



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DEL PIE
DIABÉTICO EN PERSONAS AFECTADAS DE DIABETES MELLITUS TIPO II,
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, EL AGUSTINO - 2015**

PRESENTADO POR

**CHERO SANTISTEBAN, MONICA JANETH
GAMARRA MOTTA, MARIA ELIZABET
MONTOYA PAREDES, ROSALIA MARLENI**

ASESOR

TUSE MEDINA, ROSA CASIMIRA

Los Olivos, 2017



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO
PARA LA PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO EN
PERSONAS AFECTADAS DE DIABETES MELLITUS
TIPO II, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE,
EL AGUSTINO - 2015**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTADA POR:

CHERO SANTISTEBAN, MONICA JANETH

GAMARRA MOTTA, MARIA ELIZABET

MONTOYA PAREDES, ROSALIA MARLENI

ASESOR:

TUSE MEDINA, ROSA CASIMIRA

LIMA - PERÚ

2017

SUSTENTADA Y APROBADA ANTE EL SIGUIENTE JURADO:

Carcausto Calla, Wilfredo Humberto
Presidente

Suárez Oré, César Abraham
Secretario

Hilario Huapaya, Nélida Luzmila
Vocal

Tuse Medina, Rosa Casimira
Asesor

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO
PARA LA PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO EN
PERSONAS AFECTADAS DE DIABETES MELLITUS
TIPO II, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE,
EL AGUSTINO – 2015**

Dedicatoria

La presente tesis está dedicada a Dios, ya que gracias a él hemos logrado concluir nuestra carrera. A nuestros padres, porque ellos siempre estuvieron brindándonos su apoyo y sus consejos para hacer de cada una de nosotras, mejores personas.

A nuestros profesores, por compartir sus aportes y conocimientos en esta investigación.

Índice

Resumen

Abstract

Introducción

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA 14

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	21
1.3. OBJETIVOS	21
1.3.1. Objetivo general	21
1.3.2. Objetivos específicos.....	21
1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	21

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO 24

2.1. MARCO CONTEXTUAL HISTÓRICO SOCIAL DE LA REALIDAD	25
2.1.1 Ubicación límites y acceso: El Agustino.....	25
2.1.2. Límites	25
2.1.3. Historia del Hospital Nacional Hipólito Unanue	25
2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	26
2.2.1. Internacional.....	26
2.2.2. Nacionales	30
2.3. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	33
2.3.1. Diabetes Mellitus tipo II	33
2.3.2. Control de la glucemia.....	34
2.3.3. El pie diabético	36
2.3.4. Teoría de Dorothea Orem	43
2.3.5. Rol de la enfermera en la prevención del pie diabético	45
2.3.6. Conocimiento	46
2.4. HIPÓTESIS	47

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA 48

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	49
--	----

3.2. POBLACIÓN.....	49
3.2.1. Muestra	49
3.2.2. Criterio de inclusión	49
3.2.3. Criterio de exclusión	50
3.3. VARIABLE	50
3.3.1. Definición conceptual	50
3.3.2. Definición operacional	50
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	51
3.4.1. Construcción y validación del instrumento	51
3.5. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	53
3.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS	54
3.7. ASPECTOS ÉTICOS.....	55
3.7.1. Principio de autonomía.....	55
3.7.2. Principio de no maleficencia	55
3.7.3. Principio Beneficencia	55
3.7.4. Principio de Justicia.....	56
3.7.5. Confidencialidad	56
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	57
4.1. RESULTADOS	58
4.2. DISCUSIÓN.....	63
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	66
5.1. CONCLUSIONES	67
5.2. RECOMENDACIONES.....	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS.....	74

Índice de gráficos

- Gráfico 1.** Nivel de conocimiento de autocuidado para la prevención del Pie Diabético en personas afectadas de Diabetes Mellitus tipo II, Hospital Nacional Hipólito Unanue, El Agustino – 2015.....59
- Gráfico 2.** Nivel de conocimiento de autocuidado para la prevención del Pie Diabético en personas afectadas de Diabetes Mellitus tipo II en la dimensión de la enfermedad.60
- Gráfico 3.** Nivel de conocimiento de autocuidado para la prevención del Pie Diabético en personas afectadas de Diabetes Mellitus tipo II en la dimensión de estilo de vida saludable.61
- Gráfico 4.** Nivel de conocimiento de autocuidado para la prevención del Pie Diabético en personas afectadas de Diabetes Mellitus tipo II en la dimensión de la prevención del pie diabético.62

Índice de tablas

Tablas 1.	Datos sociodemográficos de la población	89
Tablas 2.	Dimensión de la Enfermedad	90
Tablas 3.	Dimensión de estilos de vida.....	90
Tablas 4.	Dimensión de autocuidado para prevención de pie diabético	91

Índice de anexos

Anexo A.	Operacionalización de variables	75
Anexo B.	Proceso de construcción y validación del instrumento.....	76
Anexo C.	Formato de juicios de expertos	77
Anexo D.	Resultados de validación Kendall.....	78
Anexo E.	Resultado de validación kuder Richardson.....	79
Anexo F.	Instrumento	80
Anexo G.	Carta de aceptación de la población de estudio	86
Anexo H.	Consentimiento informado.....	87
Anexo I.	Resultados complementarios	88

Resumen

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento de autocuidado para la prevención del pie diabético en personas afectadas de diabetes mellitus tipo II, Hospital Nacional Hipólito Unanue, El Agustino - 2015. **Material y métodos:** Estudio cuantitativo, diseño descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 230 pacientes hospitalizadas en el servicio de medicina del Hospital Nacional Hipólito Unanue que presentan el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II; se empleó como instrumento el cuestionario de conocimiento de autocuidado para la prevención del pie diabético. Para el procesamiento de datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 23. **Resultados:** Los resultados obtenidos indican que el 57,45 % presentó conocimiento medio, el 19,15 % conocimiento bajo y 23,40 % conocimiento alto con respecto del autocuidado para la prevención del pie diabético en personas afectadas de diabetes mellitus tipo II. **Conclusiones:** Se evidenció que los pacientes encuestados presentaron un nivel de conocimiento medio sobre el autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas.

Palabras clave: Conocimiento, autocuidado, prevención y pie diabético.

Abstract

Objective: To determine the self-care knowledge level for diabetic foot prevention in people affected by diabetes mellitus type II, Hipólito Unanue National Hospital, El Agustino – 2015. **Material and methods:** It is a quantitative research, descriptive design and cross-sectional. The population was formed by 230 hospitalized patients in medicine services of Hipólito Unanue National Hospital who presents Diabetes Mellitus type II diagnosis; the questionnaire self-care knowledge for diabetic foot prevention was used as instrument. For the data processing SPSS statistical program version 23 was utilized. **Results:** The obtained results indicate that the 57.45 % presented a medium knowledge, the 19,15 % low knowledge and 23,40 high knowledge in relation to self-care for diabetic foot prevention in affected people by diabetes mellitus type II. **Conclusions:** It was demonstrated that the survey respondents patients presented a medium knowledge level about self-care in prevention of diabetic complications.

Keywords: Knowledge, self-care, prevention and diabetic foot.

Introducción

En el mundo hay gran cantidad de personas afectadas por la diabetes mellitus, la enfermedad puede ocasionar daños severos en los nervios, en la circulación sanguínea a las piernas causando la pérdida de sensibilidad (lo que puede derivar en amputaciones), daños en los riñones requiriendo incluso diálisis, ceguera, y conllevar a la muerte. El Ministerio de Salud debe invertir en sistemas de salud para diagnosticar y tratar mediante la promoción y prevención. Esto requerirá del esfuerzo y la continua labor de todo el equipo de salud que se sientan comprometidos para tratar el manejo adecuado de la diabetes mellitus.

La diabetes mellitus es una enfermedad que se va incrementando. Es considerado un problema de salud pública ya que es una enfermedad crónica no trasmisible más frecuente. Estos resultados son consecuencia de cambios socioculturales, la disminución de la actividad física y una inadecuada alimentación.

Según diferentes literaturas en el Perú, la diabetes mellitus es una enfermedad que afecta a casi dos millones de personas y es la décimo quinta causa de mortalidad en el Perú. El alto precio que pagan las personas con una diabetes tipo II no controlada no solo se refleja en graves consecuencias para la salud, ocasionando serios problemas en el riñón, ojos, corazón, pie diabético sino también afectando seriamente la economía familiar.

Enfermería debe cumplir con labores educativas ya que es muy importante en los diferentes programas de salud que se ofrecen a la persona y su entorno, a través de diversas sesiones educativas para que puedan realizar los cuidados preventivos y evitar desarrollar esta terrible enfermedad.

El fin de este trabajo es de alguna manera beneficiar al nosocomio donde realizamos la investigación, en el sentido de que puede generar nuevos elementos y estrategias para la planificación y realización de nuevos programas cuya finalidad sea la prevención del pie diabético, con lo cual esperamos tener resultados favorables para la salud de la población afectada y mejorar así su calidad de vida.

El trabajo de investigación nos permitió obtener resultados y conocer así la realidad del conocimiento que poseen los pacientes afectados por la diabetes sobre la prevención y autocuidado del pie diabético.

El presente estudio está estructurado en cinco capítulos:

En el Capítulo I se considera el planteamiento del problema que se encuentra sustentado por diferentes literaturas; la formulación y justificación del problema; asimismo, los objetivos que dan respuesta las dimensiones. En el Capítulo II: Marco contextual histórico donde se realiza la investigación, antecedentes de investigación con quien se contrastará nuestra investigación, marco teórico de la diabetes mellitus tipo II y pie diabético. En el Capítulo III: La metodología, el diseño de la investigación, la población y muestra de estudio realizada; por otro lado, encontramos la validación del instrumento, el proceso de recolección de datos y los aspectos éticos. En el Capítulo IV, se tienen los resultados y la discusión de los mismos con diferentes autores con el cual se confrontará la investigación. En el Capítulo V: las conclusiones y recomendaciones. Finalmente, se presentan las referencias bibliográficas, y diferentes anexos como la carta de aceptación donde se realizó el estudio aprobado por el comité de ética del hospital Hipólito Unanue, el instrumento propio de las autoras, entre otros.

Espero que los conocimientos que se obtienen en este trabajo tengan un aporte significativo al profesional de salud, en especial, al profesional de Enfermería en el campo familiar y comunitario, espacio que se viene desarrollando y consolidando como área de acción de nuestra profesión.

Las autoras

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hoy padecen en el mundo 387 millones de personas diabetes mellitus. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que en el 2014 la prevalencia global de esta enfermedad fue del 9 % entre los adultos mayores de 18 años; en tanto en el año 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencia directa de la diabetes. Según proyecciones de la OMS, dicha enfermedad será la séptima causa de mortalidad en el 2030 (1).

La dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y la evitación del consumo de tabaco pueden prevenir la diabetes de tipo 2 o retrasar su aparición (2).

Según lo descrito en el párrafo anterior podemos decir que la Diabetes Mellitus actualmente sigue siendo un problema de salud pública, y según los estudios realizados por la OMS los resultados indican que la incidencia de la diabetes aumentará para los años próximos.

La diabetes mellitus (DM) es un problema de salud pública, pues es una de las enfermedades más frecuentes en la clínica humana. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mundo hay 347 millones de personas con esta enfermedad; en el Perú afecta a casi 2 millones de personas, el 6 – 10% de la población sufre de diabetes mellitus, de este total el 12 – 15% padecen de pie diabético; casi 30% está hospitalizado y, de este porcentaje, un 25% debe ser amputado (3).

Podemos apreciar una preocupación de acuerdo a las estadísticas a nivel mundial, existe un alto nivel de personas que no conocen sobre las consecuencias que conlleva este trastorno metabólico siendo una de sus complicaciones más frecuentes el pie diabético conllevándolos a una amputación.

Según la IDF, es probable que para 2030 esta cantidad aumente a más del doble y en los países en vía de desarrollo el número de personas con diabetes aumentará 150% en los próximos 25 años. La diabetes mellitus

representa el mayor problema de salud pública en América y hay evidencia que la prevalencia está en incremento; estos resultados son consecuencia de cambios culturales que pueden estar ocurriendo, la disminución de la actividad física y la transición a la ingesta de dieta hipercalórica en Latinoamérica ⁽⁴⁾.

Si bien es cierto la prevención es un pilar muy importante para evitar desarrollar diabetes y sus complicaciones, también las labores conjuntas de diferentes programas harán posible una mayor difusión y tal vez una mejor práctica preventiva.

Para el año 2000, se estimó que 35 millones de personas padecían diabetes en las Américas de los cuales 19 millones (54%) vivían en América Latina y el Caribe. Las proyecciones indican que en el año 2025 esta cifra ascendería a 64 millones, de los cuales 40 millones (62%) corresponderán a América Latina y el Caribe ⁽⁵⁾.

Las personas con diabetes tienen además un mayor riesgo de padecer ceguera, insuficiencia renal y amputaciones de miembros inferiores. La diabetes tipo 2 representa alrededor del 90% de todos los casos de diabetes y aparece con mayor frecuencia después de los 40 años ⁽⁵⁾.

En la actualidad, la diabetes mellitus es una de las enfermedades con mayor incidencia y si nosotros no somos conscientes estas cifras seguirán en aumento obteniendo como resultado un deterioro progresivo de la salud y como tal una mala calidad de vida.

La prevalencia estimada en Chile es de 9,4% en población mayor de 15 años y de 26% en mayores de 65 años. Las úlceras del pie son una de las complicaciones crónicas más frecuentes de ésta población; se estima que el riesgo acumulado de desarrollar una úlcera del pie a lo largo de la vida en ellos es de un 15% al menos. Por otro lado, las amputaciones no traumáticas en diabéticos son 15 veces más frecuentes que en la población general, superando en 2 a 3 veces la tasa en hombres que en mujeres. Ambas constituyen un serio problema de salud que genera un alto costo social y económico para el paciente, sus familiares y los sistemas de salud ⁽⁶⁾.

Las complicaciones del pie (úlceras, claudicación intermitente, gangrena y amputación) son causa seria de morbilidad, discapacidad y pobre calidad de vida del paciente con diabetes mellitus, que es el origen de 8 de cada 10 amputaciones no traumáticas, de las cuales 85% siguen a la aparición de la úlcera. Si se adoptan las estrategias preventivas para reducir la incidencia de problemas del pie, se podrían evitar entre el 49%-85% de las amputaciones. De hecho, un programa con estrategias de prevención, educación del equipo y del paciente, tratamiento interdisciplinario de complicaciones del pie y monitoreo, ha demostrado ser efectivo para reducir la frecuencia de amputaciones ⁽⁷⁾.

La Diabetes Mellitus es una problemática que cada vez va en aumento y conlleva a complicaciones como una de ellas el pie diabético muchas veces se ve afectado desde el punto de vista humano, social, económico lo que conlleva al retiro laboral y muchas veces a la muerte.

En el Perú, la prevalencia de diabetes es de 1% a 8% de la población general, y Piura y Lima son las regiones con mayor prevalencia ⁽⁸⁾.

La prevalencia de infecciones en pacientes con DM2 hospitalizados en ciudades del Perú fuera de Lima, como Arequipa (de 52% a 63%), es mayor a la reportada en Lima (29,8% de los casos) y es la causa más frecuente de muerte ⁽⁸⁾.

De acuerdo a las estadísticas descritas por estudios a nivel del Perú, la prevalencia mayor reportada es en la ciudad de Arequipa con un porcentaje de 52% a 63% de casos.

Desde el inicio de la Vigilancia Epidemiológica de Diabetes al I semestre de 2013 se han registrado 5001 casos de diabetes, en 16 Hospitales (seis de ellos en Lima) y en una clínica privada de Lima. Entre enero y junio de 2013, se han registrado 928 casos, esto representa el 18,6 % de los casos registrados desde el inicio del piloto y el 24,2 % de los casos registrados el año 2012 ⁽⁹⁾.

El 91,1 % de los casos registrados al I Semestre de 2013 corresponden a DM tipo 2, el 1,7 % corresponde a DM tipo 1, el 1,0 % a diabetes gestacional

y un 5,8 % corresponde a casos en los cuales no se ha especificado el tipo de diabetes. Si asumimos que estos casos corresponden a diabetes tipo 2, considerando que en la historia clínica consta solo el diagnóstico de diabetes (sin especificar), los casos de diabetes tipo 2 constituirían el 96,9 % de los casos notificados ⁽⁹⁾.

El 63,2 % de los casos registrados (3159 sujetos), corresponde a mujeres y el 36,8 % (1842 sujetos) a varones. Los casos se presentan principalmente después de los 40 años, tanto en mujeres como en hombres ⁽⁹⁾.

El 2,5 % de los casos tuvieron insuficiencia renal al momento del diagnóstico, el 5,6 % tuvo pie diabético como complicación y el 2,1 % tuvo una retinopatía al momento del diagnóstico. El 26 % tuvo alguna otra complicación ⁽⁹⁾.

En el boletín epidemiológico nos muestra que cada vez en Lima siendo una provincia de mayor población se evidencian mayores casos de diabetes, siendo de mayor predisposición las mujeres y de menor incidencia los varones todo esto conlleva a complicaciones, como el pie diabético.

Para el 2013, en el Perú según la IDF, la diabetes mellitus afectaba a un 4.28% de la población adulta entre 20 a 79 años ⁽¹⁰⁾.

En nuestro país, recientemente se realizó el estudio PERUDIAB (datos sin publicar), un estudio representativo de la población peruana con población de 25 o más años, residente en las zonas urbanas/suburbanas, para determinar la prevalencia nacional de diabetes mellitus tipo 2. Según este estudio, la prevalencia de diabetes en el país es 7% (40% desconocían que padecían la enfermedad). La prevalencia de la diabetes según regiones geográficas, en la costa es de 8.2%, siendo la prevalencia de DM2 en Lima de 8.4% y para el resto de la costa 7.8%. Además se encontró mayor prevalencia en la sierra (4.5%) que en la selva (3.5%) ⁽¹⁰⁾.

En el Perú, la diabetes mellitus es la décimo segunda causa de años de vida saludable perdidos (AVISA) en nuestra población. En el año 2004 ocasionó 106,042 años de AVISA, 74.5% de ellos por discapacidad y 25.4% por muerte prematura ⁽¹⁰⁾.

La diabetes ocupa el primer lugar como causa de ceguera, amputaciones no traumáticas de miembros inferiores e insuficiencia renal crónica terminal ⁽¹⁰⁾.

Según estudios realizados por la federación internacional de la diabetes la cifra de incidencia está aumentando y a raíz de sus complicaciones la diabetes nos origina una gran pérdida de años saludables de vida.

En el 2014 los casos de Diabetes Mellitus dentro de la jurisdicción de la DISA IV LE fueron 16434 casos mostrando un incremento del 11.2%(1654 casos) respecto al año anterior. Durante estos últimos 8 años se observa que la tendencia de casos de Diabetes es creciente, reportándose en el año 2012 el mayor registro de casos (33520) y en el 2007 el menor registro (6282).

Respecto a la Incidencia acumulada tenemos que se presenta en los últimos años una tendencia creciente ya que de 321.7 x 100000 en el 2007 ha llegado a 641.4 x 100000 en el 2014, teniendo un pico máximo en el año 2012.

La mortalidad por Diabetes Mellitus presenta también una tendencia creciente en los últimos 8 años, reportándose en el 2008 el menor registro de defunciones (374) y en el 2014 el mayor número de defunciones (728). Del gráfico también se observa que la tasa de mortalidad por este daño dentro de los últimos 8 años presenta una tendencia creciente es así que en el 2007 fue de 20.0 x 100000 hab. y el 2014 llego a 28.4 x 100000 hab.

En los últimos 3 años observamos que los casos de Diabetes Mellitus se presentan predominantemente en las etapas de vida adultos y adultos mayores, representando estos dos grupos aproximadamente más del 95% del total de casos; además se evidencia en todas las etapas de vida un mayor número de casos en el año 2012 y un incremento de casos en el 2014.

Durante el 2014 el porcentaje de casos de Diabetes Mellitus en el grupo niños fue de 0.7%(116casos), en los adolescentes 0.6%(91), en los jóvenes 2.6%(432), en los adultos 48.3%(7945) y en los adultos mayores 47.8%(7850).

En el gráfico se observa que en los últimos años de los diferentes distritos de la jurisdicción de la DISA IV LE, el distrito de San Juan de Lurigancho es el que presenta la mayor concentración de casos de Diabetes Mellitus, evidenciándose en todos los distritos un mayor número de casos en el 2012 y un incremento de casos en el año 2014. Durante el 2014 observamos que el distrito de San Juan de Lurigancho presentó el mayor porcentaje de casos con un 36.5% (6001), seguido de El Agustino con 23.3% (3833), mientras que los distritos con menor porcentaje de casos fueron La Molina con 2.1% (349) y Cieneguilla con 0.9% (153) ⁽¹¹⁾.

Analizando la fuente de información podemos concluir que el número de casos de diabetes mellitus tipo II, está en incremento en relación a los años anteriores así mismo el número fallecidos también está en incremento llegando a la conclusión que depende mucho de los factores socioculturales y económicos para el desarrollo de esta terrible enfermedad que conlleva al desarrollo de complicaciones irreversibles del pie diabético.

El autocuidado se define como las acciones que asumen las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal, son las prácticas de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud para prevenir enfermedades ⁽¹²⁾.

El autocuidado es el conjunto de acciones que implican poner en prácticas los hábitos saludables con la finalidad de obtener un buen estado de salud físico y psicológico.

Al recaudar información previas al estudio logramos identificar que en el pabellón de medicina del Hospital Nacional Hipólito Unanue, hay gran cantidad de pacientes afectados que reingresan y una de los factores de riesgo es que no cumplen con su autocuidado para prevenir enfermedades crónicas, como la diabetes, se identificó que la mayoría de los pacientes descuida esta actividad. Por lo que nos motivó a realizar esta investigación, haciendo énfasis en el autocuidado para la prevención del pie diabético, los estilos de vida conjuntamente relacionado con los factores de riesgo.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Ante tal situación surgió la necesidad de realizar un estudio de investigación sobre:

¿Cuál es nivel de conocimiento de autocuidado para la prevención del pie diabético en personas afectadas de diabetes mellitus tipo II, Hospital Nacional Hipólito Unanue, El Agustino - 2015?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento de autocuidado para la prevención del pie diabético en personas afectadas de diabetes mellitus tipo II, Hospital Nacional Hipólito Unanue, El Agustino -2015.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar el nivel de conocimiento de autocuidado para la prevención del pie diabético en las personas afectadas de Diabetes Mellitus tipo II, en la dimensión sobre enfermedad.
- Identificar el nivel conocimiento de autocuidado para la prevención del pie diabético en las personas afectadas de Diabetes Mellitus tipo II, en la dimensión estilos de vida saludable.
- Identificar el nivel conocimiento de autocuidado para la prevención del pie diabético en las personas afectadas de Diabetes Mellitus tipo II, en la dimensión a la prevención del pie diabético.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La prevalencia de la diabetes ha aumentado con mayor rapidez en los países de ingresos medianos y bajos.

La diabetes es una importante causa de ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de los miembros inferiores.

Se estima que en 2012 la diabetes fue la causa directa de 1,5 millones de muertes, y que otros 2,2 millones de muertes eran atribuibles a la hiperglucemia.

Aproximadamente la mitad de las muertes atribuibles a la hiperglucemia tienen lugar antes de los 70 años de edad. Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030⁽¹³⁾.

Analizando diferentes literaturas puede destacar la importancia de determinar el conocimiento que tienen los pacientes con diabetes mellitus tipo II ya que con los resultados obtenidos en la investigación contribuirá a la institución para crear nuevos programas educativos para la prevención del pie diabético y múltiples complicaciones de la diabetes mellitus, así mismo la labor de enfermería es multidisciplinaria de gran importancia para la persona y su entorno.

Nuestra función como enfermera es de base fundamental en la educación en la promoción y prevención en el área comunitaria y hospitalaria ya que ayuda a las personas a cubrir las demandas de autocuidado y obtener así un buen estado de salud.

Decidimos realizar nuestro estudio de investigación en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, ya que al realizar la recopilación de datos relevantes como son la cantidad de pacientes atendidos nos llama mucho la atención el incremento de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II, en la cual nos indica que en el año 2014 se registró 196 pacientes en el área de hospitalización, así mismo podemos observar la gran diferencia de pacientes registrados en el año 2015 con un total de 570 pacientes hospitalizados en el servicio de medicina, así mismo observamos los factores de riesgo como son el factor sociocultural y económico ya que son factores que influyen mucho en la práctica de autocuidado de lo contrario pueden conllevar al desarrollo de las diferentes complicaciones irreversibles como es el pie

diabético, el Hospital Nacional Hipólito Unanue alberga a diferentes pacientes de distritos aledaños.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. MARCO CONTEXTUAL HISTÓRICO SOCIAL DE LA REALIDAD

2.1.1 Ubicación límites y acceso: El Agustino

El distrito de El Agustino es uno de los 43 distritos que integran la Capital del Perú, se encuentra localizado en el área central de Lima Metropolitana. El actual alcalde es Richard Robert Soria Fuerte.

2.1.2. Limites

Norte: con los distritos de San Juan de Lurigancho.

Este: con el distrito de Ate y el distrito de Santa Anita.

Sur: con el distrito de La Victoria y San Luis

Oeste: con el Cercado de Lima ⁽¹⁴⁾.

2.1.3. Historia del Hospital Nacional Hipólito Unanue

La historia del Hospital Nacional Hipólito Unanue emite la resolución ministerial N° 1492 del 28 de mayo de 1,943 que declara el Fundo “Bravo Chico”.

Desde el 15 de marzo de 1991 mediante resolución ministerial 027-91-sa-dm se le asigna la denominación de Hospital Nacional Hipólito Unanue, concibiéndose una nueva orientación de sus acciones bajo un criterio gerencial en busca de la calidad y la de lograr excelencia en la atención a la población que acuden a él. El Hospital Nacional Hipólito Unanue se encuentra situado en la Av. Cesar Vallejo N° 1390 distrito de El Agustino, desarrollando su actividad dentro de la jurisdicción asignada por la Dirección de Salud Lima – Este como Hospital de Nivel III, cabeza de red de Lima - Este. Recibe en forma permanente pacientes referidos por los Hospitales, Centros y Postas de Salud de la jurisdicción que presentan problemas de alta complejidad en las diversas especialidades con que cuenta. El Hospital está ubicado en una zona estratégica, con grandes facilidades de acceso. Tiene un área construida de 15,161m², cuenta con

653 camas físicas de las cuales 621 camas funcionales a más distribuidas en los diversos pabellones con que cuenta; así como 28 camas en Emergencia. Atiende a una población de 1´200,000 personas procedentes de los distritos de El Agustino, Ate - Vitarte, Santa Anita, La Molina, Cercado de Lima y a una población flotante cercana a las 850,000 personas del distrito de San Juan de Lurigancho. En 1,997 se inauguran los nuevos servicios de Consultorios Externos de endocrinología entre otros. El pabellón de medicina se encuentra ubicado en el primer piso, donde albergan pacientes de diferentes patologías entre una es la Diabetes Mellitus tipo II.

En el Hospital Nacional Hipólito Unanue, específicamente en el servicio de medicina se atendieron en el 2014 un total de 196 pacientes diagnosticados con diabéticos mellitus tipo 2 para el 2015 se atendieron 570 pacientes ⁽¹⁵⁾.

2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Luego de realizar una revisión bibliográfica, encontramos los siguientes estudios antecedentes:

2.2.1. Internacional

Pérez Rodríguez María del Carmen y Col. México, en 2015, realizaron un estudio sobre: “Conocimientos y hábitos de cuidado: Efecto de una intervención educativa para disminuir el riesgo de pie diabético”, con el objetivo de determinar el efecto de una intervención educativa basada en metodología participativa para mejorar los conocimientos, hábitos de cuidado y disminuir el riesgo de pie diabético en personas con diabetes tipo 2 de grupos de ayuda mutua de la capital del Estado de San Luis Potosí. El método de estudio fue pre-experimental, con tres mediciones: antes, al finalizar y seis meses después de la intervención educativa. Las conclusiones a las que llegaron fueron:

La intervención educativa mostró modificar favorablemente los conocimientos, las medidas de cuidado y las condiciones de los pies, lo que incide en la disminución del nivel de riesgo para pie diabético ⁽¹⁶⁾.

Pollyane Liliane Silva y Col. Brasil, en 2015, realizaron un estudio sobre: “Cuidados de los pies: el conocimiento de las personas con diabetes mellitus inscritos en el programa de salud familiar”, con el objetivo de identificar el conocimiento de los individuos con Diabetes mellitus tipo 1 o 2 cadastrados en el Programa HIPERDIA. El método de estudio fue analítico, exploratorio y transversal, con análisis cuantitativo, realizado con 116 individuos diabéticos tipo 1 o 2 acompañados en el Programa HIPERDIA en una Unidad Matricial de Salud. Las conclusiones que llegaron fueron:

Que tener ciencia del nivel de conocimiento del individuo diabético sobre los cuidados con los pies permite al profesional de salud direccionar las acciones de educación en salud que promuevan e incentiven esta práctica ⁽¹⁷⁾.

Gómez Encino Guadalupe del Carmen y Col. México en 2015, realizaron un estudio sobre: “Nivel de conocimiento que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en relación a su enfermedad”, con el objetivo determinar nivel de conocimiento que poseen los derechohabientes con Diabetes Mellitus 2 en relación a su enfermedad. El método de estudio fue descriptivo de corte transversal, muestra de 97 participantes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, en cuanto a los resultados Predomina el sexo femenino con 61.9%. Las conclusiones a las que llegaron fueron:

El Nivel de conocimiento de los derechohabientes con Diabetes Mellitus 2 en relación a su enfermedad es adecuado, el nivel de conocimiento de los participantes fueron un nivel adecuado con un 64.9% esto equivale a una población de 63 pacientes ⁽¹⁸⁾.

De Sá Policarpo Natalia y Col. Brasil, en 2014, realizaron un estudio sobre: “Conocimiento, actitudes prácticas y de escrituras de la prevención en Pie Diabético” con el objetivo de identificar los conocimientos, actitudes y prácticas orientadas a la prevención del pie diabético en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. El método que utilizaron fue estudio transversal realizado en dos Unidades de Salud de la Familia, en la ciudad de Picos-PI, con 85 diabéticos de ambos sexos, mediante el uso de un formulario de encuesta semiestructurada conocimiento, Actitudes y Prácticas. Las conclusiones a las que llegaron fueron:

A partir de la práctica, se investigó que la atención como el lavado, secado, hidratación y masaje no se corrieron juntos.

Es necesario desarrollar estrategias educativas para crear conciencia, tanto en diabéticos como profesionales de la salud, la prevención efectiva del pie diabético ⁽¹⁹⁾.

Álvarez Palomeque Christian Estefanía y Col. realizaron un estudio sobre: “Nivel de conocimiento y estilo de vida en el control metabólico del paciente con diabetes mellitus tipo 2 en la UMF. No. 39 IMSS, Centro, Tabasco”. Con el objetivo de Determinar el nivel de conocimiento de la enfermedad, estilo de vida y su relación con el control metabólico del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Se realizó un estudio de tipo observacional transversal y analítico en una muestra de 200 pacientes con diabetes. Para tal fin se diseñó y aplicó un cuestionario para evaluar el conocimiento y estilo de vida en el paciente. Con una media de 10 años de evolución con la enfermedad; el nivel de conocimiento fue insuficiente. Las conclusiones a las que llegaron fueron:

Los pacientes que tienen un nivel de conocimiento insuficiente y presentan estilos de vida no saludables, tuvieron un inadecuado control metabólico. Es de vital importancia que el personal de salud brinde una educación efectiva y recalcar la necesidad de aplicar en su vida diaria un estilo de vida saludable ⁽²⁰⁾.

Compean Ortiz Lidia Guadalupe y Col. México, en 2013, realizaron un estudio sobre: “Educación, actividad física y obesidad en adultos con diabetes tipo 2 desde la perspectiva del autocuidado de Orem”, con el objetivo describir la relación de la actividad física (pasos/día)/ejercicio con la obesidad (índice de masa corporal, circunferencia de cintura y grasa corporal) en adultos con diabetes tipo 2. El material y métodos que utilizaron fueron de diseño descriptivo correlacional, muestra aleatoria de 124 pacientes de 17 centros comunitarios de Tampico, Tamaulipas, México. Las conclusiones a las que llegaron fueron:

Los hallazgos tienen implicaciones importantes para el ejercicio práctico de la profesión de enfermería que juega un papel esencial en el fomento de la actividad física y otros comportamientos básicos de autocuidado a través de la educación. La educación basada en teoría se hace necesaria para el avance en el conocimiento de la disciplina ⁽²¹⁾.

Pérez Rodríguez M Del Carmen, y Col. En San Paulo - Brasil, en el 2013 realizaron un estudio sobre: “Cuidado en los pies diabéticos antes y después de intervención educativa”, con el objetivo de describir el perfil sociodemográfico y clínico de pacientes con DM y sus hábitos de cuidados con los pies antes y después de una intervención educativa, basada en la comunicación participativa y tradicional. El método de estudio fue casi experimental fue llevado a cabo en los centros de salud de la ciudad de San Luís Potosí, México. Para la recolecta de datos fueron organizadas entrevistas en tres momentos: antes del inicio, al final del programa y seis meses después del término de la intervención. Las conclusiones a las que llegaron fueron:

Que el efecto de la intervención educativa basada en la comunicación participativa proporcionó cambios positivos respecto a los cuidados con los pies de los pacientes diabéticos, favoreció el aprendizaje y la elección de conductas para los cuidados ⁽²²⁾.

Saloum De Andrade Nájela Hassan y Col. En Rio de Janeiro - Brasil, en 2010, realizaron un estudio sobre: “Pacientes con diabetes mellitus:

Atención y prevención del pie diabético en atención primaria a la salud”, con el objetivo de evaluar los cuidados con los pies adoptados por personas con Diabetes Mellitus y las alteraciones en sus miembros inferiores, en un servicio de atención primaria a la salud. El método de estudio que utilizaron fue cuantitativo transversal. En dicha investigación participaron 51 personas con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidas en un centro de investigación y extensión universitaria del interior Paulista-Brasil. Las conclusiones a las que llegaron fueron:

Los cuidados adoptados fueron restringidos a la higiene y al uso de calzados adecuados. Las alteraciones en los pies más frecuentes fueron: piel seca, micosis interdigital, fisuras, callosidades, deformidades en los pies y superposición de los dedos. La mayoría nunca había realizado el examen de los pies desde el diagnóstico. La evaluación sistemática de los cuidados con los pies, además de detectar posibles problemas, posibilita sensibilizar las personas para el desarrollo de habilidades de autocuidado en la prevención del pie diabético

(23)

2.2.2. Nacionales

Sánchez Uriol Joanna Analí, en Trujillo – Perú, en 2014, realizó un estudio sobre: “Nivel de conocimiento sobre autocuidado de los pies y aplicación de medidas de autocuidado en pacientes adultos con diabetes. Hospital Albrecht, Trujillo”, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre el autocuidado de los pies y su relación con la aplicación de medidas de autocuidado del paciente adulto con diabetes. El método de estudio que utilizaron fue de estudio de tipo cuantitativo, no experimental correlacional, de corte transversal, así mismo se aplicó un cuestionario a 41 pacientes, en relación a la variables se utilizó la prueba estadística de Chi cuadrado, con un nivel de significancia de $<$ de 0.05. Las conclusiones a las que llego fue:

Que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre autocuidado de los pies y la aplicación de las medidas de autocuidado del paciente adulto con diabetes ⁽²⁴⁾.

Castro Almeida Herica, en Lima –Perú, en 2014, realizó un estudio sobre: “Nivel de conocimiento en la Prevención de pie diabético en Personas con Diabetes Mellitus tipo 2 de un Hospital de Lima” con el objetivo determinar el nivel de conocimientos en la prevención del pie diabético en personas con Diabetes Mellitus tipo 2. El método que utilizaron fue de estudio tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal, en cuanto a la muestra estuvo conformada por 44 personas con Diabetes Mellitus tipo 2 que asisten al programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de mayo. Se empleó como técnica la entrevista estructurada y como instrumento un cuestionario. Las conclusiones a las que llegó fue:

El nivel de conocimiento en la prevención del pie diabético en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 predomina el nivel de conocimiento bajo, seguido por el nivel de conocimiento medio, referido principalmente a la poca información sobre la técnica y materiales adecuados en el corte de uñas, la pérdida de sensibilidad de los nervios; el reconocimiento de una inadecuada circulación sanguínea en los pies ⁽²⁵⁾.

Balcázar Ochoa Mayra y Col. En Lima – Perú, en 2014, realizaron un estudio sobre: “Capacidades y actividades en el autocuidado del paciente con pie diabético” Objetivo: determinar las capacidades y actividades del autocuidado en el paciente con pie diabético. Material y métodos: estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, la población estuvo conformada por 60 pacientes que se encontraban hospitalizados por presentar pie diabético; se empleó como instrumento el cuestionario sobre capacidades y actividades de autocuidado del paciente con pie diabético, el cual fue elaborado por las investigadoras; la primera parte estuvo conformada por 13 ítems con preguntas abiertas, se obtuvo datos personales y antecedentes patológicos; la segunda parte, sobre capacidades de autocuidado, consideró cuatro dimensiones: sensación, destreza, habilidades aprendidas, y memoria y aprendizaje; conformado

por cinco preguntas cada una; por último, se enfoca las actividades del autocuidado considerando cuatro dimensiones: asistencia al médico, dieta, cuidado del pie y ejercicio; conformado por cinco preguntas; para el procesamiento de datos se utilizó el programa estadístico SSPS versión 19. Resultados: 35% fueron mujeres y 65% varones, la edad promedio fue 65 años a más; 53,3% presentó instrucción secundaria completa; las capacidades y actividades fueron inadecuadas en un 68,3%; las capacidades, según sus dimensiones, fueron inadecuadas.

Las capacidades y actividades de autocuidado en un paciente con pie diabético son inadecuadas ⁽³⁾.

Nestares Quispe Katherine, en Lima - Perú, en el 2014, realizó un estudio sobre: “Actitudes de los adultos hacia la Prevención de Diabetes tipo II en un Centro de Salud en Lima Metropolitana, 2014”, con el objetivo determinar las actitudes de los adultos hacia la prevención de diabetes tipo II en el Centro de Salud “Villa San Luis”. El método de estudio fue cuantitativo, de nivel aplicativo, descriptivo y corte transversal, la población conformada por 101 adultos de 50 a 59 años, así pues el instrumento que se utilizó fue la escala tipo Likert modificada. Las conclusiones a las que llegó fue:

Que Las actitudes que tienen los adultos del Centro de Salud Villa San Luis hacia la prevención de diabetes tipo II en la mayoría es desfavorable, por lo cual se estaría incrementando el riesgo de padecer la Diabetes tipo II con sus complicaciones ⁽²⁶⁾.

Laime Pampa Patricia, en Lima – Perú, en 2014, realizó un estudio sobre: “Conocimiento y relación con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Hospital Nacional Cayetano Heredia”, con el objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento del tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al consultorio externo del Servicio de Endocrinología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, el método de estudio fue cuantitativo de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal, la población de estudio fue de 102 pacientes con diabetes mellitus tipo 2. En cuanto a la técnica utilizada

fue la encuesta y como instrumento el cuestionario. Las conclusiones a las que llego fue:

El porcentaje significativo 40% desconocía de las complicaciones más frecuentes de la diabetes, el 48% no sabía que el entumecimiento y hormigueo en los pies se debía a un mal control de la glucosa y el 63% desconocía que el ejercicio era nocivo en el incremento de la glucosa. Luego que el mayor porcentaje 59% no fumaban cigarrillos y el 68% asistían a su control médico y tomaban la cantidad adecuada del antidiabético prescrito. Aunque un porcentaje alto de 60% a veces y casi siempre dejaban de tomar sus medicamentos cuando se sentían bien ⁽²⁷⁾.

2.3. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.3.1. Diabetes Mellitus tipo II

Es un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina⁽¹⁰⁾.

A. Fisiopatología de la diabetes mellitus tipo II

Clásicamente se le ha atribuido a la insulinoresistencia hepática y muscular la principal responsabilidad en la etiopatogenia de la DM2. El aumento de la síntesis hepática de la glucosa y la disminución de su captación por el músculo llevarían al aumento progresivo de los niveles de glucemia, lo que asociado a una secreción deficiente de insulina por la célula beta pancreática determinarían la aparición del cuadro clínico de la DM2. En la actualidad se ha demostrado la participación de otros componentes en la progresión de la DM2 como el tejido adiposo, el tejido gastrointestinal, célula alfa del islote pancreático, el riñón y el cerebro ⁽¹⁰⁾.

B. Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas de la diabetes Incluyen las “tres P”, poliuria, polidipsia y polifagia.

La poliuria (incremento de la micción) y la polidipsia (incremento de la sed), son resultado de la perdida excesiva de líquidos relacionada con la diuresis osmótica. El paciente también experimenta polifagia (incremento del apetito) como resultado del estado catabólico inducido por la deficiencia de insulina y la degradación de proteínas y grasas. Otros síntomas incluyen fatiga y debilidad, cambios visuales repentinos, hormigueo o parestesias en manos o pies, piel seca heridas que tardan en cicatrizar e infecciones recurrentes ⁽²⁸⁾.

C. Niveles de glucosa en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II

Las personas con Diabetes tratan de mantener el nivel de glucosa (azúcar) en la sangre lo más próximo posible a lo normal. Mantener el nivel de glucosa en la sangre dentro del rango deseado puede contribuir a prevenir o retrasar la aparición de las complicaciones propias de la diabetes, tales como las lesiones nerviosas, oculares, renales y vasculares ⁽²⁹⁾.

2.3.2. Control de la glucemia

Glucosa pre-prandial (en ayunas): 70–130 mg/dl (5,0-7,2 mmol/l)

Glucosa post-prandial (después de comer): < 180 mg/dl (< 10,0 mmol/l)
⁽²⁹⁾.

D. Complicaciones de la diabetes

La diabetes es una de las principales causas de enfermedad cardiovascular, ceguera, enfermedad renal y amputación de las extremidades inferiores. Muchas complicaciones se pueden detectar de

forma temprana con programas de cribado que permitan el tratamiento para prevenir que se vuelvan más serias ⁽³⁰⁾.

- **Enfermedad de los ojos**

Los persistentes niveles altos de glucosa en sangre son la principal causa de retinopatía. La red de vasos sanguíneos que irrigan la retina puede dañarse a causa de la retinopatía, dando lugar a la pérdida permanente de visión. La retinopatía sin embargo, puede llegar a ser bastante avanzada antes de afectar a la visión, y es por ello crucial que las personas con diabetes se realicen exámenes regulares de los ojos ⁽³⁰⁾.

- **Enfermedad cardiovascular**

La enfermedad cardiovascular que acompaña a la diabetes incluye la angina de pecho, infarto de miocardio (ataque al corazón), accidente cerebrovascular, enfermedad arterial periférica y la insuficiencia cardíaca congestiva. Altos niveles de presión arterial, colesterol, nivel de azúcar en sangre, así como otros factores de riesgo contribuyen al aumento del riesgo de complicaciones cardiovasculares ⁽³⁰⁾.

- **Enfermedad renal**

La enfermedad renal (nefropatía) es mucho más común en personas con diabetes que en las personas sin diabetes; la diabetes es una de las causas principales de la enfermedad renal crónica. La enfermedad es causada por el daño a los vasos sanguíneos pequeños, que puede causar que los riñones sean menos eficientes, o fallen por completo. El mantenimiento de niveles casi normales de glucosa en sangre y presión arterial reduce en gran medida el riesgo de nefropatía ⁽³⁰⁾.

- **Daño en el sistema nervioso**

El daño en los nervios (neuropatía) también es el resultado de niveles de glucosa altos prolongados. Puede afectar a cualquier nervio en el cuerpo. El tipo más común es la neuropatía periférica, que principalmente afecta a los nervios sensoriales en los pies. Esto puede producir dolor, hormigueo y pérdida de la sensibilidad ⁽³⁰⁾.

2.3.3. El pie diabético

Se define como pie diabético la infección, ulceración y/o destrucción de los tejidos profundos en miembros inferiores asociados con anormalidades neurológicas y enfermedad vascular periférica. Aproximadamente el 40-60% de las amputaciones de miembros inferiores ocurren en personas con diabetes, pudiendo llegar a cifras del 70-90%. El 85% de estas amputaciones son precipitadas por una úlcera subsecuentemente complicada por una infección severa o gangrena ⁽³¹⁾.

A. Fisiopatología del pie diabético

La fisiopatología del pie diabético está conformada por un conjunto de situaciones derivadas por los niveles elevados de glucosa plasmática sostenidos en el tiempo durante un cuadro de DM-1 o DM-2 mal controlado. Las principales situaciones son:

- **Neuropatía**

Debido al incremento de la glucosa plasmática en cuadros de DM-2 mal controlado, se produce una disminución en la síntesis del mioinositol, necesario para la conducción neuronal normal. Existe además una disminución de sustancias necesarias para la detoxificación de radicales de oxígeno y para la síntesis del óxido nítrico.

La neuropatía en personas con DM-2 se manifiesta en el componente motor, autonómico y sensitivo del sistema nervioso. El daño en los nervios de los músculos del pie produce un desbalance entra la flexión y extensión del pie afectado, generando anormalidades anatómicas en el pie tales como prominencias óseas y puntos de presión anormales que gradualmente pueden causar ulceración. Una de las consecuencias de la neuropatía autonómica es que disminuye la humedad de la piel y la función de las glándulas sudoríparas, produciendo sequedad de la piel,

incrementando la susceptibilidad a lesiones llevando a la subsecuente infección e incrementando el riesgo de ulceración ⁽³²⁾.

- **Enfermedad vascular periférica**

Las arterias periféricas desarrollan, por la persistente hiperglucemia, disfunción endotelial y las anormalidades del músculo liso. Esto resulta en disminución de los vasodilatadores, además posteriormente se incrementa el tromboxano A2, un vasoconstrictor y agonista de la agregación plaquetaria, lo cual contribuye a la hipercoagulabilidad. Además, el tabaquismo, la hipertensión y la dislipidemia son otros factores comunes en personas con DM-2 y contribuyen en el desarrollo de la insuficiencia arterial periférica. Esto conlleva a enfermedad arterial oclusiva que resulta en isquemia en miembros inferiores, incrementando el riesgo de ulceración ⁽³²⁾.

B. Factores de riesgo para el desarrollo del pie diabético

Además se han identificado algunas condiciones de la persona con diabetes que aumentan la probabilidad de desarrollar una lesión del pie:

- Edad avanzada
- Larga duración de la diabetes
- Sexo masculino
- Estrato socioeconómico bajo y pobre educación
- Factores sociales como vivir solo, ser poco visitado, poca motivación por vivir
- Pobre control glucémico
- Presencia de retinopatía, nefropatía, enfermedad macrovascular
- Consumo de alcohol
- Tabaquismo

- Calzado inapropiado
- Úlceras o amputaciones previas ⁽³³⁾.

C. Clasificación de los grados de severidad del pie diabético

Clasificación de Wagner

- Grado 0: Ausencia de úlceras en un pie de alto riesgo.
- Grado 1: Úlcera superficial que compromete todo el espesor de la piel pero no tejidos subyacentes.
- Grado 2: Úlcera profunda penetrando hasta ligamentos y músculos pero no compromete al hueso o la formación de abscesos.
- Grado 3: Úlcera profunda con celulitis o formación de abscesos, casi siempre con osteomielitis.
- Grado 4: Gangrena localizada.
- Grado 5: Gangrena extensa que compromete todo el pie ⁽³²⁾.

D. Recomendaciones básicas del cuidado de los pies

- **Inspeccione sus pies diariamente:** Busque cortes, heridas, manchas rojas, infección, inflamación o áreas que parezcan inusuales. Puede usar un espejo para ayudarse a ver la parte plantar de los pies, o pídale a un familiar o cuidador para obtener ayuda. Establezca una hora al día para realizar este examen (por ejemplo, después del baño o la ducha), y al menos una vez al día.
- **Lávese e hidrate sus pies diariamente:** Para lavarse los pies en primer lugar evaluar la temperatura con el codo. Después, seque sus pies con una toalla limpia y/o papel toalla, y aplique una crema hidratante o loción que no contenga alcohol, yodo o agua oxigenada.

- **Córtese las uñas con regularidad:** Una vez por semana debería ser suficiente, con un equipo personal y limpio y cortarlo de forma recta. Acudir a un personal de la salud entrenado en corte de uñas, de ser necesario.
- **Nunca camine descalzo:** Debe usar un buen calzado, esa es la mejor protección de sus pies. Lo mejor es usar los zapatos nuevos de manera progresiva (1 hora al día la primera semana, aumentando el tiempo poco a poco). Elija zapatos hechos con un buen soporte en los tobillos. No compre zapatos puntiagudos o de taco alto, podrían lesionar sus pies, ya que la recomendación es usar zapatos de horma ancha, de preferencia tipo zapatillas.
- **No dificulte la circulación sanguínea:** Evite cruzar sus piernas o usar medias apretadas o ropa ajustada. Elija medias de algodón o lana con un elástico que no presione sus piernas.
- **Realice una evaluación médica de sus pies por lo menos una vez al año:** Como mínimo, una revisión anual de los pies para evaluar los pulsos, la sensibilidad y la apariencia de los pies. Si usted está en alto riesgo, el examen de pie debe hacerse con mayor frecuencia y su médico o profesional de salud capacitado le debe indicar la frecuencia de evaluaciones ⁽³²⁾.

E. Tratamiento no farmacológico de la diabetes

Las personas con diagnóstico reciente de diabetes, asintomáticos, estables, sin complicaciones, y según criterio médico, deben iniciar solamente con cambios en los estilos de vida previos al inicio de terapia farmacológica por un lapso de 3 – 4 meses; luego de este periodo, si los niveles de glucemia han alcanzado los valores meta, continuará con cambios de estilos de vida y los controles se realizarán cada 3 a 6 meses. De lo contrario iniciará tratamiento farmacológico ⁽³⁴⁾.

- **Recomendaciones Nutricionales**

Sobre la alimentación, se ha demostrado que el manejo nutricional es efectivo en personas con diabetes y aquellos con alto riesgo de desarrollar DM-2, cuando se trata de un componente integrado de la educación y la atención médica, por ello todas las personas con factores de riesgo, diagnosticadas con DM-2 deben recibir consulta nutricional por un profesional nutricionista en forma personalizada u orientación nutricional por un personal de salud entrenado, según la categoría del establecimiento de salud.

Una dieta adecuada para personas con diabetes es aquella que considera:

Ser fraccionada para mejorar la adherencia a la dieta, reduciendo los picos glucémicos postprandiales y resulta especialmente útil en las personas en insulinoterapia. Los alimentos se distribuirán en cinco comidas o ingestas diarias como máximo ⁽³⁴⁾.

- **Método del plato**

Es una manera fácil de planificación de menús saludables para la persona diabética y para toda su familia, teniendo en cuenta que corresponde a una dieta de 1200-1500 kcal en el almuerzo o cena. No es necesario pesar ni medir las porciones de los alimentos.

El método del plato ayudará a

Comer una variedad de alimentos

Controlar cuánto come (el tamaño de sus porciones)

Controlar su azúcar en sangre

Todo lo que se necesita es un plato de aproximadamente 23 cm centímetros de diámetro (tamaño normal), en 3 partes y ubicar sus alimentos según se detalla a continuación:

- a. En la primera mitad (1/2) del plato, introducir los vegetales (crudos o cocidos), estos tienen pocas calorías, por lo que hay que ingerirlos en mayor cantidad (o 1/2 plato vacío para el desayuno).

b. En la segunda mitad del plato, hay que dividirla en dos cuartos:

- El primero ($\frac{1}{4}$) va a contener los alimentos que destacan por su elevado aporte de proteínas, como son la carne, el pescado y los huevos. La porción de filete de carne o pescado no debe ser más grande que la palma de la mano.
- El segundo ($\frac{1}{4}$) estará compuesto por los carbohidratos: como son los cereales, tubérculos y leguminosas. La cantidad recomendada de este tipo de nutrientes, es de una taza o el equivalente de un puño cerrado.

Desayuno

- $\frac{1}{4}$ de su plato corresponde al Grupo: Carnes, pescado y huevos.
- $\frac{1}{4}$ de su plato corresponde al Grupo: Cereales, tubérculos y menestras.
- Deje vacío la otra mitad del plato.

Adicionar: Frutas o lácteos y derivados.

Almuerzo y Cena

- $\frac{1}{4}$ del plato corresponde al Grupo: carnes, pescado y huevos.
- $\frac{1}{4}$ del plato corresponde al Grupo: cereales, tubérculos y menestras.
- $\frac{1}{2}$ del plato corresponde al Grupo: verduras:

Adicionar: Frutas o lácteos y derivados ⁽³⁴⁾.

▪ **Ejercicio físico**

Un programa de ejercicio es importante a todas las edades ya que ayuda a controlar el peso, incrementar el bienestar físico y psicológico, mejorar la composición corporal e incrementar las concentraciones de HDL-colesterol. En el caso de los diabéticos tiene ventajas adicionales como son mejoría de tolerancia a la glucosa, incremento de la sensibilidad a la

insulina, disminución de los riesgos de aterosclerosis, descenso de la presión arterial y mejoría de la condición cardiovascular.

Los programas de ejercicio deben por tanto ser individualizados, pero caminar es la mejor actividad para personas que presentan obesidad. Algunas Sociedades Científicas recomiendan que el incremento del ejercicio en el diabético se produzca de forma gradual, por ejemplo empezando con 30-45 minutos de 3 a 5 días a la semana hasta alcanzar un total de 150 minutos a la semana. En el caso concreto de la ADA, esta recomendación de 150 minutos/semana de actividad física moderada, con una frecuencia cardiaca máxima del 50-70%, o al menos 90 minutos de actividad intensa (>70% de frecuencia máxima) se consideran como un mínimo. El ejercicio debe distribuirse en al menos tres días de la semana y no deben transcurrir más de dos días consecutivos sin realizarlo ⁽³⁵⁾.

F. Tratamiento farmacológico

Al iniciar el tratamiento, el médico tratante educará a la persona sobre el reconocimiento de signos de alarma y reacciones adversas, para que en caso de presentarlas, acuda a consulta para reevaluación y valoración de cambio de esquema terapéutico. Asimismo, el médico tratante procederá a reportar los efectos adversos según lo descrito en la sección “efectos adversos o colaterales con el tratamiento” y “signos de alarma”.

▪ Terapia farmacológica inicial: Monoterapia

a. Metformina

La metformina es el fármaco de primera elección (Recomendación A) como monoterapia para el tratamiento de la DM-2, por ser eficaz, por reducir el peso corporal y disminuir el riesgo cardiovascular. Su efecto principal es disminuir la producción hepática de glucosa. Asimismo, mejora la sensibilidad a la insulina en tejidos periféricos.

Iniciar con dosis bajas de 500mg u 850mg por día, dosis única. Incrementar de 500mg a 850mg cada 1 a 2 semanas de forma progresiva hasta alcanzar el control glucémico y/o la dosis máxima de 2,550mg si fuera necesario. Debe tomarse con o inmediatamente después de las comidas principales.

b. Sulfonilureas (SU)

Son drogas que estimulan la secreción de insulina del páncreas independientemente del nivel de glucosa sanguínea por lo cual, se puede presentar hipoglucemia.

- Glibenclamida

En el PNUME 2012 se cuenta con glibenclamida en tabletas de 5 mg. Los efectos colaterales más frecuentes de las sulfonilureas son hipoglucemia y aumento de peso. Iniciar con dosis bajas (2.5 mg – 5 mg) una vez al día en el desayuno o primera comida. Se puede administrar dos veces al día en algunas personas (por ejemplo aquellos que reciben más de 10 mg por día). Incrementar ≤ 2.5 mg al día cada semana hasta conseguir el control glucémico deseado o hasta que se alcance la dosis máxima permitida (20 mg/día).

- Glimepirida

La DIGEMID ha aprobado el uso de este medicamento oral en presentaciones de 2 a 4 mg. En el tratamiento de la DM-2 en personas ≥ 65 años con hiperglucemia no controlada con medicamentos de primera línea (metformina) ⁽³⁴⁾.

2.3.4. Teoría de Dorothea Orem

En su teoría se aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida. De igual manera conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar

por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad, incluyendo la competencia desde su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado, donde debe respetar la dignidad humana, practicar la tolerancia, cumpliendo el principio del consentimiento informado, confidencialidad, credo, veracidad e intimidad entre otros aspectos, permitiendo que el enfermo participe en la planificación e implementación de su propia atención de salud, si tuviese la capacidad para ello, acogido a los adelantos científico-técnicos que propicien el desarrollo ascendente de la ciencia enfermera, respetando las normas, códigos ético-legales y morales que desarrolla la profesión ⁽³⁶⁾.

A. Teoría de déficit de autocuidado

Esta teoría es el núcleo del modelo de Orem, establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto.

Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado ⁽³⁶⁾.

La existencia de un déficit de autocuidado es la condición que legitima la necesidad de cuidados de enfermería.

Las personas limitadas o incapacitadas para cubrir su autocuidado son los pacientes legítimos de las enfermeras ⁽³⁶⁾.

B. Teoría de los sistemas de Enfermería

- Sistema parcialmente compensador: cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad, por tanto el paciente y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del paciente, limitaciones psicológicas y físicas. El paciente puede realizar algunas acciones como cepillarse los dientes y alimentares, pero dependen de la enfermera: desplazarse hasta el baño, bañarse o vestirse ⁽³⁶⁾.
- Sistema totalmente compensador: cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total.
- Sistema de apoyo educativo: cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; por consiguiente la enfermera ayuda al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado ⁽³⁶⁾.

2.3.5. Rol de la enfermera en la prevención del pie diabético

Es importante destacar que la diabetes es una enfermedad complicada, requiere de vigilancia constante, conocimiento de la enfermedad y del apoyo de varios especialistas en salud; sin embargo, la mayor parte del cuidado y control debe provenir del paciente mismo, ya que la diabetes descontrolada conlleva a complicaciones importantes. Las orientaciones con los cuidados para la prevención del pie diabético consisten en una herramienta imprescindible, y esta debe ser una práctica constante en la rutina de los profesionales de salud, en especial del profesional de enfermería ⁽²⁵⁾.

El rol de Enfermería se basa en la promoción a través de la información que pueda hacer llegar a las personas en este sentido la enfermera es considerada como un “Sistema de apoyo-educativo” definido por Dorothea Orem, también autora de la teoría del autocuidado, donde expresa que “El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y

realizan en su beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar”. “...el autocuidado es indispensable porque cuando se ausenta éste, la enfermedad y la muerte se pueden producir...”.

La enfermería constituye un pilar básico en la educación para la prevención de complicaciones crónicas. El profesional de enfermería actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado.

El profesional de enfermería ha de ser innovador y actualizar la información periódicamente sobre la prevención del pie diabético, la identificación de signos de alarma de presencia de pie diabético, así como el manejo y tratamiento del pie diabético ⁽²⁵⁾.

2.3.6. Conocimiento

Es el acumulo de información, adquirido de forma científica o empírica. Partiremos de que conocer es aprender o captar con la inteligencia los entes y así convertirlos en objetos de un acto de conocimiento. Todo acto de conocimiento supone una referencia mutua o relación entre: sujeto – objeto ⁽³⁷⁾.

A. La teoría del conocimiento

El conocimiento, tal como se le concibe hoy, es el proceso progresivo y gradual desarrollado por el hombre para aprehender su mundo y realizarse como individuo, y especie. Científicamente, es estudiado por la epistemología, que se la define como la ‘teoría del conocimiento’; etimológicamente, su raíz madre deriva del griego episteme, ciencia, pues por extensión se acepta que ella es la base de todo conocimiento. Su definición formal es “Estudio crítico del desarrollo, métodos y resultados de las ciencias”. Se la define también como “El campo del saber que trata del estudio del conocimiento humano desde el punto de vista científico” ⁽³⁸⁾.

B. Conocimiento científico

El hombre sigue su avance y para mejor comprender su circunstancia explora una manera nueva de conocer. A esta perspectiva la llama investigación; su objetivo: explicar cada cosa o hecho que sucede en su alrededor para determinar los principios o leyes que gobiernan su mundo y acciones ⁽³⁸⁾.

Con relación a la caracterización del conocimiento científico, éste se estructura en base a la relación interdependiente de sus elementos:

- Teoría, característica que implica la posesión de un conocer ya adquirido y validado en base a explicaciones hipotéticas de situaciones aisladas, explicadas total o insuficientemente, pero con las que se puede establecer construcciones hipotéticas para resolver un nuevo problema ⁽³⁸⁾.
- Método, procedimiento sistemático que orienta y ordena la razón para, por deducción o inducción, obtener conclusiones que validen o descarten una hipótesis o un enunciado.
- Investigación, proceso propio del conocimiento científico creado para resolver problemas probando una teoría en la realidad sustantiva, dejando a salvo ir en sentido inverso, de la realidad a la teoría ⁽³⁸⁾.

2.4. HIPÓTESIS

El presente trabajo de investigación no cuenta con hipótesis ya que su variable es de tipo cuantitativo y diseño descriptivo.

No todas las investigaciones cuantitativas plantean hipótesis. El hecho de que formulemos o no hipótesis depende de un factor esencial: el alcance inicial del estudio. Las investigaciones cuantitativas que formulan hipótesis son aquellas cuyo planteamiento define que su alcance será correlacional o explicativo, o las que tienen un alcance descriptivo, pero que intentan pronosticar una cifra o un hecho ⁽³⁹⁾.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo cuantitativo por que usa la recolección de datos, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías ; es de diseño descriptivo porque con frecuencia, la meta del investigador consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos; esto es, detallar como son y se manifiestan y es de corte transversal porque la recolección de datos se realiza en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado ⁽⁴⁰⁾.

3.2. POBLACIÓN

El presente trabajo de investigación se realizó en el hospital nacional Hipólito Unanue en un área del hospital; según datos estadísticos obtenidos durante el año 2015, en el pabellón de medicina se atendieron 570 pacientes con el diagnóstico de diabetes mellitus tipo II.

3.2.1. Muestra

Del total de 570 pacientes hospitalizados con el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II realizamos un muestreo utilizando un descriptor calculador argentina obteniendo como muestra 230 pacientes.

La muestra total es de 230 personas hospitalizadas que cumplan con los criterios de inclusión.

3.2.2. Criterio de inclusión

- Pacientes que estén hospitalizados en el servicio de medicina.
- Pacientes con diagnóstico de la enfermedad diabetes tipo II.
- Pacientes que acepten firmar el consentimiento informado.
- Pacientes que no hayan presentado pie diabético.

3.2.3. Criterio de exclusión

- Pacientes que no acepten participar en la investigación.
- Pacientes que presenten o hayan presentado pie diabético.

3.3. VARIABLE

Nivel de conocimiento de autocuidado para la prevención del pie diabético (Anexo A).

3.3.1. Definición conceptual

Conocimiento: Es el acumulo de información, adquirido de forma científica o empírica. Partiremos de que conocer es aprehender o captar con la inteligencia los entes y así convertirlos en objetos de un acto de conocimiento. Todo acto de conocimiento supone una referencia mutua o relación entre: SUJETO – OBJETO ⁽⁴¹⁾.

Autocuidado: Se refiere a las acciones que las personas adoptan en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal; éste es definido como prácticas realizadas por las personas y familias mediante las cuales son promovidos comportamientos positivos de salud, en la prevención de enfermedades y en el tratamiento de los síntomas ⁽⁴²⁾.

Conocimiento de autocuidado: Es la acción de conocer las múltiples actividades que adoptan las personas en beneficio de su propia salud.

3.3.2. Definición operacional

Son aquellas características que nos permite identificar cuanto conocen acerca de las acciones propias de cada persona afectadas por la diabetes mellitus tipo II para la prevención del pie diabético el cual se realizará en el Hospital Nacional Hipólito Unanue donde para dicha investigación se tomó

una muestra de 230 personas hospitalizada en el servicio de medicina que fueron evaluadas a través del cuestionario NICAPPD.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización de la presente investigación se utilizó la técnica de la encuesta así mismo cumplir con los objetivos del estudio se aplicó un cuestionario. Este cuestionario consta de las siguientes partes: título, introducción, instrucciones, datos generales del informante, el contenido; está dividido en 3 partes:

La primera con 5 ítems que corresponde a la dimensión de conocimiento de la enfermedad, la segunda con 4 ítems que corresponde a la dimensión estilos de vida, la tercera con 11 ítems que corresponde a autocuidado en la prevención del pie diabético.

La confiabilidad del instrumento se realizó a través de la aplicación del método Kuder- Richardson obteniendo un valor de 0,79.

3.4.1. Construcción y validación del instrumento

Para el presente trabajo de investigación se partió del marco conceptual basado en el conocimiento de autocuidado para la prevención del pie diabético en personas afectadas de diabetes mellitus tipo II, del cual se buscó información diferentes bibliografías y estudios similares al estudio realizado (Anexo B).

A. Antecedentes del instrumento

El presente instrumento es de autoría propia basada en las diferentes fuentes bibliográficas plasmadas en el marco teórico.

B. Definición de dimensiones del instrumento

Se partió del marco teórico conceptual descrito en el presente trabajo de investigación del cual contamos con las siguientes dimensiones:

- Enfermedad
- Estilos de vida
- Prevención del pie diabético

C. Selección de preguntas y confección del cuestionario

En función al marco teórico conceptual se obtuvo un conjunto 20 de preguntas y se clasificaron en función a las 3 dimensiones descritas en el párrafo anterior.

D. Proceso de validación

Procederemos a realizar la validación mediante:

- Jueces expertos: Conformado por cuatro licenciadas en enfermería especializadas en investigación y educación en Diabetes Mellitus, un médico endocrinólogo, y un licenciado en nutrición; para lo cual se aplicó el coeficiente de concordancia de Kendall el cual se aplica para determinar el grado de acuerdo entre varios jueces obteniendo así un resultado de 0,05; el cual indica que existe concordancia entre los determinados jueces (Anexo D).

E. Proceso de confiabilidad

- Prueba de confiabilidad: Se realizó a través del estadístico Excel utilizando la fórmula de kuder-Richardson ya que es el ideal para validar cuestionario porque nos permite obtener la confiabilidad del instrumento, obteniendo como resultado 0,78 .El cual nos indica que sí es confiable(Anexo E).

- Prueba de piloto: Se realizó esta prueba a 23 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II que cumplen con los criterios de inclusión. Se aplicó el procedimiento de evaluación, para certificar que el cuestionario estuvo bien estructurado y elaborado y así obtener los resultados esperados, y así aplicar a nuestra población de estudio.

F. Versión final del instrumento validado

El cuestionario nivel de conocimiento de autocuidado para la prevención del pie diabético (NICAPPD) en versión final consta de 20 preguntas, está estructurado en tres dimensiones: enfermedad, estilos de vida, cuidado para prevención del pie diabético (Anexo F).

Se utilizó la escala de Stanones para categorizar cada una de las dimensiones y el cuestionario en general. Para ello, se halló el promedio aritmético y la desviación estándar, usando una constante 0.75, para identificar los límites de los intervalos agrupados calificándolos en tres parámetros: conocimiento alto, conocimiento medio, conocimiento bajo.

Para clasificar el nivel de conocimiento del cuestionario NICAPPD se aplicó Stanones para obtener las siguientes categorías (Anexo I):

Conocimiento alto: 14 – 20

Conocimiento medio: 9 – 13

Conocimiento bajo: 0 - 8

En el cuestionario consta de 20 preguntas para la cual se le designó la siguiente puntuación (a cada pregunta correcta 1 punto y a cada pregunta incorrecta 0 puntos), teniendo como un puntaje de 20.

3.5. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para recolectar la información fue necesario acudir a las instancias correspondientes:

A. Fase 0

Se solicitó por escrito el permiso a la dirección de la institución luego paso por el área de docencia en el cual duro aproximadamente un mes en donde nos hicieron algunas observaciones, en el cual nos solicitaron un asesor dentro del hospital Hipólito Unanue posterior fue aprobado por el comité de ética el cual duro aproximadamente un mes.

B. Fase 1

Se realizó previa coordinación con los encargados del área del hospital.

C. Fase 2

Se coordinó con los pacientes acorde a su disponibilidad, para que posterior a la firma del consentimiento informado.

D. Fase 3

Se aplicó el cuestionario a cada participante en el lapso de tiempo de 20 a 30 minutos aproximadamente. Después se realizó una sesión educativa a los pacientes que participaron en la encuesta, a fin de educar y reforzar sus conocimientos en relación a la prevención de pie diabético y de otras complicaciones que trae una diabetes mal tratada.

3.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

El procesamiento de datos se realizó a través del programa de Microsoft Office Excel, elaborando una tabla matriz con los datos obtenidos. El procesamiento de datos se realizó a través del programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23.

Para identificar los niveles de conocimiento alto, medio y bajo utilizó la escala de Stanones (Anexo I).

La presentación de datos se realizó a través de gráficos circulares, aplicando como medida los porcentajes con los respectivos análisis que faciliten la interpretación de los resultados cuantitativos.

3.7. ASPECTOS ÉTICOS

Los principios éticos básicos se refieren a los criterios generales que sirven de base, para justificar muchos de sus conceptos éticos y valoraciones particulares de las acciones humanas. Los principios que se aceptan de manera general en el trabajo de investigación, son particularmente relevantes para la ética.

3.7.1. Principio de autonomía

Se explicó a todos los pacientes diabéticos participantes que tienen derecho a decidir su participación en el estudio, se les informó el objetivo de investigación del cual podrán firmar el consentimiento informado o abandonar el estudio cuando así lo deseen.

3.7.2. Principio de no maleficencia

Siendo nuestra principal responsabilidad los pacientes con diagnóstico de diabéticos que estén hospitalizados en el pabellón de medicina, nuestro deber es no hacer daño con falsas esperanzas con el fin de obtener información sino tener presente que el deber que no es impuesta la ley, como condición indispensable de la vida en sociedad, tomando conciencia de que la obligación es no hacer daño a otros.

3.7.3. Principio Beneficencia

Siendo nuestra principal responsabilidad de no hacer daño a los pacientes que están hospitalizados en el pabellón de medicina. Se aplicó actuando con justicia, bondad durante todo proceso que duró la investigación.

En nuestra validación de instrumento, en nuestra prueba pilotó luego terminada la encuesta se realizó una sesión educativa donde se les brindo conocimiento sobre el autocuidado para la prevención del pie diabético.

3.7.4. Principio de Justicia

A todos los participantes, se les trato con justicia y con igualdad sin distinción de raza o credo, tratando a las participantes del estudio con igual consideración y respeto.

3.7.5. Confidencialidad

A todos los pacientes que participaron en la investigación se aplicó un cuestionario el cual se mantendrá de carácter confidencial, para salvaguardar la identidad del paciente así mismo el cuestionario solo será empleados con fines de estudio el cual se les dará un consentimiento informado.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

En la presente investigación de nivel de conocimiento de autocuidado para la prevención del pie diabético en personas afectadas de diabetes mellitus tipo II, Hospital Nacional Hipólito Unanue, El Agustino -2015 se encontró los siguientes resultados:

4.1.1. Descripción de datos sociodemográficos

Los datos obtenidos muestran que del total 100% (230) pacientes encuestados, encontramos que 25 a 35 años hay 4% que equivale a (9) pacientes, de 36 a 59 años hay 45 % que equivale a (103) pacientes y de 60 a 90 años hay un 51% que equivale a (118) pacientes.

En relación al sexo se evidencia que del 100 % (230) de pacientes encuestados, el 53,0% (122) son de sexo femenino, y el 47,0% (108) son de sexo masculino.

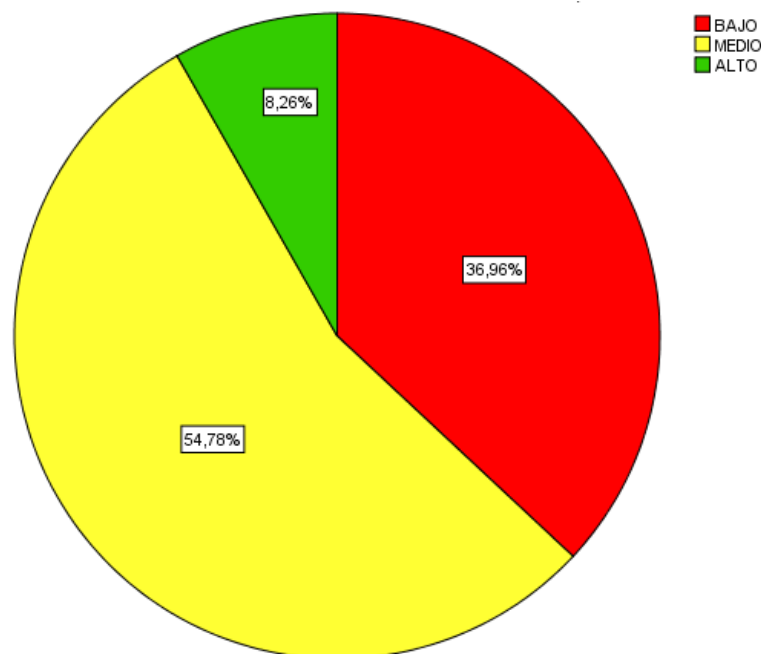
En cuanto al grado de instrucción tenemos que el 100 % (230) de pacientes encuestados, el 10,9% (25) presentan sin grado de instrucción, el 30,9% (71) tienen educación primaria, el 41,7% (96) tienen educación secundaria y por último 16,5% (38) presentan un nivel de educación superior.

Respecto al ingreso económico tenemos personas que perciben ingreso mensual en los siguientes porcentajes: 300 – 500 soles el 32,6% que equivale a 75 personas, 500 – 750 soles 28.3% que equivale a 65 personas, 750 – 1000 soles 23,9% que equivale a 55 personas, 1000 – 1500 soles 7,4% que equivale a 17 personas, 1500 – 2000 soles 5,7% que equivale a 13 personas, 2000 soles a más 2,2% que equivale a 5 personas.

Respecto al estado civil encontramos los siguientes datos: soltero 12,6%(29) pacientes, casado 43,9 %(101) pacientes, conviviente 25,2% (58) pacientes, viudo 18,3% (42) pacientes. (Anexo J)

4.1.2. Descripción de resultados por dimensiones

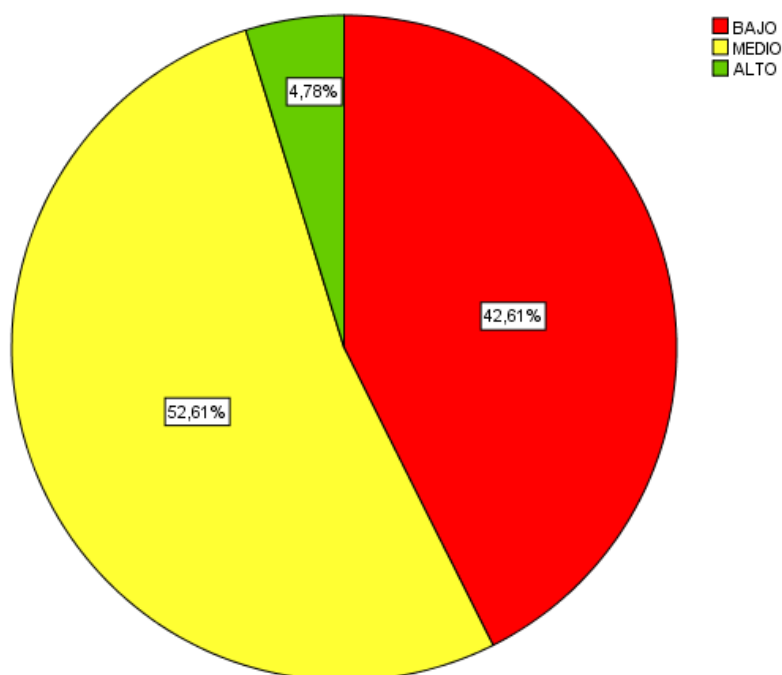
Gráfico 1. Nivel de conocimiento de autocuidado para la prevención del Pie Diabético en personas afectadas de Diabetes Mellitus tipo II, Hospital Nacional Hipólito Unanue, El Agustino – 2015.



Fuente: Encuesta realizada por las investigadoras de la EPE- UCH

En el gráfico podemos observar el total del 100% (230) de los pacientes hospitalizados en el HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE, tienen un nivel medio de conocimiento el cual predomina con un 54,78% y 36,96 % presenta un nivel bajo y un 8,26% presenta un nivel alto.

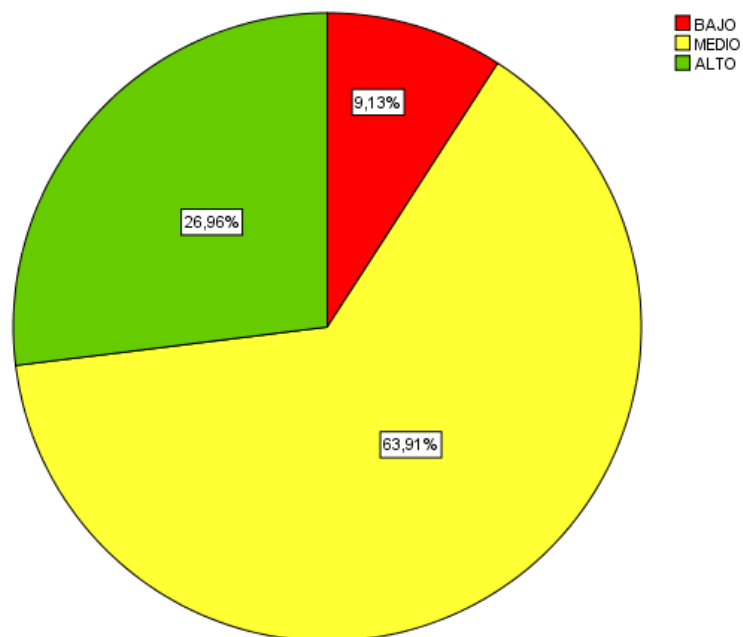
Gráfico 2. Nivel de conocimiento de autocuidado para la prevención del Pie Diabético en personas afectadas de Diabetes Mellitus tipo II en la dimensión de la enfermedad.



Fuente: Encuesta realizada por las investigadoras de la EPE- UCH

En el gráfico podemos observar que el 100% de un total de 230 pacientes hospitalizados en el HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE el 52,61% tiene un conocimiento medio, en la dimensión enfermedad seguido por el conocimiento bajo con 42,61%, así mismo cabe señalar que solo el 4,78% de la población tiene un conocimiento alto.

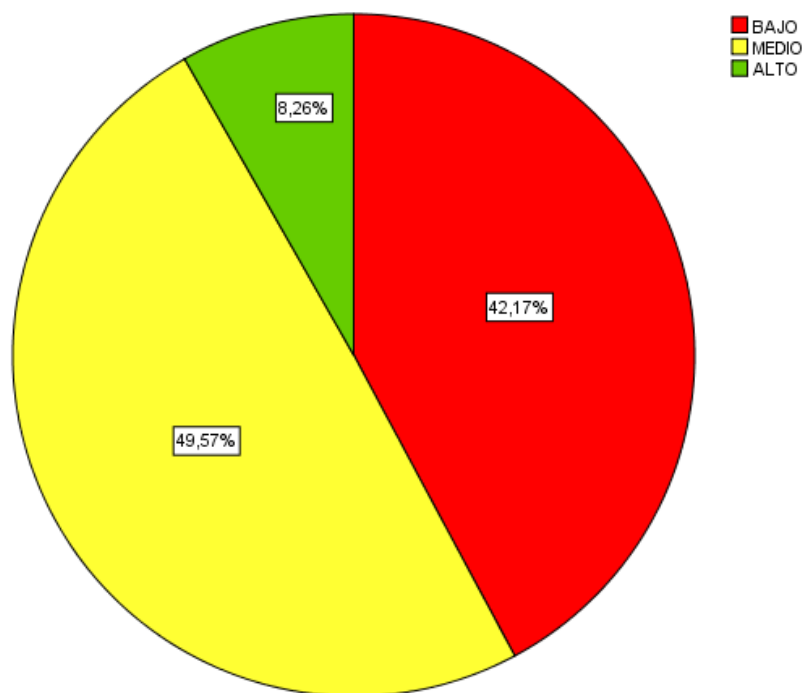
Gráfico 3. Nivel de conocimiento de autocuidado para la prevención del Pie Diabético en personas afectadas de Diabetes Mellitus tipo II en la dimensión de estilo de vida saludable.



Fuente: Encuesta realizada por las investigadoras de la EPE- UCH

En el gráfico podemos observar que el 100% de un total de 230 pacientes hospitalizados en el HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE el 63,91% tiene un conocimiento medio en relación a estilos de vida saludable, seguido por el conocimiento alto con 26,96%, así mismo cabe señalar que solo el 9,13% de la población tiene un conocimiento bajo.

Gráfico 4. Nivel de conocimiento de autocuidado para la prevención del Pie Diabético en personas afectadas de Diabetes Mellitus tipo II en la dimensión de la prevención del pie diabético.



Fuente: Encuesta realizada por las investigadoras de la EPE- UCH

En el gráfico de nivel de conocimiento de autocuidado para la prevención del pie diabético que predominó, con un 49,57% tienen un conocimiento medio, seguido por el conocimiento bajo en prevención del pie diabético con 42,17%, así mismo cabe señalar que solo el 8,26% de la población tiene un conocimiento alto.

4.2. DISCUSIÓN

La presente investigación esta perfilada con la finalidad de definir el nivel de conocimiento de autocuidado para la prevención del pie diabético en personas afectadas de diabetes mellitus tipo II.

La Diabetes Mellitus constituye un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por niveles elevados de glucosa en la sangre (hiperglucemia) ocasionados por defectos de la secreción o la acción de la insulina⁽²⁸⁾.

Siendo la más prevalente la diabetes mellitus tipo II, teniendo mayor relación con los factores de riesgo modificable como son los malos estilos de vida, la obesidad y sedentarismo; con lo que se relaciona los resultados obtenidos acerca del conocimiento de autocuidado para la prevención del pie diabético que poseen los pacientes, en la presente investigación. Después de haber aplicado el cuestionario NICAPPD detallamos a continuación los resultados obtenidos:

En los resultados obtenidos podemos observar que los diferentes pacientes que participaron en esta investigación desconocen los conceptos básicos de la enfermedad y las diferentes complicaciones que pueden desarrollar, así mismo observamos que la mayoría de los pacientes no ponen en práctica los buenos estilos de vida saludable (como son: dieta saludable, actividad física y autocuidado de sus pies). Es por ello que los pacientes que desconocen aspectos tan importantes corren un mayor riesgo de desarrollar complicaciones y su incidencia contribuye a la disminución de su calidad de vida.

En el gráfico 1, se muestra como resultado que del total del 100% (230) de los pacientes encuestados en el hospital nacional Hipólito Unanue, en una aérea de hospitalización, la pregunta con mayor error fue la pregunta número 15 a través de la cual se identifica que desconocen el instrumento adecuado para cortarse las uñas, el grupo etario con mayor prevalencia fue de 58 años que equivale a 6,1%, como resultado de nuestra investigación obtuvimos como resultado a nuestro objetivo general que la población encuestada presenta un nivel medio de conocimiento el cual predomina con un 54,78%.

Esto difiere con los resultados obtenidos por Castro en su estudio titulado nivel de conocimiento en la prevención del pie diabético en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 su estudio fue realizado en un programa de pie diabético la edad de mayor predominó fue de 61 años a más su resultado en el cual predomina el nivel de conocimiento bajo con 41% referido principalmente a la poca información sobre la técnica y materiales adecuados en el corte de uñas, la pérdida de sensibilidad de los nervios; el reconocimiento de una inadecuada circulación sanguínea en los pies ⁽²⁵⁾.

Los resultados obtenidos según nuestras dimensiones planteadas son:

En el grafico 2, en la dimensión del conocimiento de la enfermedad encontramos que la pregunta con mayor error fue la pregunta número 3 en la cual se observa que desconocen en el nivel esperado de su glucosa en ayunas, lo que contribuye a un control inadecuado de su enfermedad lo que pone en riesgo la calidad de vida de cada uno de ellos, es así que obtuvimos como resultado el cual predomina con un 52,61% de la población encuestada presenta un conocimiento medio. Esto difiere con los resultados obtenidos por Gómez Encino Guadalupe del Carmen y colaboradores que realizaron un estudio sobre el nivel de conocimiento que tienen los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en relación a su enfermedad, en el cual se evidencia que el nivel de conocimiento de los pacientes encuestados fue un nivel adecuado con 64.9% ⁽¹⁸⁾.

En el gráfico 3 en la dimensión estilos de vida saludable encontramos que los pacientes encuestados tienen conocimiento acerca de la buena alimentación para evitar diferentes complicaciones de la propia enfermedad pero por falta de compromiso con su propia salud muchos de ellos no los ponen en práctica es así que obtenemos como resultado en esta dimensión que la población presentan un conocimiento medio con un 63,91% de la población encuestada. Comparando con el antecedente de Álvarez Christian y colaboradores que realizaron un estudio de nivel de conocimiento y estilo de vida en el control metabólico del paciente con diabetes mellitus tipo 2 obtuvieron como resultado que un 92% (n= 184) de los pacientes presentan estilos de vida no saludables ⁽²⁰⁾.

En el grafico 4 en la dimensión de la prevención del pie diabético encontramos que algunos de los pacientes encuestados no toman en cuenta lo importante que es poner en práctica el autocuidado de los pies, ya que son actividades básicas y sencillas de realizar con las cuales podemos evitar desarrollar una de las graves complicaciones como es el pie diabético ya que al desarrollarlo conlleva a una amputación seguida de la mala calidad de vida es por ello que los pacientes encuestados obtuvieron con un 49,57% tienen un conocimiento medio. Estos resultados son similares con el estudio realizado por Sánchez Uriol Joanna Analí, quien realizó un estudio titulado nivel de conocimiento sobre autocuidado de los pies y aplicación de medidas de autocuidado en pacientes adultos con diabetes. En el cual se evidencio que los pacientes adultos con diabetes del Programa del pie diabético, poseen el conocimiento, sin embargo sus medidas de autocuidado en la práctica diaria no son aplicadas de la mejor manera, calificando en un nivel medio 97 % ⁽²⁴⁾.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Después de analizar y contrastar llegamos a las siguientes conclusiones:

- El nivel de conocimiento de autocuidado para la prevención del pie diabético en personas con Diabetes Mellitus tipo II predomina el nivel de conocimiento medio, seguido por el nivel de conocimiento bajo, referido principalmente a la pobre educación que tiene en relación los cuidados directos para prevenir un pie diabético.
- El nivel de conocimiento de autocuidado para la prevención del pie diabético en personas con Diabetes Mellitus tipo II, según dimensión de la enfermedad, predomina el nivel de conocimiento medio, seguido de nivel de conocimiento bajo lo que no hace reflexionar que hay una gran deficiencia de conocimientos conceptuales básicos con los que una persona con diabetes puede evitar múltiples complicaciones.
- El nivel de conocimiento de autocuidado para la prevención del pie diabético en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en su dimensión estilo de vida destaca un conocimiento medio seguido por nivel de conocimiento bajo lo cual nos causa gran preocupación por este grupo el porcentaje es muy alto en relación al nivel alto a este grupo si no le refuerzan los conocimientos pueden pasar a pertenecer a un nivel de conocimiento bajo aumentado así el riesgo de desarrollar pie diabético.
- El nivel de conocimiento de autocuidado para la prevención del pie diabético en personas con Diabetes Mellitus tipo II, en su dimensión prevención del pie diabético, predomina el nivel de conocimiento medio observando un regular de conocimientos que tienen en relación a la higiene y materiales adecuados para lavarse los pies, el corte adecuado de uñas, la aplicación de cremas humectantes y sobre todo utilizar un calzado adecuado.

5.2. RECOMENDACIONES

- Realizar estudios semejantes en diferentes instituciones de salud para generalización de resultados sobre todo difundir y aportar conocimientos con una única finalidad evitar múltiples complicaciones de la diabetes como el pie diabético.
- Es necesario que los profesionales de salud, principalmente Enfermería, tomemos conciencia y pongamos en práctica las diferentes estrategias educativas en el cotidiano de su trabajo para lograr una eficacia del autocuidado en la prevención del pie diabético.
- Que el profesional de Enfermería elabore programas de educación combinando diversas estrategias educativas, donde el conocimiento conjuntamente con la práctica sea suficiente para modificar comportamientos inadecuados con la finalidad de contribuir con la salud del paciente y la de su familia de tal manera que la familia se vea involucrada en dichos programas educativos dándoles un protagonismo activo, si bien es cierto los familiares tienen un factor de riesgo para desarrollar un diabetes con dichos programas podemos evitar que ellos desarrollen esta enfermedad.
- La diabetes mellitus tipo II es una enfermedad crónica que compromete todos los aspectos de la vida diaria de la persona que la padece dicha enfermedad. Por consiguiente, el proceso educativo por parte del personal de salud es parte fundamental para que el paciente diabético enriquezca sus conocimientos y ponga en práctica el cuidado integral de sus pies.

Referencias bibliográficas

1. Naranjo Y. La diabetes mellitus: un reto para la Salud Pública. Rev Finlay. 2016;6(1):1–2.
2. Centro de prensa. Organización Mundial de la Salud. Enero 2015 [Internet]. 2015;1–5. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/#>
3. Balcázar M, Escate Y, Choque C, Velásquez D. Capacidades y actividades en el autocuidado del paciente con pie diabético. Rev Enferm Hered. 2014;7(2):63–8.
4. Pinilla A, Lancheros L, Viasus D, Agudelo C, Pardo R, Gaitan H, et al. Guía 17: Guía de atención de la diabetes mellitus tipo 2. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública [Internet]. 2007;361–439. Available from: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias17.pdf>
5. Ministerio de salud. Vigilancia epidemiológica de diabetes en hospitales piloto. Enero - diciembre 2012. Bol Epidemiológico. 2012;21(52):877–9.
6. Paiva O, Rojas N. Pie Diabético: ¿Podemos prevenirlo? Chile [Internet]. Clínica Las Condes; 2016;27(2):227–34. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864016300128>
7. Pinilla A, Barrera M, Sánchez A, Mejía A. Factores de riesgo en diabetes mellitus y pie diabético: un enfoque hacia la prevención primaria. Rev Colomb Cardiol [Internet]. 2013;20(4):213–22. Available from: [http://10.0.3.248/S0120-5633\(13\)70058-5](http://10.0.3.248/S0120-5633(13)70058-5)
<http://ezproxy.unal.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselp&AN=S0120563313700585&lang=es&site=eds-live>
8. Gonzales N, Rodriguez E, Manrique H. Características clínicas y factores asociados a morbilidad intrahospitalaria en los pacientes Mellitus tipo 2. Revi Soc Perú Med Interna. 2013;26(4):160.

9. Revilla L. Situación de la vigilancia de Diabetes en el Perú , al I semestre de 2013. Boletín Epidemiológico. 2013;22(39):825–8.
10. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 R.MN° XXX-XXXX/MINSA. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles. 2014;1–67.
11. Ministerio de Salud. Análisis de situación de salud de la dirección de salud IV Lima Este - 2015 [Internet]. 2015. Available from: http://www.limaeste.gob.pe/limaeste/DIRECCIONES/OEP/Asis/SemanasEpi/Análisis de Situación de Salud/2015/ASIS_DISA_IV_LE_2015 - Preliminar.pdf
12. Sillas D, Jordán L. Autocuidado, elemento esencial en la práctica de enfermería. Desarro Cientif Enferm. 2011;19(2):67–9.
13. Organización Mundial de la Salud. Diabetes. Cent prensa. 2017;1:1–5.
14. Municipalidad “El Agustino.” Reseña Histórica de la Municipalidad de el Agustino. [Internet]. La municipalidad de el Agustino. 2017. p. 1. Available from: <http://mdea.gob.pe/index.php/el-agustino/historia-del-districto>
15. Hospital nacional Hipólito Unanue. Reseña histórica del hospital nacional Hipólito Unanue. Oficina de Comunicaciones y Relaciones Públicas. 2017. p. 1–3.
16. Pérez M, Cruz M, Reyes P, Mendoza J, Hernández L. Conocimientos y hábitos de cuidado: efecto de una intervención educativa para disminuir el riesgo de Pie Diabético. Cienc y Enfermería XXI [Internet]. 2015;(3):23–36. Available from: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v21n3/art_03.pdf
17. Pollyane L, Pereira M, Aparecida L, Aparecida F, Rodrigues F, Oliveira F. Cuidados de los pies: El conocimiento de las personas con Diabetes Mellitus inscritos en el programa de salud familiar. Enfermería Glob. 2015;14(1):52–64.
18. Gómez G, Cruz A, Zapata R, Morales F. Nivel de conocimiento que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en relación a su enfermedad. Salud en Tabasco. 2015;21(1):17–25.

19. De Sà Policarpo N, Barbosa E, De Almeida P, Freire S, Vilarouca A, Ramos J. Conocimiento, actitudes prácticas y de escrituras de la prevención en Pie Diabético. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2014;35(3):36–42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25474838>
20. Alvarez C, Avalos M, Morales M, Córdova J. Nivel de conocimiento y estilo de vida en el control metabólico del paciente con diabetes mellitus tipo 2 en la UMF. No. 39 IMSS, Centro, Tabasco. Salud Pública. 2014;13(39):11–6.
21. Compean L, Quintero L, Del Ángel B, Reséndiz E, Salazar B, Gonzáles J. Educación , actividad física y obesidad en adultos con Diabetes tipo 2 desde la perspectiva del autocuidado de Orem. Aquichan. 2013;13(3):1–15.
22. Pérez C, Godoy S, Mazzo A, Nogueira P, Trevizan A, Costa I. Cuidado en los pies diabéticos antes y después de intervención educativa. Enfermería Glob. 2013;12(1):43–52.
23. Saloum N, Sasso K, Faria H, Martins T, Santos M, Teixeira C, et al. Pacientes con Diabetes Mellitus: Atención y Prevención del Pie Diabético en Atención Primaria a la Salud. Rev enferm - Rio Janeiro. 2010;18(4):616–21.
24. Sánchez J. Nivel de conocimiento sobre autocuidado de los pies y aplicación de medidas de autocuidado en pacientes adultos con diabetes . Hospital ALBRECHT , Trujillo. Cientifi - K. 2014;2(1):36–43.
25. Castro H. Nivel de conocimiento en la prevención del pie diabético en personas con diabetes mellitus tipo 2 de un Hospital de Lima - Perú 2014. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
26. Nestares K. Actitudes de los adultos hacia la prevención de diabetes tipo II en un Centro de Salud en Lima Metropolitana 2014. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
27. Laime P. Conocimiento y relación con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Universidad Ricardo Palma; 2014.
28. Smeltzer S, Bare B. Enfermería médico quirúrgico. 10th ed. Mexico; 2005.

1264-1267 p.

29. American Diabetes Association. Cómo medir la glucosa en la sangre. American Diabetes Association [Internet]. 2016;1–6. Available from: www.diabetes.org/boletindenoticias (http://www.diabetes.org/es/sobre-nosotros/boletin-de-noticias.html?loc=dorg_embed&s_src=dorg&s_subsrc=embed)
30. International Diabetes Federation. Atlas de la diabetes de la FID séptima edición. International Diabetes Federation. 2015. 14 p.
31. Cédola N, Cédola F, Domínguez M. Diabetes y otros factores de riesgo cardiovascular. 187-211 p.
32. Ministerio de Salud. Guía técnica: Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control del pie diabético. Resolución Ministerial - Perú. 2016;1–16.
33. ALAD. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Asociación Latinoamericana de Diabetes. 2011 Feb;44(8):1–78.
34. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2, en el primer nivel de atención. Dirección general de intervenciones estratégicas en salud pública. 2016;1–64.
35. Contreras J, Fernández A, Aguirre L, Puy M. Guía de práctica para el manejo de la diabetes mellitus tipo 2. Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea. 2015;1–72.
36. Prado L, Gonzáles M, Paz N, Romero K. La teoría déficit de autocuidado : Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Univ Ciencias Médicas Matanzas Cuba. 2014;36(6):835–45.
37. Cheesman S. Conceptos básicos en investigación. 2010;1:7.
38. Ramírez A. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. An la Fac Med [Internet]. 2009;70(3):217–24. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832009000300011&script=sci_arttext

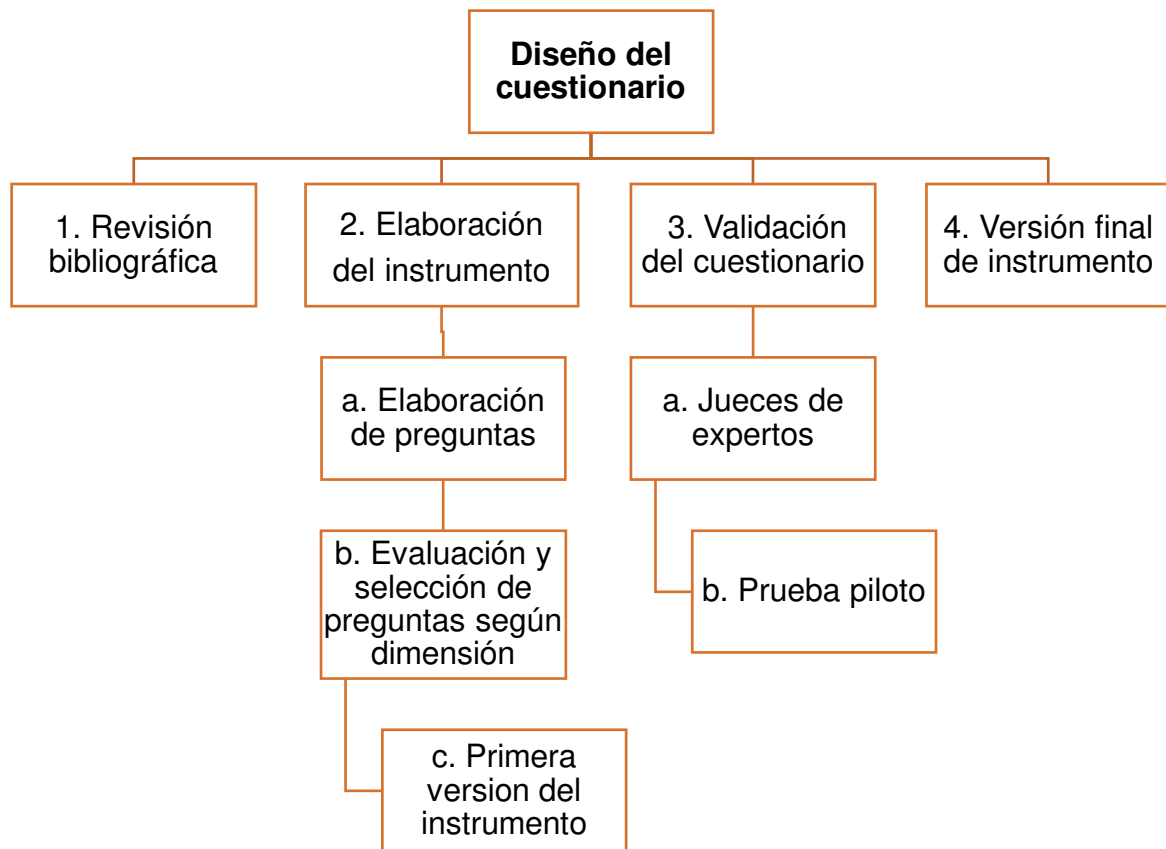
39. Biffi CA, Tuissi A. Stato dell'arte sulle tecniche di produzione additiva per metalli. Metall Ital. 6°. Mexico; 2017;109(1):5–10.
40. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. Cuarta edi. Islas N, editor. Mexico D.F.; 2006. 882 p.
41. Cheesman S. Conceptos Básicos de Investigación. 2010;1–7. Available from: <https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/conceptos.pdf>
42. Pousa M. Nivel de conocimiento de autocuidado en el paciente diabetico tipo 2 de la UMF N°. 8 de Aguascalientes. 2017.

Anexos

ANEXO A. Operacionalización de variables

Operacionalización de la variable							
Título de la investigación: Nivel de conocimiento de autocuidado para la prevención del pie diabético en personas afectadas de diabetes mellitus tipo II, Hospital Nacional Hipólito Unanue, El Agustino - 2015							
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	N° ítems	Valor final	Criterios para asignar valores
Nivel de conocimiento del autocuidado para la prevención del pie diabético	<p>Conocimiento: es la acción de conocer.</p> <p>El autocuidado se refiere a las acciones que las personas adoptan en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal; éste es definido como prácticas realizadas por las personas y familias mediante las cuales son promovidos comportamientos positivos de salud, en la prevención de enfermedades y en el tratamiento de los síntomas.</p>	<p>Son aquellas características que nos permite identificar cuanto conocen acerca de las acciones propias de cada persona afectadas por la diabetes mellitus tipo II para la prevención del pie diabético el cual se realizará en el Hospital Nacional Hipólito Unanue donde para dicha investigación se tomó una muestra de 230 personas hospitalizada en el servicio de medicina que fueron evaluadas a través del cuestionario NICAPP.</p>	<p>Enfermedad</p> <p>Estilos de vida</p> <p>Prevención del pie diabético</p>	<p>Definición Signos y síntomas Complicaciones Tratamiento</p> <p>Dieta saludable Actividad física</p> <p>Higiene Calzado adecuado</p>	<p>Consta de 20 ítems</p>	<p>Categorías: intervalo</p> <p>Nivel bajo 0 - 8</p> <p>Nivel medio 9 -13</p> <p>Nivel alto 14-20</p>	<p>Correcto:1 Incorrecto: 0</p>

ANEXO B. Proceso de construcción y validación del instrumento



ANEXO C. Formato de juicios de expertos

FORMATO DE JUICIO DE EXPERTO SOBRE LA PERTINENCIA DEL INSTRUMENTO

Instrucciones:

Para efectuar la validación del instrumento, agradeceremos leer cuidadosamente cada enunciado y sus correspondientes alternativas de respuesta, donde podrá seleccionar una de las alternativas de acuerdo a su criterio profesional.

Coloque en cada casilla la letra correspondiente al aspecto cualitativo que le parece que cumple cada ítem y alternativa de respuesta, según los criterios que a continuación se detallan.

E= Excelente / B= Bueno / M= Mejorar / X= Eliminar / C= Cambiar

Las categorías a evaluar son: Redacción, contenido, congruencia y pertinencia.

En la casilla de observaciones puede sugerir el cambio o correspondencia.

Por otra parte se le agradece cualquier sugerencia relativa a redacción, contenido, pertinencia y congruencia u otro aspecto que se considere relevante para mejorar el mismo.

PREGUNTAS		ALTERNATIVAS					OBSERVACIONES
Nº	Ítem	a	b	c	d	e	
1	B	E	B	B	M	B	
2							
3							

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems				
Amplitud de contenido				
Redacción de los Ítems				
Claridad y precisión				
Pertinencia				

Datos del Experto:

Nombre y Apellido: _____

Profesión: _____ **Nº Colegiatura:** _____

Cargo: _____

Institución: _____

Fecha: _____ **Firma:** _____

ANEXO D. Resultados de validación Kendall

Validación por jueces de expertos (análisis concordancia de Kendall)

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	Las distribuciones de VALVERDE, HUARACHI, ORREAGA, URIARTE, SUÁREZ and MALAVER son las mismas.	Coefficiente de concordancia de Kendall para muestras relacionadas	,001	Rechace la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es ,05.

ANEXO E. Resultado de validación kuder Richardson

ANÁLISIS DE FIABILIDAD DE KUDER RICHARDSON 20

Se realizó mediante el estadístico Excel

$$KR20 = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^n P_i Q_i}{S_T^2} \right)$$

Donde:

KR20= Es el coeficiente (entre 0 y 1)

n= Numero de Ítems

Pi: Proporción de éxito; la proporción donde se identifica la característica o atributo en estudio (cantidad de repuestas correctas de cada ítem)

Qi: 1- Pi proporción donde se identifica el atributo (cantidad de respuestas incorrectas de cada ítem).

ST2: Varianza de la prueba X

$$KR20 = 20/19 \times 1 - 3.78/17.27$$

$$KR20 = 1.05 - 0.26$$

$$KR20 = 0.79$$

KR20= 0.79 (muestra una fiabilidad alta)

ANEXO F. Instrumento

CUESTIONARIO NIVEL DE CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO (NICAPPD)

Buenos días somos estudiantes de la Universidad de Ciencias y Humanidades, pertenecientes a la Facultad de ciencias de la salud, les saludamos y la vez solicitamos su colaboración en el desarrollo de esta encuesta dirigida hacia usted. La presente encuesta se realiza con la finalidad de identificar el nivel de conocimientos de autocuidado para la prevención del pie diabético.

Se le recomienda leer detenidamente las preguntas y contestar las respuestas que Ud. crea correcta si en caso tienen alguna duda preguntar al investigador.

DATOS GENERALES:

1. Edad:

2. Sexo: F () M ()

3. Grado de instrucción: (marcar con una x)

- a. Sin grado de instrucción
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Superior técnico / Universitario

4. Ocupación

- a. Empleado
- b. Desempleado
- c. Trabajo eventual
- d. Ama de casa
- e. Jubilado

5. Ingreso económico mensual

- a. S/. 300 – 500
- b. S/. 500 – 750
- c. S/. 750 – 1000
- d. S/. 1000 – 15000

- e. S/. 1500 – 2000 a +

6. Estado civil

- a. Soltero
- b. Casado
- c. Conviviente
- d. Viudo

7. Tiempo de enfermedad:

8. Su médico le ha diagnosticado alguna vez:

- a. Neuropatía diabética
- b. Retinopatía diabética
- c. Nefropatía diabética
- d. Pie diabético
- e. NA.

I. CONOCIMIENTO A ACERCA DE LA ENFERMEDAD

1. ¿Qué es la diabetes?

- a. Enfermedad crónica, caracterizada por el aumento de azúcar en la sangre
- b. Enfermedad de la sangre que aumenta la glucosa.
- c. Enfermedad metabólica causada por una bacteria que aumenta la glucosa.
- d. Ninguna de las anteriores

2. ¿Cuáles son los signos /síntomas de la diabetes?

- a. Aumento del apetito , orina mucho y tos
- b. Aumento de la sed ,Insomnio, orina mucho
- c. Aumento del apetito, orina mucho, aumento de la sed.
- d. Ninguna de las anteriores.

3. ¿Cuál es el nivel esperado de su glucosa en ayunas?

- a. 110 -180 mg/dl
- b. 70 – 130 mg/ dl

- c. 70 – 110 mg/dl
- d. 60 - 100mg/dl

4. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes de la diabetes?

- a. Enfermedades de los ojos, pie diabético y pulmón
- b. Enfermedades del riñón, pie diabético e hígado
- c. Enfermedades en los ojos, en el riñón y pie diabético
- d. Ninguna de las anteriores

5. ¿Cuáles son las opciones del tratamiento de la diabetes?

- a. Farmacológico: metformina
- b. Alimentación saludable y actividad física
- c. Insulina
- d. Todas las anteriores

II. ESTILOS DE VIDA

6. ¿Qué alimentos debe consumir una persona diabética en su dieta diaria?

- a. 20% carnes blancas, 30% arroz, 50% frutas y verduras
- b. 25% menestras y carnes blancas, 25% arroz, 50% frutas y verduras
- c. 10% menestras y carne, 40% arroz, 50% frutas y verduras
- d. 15% menestras, 40% arroz, 45% frutas y verduras

7. ¿Cuántas veces al día es recomendable que coma una persona diabética?

- a. Cada vez que siente hambre
- b. Mañana, media mañana, tarde
- c. Tres veces al día
- d. Desayuno, media mañana, almuerzo, lonche, cena.

8. ¿Cuántos minutos de ejercicio físico es recomendable realizar al día?

- a. 10 min
- b. 25 min
- c. 30 min
- d. 15 min

9. ¿Cuántos vasos de agua es recomendable consumir en un día?

- a. 4 vasos
- b. 6 vasos
- c. 8 vasos
- d. 10 vasos

III. AUTO CUIDADO PARA PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO

10. ¿Cada cuántos días es recomendable que usted revise sus pies?

- a. Diario
- b. Semanal
- c. Quincenal
- d. Mensual

11. ¿Qué debe revisar en el zapato antes de utilizarlo?

- a. La suela del zapato
- b. La plantilla del zapato
- c. El interior del zapato
- d. La forma del zapato

12. ¿Cuál es el zapato adecuado para un diabético?

- a. Sandalia abiertas con taco
- b. Zapatos holgados y cómodos
- c. Zapatillas cerradas y con tacos
- d. Zapatos con taco y cómodos

13. ¿De qué material deben ser las medias que usa un diabético?

- a. Algodón
- b. Nylon y algodón
- c. lana y algodón
- d. Lana

14. ¿Cuál es el instrumento adecuado para cortarse las uñas?

- a. Tijera
- b. Navaja
- c. Cortador de uñas

d. Lima para uñas

15. ¿Cuál es la forma correcta de cortarse las uñas?

- a. Curva
- b. Recta
- c. Curva y recta
- d. Ninguna de las anteriores

16. ¿Qué es lo que haría si presentaría callos/uñeros?

- a. Se los corta con navaja
- b. Acude a un podólogo
- c. Se lima los callos / uñeros
- d. Acude al endocrinólogo

17. ¿Cada cuánto tiempo es recomendable lavarse los pies?

- a. Diario
- b. Cada dos días
- c. Cada tres días
- d. Semanal

18. ¿Qué debe utilizar para lavarse los pies?

- a. Agua y jabón
- b. Cepillo especial
- c. Esponja
- d. Todas los anteriores

19. ¿En qué parte del pie debe enfatizar el secado?

- a. La planta del pie
- b. El dorso del pie
- c. Entre los dedos del pie
- d. Todo el pie

20. ¿Qué se debe aplicar en los pies después de bañarse / lavarse?

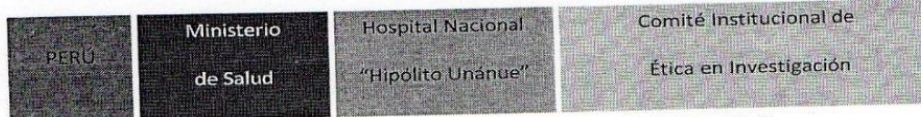
- a. Cremas humectantes
- b. Talco
- c. Aceites y cremas humectantes
- d. Nada

Respuestas:

- | | |
|-------|-------|
| 1. a | 11. c |
| 2. c | 12. b |
| 3. b | 13. c |
| 4. c | 14. d |
| 5. d | 15. b |
| 6. b | 16. b |
| 7. d | 17. a |
| 8. c | 18. d |
| 9. c | 19. c |
| 10. a | 20. d |

Gracias por su atención

ANEXO G. Carta de aceptación de la población de estudio



"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

CARTA N° 132 - 2015 - CIEI-HNHU

A : Srta. MONTOYA PAREDES ROSALÍA MARLENI
ASUNTO : **Aprobación Proyecto de tesis**
Referencia : Exp. N° 27124
FECHA : El Agustino, 4 de septiembre 2015

Es grato dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y dar respuesta al documento de referencia donde solicita revisión y aprobación de proyecto de tesis titulado : " **Nivel de Conocimiento de autocuidado para la prevención del pie diabético en personas afectadas de diabetes Mellitus Tipo II. Hospital Nacional Hipólito Unanue, El Agustino - 2015** ", para optar título profesional de Licenciada en Enfermería en la UCH.

El Comité, en sesión ordinaria del miércoles 2 de septiembre del presente año, según consta en el Libro de actas N° 4, se acordó Aprobar el Proyecto de tesis antes mencionado.

Atentamente

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNÁNUE

.....
DRA. ANGÉLICA RICCI YAURIVILCA
C.M.P. 9482
Presidenta del Comité de Ética en Investigación

ARY
Cc. archivo

ANEXO H. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo identificada con documento de identidad número.....a través de la firma de este documento, doy mi consentimiento para que se me realice el cuestionario titulado: “NIVEL DE CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO”.

Se me ha informado que la encuesta forma parte de una investigación para determinar los conocimientos que tiene los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II.

Esta investigación será desarrollada por las estudiantes de la escuela profesional de enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades, dicha investigación se realizará en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue”

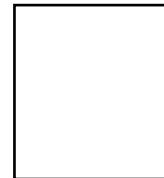
Mi participación es voluntaria y podré retirarme del estudio en cualquier momento, no estaré sujeta a sentirme obligada. Así mismo, la información que brindo en ningún momento será conocida por otras personas y será de manejo exclusivo de las investigadoras para efectos académicos e investigativos.

Habiendo tenido la oportunidad de aclarar mis dudas acerca del estudio, teniendo en cuenta que la información será de carácter confidencial, ante ello otorgo mi consentimiento para participar en el estudio, firmando el presente para que así conste.

.....

Firma del participante

Huella



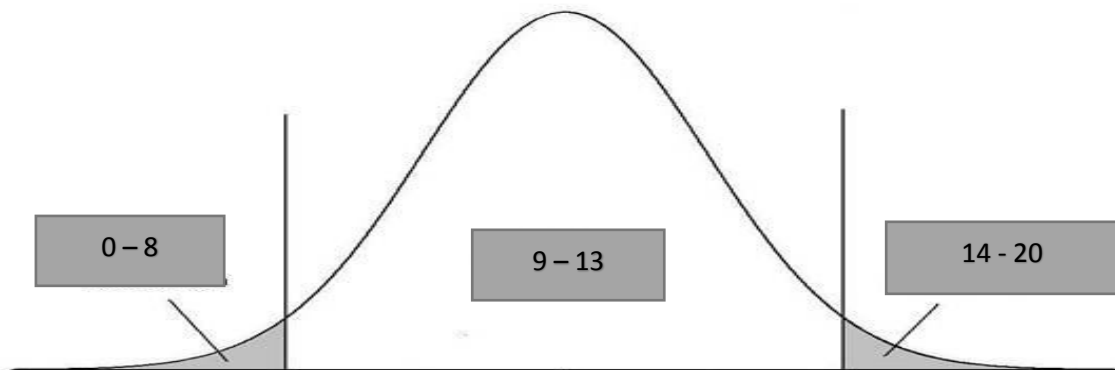
ANEXO I. Resultados complementarios

APLICACIÓN DE LA ESCALA DE STANONES PARA LA OBTENCIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO

Para la clasificación del nivel de conocimiento de autocuidado para la prevención del pie diabético se utilizó la escala de Stanones, con la constante de 0,75 evidenciado en la campana de Gauss.

1. Se calculó la media $X = 10,94$
2. Se calculó la DS = 3,039
3. Se establecieron los valores a y b

$a = X - 0,75 (DS)$	$b = X + 0,75 (DS)$
$a = 10,94 - 0,75 (3,039)$	$b = 10,94 + 0,75 (3,039)$
$a = 10,94 - 2,2792$	$b = 10,94 + 2,2792$
$a = 8.1208 = 8$	$b = 13,2192 = 13$



CATEGORIAS RANGOS

Bajo 0 - 8

Medio 9 - 13

Alto 14 - 20

Tablas 1. Datos sociodemográficos de la población

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
25-35	9	4 %
36-59	103	45%
60-90	118	51%
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	122	53%
Masculino	108	47%
Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Sin grado	25	10.9%
Primaria	71	30.9%
Secundaria	96	41.7%
Superior/ Universitario	38	16.5%
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Empleado	52	22.6%
Desempleado	14	6.1%
Trabajo eventual	75	32.6%
Ama de casa	64	27.8%
Jubilado	25	10.9%
Ingreso Económico	Frecuencia	Porcentaje
300-500	75	32.6%
500-750	65	28.3%
750-1000	55	23.9%
1000-1500	17	7.04%
1500-2000	13	5.7%
2000 a mas	5	2.2%
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
soltero	29	12.6%
casado	101	43.9%
conviviente	58	25.2%
viudo	43	18.3%
Su médico le ha diagnosticado:	Frecuencia	Porcentaje
Neuropatía diabética	68	29.6%
Retinopatía diabética	31	13.5%
Nefropatía diabética	14	6.1%
Pie diabético	0	0%
Ninguna de las anteriores	117	50.9%

Tablas 2. Dimensión de la Enfermedad

Número de preguntas:		Frecuencia	Porcentaje
Pregunta 1	0	98	42.6%
	1	132	57.4%
Pregunta 2	0	88	38.3%
	1	142	61.7%
Pregunta 3	0	144	62.6%
	1	86	37.4%
Pregunta 4	0	84	36.5%
	1	146	63.5%
Pregunta 5	0	122	53%
	1	108	47%

Tablas 3. Dimensión de estilos de vida

Número de preguntas		Frecuencia	Porcentaje
Pregunta 6	0	119	51.7%
	1	111	48.3%
Pregunta 7	0	123	53.5%
	1	107	46.5%
Pregunta 8	0	103	44.8%
	1	127	55.2%
Pregunta 9	0	146	63.5%
	1	84	36.5%

Tablas 4. Dimensión de autocuidado para prevención de pie diabético

Número de preguntas		Frecuencia	Porcentaje
Pregunta 10	0	29	12.6%
	1	201	87.4%
Pregunta 11	0	116	50.4%
	1	114	49.6%
Pregunta 12	0	54	23.5%
	1	176	76.5%
Pregunta 13	0	187	81.3%
	1	43	18.7%
Pregunta14	0	194	84.3%
	1	36	15.7%
Pregunta 15	0	164	71.3%
	1	66	28.7%
Pregunta 16	0	115	50.0%
	1	115	50.0%
Pregunta 17	0	32	13.9%
	1	198	86.1%
Pregunta 18	0	179	76.8%
	1	51	22.2%
Pregunta 19	0	113	49.1%
	1	117	50.9%
Pregunta 20	0	207	90.0%
	1	23	10.0%