cuerpos cetónicos, sedimentos), microalbuminuria (diabetes tipo 2, si la proteinuria fue negativa), TSH (diabetes tipo 1), ECG en adultos.

Las normas, valores y actitudes de la persona pueden influir en las creencias de salud, en la elección del tratamiento, en los comportamientos y resultados de salud; es decir, tienen un impacto profundo en la presencia de algún padecimiento. Las creencias culturales que tenga la persona con respecto a su enfermedad pueden modificarse de acuerdo con el lugar de residencia y género, pero deben considerarse para realizar algún tipo de intervención.

En otro orden de ideas se entrevistó al Dr. Clímaco Cano Ponce, Profesor, Director del Centro de Investigaciones Endocrino Metabólicas Dr. Félix Gómez y Dr. En Metabolismo Humano, el cual nos explica que en este servicio se atiende un promedio de 100 pacientes diarios de todos los tipos de Diabetes y enfermedades metabólicas como obesidad o enfermedades auto inmunes como la artritis, soriasis, problemas de tiroides, al mayoría de los pacientes son adultos de 40 a 60 años que son los más frecuentes, Jóvenes entre 20 a 40 años y niños muy pocos. (7)

El objetivo principal de este Centro de Investigaciones Endocrino Metabólicas Dr. Félix Gómez, es hacer que la Universidad sea un centro de excelencia en el cual se haga investigación y que esta investigación sirva para mejorar la salud del entorno social, y lo que se investiga se aplica, se investiga sobre las enfermedades metabólicas, enfermedades autoinmunes y se producen medicamentos para tratar los pacientes aportando servicios y nuevos conocimientos, los medicamentos que se producen que son una alternativas a los que están en el mercado a menor costo y tan efectivo o más efectivo que lo que están en el mercado (7).

Los pacientes una vez que se detecta que tiene la glicemia alta debe realizar los controles de acuerdo como tienen la glicemia de más de 400 debe venir más frecuentemente aunque depende si hay complicaciones crónicas si hay ceguera o riesgo de ceguera, problemas renales, neuropatías, etc. Hasta 150 las interconsultas serán más distanciadas. (7)

Los controles para la diabetes que se implementan para los diferentes tipos de diabetes, por los niños que son tipo I e inclusive en los adultos mayores, ya que es por un problema de sistema autoinmune es porque la persona ya que el páncreas no produce insulina esos pacientes son insulino dependientes y la tipo II es aquella que la causa fundamental es la obesidad, que trae como consecuencia la insulino resistencia que hace que se pierda la función de las células beta pancreática. (7).

Por eso son dos tipos de Diabetes por eso el tratamiento de la Diabetes tipo I que se le ofrece es un tratamiento para bajar los anticuerpos ya que no son autoinmunes, que la persona produce células Beta pancreáticas, lo que se hace es disminuir los anticuerpos con eso se controla pero igual debe recibir su insulina. Pero no llegar al extremo de que todas las células Betas perezcan y la Diabetes tipo II está ligada al tratamiento de la obesidad más que con medicamento es con estilo de vida el diabético tipo II debe cambiar todas sus costumbres, no es que vaya a dejar de consumir azúcar pero en cantidades limitadas, control de glicemia, control de riesgo de hipertensión arterial que no tienen como una persona sana. (7).

Por eso es importante mantener una dieta supervisada en la cual la glicemia se normalicen, las basales no sean mayores de 120, deben estar por debajo de 100 que es lo ideal, que sus valores clínicos deben estar en un 6,5 %, que su creatinina este normal que su urea este normal, que su lipoproteínas este normal, ese es el objetivo tener todo eso, mantener su peso normal ese es el objetivo del control de la enfermedad se basa básicamente a un estilo de vida, los medicamentos aportan un 10% máximo un 15%.(7).

Es muy importante el apoyo familiar para el cuidado y el autocuidado, es una enfermedad en la cual toda la familia debe cambiar TODA, si un niño es diabético y los padres se sientan a comer lo que no debe comer, el niño se va sentir incómodo y al final terminara comiendo todo lo que quiera, entonces el manejo del niño diabético sobre todo es cuestión de que el niño adquiera costumbres sanas es fundamental el modelaje de los padres, de la familia, todo niño que tú le digas que no puede comer helados pero te comes un helado delante de él, eso es provocarlo por eso es fundamental de que el núcleo familiar cambie, por eso el núcleo familiar tiene que estar informado de que es la enfermedad para que lo que se vaya adoptar se adopte en función de comprender que es lo que lo que está pasando, cuando la persona entiende y sabe que es la enfermedad, porque se produce, entonces entenderán que es lo que tiene que hacerse al respecto.(7).

Los antecedentes familiares en pacientes Diabéticos, si influye obviamente no es Mendelianos, no le vas a decir a alguien que va a ser diabético, pero si hay más riesgo, hubo un muchacho cuyo padre y madre sean diabéticos tipo I-I, tipo II-II o tipo I-II; lo que sea, el mientras no se cuida va a ser diabético mucho más rápido mientras que una persona cuyos padres son normales son sanos en ese muchacho difícilmente la Diabetes aparezca, así infrinja las normas del metabolismo. (7).

1. CONTRASTACIÓN TEÓRICA

La diabetes mellitus corresponde al grupo de enfermedades crónicas responsable por las principales causas de muerte en el mundo y es considerado uno de los problemas de salud de mayor magnitud.

En ese sentido, investigaciones nacionales e internacionales han discutido acciones que puedan ayudar a controlar el avance de esa enfermedad y de sus complicaciones, y que muchas veces son consecuencia de una atención que no considera las especificidades de la cronicidad, con modelos asistenciales inadecuados y orientados a la cura de las enfermedades presente en la lógica del modelo biomédico.

A partir de una importante discusión internacional, al final del siglo XX e inicio del siglo XXI, sobre modelos de atención de salud que consideraran las necesidades de las personas en condición crónica.

Se han creado nuevos modelos de atención, como el Chronic Care Model, desarrollado en Estados Unidos y que vienen siendo ampliamente utilizados en varios países del mundo, con relatos de experiencias exitosas. El Chronic Care Model fue la principal referencia para la construcción del Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), que fue elaborado para la realidad y el contexto de la salud brasileña. Contempla las especificidades de la cronicidad y de las condiciones de vida adquiridas por el adolecer, los contextos relacionados e inter-relacionados en ese proceso, además de la persona, su familia, sus redes sociales, las redes de atención de salud, los servicios, los profesionales, la gestión y las políticas.

FASE IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. CONCLUSIONES

La educación en diabetes requiere de educadores en diabetes y es el profesional de la salud que tiene la experiencia del cuidado de pacientes con esta patología, que ha alcanzado un nivel adecuado de conocimientos y destrezas en aspectos sociales, de comunicación, consejería y educación…

La educación para el autocuidado debe ser una prioridad más alta debido a los enormes beneficios que pueden tener para los médicos, los pacientes, la economía, el sistema de salud y el mundo.

Se ha demostrado que la educación en diabetes en forma continua, es una herramienta fundamental tanto para la población con factores de riesgo, como desde el momento del diagnóstico de la patología.

Las personas con DM que acuden a los servicios de salud tienen cuidado en su calidad de vida al contrario de quienes perciben alteraciones en el funcionamiento físico por el desarrollo de complicaciones a largo plazo, por la presencia de síntomas que interfieren con sus actividades diarias por la disminución de su independencia, en el funcionamiento psicológi­co porque no aceptan cuidados en un trastorno crónico y puede causarles depresión y en el funcionamiento social ven afectadas sus relaciones con sus redes de apoyo para el manejo efectivo de la enfermedad. Por tanto, los factores en la calidad de vida que son importantes para los individuos con DM son las relaciones familiares, los contactos sociales, la salud en general, el estado funcional, la vivienda y la disponibilidad económica.

Algunas investigaciones señalan que la familia debe adoptar conductas saludables y proporcionarle apoyo social a la persona con DM. El individuo debe tener una interacción muy es­trecha con su familia, sus amigos y los servicios de salud para obtener el apoyo necesario en su cuidado Los niveles altos de apoyo social se asocian con un mejor autocuidado, adherencia a la dieta indicada, programas de ejercicio y mejor control de la glicemia Informar, motivar, fortalecer a la persona y a su familia favorece convivir con la con­dición crónica de enfermedad. (4)

1. RECOMENDACIONES

Hay una correlación positiva entre la satisfacción que el paciente tiene con su educación para el autocuidado de la diabetes y la medida en que pueden cambiar su estilo de vida.

El objetivo de la educación para el autocuidado es dar a los pacientes los conocimientos y habilidades para cambiar su estilo de vida para evitar las complicaciones de la diabetes y para "redefinir la experiencia de vivir con una afección de por vida"

La prevención se considera un aspectos educativo de autocuidado con un abordaje transdisciplinario e incorporando a la familia para el cuidado de la salud, por sus creencias, saberes y prácticas. (4). Conocer la enfermedad y sus riesgos.

Adoptar en su estilo de vida una dieta balanceada rica en vitaminas, proteína y minerales, siguiendo los consejos nutricionales que se reciben del personal de salud y realizar actividades físicas que favorecer en la salud que mejora el control de la gluce­mia, ayuda a mantener el peso y reducir el riesgo de enfermedad cardiovas­cular y seguir el tratamiento correctamente sin interrupciones a fin de evitar la aparición de complicaciones a largo plazo.

1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
2. Revista Avances en Salud 2019; 3 (2): 18-26 DOI: 10.21897/25394622.1848 ISSN-e 2619-4945, Conocimientos sobre la enfermedad y autocuidado de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.
3. Revista Duazary, ISSN: 1794-5992, Vol. 14, No. 1, 79 – 90, Enero - Junio de 2017, DOI: http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.1738. Enfoque de enfermería en la atención primaria de diabetes como herramienta fundamental para la prevención, cuidado y promoción.
4. J. Gómez-López, A. J. Campero-Vázquez, E. Rivas-Robles, G. Flores-Rizo Impacto del autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Hig. Sanid. Ambient. 18 (4): 1687-1691 (2018).
5. Patricia Cruz-Bello, Ivonne Vizcarra-Bordi, Martha Kaufer-Horwitz, Alejandra Donají Benítez-Arci­niega, Ranjita Misra y Roxana Valdés-Ramos, Género y autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2, en el Estado de México, Universidad Autónoma del Estado de México, México; Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, México; Texas A&M University, Estados Unidos.
6. Victoria Jennie Stepenka-Alvarez, Instituto Zuliano de Diabetes, LUZ, Hospital General del Sur, Maracaibo Venezuela, Manejo de la Diabetes Mellitus en Venezuela (IDMPS- Venezuela Ola 4) Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes. 2015, 5:15-97.
7. Entrevistas a pacientes activos en el Centro de Investigaciones Endocrino Metabólicas Dr. Félix Gómez.
8. Dr. Clímaco Cano Ponce, Profesor de la Universidad del Zulia, Director del Centro de Investigaciones Endocrino Metabólicas Dr. Félix Gómez y Dr. en Metabolismo Humano, atención al paciente con enfermedades metabólicas y sus variantes.