

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA



**Epidemiología y clínica de los pacientes adultos mayores
con diabetes. Hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura. 2018.**

Tesis para obtener el Título de licenciada en Enfermería

Autor:

Cardoza Luliquiz, Norma Adela

Asesor:

Mg. Mejias Ramirez Rosa Alicia

Piura – Perú

2019

DEDICATORIA

La presente investigación está dedicado a mis padres y a mi querido hijo, gracias por su apoyo por el verdadero amor que me profesan y al logro del objetivo; terminar mi informe final de tesis, así mismo a mis educadores, en constituirme en ejemplo de superación constante a nivel personal y profesional.

AGRADECIMIENTO

A Dios por sobre todas las cosas; guía espiritual de fortaleza en nuestra vida cotidiana y haber sido mi hacedor del camino hasta ahora.

PALABRAS CLAVES

Epidemiología	: Epidemiology
Clínica	: Clinical
Pacientes Diabéticos	: Diabetic patients

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Área	: Ciencias Médicas y de Salud
Sub Área	: Ciencias de la Salud
Línea de Investigación	: Epidemiología
Sub Línea	: Estudio de la problemática de la población con enfermedades infecciosas agudas y crónicas.

RESUMEN

La investigación tuvo como objeto Determinar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes adultos mayores con diabetes tipo II atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura. 2018, la muestra estuvo constituida por 133 pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 atendidos y que cumplieron con los criterios de inclusión para la participación en este estudio. Se utilizó como instrumento un cuestionario para conocer las características epidemiológicas y clínicas. Los resultados son presentados e interpretados en tablas de doble entrada, como también en gráficos estadísticos.

Como resultado obtuvimos que en las características epidemiológicas que el 70.7% (94) de los pacientes diabéticos son de género femenino, de grado de instrucción con educación secundaria con el 64.7% (86). Los pacientes diabéticos son casados con un 45.9% (61), los pacientes diabéticos sin ocupación alguna con el 80.5% (107). Por último, el lugar de procedencia predominó los pacientes diabéticos de la costa con el 88.0% (117). Con respecto a las características clínicas los pacientes diabéticos en su mayoría tienen un tiempo de enfermedad de 11 a 20 años con un 41.4% (55), Con respecto al número de consultas que reciben los pacientes diabéticos tenemos que en su mayoría reciben de 4 a 6 consultas con un 51.9% (69). Los pacientes diabéticos con obesidad son el 33.8% (45), y complicaciones tenemos con el pie diabético con el 45.9% (61), Con respecto al nivel de glicemia tenemos pacientes diabéticos con Hiperglucemia con 67.7% (90). El tipo de tratamiento tenemos, tratamiento con insulina con 67.7% (90), En el cumplimiento de tratamiento tenemos que los pacientes diabéticos sí cumplen con el 79.7% (106). Pacientes diabéticos que recibieron consejería integral en diabetes fue el 30.8% (41).

Palabras clave: Epidemiología, clínica, pacientes diabéticos

ABSTRACT

The purpose of the research was to determine the epidemiological and clinical characteristics of elderly patients with type II diabetes treated at the Jorge Reátegui Delgado Hospital, Piura. 2018, the sample consisted of 133 elderly patients with type 2 diabetes mellitus treated and who met the inclusion criteria for participation in this study. A questionnaire was used as an instrument to know the epidemiological and clinical characteristics. The results are presented and interpreted in double entry tables, as well as in statistical graphs.

As a result, we obtained that in the epidemiological characteristics that 70.7% (94) of the diabetic patients are female, of secondary education with 64.7% (86). Diabetic patients are married with 45.9% (61), diabetic patients without any occupation with 80.5% (107). Finally, the place of origin dominated the diabetic patients of the coast with 88.0% (117). Regarding the clinical characteristics, diabetic patients mostly have a disease time of 11 to 20 years with 41.4% (55). Regarding the number of consultations that diabetic patients receive, we mostly receive from 4 to 6 consultations with 51.9% (69). The diabetic patients with obesity are 33.8% (45), and complications we have with the diabetic foot with 45.9% (61). Regarding the level of glycemia we have diabetic patients with Hyperglycemic with 67.7% (90). The type of treatment we have with 67.7% insulin treatment (90). In compliance with treatment we have diabetic patients if they comply with 79.7% (106). Diabetic patients who received comprehensive diabetes counseling was 30.8% (41).

Keywords: Epidemiology, clinical, diabetic patients

Índice General

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
PALABRAS CLAVES	iv
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN	1
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la realidad Problemática.....	3
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Objetivos	4
1.4. Justificación	4
1.4.1. Social.....	4
1.4.2. Teórica	5
1.4.3. Metodológica.....	5
1.5. Hipótesis.....	5
1.6. Variables	5
1.7. Operacionalización de las Variables	6
II. MARCO TEORICO	7
2.1 Antecedentes (nacionales e internacionales).....	7
2.2 Marco	9
2.2.1. Marco Teórico.....	9
2.2.2. Marco Conceptual	20
2.3. Definición de términos básicos	21
III. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	23
3.1. Tipo y Diseño de Investigación.....	23
3.2. Población y Muestra.....	23
3.3. Técnicas, instrumentos de recolección de datos.....	24
3.4. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	25
V. RESULTADOS	26
4.1. Descripción de resultados	26
V. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	36

CONCLUSIONES	40
RECOMENDACIONES	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXOS	46
- Instrumentos.	46

INDICE TABLAS

Tabla 1: Características epidemiológicas de los pacientes adultos mayores con diabetes tipo II atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura. 2018.	26
Tabla 2: Características clínicas de los pacientes adultos mayores con diabetes tipo II atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura. 2018.	30

INDICE GRÁFICOS

Gráfico 1: Genero de los pacientes adultos mayores con diabetes tipo II atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura. 2018.	27
Gráfico 2: Grado de Instrucción de los os pacientes adultos mayores con diabetes tipo II atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura. 2018.	27
Gráfico 3: Estado civil de los pacientes adultos mayores con diabetes tipo II atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura. 2018.	28
Gráfico 4: Ocupación de los pacientes adultos mayores con diabetes tipo II atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura. 2018.	28
Gráfico 5: Lugar de procedencia de los pacientes adultos mayores con diabetes tipo II atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura. 2018.	29
Gráfico 6: Tiempo de enfermedad de los pacientes adultos mayores con diabetes tipo II atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura. 2018.	32
Gráfico 7: Número de consultas de los pacientes adultos mayores con diabetes tipo II atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura. 2018.	32
Gráfico 8: Comorbilidades de los pacientes adultos mayores con diabetes tipo II atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura. 2018.	33
Gráfico 9: Complicaciones en los pacientes adultos mayores con diabetes tipo II atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura. 2018.	33
Gráfico 10: El nivel de Glicemia de los pacientes adultos mayores con diabetes tipo II atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura. 2018.	34
Gráfico 11: Tipo de Tratamiento de los pacientes adultos mayores con diabetes tipo II atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura. 2018.	34
Gráfico 12: Cumplimiento del tratamiento de los pacientes adultos mayores con diabetes tipo II atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura. 2018.	35
Gráfico 13: Consejería Integral a los pacientes adultos mayores con diabetes tipo II atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura. 2018.	35

INTRODUCCIÓN

La Organización mundial de la salud (OMS) define la diabetes como una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. (OMS, 2008)

Así mismo la diabetes mellitus (DM) es una enfermedad frecuente en los ancianos, ya que su prevalencia aumenta ostensiblemente con la edad. A los 75 años, aproximadamente el 20 % de la población la padece y el 44 % de los diabéticos tienen más de 65 años. A estas cifras contribuye el envejecimiento de la población mundial, pues las estadísticas reflejan que para mediados del siglo XXI el 16 % de la población mundial será anciana, lo que contrasta con el hecho de que en 1950 solamente el 5 % alcanzaba los 65 años. Datos epidemiológicos recientes señalan que la DM es la quinta enfermedad más frecuente en la senectud, tras la artrosis, la hipertensión arterial (HTA), las cataratas y las enfermedades cardiovasculares. (Quesada M. et. al., 2009)

En la patogenia de la forma clásica, se acepta que la mayoría de los ancianos tienen una alteración en la secreción insulínica y en la sensibilidad periférica a la misma. Este proceso tiene 3 fases: Resistencia a la insulina, lo que obliga a la célula beta a aumentar su producción de insulina en un intento compensatorio para lograr vencer esta resistencia; De forma progresiva las células beta sufren una disfunción secretora, lo que condiciona la aparición de glucemias en ayuna alteradas, sin llegar estas al rango diabético; Las células fracasan en su producción de insulina y sufren procesos como, apoptosis y muerte celular. (Quesada M. et. al., 2009)

Con el paso de los años, se desarrollan alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, con un incremento de la glucemia en 10 mg/dL tras la sobrecarga oral de glucosa, lo cual ocurre a partir de la cuarta década de la vida y se produce con independencia del fenotipo o los hábitos de vida. La causa de este fenómeno es una alteración de la segunda fase de la secreción de insulina y/o una disminución de la captación de glucosa mediada por esta hormona; así, es destacable

el hecho de que en ancianos sanos se ha encontrado una disminución de los principales receptores para glucosa en el músculo y el tejido adiposo. (Quesada M. et. al., 2009)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 9% de los adultos (18 años o adultos mayores) tenía diabetes. En 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencia directa de la diabetes. Más del 80% de las muertes por diabetes se registra en países de ingresos bajos y medios. (OMS, 2006)

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estimó que la diabetes mellitus causa 300 000 muertes al año en América Latina y el Caribe, mucho más de lo que indican las cifras oficiales, y consume cerca de 6 700 millones de dólares al año en tratamientos. Unos 20 millones de latinoamericanos, o una de cada 26 personas, padecen diabetes, lo que la convierte en uno de los mayores problemas de salud en la región, según informó el organismo. (Medisur, 2016)

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad Problemática

En la actualidad la diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) es un problema a nivel mundial, que está considerada por los expertos como una pandemia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que para el año 2030 el número de personas con diabetes será de 439 millones, donde la mayoría será DM2. Las personas entre los 49 a 59 años constituyen el 46% de la población con esta enfermedad; un 80% de ellos viven en países en desarrollo con bajos ingresos y recursos sanitarios limitados. (King R. et. al., 2005)

Se estima que cada año las causas de muerte relacionadas con la DM2 ocasionan 3,8 millones de fallecimientos, lo que equivale a una muerte cada 10 segundos. (Hogan T., Dall P., 2005) (Baceló A., 2001)

En Latinoamérica, la DM se considera un problema de salud pública y se estima que el número de DM2 en el año 2005 fue de 35 millones, y esta cifra se incrementará a 64 millones en el año 2025, aumento que estará presente en todas las edades, pero principalmente en el grupo etáreo de 45 a 64 años de edad, en la cual la prevalencia de DM2 será el doble de la que se observará en las personas de 20 a 44 y mayores de 65 años. (Baceló A., 2001)

Es importante destacar que en México los pacientes mayores de 50 años, con nivel educativo bajo y con más de 5 años de evolución de la enfermedad desde el diagnóstico, tienen mayor riesgo de verse afectados en su calidad de vida, lo cual está asociado a la evolución degenerativa de la enfermedad. (Espinoza A., 2009)

En el Perú la prevalencia de DM2 es de 1 a 68% de la población general, afectando a más de un millón de peruanos y menos de la mitad han sido diagnosticados. La prevalencia de diabetes en zonas urbanas oscila entre 7 y 8%, mientras en las zonas rurales de 1 al 2%. En Lima la prevalencia es de 7,6%. Todos estos datos muestran un aumento significativo de pacientes diabéticos lo cual se asocia con una pobre calidad de vida. (Espinoza A., 2009)

En el Hospital Jorge Reátegui Delgado en el año 2018 se registró 250 casos de diabetes mellitus. El personal de salud manifestó que los pacientes adoptan

hábitos de vida poco saludables como son: aumento de consumo de alimentos procesados, escasa actividad física, sedentarismo, lo que afecta su calidad de vida. La DM 2 es más frecuente en personas obesas y de nivel socioeconómico bajo, lo que representa una carga social importante que se manifiesta tanto en los sistemas de servicios de salud como en la calidad de vida de las personas con DM 2 y de su familia.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes adultos mayores con diabetes tipo II atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura, 2018?

1.3. Objetivos

Objetivo General

Determinar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes adultos mayores con diabetes tipo II atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura. 2018.

Objetivos Específicos

- Identificar las características epidemiológicas de los pacientes adultos mayores con diabetes tipo II atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura. 2018.
- Identificar las características clínicas de los pacientes adultos mayores con diabetes tipo II atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura. 2018.

1.4. Justificación

1.4.1. Social

La investigación se justifica socialmente porque presenta una de las enfermedades crónicas degenerativas más frecuentes en nuestro país y a nivel mundial considerándose uno de los principales problemas de salud pública, así mismo contribuirá a generar un aporte significativo para los profesionales de enfermería del hospital Jorge Reátegui Delgado, de esa forma se dará a conocer las

características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

1.4.2. Teórica

Esta investigación puede servir de base para la elaboración de hipótesis de investigación de nuevos estudios, de mayor envergadura y, por otra parte, generar información para las personas e instituciones que se relacionan con este tema, a fin de proponer programas que den información pertinente o que contribuyan a un cambio en la actitud y conducta hacia la Diabetes Mellitus.

1.4.3. Metodológica

El presente estudio se justifica metodológicamente ya que existe la necesidad de tener información clara de la Diabetes tipo II en los adultos mayores, identificar las características epidemiológicas y las características clínicas para orientar de forma adecuadas las acciones.

1.5. Hipótesis

Hipótesis General

La presente investigación no se plantea hipótesis por ser de tipo descriptivo

1.6. Variables

Características Epidemiológicas y Clínicas

Son aquellos indicadores que determinan los niveles de vida y salud de las personas Edad adulta, es una variable demográfica que determina una madurez física y mental, así como un nivel cognitivo. La edad estará comprendida según grupo etario de: 25- 59 años y > 60 años.

1.7. Operacionalización de las Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Características Epidemiológicas y Clínicas	Son aquellos indicadores que determinan los niveles de vida y salud de las personas. Edad adulta, es una variable demográfica que determina una madurez física y mental, así como un nivel cognitivo. La edad estará comprendida según grupo etario de: 25- 59 años y > 60 años.	Paciente adulto mayor que tiene como enfermedad la diabetes tipo 2 que su edad estará comprendida según grupo etario de: 25- 59 años y > 60 años, y será medido de acuerdo a las dimensiones epidemiológica y clínica.	Características Epidemiológica	Sexo	Ordinal
				Grado de Instrucción	
				Estado Civil	
				Ocupación	
				Lugar de Procedencia	
			Características Clínica	Tiempo de Enfermedad	
				Glicemia en ayunas	
				Número de consultas en los últimos 12 meses	
				Comorbilidades	
				Complicaciones	
				Tipo de tratamiento	
				Cumplimiento con el tratamiento	
				Recibió la consejería integral en diabetes	

II. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes (nacionales e internacionales)

Antecedentes Internacionales

Salazar et al. (2012) en México, investigaron La calidad de vida en adultos con Diabetes Mellitus 2 en Centro de Salud de Guadalajara, Jalisco – México en el año 2012. Los resultados señalan que 85% de las mujeres se dedican al hogar y 75% de los hombres son trabajadores activos. El 76,7% informaron que no tienen complicaciones. El 47,9% fueron tratados con dieta. La duración media de diabetes fue entre 8 y 9 años. Los pacientes hombres tienen ingresos más altos (83%) en contraste con las mujeres (59%). Concluyeron que la calidad de vida se ve afectada en pacientes con diabetes, especialmente en el dominio de energía y movilidad y en el funcionamiento sexual, lo que indica la necesidad de un programa de intervención en actividades físico recreativas y en asesoría educativa psicológica.

Lugo (2010) en Santiago de Chile, estudió La calidad de vida en personas con diabetes mellitus tipo 2, en el año 2010. Concluyó que 75% de la muestra percibió que la calidad de vida fue buena, lo que indica que son personas que están atentas a sus consultas médicas para llevar el control de la enfermedad. El trabajo y la actividad sexual fueron las áreas más afectadas. A mayor edad mayor deterioro de la calidad de vida de las personas con DM2.

Vicente et al. (2008) en España, se investigó La calidad de vida en el paciente diabético. Los resultados fueron que existió un predominio del sexo femenino sobre el masculino; el mayor número de pacientes estaba entre 40 y 59 años; resultó significativa la asociación de la diabetes mellitus con la hipertensión arterial. La calidad de vida fue menor en los pacientes con más años de evolución, los obesos y los que padecen de enfermedad vascular periférica. Concluyen que, aunque la calidad de vida de los pacientes diabéticos no esté deteriorada de forma general pueden padecer un estado de ánimo negativo en relación con la enfermedad.

Antecedentes Nacionales

Ray Ticse, et al (2014); describieron las características demográficas y epidemiológicas de pacientes con DM tipo 2 hospitalizados por cetoacidosis diabética en un hospital general de Lima-Perú, a través de un estudio observacional descriptivo. Se incluyeron 3470 con DM tipo 2. Se identificaron 206 casos de cetoacidosis, 60,8% fueron DM tipo 2; la edad promedio fue 50,6 años y la estancia hospitalaria fue 9,9 días. De las condiciones asociadas, 42% fueron infecciones, 13,5% enfermedad cardiovascular y en 30,5% ninguna. La tasa anual de cetoacidosis en pacientes con diabetes tipo 2 se incrementó de 3,5 a 5,8 por 100 diabéticos tipo 2 hospitalizados al año, con una mortalidad total de 8,2%. La frecuencia de cetoacidosis diabética en pacientes con diabetes tipo 2 se ha incrementado y presenta una elevada tasa de mortalidad, especialmente en adultos mayores.

Haya y Palma (2012) estudiaron La calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Programa de diabetes mellitus Hospital Es Salud –II Tarapoto, 2012. Concluyen que la edad promedio de los pacientes con DM 2 que acuden al programa es de 59 años, con grado de instrucción superior, predominio del sexo femenino, estado marital con pareja. El tiempo de diagnóstico de la enfermedad oscila entre 1 a 29 años y pertenecen al programa de 1 a 16 años. La dimensión de la calidad de vida más afectada es la preocupación por los efectos futuros de la enfermedad.

Casanova et al. (2010) desarrolló un trabajo de investigación titulado Calidad de vida en adultos mayores diabéticos tipo 2. Policlínico Hermanos Cruz; 2010. Los resultados señalan que existió un predominio del sexo femenino de más de 60 a 69 años, el grupo de diabéticos tiene más de 10 años de evolución, Concluyen que la Atención Primaria de Salud debe insistir en programar actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, dirigido a los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 para contribuir a mejorar su calidad de vida.

2.2 Marco

2.2.1. Marco Teórico

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICO DEL ADULTO MAYOR

El proceso de envejecimiento de la población

El envejecimiento no es simplemente un proceso físico, sino también un proceso mental. En otros tiempos, particularmente en los países industrializados, el envejecimiento implicaba la jubilación forzosa y la merma de las funciones físicas y de la capacidad mental, lo que a menudo llevaba como secuela el alejamiento del individuo de las actividades normales de la sociedad (Rodríguez J., 2000).

El envejecimiento, es un proceso deletéreo, que acontece en todo ser vivo con el tiempo, como expresión de la interacción entre el programa genético del individuo y su medio ambiente. Así entonces, se considera al envejecimiento y la muerte, al igual que al nacimiento y la maduración, como parte del ciclo vital normal (Lopez T., 2006). Ahora que la supervivencia hasta edades avanzadas es un fenómeno común, las personas le temen menos a la muerte y más a la discapacidad, o a tener que depender de otras personas para realizar las actividades básicas de la vida diaria (Engler J., 2002).

Desde una perspectiva demográfica, el envejecimiento de la población puede definirse como el proceso de cambios en la estructura por edad y sexo con una doble dimensión, diferenciable por sus causas y por sus efectos:

a) Aumenta la proporción de las personas mayores, es decir, el grupo de las personas de mayor edad crece más rápidamente que el conjunto de la población (INEI, 2014). La causa de esta variación es fundamentalmente, el descenso de la natalidad, que se conoce como envejecimiento por la base de la pirámide. En circunstancias excepcionales, la pérdida de población joven, normalmente por emigración, también podría producir un rápido envejecimiento por la base.

b) El grupo de personas mayores crece en términos absolutos con un ritmo de continuo, como consecuencia del aumento de la esperanza de vida en todas las edades, por ello, cada vez es mayor la proporción de los individuos de cada

generación que superan el umbral de los 60 años y que, traspasada esta barrera, sobreviven durante más años. Es lo que se denomina envejecimiento por la cúspide de la pirámide y responde por tanto a la inercia de los aportes de la propia estructura por edad. Debe recordarse que la mayor sobre mortalidad, masculina con el aumento de la edad, va creciendo la relación de feminidad hasta alcanzar valores superiores a dos mujeres por varón a partir de los 85 años (INEI, 2014).

Además refiere que en los últimos 35 años la población de 60 y más años se ha triplicado aumentando en aproximadamente en 1 millón 700 mil personas. Mientras que la población en su conjunto ha crecido en ese periodo con una tasa promedio anual en 2,0%, las mayores de 60 años presentan una mayor velocidad de crecimiento (3,3% anual). Pero el proceso es aún más dinámico en el grupo de los más longevos.

Continúa mencionando que el ritmo de crecimiento de la población de 80 y más años es cerca de dos veces que la del conjunto de la población peruana. De 114 mil 445 habitantes que registro el Censo de 2005, ha pasado a 388 mil 388 personas en este último censo.

LINEAMIENTOS Y ESTRATEGIAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES.

Lineamientos:

Lineamiento 2

Promover el acceso universal de las personas adultas mayores a una atención integral y diferenciada a los servicios de salud

La Atención Integral de Salud reconoce el desarrollo pleno de las capacidades y potencialidades de la persona adulta mayor para realizarse y disfrutar de un envejecimiento activo y saludable. En ese sentido se deben tomar acciones para:

- Garantizar el marco legal y normativo que permita el ejercicio del derecho a la salud de las personas adultas mayores.

- Implementar y fortalecer la atención integral y diferenciada, que incluya prestaciones que respondan a las necesidades de salud con enfoque biopsicosocial, gerontológico y geriátrico.

- Fomentar y garantizar los mecanismos que eliminen cualquier forma de discriminación por edad, raza, credo y situación sociocultural.

- Asignar recursos humanos, financieros y de infraestructura en todos los niveles del gobierno: nacional, regional y local; necesarios para el desarrollo y salud integral de las personas adultas mayores.

Lineamiento 4

Fortalecimiento del desarrollo de capacidades técnicas de los recursos humanos del Sector en la atención integral de salud de las personas adultas mayores

El fortalecimiento y desarrollo permanente de las capacidades técnicas del personal en atención integral de salud del adulto mayor es la piedra angular para brindar un servicio de calidad y respeto al usuario, constituyendo los principales agentes del cambio.

Los prestadores de salud deberán estar sensibilizados, así como tener la aptitud, actitud y destrezas para:

- Lograr una comunicación adecuada con los adultos mayores y su entorno familiar y social.

- Desarrollar intervenciones de promoción y protección de la salud del adulto mayor.

- Realizar correctamente las acciones referidas a la atención de los daños, control y seguimiento de los usuarios del servicio de salud.

- Propiciar, conformar y trabajar en equipo interdisciplinario el abordaje intramural y extramural cuidados de salud de los adultos mayores según nivel de complejidad de los establecimientos de salud.

- Articular los esfuerzos y recursos intrasectoriales e intersectoriales involucrados en la atención de salud de esta población. El desarrollo de las capacidades técnicas de los recursos humanos en la atención integral de salud de las personas adultas mayores se fortalecerá a través de:

- Coordinar intra e intersectorialmente la conformación de grupos de trabajo para la formulación de planes y desarrollo de programas de capacitación en atención integral de salud del adulto mayor a nivel nacional, regional y local.

- Analizar las necesidades de capacitación y revisión del currículo del profesional de la salud, para elaborar programas de capacitación y evaluación de las actividades de capacitación en la atención integral del adulto mayor.

- Incorporar en la gestión de los niveles descentralizados el desarrollo de actividades de capacitación en atención integral de salud del adulto mayor.

- Desarrollar y aplicar investigaciones sobre conocimientos, actitudes y prácticas del prestador y usuario en el cuidado integral de salud de las PAMs.

Lineamiento 6

Promover la comunicación y educación para la salud de las personas adultas mayores, familia y comunidad.

La comunicación y educación para la salud está dirigida a la persona adulta mayor, familia y comunidad para lograr ciudadanos informados que propicien una percepción positiva del adulto mayor a partir del reconocimiento de sus derechos y respeto a la vida. Con este fin se deberán desarrollar planes descentralizados de comunicación y educación, de acuerdo a la realidad local con enfoque intercultural y participación amplia de los actores sociales involucrados en la temática del adulto mayor.

Las Direcciones Regionales de Salud y las Redes de Salud en coordinación con las diferentes instituciones del Sistema Nacional de Salud; y con la participación activa y continua de la comunidad están a cargo de:

Los establecimientos de salud en coordinación con los gobiernos regionales y locales están a cargo de:

- Sensibilizar a las autoridades, responsables de instituciones públicas, privadas y comunidad en general para el desarrollo de actividades de promoción y protección de la salud de las PAMs, en el contexto de familia y comunidad.
- Formular, planificar, desarrollar y evaluar programas de educación para la salud dirigida a las PAMs, familia y comunidad.
- Diseñar y difundir mensajes educativos preventivos promocionales dirigidos a las PAMs, familia y comunidad contemplando interculturalidad y género.
- Realizar campañas de educación para la salud utilizando los medios masivos de comunicación regional y local.

Lineamiento 8

Promover alianzas intersectoriales para la protección y promoción de la salud de las personas adultas mayores

El liderazgo del Ministerio de Salud para la articulación y movilización de recursos a nivel intrasectorial, intersectorial y comunitario es esencial para atender las necesidades de salud de las personas adultas mayores, en función de esto los desafíos futuros implican combinar recursos, promover cambios socioculturales y fomentar la participación activa de la sociedad civil, en particular de las mismas personas adultas mayores.

A nivel nacional, regional y local, se tomará la iniciativa de facilitar y promover la participación intersectorial en las intervenciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de las personas adultas mayores. Se fortalecerá la generación de alianzas intersectoriales y redes sociales con la sociedad civil que permitan optimizar los recursos humanos y materiales disponibles para mejorar el estado de salud de la población adulta mayor.

Las acciones a ser promovidas a través de la coordinación intersectorial son las siguientes:

- La elaboración y actualización permanente de un directorio de servicios que consigne además las características, direcciones, horarios y contacto de cada uno de ellos.
- La generación de alianzas estratégicas para brindar los cuidados de acuerdo a las necesidades de las personas adultas mayores.
- La referencia y contrarreferencia de las personas adultas mayores captadas a través de los servicios del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- El intercambio de información pertinente en relación a las necesidades y expectativas de los adultos mayores a nivel regional y local.
- La vigilancia de las personas adultas mayores y sus familias identificadas en situación de riesgo.
- La formación y/o fortalecimiento de las organizaciones de adultos mayores.
- Creación de espacios para la recreación, socialización y buen uso del tiempo libre para las personas adultos mayores.
- Actividades preventivo-promocionales para un envejecimiento activo y saludable.

Estrategias para la Atención Integral de salud de las Personas adultas mayores:

Son un conjunto de acciones o comportamientos cuyo propósito es lograr la atención integral de las PAMs y familia. Las más reconocidas para la atención integral en este grupo etáreo, son las siguientes:

- Fortalecimiento de las capacidades técnicas de los equipos interdisciplinarios.
- Organización y adecuación de los servicios según categorización.
- Manejo estandarizado en el mantenimiento y recuperación de la salud de las PAMs de acuerdo a la realidad regional y local.
- Participación de la familia y comunidad para mejorar el acceso a la atención integral de salud de las PAMs.

- Fomento de la participación de las PAMs en las acciones de salud.
- Conformación de redes de servicios sociales y de apoyo mutuo intersectorial.
- Articulación de las medicinas tradicionales y complementarias.

Diabetes mellitus

Definición

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad metabólica crónica, caracterizada por hiperglucemia y asociada a una deficiencia absoluta o parcial de secreción o acción de la insulina, con alteración de los procesos metabólicos de los carbohidratos, lípidos y proteínas. Por las complicaciones microvasculares y cardiovasculares que desencadena, aumenta de forma sustancial la morbilidad y mortalidad asociada con la enfermedad reduciendo la calidad de vida. (OMS, 2008)

Tipos de diabetes

Se han definido tres tipos de DM según su etiología: Diabetes Mellitus tipo 1 (DM tipo 1), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM tipo 2) y diabetes gestacional.

Diabetes Mellitus Tipo 1, caracterizada por una destrucción de las células beta pancreáticas, deficiencia absoluta de insulina, tendencia a la cetoacidosis y necesidad de tratamiento con insulina para vivir (insulinodependientes). (Arteaga A. et. al., 2007)

Síntomas: excreción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita.

La Diabetes Mellitus Tipo 2, es un grupo de trastornos con complejas anormalidades metabólicas. Estas incluyen: elevada producción de glucosa por el hígado, deficiente secreción de insulina por el páncreas y pobre respuesta del organismo hacia la insulina, referido como resistencia a la insulina. (OMS, 2006)

Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes tipo 1, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse solo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones.

La DM2 es más común que la DM1, representa aproximadamente el 85% a 90% de los casos diagnosticados. Se relaciona con factores de riesgo modificables por la persona como: obesidad o sobrepeso, inactividad física y regímenes alimentarios hipercalóricos de bajo valor nutricional. (Escalante J., 2008)

En este tipo de diabetes no se administra insulina, porque se compensa con la dieta y un antidiabético oral. Esta enfermedad aparece generalmente en el adulto pero también, puede presentarse en jóvenes y en niños. (OPS, 2010)

La diabetes gestacional, es un tipo de diabetes que solo se desarrolla durante el embarazo, alrededor del 2 al 10% de las futuras madres desarrollan esta enfermedad, considerada una de las más comunes del embarazo. (ADA, 2006)

Complicaciones

Entre las complicaciones crónicas de la diabetes se encuentran: Neuropatía diabética, afecta aproximadamente al 40% de los pacientes con DM2. Los principales factores de esta patología son el tiempo de evolución de la enfermedad y la edad. Dentro de este grupo de afecciones se encuentra la polineuropatía diabética, que afecta al 40% de los pacientes con 10 años de evolución de la diabetes. Entre otros factores que intervienen en el desarrollo de la polineuropatía distal son el mal control metabólico y el tabaquismo.

Retinopatía diabética, se presenta entre el 15% y 60% de los pacientes diabéticos. Además, pueden presentar otras afectaciones oculares, tales como: cataratas y glaucoma de ángulo abierto. La patología ocular es más frecuente en personas con diabetes que en la población general.

Nefropatía, aproximadamente 50% de los pacientes diabéticos tiene algún tipo de afectación renal. En la DM2 la prevalencia de microalbuminuria puede acercarse al 25%, la macroalbuminuria al 5% y la de insuficiencia renal al 9%. Los pacientes con DM2 tienen 25 veces más riesgo de desarrollar insuficiencia renal, convirtiéndose en una de las principales causas de requerir diálisis.

Cardiopatía isquémica: en los pacientes con esta patología, la prevalencia de DM2 se encuentra entre el 2,4% y el 25,3%. La presencia de DM o alteración del metabolismo de la glucosa predicen un peor pronóstico después de un infarto agudo de miocardio. A nivel mundial es una de las principales causas de mortalidad de la población diabética.

Accidente cerebrovascular: se estima que aproximadamente el 40% de los pacientes que desarrollan un episodio de accidente cerebrovascular son diabéticos. La presencia de diabetes es un factor de mal pronóstico. (Calderón A., 2007)

Pie diabético: es una complicación de la diabetes en la que intervienen diferentes factores causales y se define como la infección, ulceración o destrucción de los tejidos profundos del pie, asociados a neuropatía y/o enfermedad vascular periférica de diferente magnitud en las extremidades inferiores de los pacientes. (Calderón A., 2007)

Medidas para prevenir la diabetes tipo 2

Alimentos saludables

Comer alimentos con bajo contenido de grasas, pero con alto contenido de nutrientes, como cereal, pan integral, fruta, verdura, producto lácteo y proteína magra (con poca grasa). Son alimentos que proveerán de nutrientes necesarios para crecer, pero también ayudarán a mantener un peso normal y saludable que permitirá prevenir la diabetes tipo 2.

Restricción del consumo de azúcar y sal

Evitar el consumo de bebidas con alto contenido de azúcar, como jugos. Evitar el consumo de los alimentos con alto contenido de sodio.

Mantenerse activo

El ejercicio puede ayudar a mantener los niveles de azúcar estables, disminuir el riesgo de enfermedad cardíaca y ayudar a perder peso. Realizar ejercicios a 30 minutos diarios.

Se debe disminuir el tiempo en actividades sedentarias (ver televisión, jugar a videojuegos o usar la computadora).

Revisar los pies

Los pies se deben revisar todos los días para identificar alguna lesión, mantener limpios y secos los pies, usar zapatos y calcetines que le queden correctamente, recortar las uñas de los pies con cuidado. 28

Calidad de Vida en el paciente diabético

La DM2 puede alterar la CV tanto en el ámbito social como psicológico por las alteraciones y sensación de disminución física. Las personas con DM2 en los estadios iniciales de la enfermedad no presentan síntomas, por esta razón es importante la atención médica preventiva para diagnosticar esta patología antes que se vean afectados varios órganos, causando daños irreversibles y que la calidad de vida se vea afectada.

Las manifestaciones de la DM2 son:

-Alteraciones de la visión: cataratas, glaucoma, retinopatía; alteraciones renales: microalbuminuria, macroalbuminuria, insuficiencia renal; neurológicas: polineuropatía distal, polineuropatía autonómica; cardiovasculares: microvasculares, macrovasculares, cardiopatía isquémica, infarto agudo de miocardio; cerebrovasculares: accidente cerebrovascular.

Por ser una enfermedad crónica afecta el bienestar físico y más aún, cuando se presentan complicaciones agudas, altera el ámbito psicológico, generando frustración, baja autoestima, depresión y ansiedad. En el panorama social, las relaciones familiares y de amigos puede afectarse, por las restricciones dietéticas y físicas.

El soporte familiar es fundamental para el paciente diabético. Representa su principal fuente de apoyo afectivo, educativo, cultural, social y económico. Se ha identificado en varios estudios que el apoyo de la familia, le permite al paciente lograr un mejor control de su enfermedad.

El equipo fundamental de soporte para el paciente diabético, es el personal de los sistemas de salud. Sin embargo, se ha encontrado un deterioro en las relaciones: médico – paciente, enfermera – paciente, personal de apoyo – paciente; lo que trae como consecuencia la disminución de la eficiencia del tratamiento, por fracaso en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, e insatisfacción del paciente. (Cunha M., 2008)

Características sociodemográficas y clínicas

Son aquellos indicadores que determinan los niveles de vida y salud de las personas. Edad adulta, es una variable demográfica que determina una madurez física y mental, así como un nivel cognitivo. La edad estará comprendida según grupo etario de: 25- 59 años y > 60 años.

Sexo, condición orgánica que se distingue en masculino y femenino.

Estado civil, es la situación de las personas determinadas por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. Comprende los siguientes ítems: casado, viudo, soltero.

Ocupación, empleo o actividad remunerado o no; que ejerce la persona y se clasifica en: Trabajador independiente, son aquellas personas que no están vinculadas a una empresa mediante un contrato de trabajo, sino mediante un contrato de servicios y son remunerados bajo la figura de honorarios o comisiones. Estas personas, conocidas también como contratistas, tienen un tratamiento especial desde el punto de vista tributario e incluso de seguridad social. Trabajador dependiente, es toda persona natural que preste servicios personales en el proceso social de trabajo bajo dependencia de otra persona natural o jurídica. La prestación de su servicio es remunerada.

Nivel de instrucción, está determinado por nivel de educación: sin instrucción, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, superior incompleta, superior completa.

Tiempo de evolución de la enfermedad, se considera el tiempo transcurrido en años desde el diagnóstico hasta la actualidad, se considera > de 5 años, de 6 a 9 años y > 10 años.

Discapacidad física: cuando desarrolla complicaciones la DM2, como: Neuropatía diabética, retinopatía, neuropatía, cardiopatía isquémica y aneurisma cerebrovascular.

Control de la enfermedad: basado en las mediciones de niveles glucosa y controles médicos periódicos.

Tratamiento farmacológico, comprende los siguientes indicadores: solo dieta, antidiabéticos orales, insulina, antidiabéticos orales más insulina.

Hábitos: mantiene horarios establecidos para la toma de medicamentos y para las rutinas de actividad física. (Robles R. et. al., 2008).

2.2.2. Marco Conceptual

Características Epidemiológicas y Clínicas

Son aquellos indicadores que determinan los niveles de vida y salud de las personas Edad adulta, es una variable demográfica que determina una madurez física y mental, así como un nivel cognitivo. La edad estará comprendida según grupo etario de: 25- 59 años y > 60 años.

Dimensiones 1: Características Epidemiológica

Indicadores:

- Sexo
- Grado de Instrucción
- Estado Civil
- Ocupación
- Lugar de Procedencia

Dimensiones 2: Características Clínica

Indicadores:

- Tiempo de Enfermedad
- Glicemia en ayunas
- Número de consultas en los últimos 12 meses
- Comorbilidades

- Complicaciones
- Tipo de tratamiento
- Cumplimiento con el tratamiento
- Recibió la consejería integral en diabetes

2.3. Definición de términos básicos

a.- Sexo.- Condición orgánico, masculino o femenino, de los animales y las plantas.

b.- Grado de Instrucción.- es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.

c.- Estado Civil.- Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas.

d.- Ocupación.- Acción realizada por el hombre independientemente de sus características o circunstancias

e.- Lugar de Procedencia.- Designar el origen, el comienzo que ostenta algo, un objeto, una persona y del cual entonces procede.

f.- Tiempo de Enfermedad.- Tiempo que transcurre desde la fecha del diagnóstico o el comienzo del tratamiento de una enfermedad hasta que esta empieza a empeorar o diseminarse a otras partes del cuerpo.

g.- Glicemia en ayunas.- La glucemia basal es el nivel de glucosa que se encuentra en el plasma sanguíneo en estado de ayunas (mínimo 6 u 8 horas).

h.- Número de consultas.- Cantidad de atenciones médicas que tiene una persona en un periodo determinado.

i.- Comorbilidades.- Cuando una persona tiene dos o más enfermedades o trastornos al mismo tiempo.

j.- Complicaciones.- Agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado.

k.- Tratamiento.- Un tratamiento es un conjunto de medios que se utilizan para aliviar o curar una enfermedad, llegar a la esencia de aquello que se desconoce o transformar algo. El concepto es habitual en el ámbito de la medicina

l.- Cumplimiento con el tratamiento.- Es el grado con que se cumplen las recomendaciones médicas

m.- Consejería integral en diabetes.- Orientación sobre la enfermedad de diabetes mellitus por parte del profesional de enfermería o el que haga de sus veces

III. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo y Diseño de Investigación

La investigación será de enfoque cuantitativo epidemiológico, de tipo observacional, descriptivo de corte transversal y retrospectivo; durante el año 2018, el cual permitió identificar las características epidemiológicas y clínicas del adulto mayor que tienen como enfermedad crónica diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital Jorge Reátegui Delgado de Piura.

$$X \longrightarrow M$$

Dónde:

M = Pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2

X = Características epidemiológica y clínica

3.2. Población y Muestra

Población

La población estuvo representada por 202 pacientes adultos mayores con diabetes tipo II, según el reporte de la Unidad Estadística del Hospital Jorge Reátegui Delgado, atendidos durante el periodo 2018

Muestra

Determinándose así, el tamaño de ésta en 133 pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado durante el año 2018. Para determinar el tamaño de la muestra se asumió un nivel de confianza de 95% y un error estándar del 5% con los que se obtuvo la muestra representativa.

$$n = \frac{NZ^2pq}{(N - 1)d^2 + Z^2pq}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra

N = tamaño de la población

Z = valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal.

Llamado también nivel de confianza.

d = nivel de precisión absoluta. Referido a la amplitud del intervalo de confianza deseado en la determinación del valor promedio de la variable en estudio.

p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia

q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1 -p).

La suma de la p y la q siempre debe dar 1.

Reemplazando en la fórmula se obtiene:

$$n = \frac{202(1.96^2)(0.5)(0.5)}{(198 - 1)(0.05^2) + (1.96^2)(0.5)(0.5)}$$

$$n = 133$$

Criterio de inclusión

- Pacientes que acuden mensualmente al Hospital Jorge Reátegui Delgado
- Ficha Epidemiológica y clínica correctamente llenada

Criterio de exclusión

- Pacientes que son referidos a otro Establecimiento de Salud de Mayor Nivel
- Ficha Epidemiológica y clínica incorrectamente llenada

3.3. Técnicas, instrumentos de recolección de datos

La técnica que se utilizó fue la observación y el instrumento utilizado fue la “Ficha Epidemiológica y Clínica de Diabetes” Directiva Sanitaria N° 060-MINSA/DGE-V.01 2014, elaborado por Tania López Zenteno y colaboradores. La ficha posee un total de 13 preguntas de respuestas múltiples, agrupadas en las siguientes características: epidemiológicas y clínicas, para este estudio se adecuó algunas interrogantes.

El proceso de recojo de datos se realizó en el Área de Historias Clínicas del Hospital y para obtener la información se revisó la “Ficha Epidemiológica y Clínica de Diabetes”, que se encuentra en las historias clínicas, de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II. La recolección de los datos se realizó de lunes a viernes en el horario de 10 am – 12 pm.

Fue validado y sometido a juicio de expertos conformado por profesionales especialistas en el área, dicha encuesta fue extrapolada del estudio realizado en el Hospital Jorge Reátegui Delgado durante el año 2018.

3.4. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Luego de concluir con la recolección de los datos, estos fueron procesados en la base de datos IBM SPSS Statistics 22.0, que es un completo conjunto de datos y herramientas de análisis predictivo fácil de utilizar para usuarios empresariales, analistas y programadores estadísticos y es una herramienta útil para el procesamiento y posterior análisis de los datos ingresados en forma de códigos, y los resultados presentados en tablas y gráficos para su análisis e interpretación.

V. RESULTADOS

4.1. Descripción de resultados

Tabla 1: Características epidemiológicas de los pacientes adultos mayores con diabetes tipo II atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura. 2018.

Características Epidemiología		N	%
Sexo	Masculino	39	29.3
	Femenino	94	70.7
	Total	133	100.0
Grado de Instrucción	Primaria	22	16.5
	Secundaria	86	64.7
	Superior	25	18.8
Estado Civil	Total	133	100.0
	Soltero	8	6.0
	Casado	61	45.9
Estado Civil	Conviviente	32	24.1
	Divorciado	8	6.0
	Viudo	24	18.0
Ocupación	Total	133	100.0
	Si	26	19.5
	No	107	80.5
Lugar de Procedencia	Total	133	100.0
	Sierra	16	12.0
	Costa	117	88.0
	Total	133	100.0

Interpretación

Como se aprecia en la tabla N° 1, indican que el 70.7% (94) de los pacientes diabéticos son de género femenino, y el 29.3% (39) de los pacientes son de género masculino. Con respecto al grado de instrucción tenemos que los pacientes diabéticos en su mayoría con termino de educación secundaria con el 64.7% (86), seguido de estudios superior con 18.8% (25), y por último con educación primaria son el 16.5% (22). Los pacientes diabéticos son casados con un 45.9% (61), seguidos los convivientes con el 24.1% (32), luego los viudos con 18.0% (24), y por último tanto soltero como divorciado con el 6% (8) cada uno. Los pacientes diabéticos si tienen

ocupación con el 19.5% (26), y existen pacientes diabéticos sin ocupación alguna con el 80.5% (107). Por último, el lugar de procedencia predominó los pacientes diabéticos de la costa con el 88.0% (117) y de la sierra con el 12.0% (16).

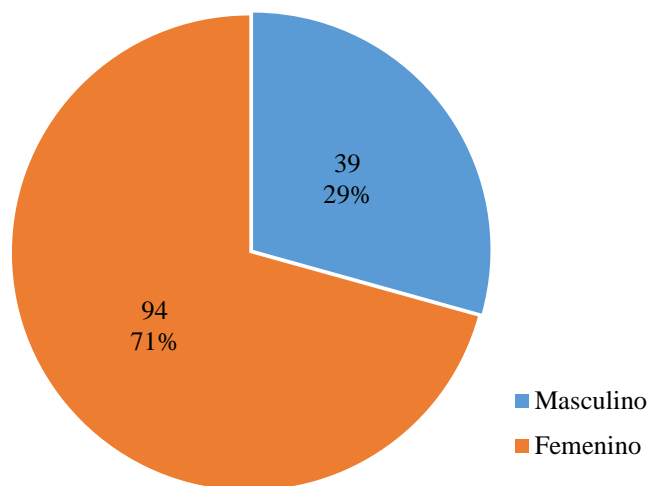


Gráfico 1: Género de los pacientes adultos mayores con diabetes tipo II atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura. 2018.

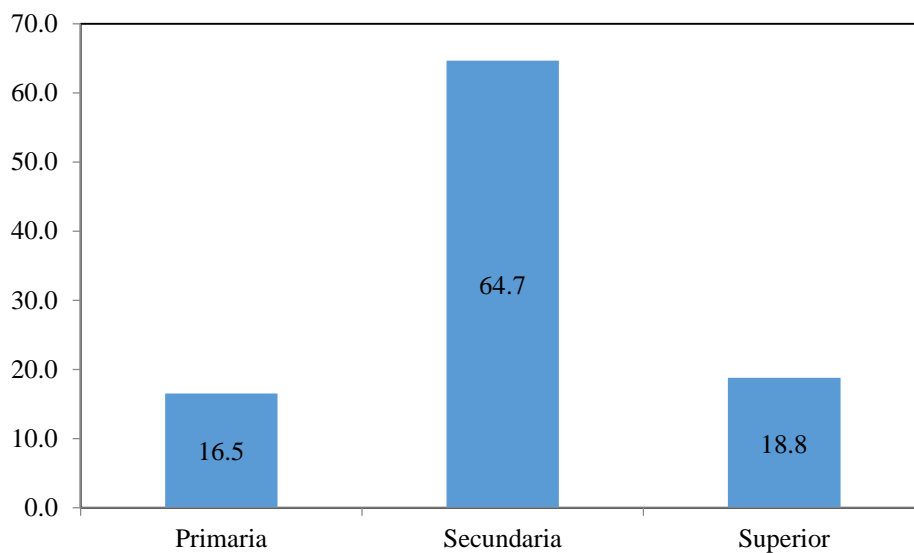


Gráfico 2: Grado de Instrucción de los os pacientes adultos mayores con diabetes tipo II atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura. 2018.

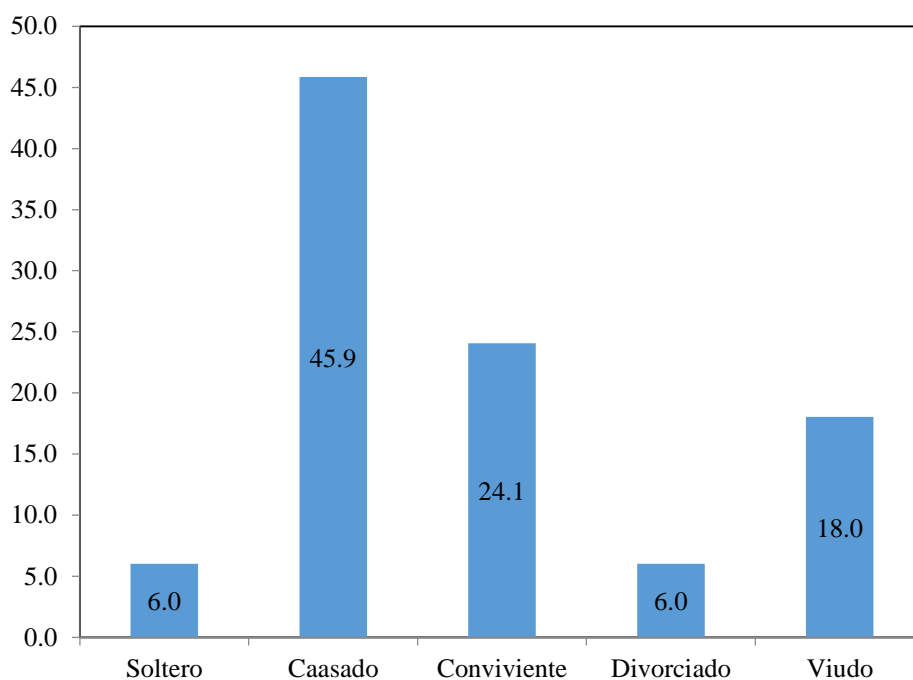


Gráfico 3: Estado civil de los pacientes adultos mayores con diabetes tipo II atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura. 2018.

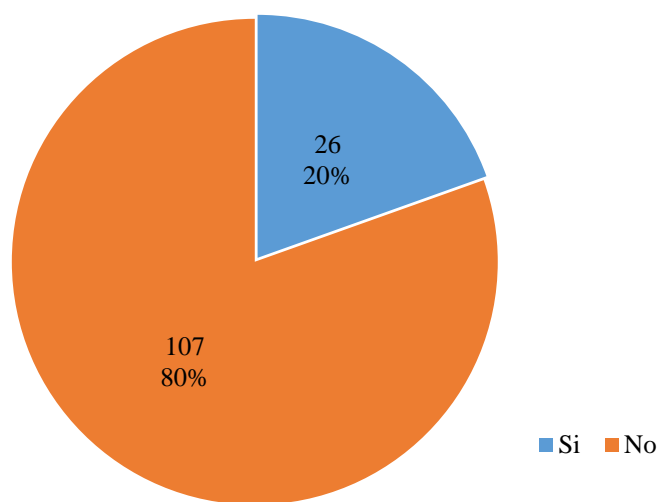


Gráfico 4: Ocupación de los pacientes adultos mayores con diabetes tipo II atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura. 2018.

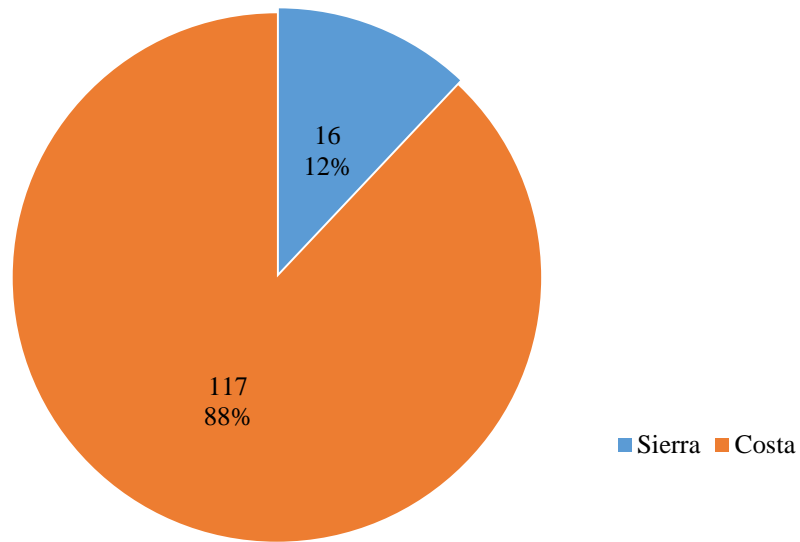


Gráfico 5: Lugar de procedencia de los pacientes adultos mayores con diabetes tipo II atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura. 2018.

Tabla 2: Características clínicas de los pacientes adultos mayores con diabetes tipo II atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura. 2018.

Características Clínicas		N	%
Tiempo de Enfermedad	1-10 años	43	32.3
	11-20 años	55	41.4
	> 20 años	35	26.3
	Total	133	100.0
Número de consultas	1 a 3 consultas	40	30.1
	4 a 6 consultas	69	51.9
	7 a más consultas	24	18.0
	Total	133	100.0
Comorbilidad	Hipertensión Arterial	22	16.5
	Obesidad	45	33.8
	Dislipidemias	41	30.8
	Anemia	18	13.5
	Hígado Graso	2	1.5
	Enfermedad Tiroidea	5	3.8
	Total	133	100.0
	Neuropatía	9	6.8
Complicaciones	Pie Diabético	61	45.9
	Insuficiencia Renal	31	23.3
	Enfermedad Cerebrovascular	8	6.0
	Retinopatía no proliferativa	24	18.0
	Total	133	100.0
	Hipoglucémico	26	19.5
Nivel de Glicemia	Normoglucémico	17	12.8
	Hiperglucémico	90	67.7
	Total	133	100.0
Tipo de Tratamiento	Tratamiento sin medicamentos	25	18.8
	Tratamiento con insulina	90	67.7
	Tratamiento con fármacos	18	13.5
	Total	133	100.0
Cumplimiento con el tratamiento	Si	106	79.7
	No	27	20.3
	Total	133	100.0
Consejería integral en Diabetes	Si	41	30.8
	No	92	69.2
	Total	133	100.0

Interpretación

Como se aprecia en la tabla N° 2, que los pacientes diabéticos en su mayoría tienen un tiempo de enfermedad de 11 a 20 años con un 41.4% (55), seguido del tiempo de 1 a 10 años con un 32.3% (43) y por último de mayor a 20 años con un 26.3% (35). Con respecto al número de consultas que reciben los pacientes diabéticos tenemos que en su mayoría reciben de 4 a 6 consultas con un 51.9% (69), de 1 a 3 consultas con un 30.1% (40) y con 7 a más consultas son el 18.0% (24). Los pacientes diabéticos con obesidad son el 33.8% (45), con Dislipidemias con el 30.8% (41), con hipertensión arterial con 16.5% (22), con anemia el 13.5% (18), con enfermedades tiroidea con el 3.8% (5) y con hígado graso el 1.5% (2). Dentro de las complicaciones de los pacientes diabéticos tenemos con el pie diabético con el 45.9% (61), seguidamente de insuficiencia renal con 23.3% (31), luego con retinopatía no proliferativa con 18.0% (24), además con neuropatía con 6.8% (9), y por último con enfermedad cerebrovascular con el 6% (8). Con respecto al nivel de glicemia tenemos pacientes diabéticos con Hiperglucémico con 67.7% (90), con Hipoglucémico con 19.5% (26), y con nomoglucémico con 12.8% (17). El tipo de tratamiento de los pacientes diabéticos tenemos que con tratamiento con insulina con 67.7% (90), con tratamiento sin medicamentos con 18.8% (25) y con tratamiento con fármacos con 13.5% (18). En el cumplimiento de tratamiento tenemos que los pacientes diabéticos sí cumplen con la prescripción médica con el 79.7% (106), y pacientes diabéticos que no cumplieron fueron el 20.3% (27). Pacientes diabéticos que recibieron consejería integral en diabetes fue el 30.8% (41) y los pacientes que no recibieron consejería profesional fueron el 69.2% (92).

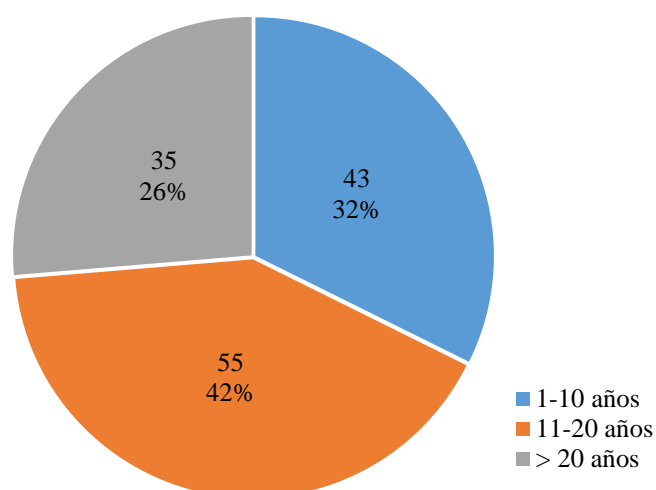


Gráfico 6: Tiempo de enfermedad de los pacientes adultos mayores con diabetes tipo II atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura. 2018.

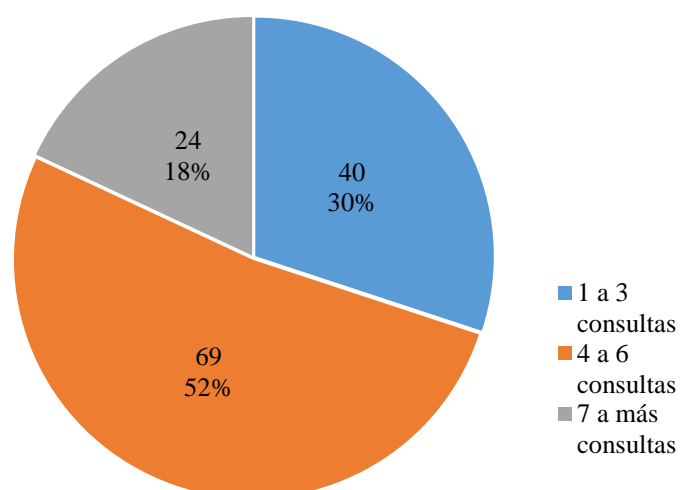


Gráfico 7: Número de consultas de los pacientes adultos mayores con diabetes tipo II atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura. 2018.

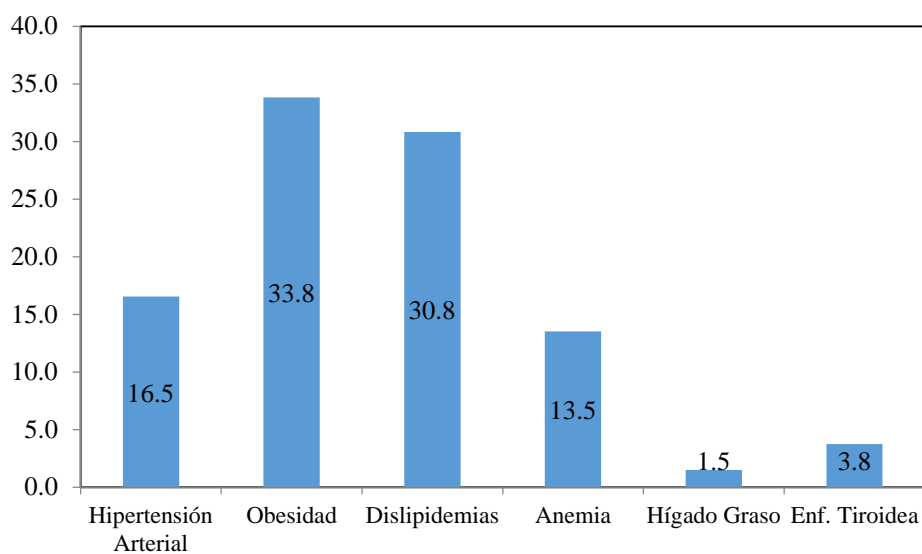


Gráfico 8: Comorbilidades de los pacientes adultos mayores con diabetes tipo II atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura. 2018.

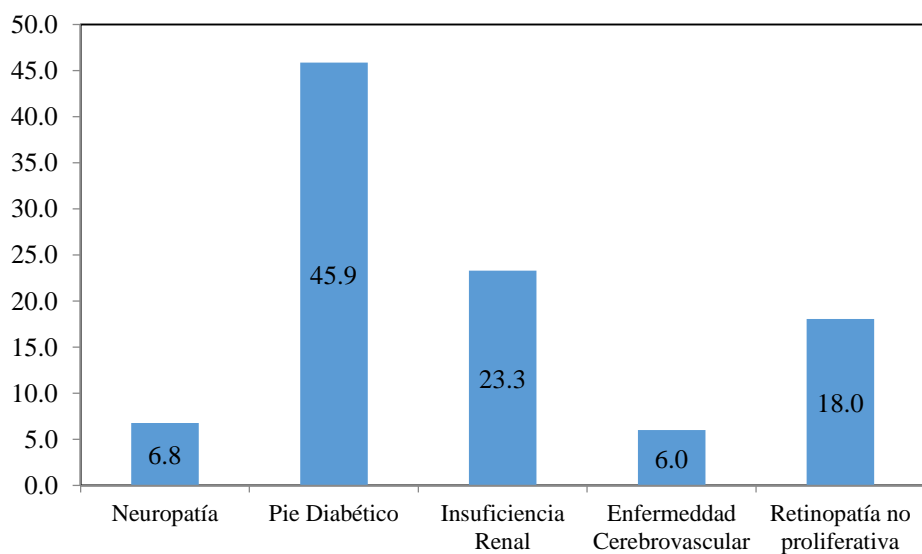


Gráfico 9: Complicaciones en los pacientes adultos mayores con diabetes tipo II atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura. 2018.

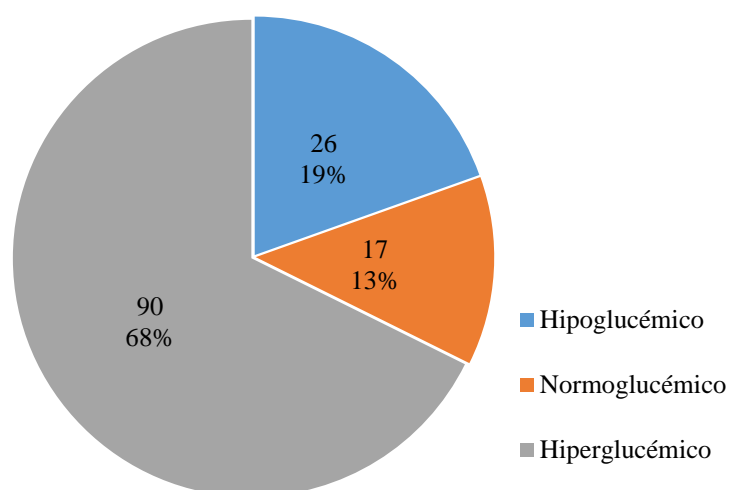


Gráfico 10: El nivel de Glicemia de los pacientes adultos mayores con diabetes tipo II atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura. 2018.

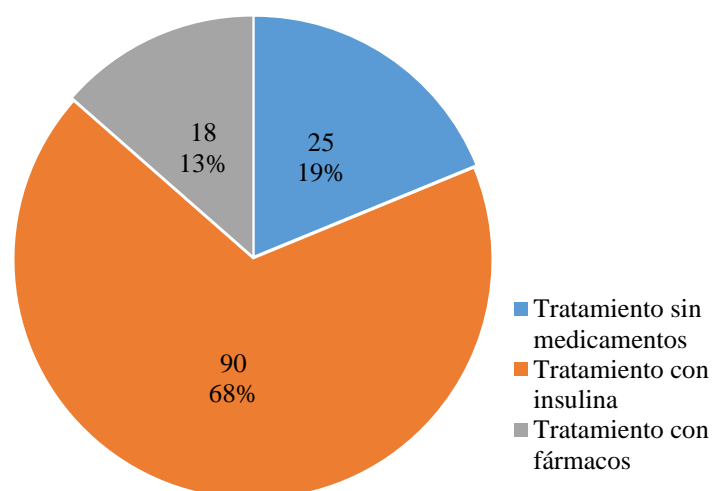


Gráfico 11: Tipo de Tratamiento de los pacientes adultos mayores con diabetes tipo II atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura. 2018.

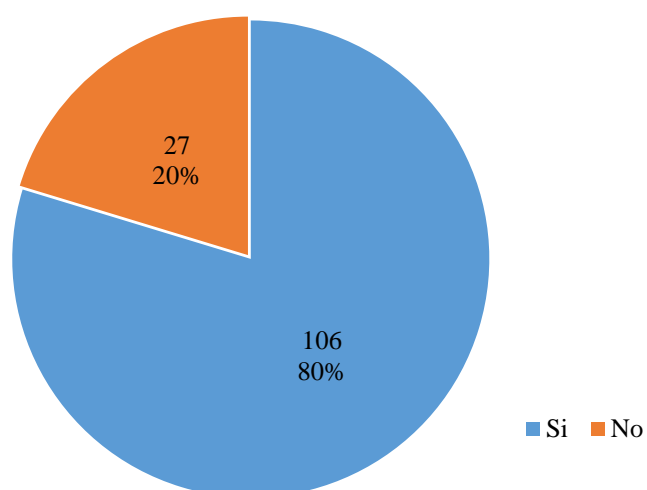


Gráfico 12: Cumplimiento del tratamiento de los pacientes adultos mayores con diabetes tipo II atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura. 2018.

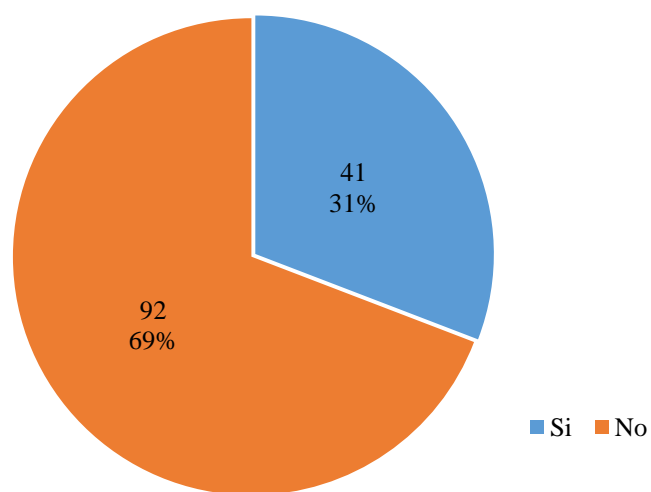


Gráfico 13: Consejería Integral a los pacientes adultos mayores con diabetes tipo II atendidos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, Piura. 2018.

V. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Según los resultados de mi investigación, en la tabla N° 1, indican que el 70.7% (94) de los pacientes diabéticos son de género femenino, y el 29.3% (39) de los pacientes son de género masculino. Con respecto al grado de instrucción tenemos que los pacientes diabéticos en su mayoría con termino de educación secundaria con el 64.7% (86), seguido de estudios superior con 18.8% (25), y por último con educación primaria son el 16.5% (22). Los pacientes diabéticos son casados con un 45.9% (61), seguidos los convivientes con el 24.1% (32), luego los viudos con 18.0% (24), y por último tanto soltero como divorciado con el 6% (8) cada uno. Los pacientes diabéticos si tienen ocupación con el 19.5% (26), y existen pacientes diabéticos sin ocupación alguna con el 80.5% (107). Por último, el lugar de procedencia predominó los pacientes diabéticos de la costa con el 88.0% (117) y de la sierra con el 12.0% (16).

Resultados similares encontró Gonzales E, y et.al., en su investigación con respecto al sexo, el 63,2% es femenino; el 40.6% es de nivel secundario, en cuanto al estado civil el 58,0% son casados, el 85,9% son procedentes de la costa (Gonzales E., et. al., 2013); asimismo Coelho Damasceno y cols. Brasil (2011), en su investigación encontró el 85.1% no realizan ningún tipo de ocupación. (Almeida V. et. al., 2011)

Similares resultados encontró López Cuellar y et. al., en México (2008), con respecto al tipo de seguro de salud los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, aproximadamente la mitad no cuenta con ello (53 %), el resto (47 %) asiste a instituciones como ISSSTE y SSA.

Entre las características epidemiológicas como el sexo femenino se considera que demográficamente existen más féminas que hombres, esta puede ser una de las causas de estos resultados; además, en las mujeres después de los 50 años suceden cambios hormonales que favorecen la obesidad y el sedentarismo, cambian su estilo de vida y presentan malos hábitos dietéticos que pueden estar arraigados desde su juventud, factores que pueden contribuir a padecer dicha enfermedad. (De la Paz K. et. al., 2012)

En cuanto al grado instrucción según la Organización Panamericana de la Salud, refiere que todo individuo al nacer posee un potencial determinado de

capacidades; el desarrollo de este, está relacionado con el grado de instrucción alcanzado, lo que a su vez afecta o repercute directamente en su estado de salud. Es decir, a mayor grado de instrucción, habrá mejor comprensión. (Cabrera R. et. al., 2010)

En el estado civil normalmente aquellos adultos mayores separados, divorciados o viudos que padecen algún tipo de enfermedad crónica degenerativa, no tienen los cuidados adecuados (Davila R. et. al., 2014); en la ocupación se entiende que la inactividad o la baja cantidad de actividad física puede ser un factor asociado al sedentarismo, ya que por sus propias características limitan la actividad física del paciente, entretanto para que una actividad física pueda tener un efecto protector para la salud, debe ser realizada de modo continuo, con regularidad y en un adecuado grado de intensidad. (Almeida V. et. al., 2011)

Como profesionales de enfermería educar a los miembros de la familia es indispensable para que el adulto mayor diagnosticado con diabetes mellitus sea capaz de participar activamente en su autocuidado, para evitar las complicaciones. Enfatizando medidas de prevención y promoción, dirigidas a tener un control en los factores predisponentes modificables como, el consumo de azúcar, sedentarismo, inactividad física, es decir fomentar un estilo de envejecimiento saludable a sus pacientes.

Con respecto a la tabla N° 2, que los pacientes diabéticos en su mayoría tienen un tiempo de enfermedad de 11 a 20 años con un 41.4% (55), seguido del tiempo de 1 a 10 años con un 32.3% (43) y por último de mayor a 20 años con un 26.3% (35). Con respecto al número de consultas que reciben los pacientes diabéticos tenemos que en su mayoría reciben de 4 a 6 consultas con un 51.9% (69), de 1 a 3 consultas con un 30.1% (40) y con 7 a más consultas son el 18.0% (24). Los pacientes diabéticos con obesidad son el 33.8% (45), con Dislipidemias con el 30.8% (41), con hipertensión arterial con 16.5% (22), con anemia el 13.5% (18), con enfermedades tiroidea con el 3.8% (5) y con hígado graso el 1.5% (2). Dentro de las complicaciones de los pacientes diabéticos tenemos con el pie diabético con el 45.9% (61), seguidamente de insuficiencia renal con 23.3% (31), luego con retinopatía no proliferativa con 18.0% (24), además con neuropatía con 6.8% (9), y por último con

enfermedad cerebrovascular con el 6% (8). Con respecto al nivel de glicemia tenemos pacientes diabéticos con Hiperglucémico con 67.7% (90), con Hipoglucémico con 19.5% (26), y con nomoglucémico con 12.8% (17). El tipo de tratamiento de los pacientes diabéticos tenemos que con tratamiento con insulina con 67.7% (90), con tratamiento sin medicamentos con 18.8% (25) y con tratamiento con fármacos con 13.5% (18). En el cumplimiento de tratamiento tenemos que los pacientes diabéticos si cumplen con la prescripción médica con el 79.7% (106), y pacientes diabéticos que no cumplieron fueron el 20.3% (27). Pacientes diabéticos que recibieron consejería integral en diabetes fue el 30.8% (41) y los pacientes que no recibieron consejería profesional fueron el 69.2% (92).

Entre las características clínicas respecto al tiempo de enfermedad, los pacientes que han sido diagnosticados con diabetes mellitus en años atrás tienen la tendencia de conocer su enfermedad y podrían tener más destreza y conocimientos para el manejo cotidiano de su patología; pero también a la vez por tener mayor tiempo de evolución de la enfermedad, pueden estar sujetos a más complicaciones y enfermedades asociadas que pueden obstaculizar el adecuado control. En la literatura no se encontraron estudios que analizaran la relación entre el tiempo de diagnóstico y el control metabólico. (Davila R. et. al., 2014)

En las consultas médicas, por lograr tener un buen control de la DM2 se debe alcanzar metas establecidas para cada uno de los parámetros que contribuyen a establecer el riesgo de desarrollar complicaciones. Se debe tener en cuenta que no existe un umbral por debajo del cual se pueda asegurar que la persona con diabetes nunca llegará a desarrollar complicaciones. (Crespo I., 2008)

En cuanto a las comorbilidades los grados moderados de obesidad puede elevar el riesgo de diabetes hasta 10 veces y el riesgo crece mientras mayor es la intensidad de la obesidad. (Batista R. et. al., 1998). Así mismo la fuerte asociación de la DM con la obesidad, sugiere que los primeros esfuerzos terapéuticos deben encaminarse a tratar de mantener un peso adecuado. Los sujetos con sobrepeso u obesidad, independientemente de que sus valores de glucosa sean normales, deben hacer dieta e incrementar la actividad física, por lo que siempre son beneficiosas las

intervenciones a nivel de la comunidad que estén encaminadas a la consecución de dichos objetivos terapéuticos. (Maiz A., 1997)

Distintos resultados encontró Rosello M. et. al., en Costa Rica (2004), en su investigación encontró donde el 38,2% de los diabéticos utilizaba insulina, siendo en mayor proporción las mujeres. (Rosello M. et. al., 2004); así mismo Rosales Gonzales et. al., en Cuba (2003), donde el 39.0% cumplen con su tratamiento farmacológico. (Crespo N. et. al., 2003)

Todos los profesionales de salud deben estar capacitados para brindar una buena educación, por lo tanto, es necesario formar educadores en el campo de la diabetes. Esta formación se debe impartir preferiblemente a personas que pertenezcan al área de la salud, pero también se les puede dar a miembros de la comunidad que demuestren interés y capacidad para desarrollar este tipo de actividades.

CONCLUSIONES

- Los pacientes diabéticos del Hospital Jorge Reátegui Delgado en su dimensión de características epidemiológicas, en su mayoría fueron femenino, de nivel de estudio secundario, con estado civil casado, sin ocupación alguna y de lugar de procedencia de la costa.
- Los pacientes diabéticos del Hospital Jorge Reátegui Delgado en su dimensión de características clínicas, tienen un tiempo de enfermedad de 11 a 20 años, tuvieron entre 4 a 6 consultas al año, tienen como comorbilidad la obesidad, con complicación de pie diabético, con nivel de glicemia fue hiperglucémico, pacientes con tratamiento con insulina, donde si cumplen con este mismo y no tuvieron consejería integral sobre la enfermedad.
- En conclusión general, se determinó las características tanto epidemiológicas como clínicas en los pacientes diabéticos en el Hospital Jorge Reátegui Delgado durante el año 2018.

RECOMENDACIONES

1. La Enfermera encargada del programa de Daños no Transmisibles debe coordinar con la Jefa del Departamento de Enfermería, para diseñar un programa de capacitación dirigido al personal de salud, con respecto a la prevención y promoción de la salud en pacientes con diabetes mellitus.
2. El Hospital Jorge Reátegui Delgado mediante su gerente de salud se recomienda coordinar con las instituciones públicas y/o privadas para trabajar para prevenir esta enfermedad que aqueja a toda persona, ya que es una misión de la OMS.
3. A las futuras investigaciones de carácter científico, se debe tener en cuenta los muchos temas sobre el autocuidado del paciente diabético.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida V., Zanetti M., Almeida P., Damasceno M. (2011). *Ocupación y factores de riesgo para diabetes tipo 2: un estudio en trabajadores de enfermería*. Rev. Latino-Am. Enfermagem; 19(3): Recuperado el 10 de octubre de 2018: file:///H:/ /tesis%20ocupacion%20factores.pdf
- American Diabetes Association. (2006) *Diabetes Gestacional* Recuperado el 10 de octubre de 2018 de: <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/diabetes-gestacional>.
- Arteaga A, Maiz A, Olmos P, Velasco N. (2007) *Manual de Diabetes y Enfermedades Metabólicas*. Depto. Nutrición, Diabetes y Metabolismo. Chile.
- Barceló A, Rajpathak S. (2001) *Incidence and prevalence of diabetes mellitus in the Americas*. Rev .Pan Am J Public Health; 10(5): 300-30.
- Batista R., Ortega L., Fernández G. (1998) *Diabetes mellitus. Manejo y consideraciones terapéuticas*. RESUMED 11(1):6-23, Cuba. Recuperado el 10 de octubre de 2018: http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol11_1_98/res02198.htm
- Cabrera R., Motta I., Rodríguez C., Velásquez D. (2010). *Autocuidado del paciente diabético* Rev enferm Herediana. 2010; 3(1):29-36. Recuperado el 10 de octubre de 2018: <http://www.upch.edu.pe/faenf/images/pdf/Revistas/2010/enero/Autocuidado%2034.pdf>
- Calderón A. (2007) *Epidemiología, genética y mecanismos patogénicos de la diabetes mellitus*. Madrid. Revista Española de Cardiología. Vol. 7: 3 -11.
- Casanova M, Trasancos M, Orraca O, Prots O Belkis D. (2010). *Calidad de vida en adultos mayores diabéticos tipo 2. Policlínico Hermanos Cruz*. Rev médicas.15 (2).
- Crespo I. (2008) *Guía de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2*. Sociedad Peruana de Endocrinología Calle Seis N° 290, Of. 203, Urb.

- Córpac, San Isidro – Lima. Recuperado el 10 de octubre de 2018: <http://issuu.com/rubenroa/docs/guiasclnicasaladlatinoamerica2007>.
- Crespo N., Rosales E., González R., Hernández J. (2003). *Caracterización de la diabetes mellitus*. Rev Cubana Med Gen Integr v.19 n.4 Ciudad de La Habana. Recuperado el 10 de octubre de 2018: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252003000400004&script=sci_arttext
- Cunha M. (2008) *Calidad de vida y diabetes: variables psico-sociales*. Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu.
- Davila R., Garcia N., Saavedra K. (2014). *Adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores*. Iquitos.
- De la Paz K., Dra. Proenza L., Gallardo Y., Fernández S., Mompié A. (2012). *Factores de riesgo en adultos mayores con diabetes mellitus*. vol.16 no.4 Santiago de Cuba. Recuperado el 10 de octubre de 2018: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000400001
- Engler, T. (2002) *Más vale por viejo. Lecciones de longevidad de un estudio en el Cono Sur*. Washington: Editorial Banco Interamericano de Desarrollo.
- Escalante J. Tratamiento de la diabetes mellitus tipo II. Investigación en salud; 2008.
- Espinoza A. (2009) *Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes diabéticos tipo 2 hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Regional de Huacho*.
- Gonzales E., Rodri juez G., Lay H., Manrique H. (2013). *Características clínicas y factores asociados a morbilidad intrahospitalaria en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2*. Rev Soc Perú Med Interna; vol 26 (4)
- Haya K, Palma K. (2012) *La calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Programa de diabetes mellitus Hospital EsSalud –II Tarapoto* [Tesis de licenciatura] Universidad Nacional de San Martín. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de: http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyecto/archivo_99_Binder1.pdf.

- Hogan,T. Dall,P. Nikolow (2005) *Economic costs of diabetes in the USA Diabetes Care*; 1 (26): 917-932.
- Instituto Nacional de Estadística. (2014) *Informativa nacional sobre la diabetes*. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de: <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/datos-sobre-ladiabetes/#sthash.n5XrjqWz.dpuf>
- King,R.E. Aubert,W.H. (2005) *Herman Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections*. *Diabetes Care*. (1): 1414-1431.
- López J. (2006). *Fisiología del ejercicio*. Madrid: Editorial panamericana.
- Lugo G. (2010) *Calidad de vida en personas con diabetes mellitus tipo 2*. [Tesis de maestría] Santiago. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de: <http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/1822/1/RI001356.pdf>.
- Maiz A. (1997) *Consecuencias Patológicas de La Obesidad: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus Y Dislipidemia*. *Boletín Escuela de Medicina*. Pontificia Universidad Católica de Chile; 26:18-21. Recuperado el 10 de octubre de 2018: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletin/html/obesidad/obesidad05.html>
- Medisur. (2016). *Diabetes*. Recuperado el 10 de octubre de 2018: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/announcement/view/1121>
- Organización Mundial de la Salud- OMS (2006) *Diabetes*. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- Organización Mundial de la Salud- OMS. (2008) *World Health Organization. The prevention of Diabetes Mellitus and Its Complications*.
- Organización Panamericana de la Salud-OPS. (2010) *Populations and Individual Approaches to the Prevention and Management of Diabetes and Obesity*. Washington.

- Quesada M., Cruz M. Yanes R, Calderín L., Milán G., Vázquez D. (2009). *Diabetes mellitus en el anciano, un problema frecuente*. Recuperado el 10 de octubre de 2018: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol25_2_09/mgi11209.htm
- Ray Ticse, A., Peinado L., Baiocchi C. (2014) *Características demográficas y epidemiológicas de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 hospitalizados por cetoacidosis diabética en un hospital general de Lima-Perú*. Revista Médica Hered. 25:5-12.
- Robles R, Cortaza J, Sánchez J, Páez F Nicolini H. (2008) *Evaluación de la calidad de vida de Diabetes Mellitus tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQO*. 15 (2).
- Rodríguez J. (2000) *Geriatría*. México D.F.: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana
- Roselló M., Aráuz A., Padilla G., Morice A.. (2004) *Prevalencia de diabetes mellitus auto-reportada en Costa Rica*. Acta méd. costarric vol.46 n.4 San José. Recuperado el 10 de octubre de 2018: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S000160022004000400007&script=sci_arttext#11
- Salazar J, Gutiérrez A, Aranda C, Gonzales R, Pando M. (2012) *La calidad de vida en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en Centro de Salud de Guadalajara, Jalisco México*. 28 (2). Recuperado el 10 de octubre de 2018 de: <file:///D:/Caroza%20Luliquiz/4566-17812-1-PB.pdf>.
- Vicente B, Zerquera G, Peraza D, Castañeda E, Irizar J. (2008) *Calidad de vida en el paciente diabético*. Recuperado el 10 de octubre de 2018 de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2883124>.

ANEXOS

- Instrumentos.

Ficha Epidemiológica y Clínica de Diabetes

Edad: _____

N° HC: _____

Fecha: _____

A continuación, responda o marque con X de acuerdo a su situación.

I. CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS

1. Sexo:

Hombre ()

Mujer ()

2. Grado de Instrucción:

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

3. Estado Civil:

Soltero ()

Casado ()

Divorciado ()

Viudo ()

Conviviente ()

4. Ocupación (trabajo remunerado):

Si ()

No ()

5. Lugar de Procedencia:

Sierra ()

Costa ()

II. CARACTERISTICAS CLINICAS

6. Tiempo de Enfermedad:

1 - 10 años ()

11 - 20 Años ()

>20 años ()

7. Nivel Glicemia:

Hipoglucémico ()

Normoglucémico ()

Hiperoglucémico ()

8. Número de consultas en los últimos 12 meses:

1 a 3 consultas () 4 a 6 consultas () 7 a más consultas ()

9. Comorbilidades

Hipertensión Arterial () Obesidad () Dislipidemias ()

Anemia () Hígado Graso () Enf. Tiroidea ()

10. Complicaciones

Neuropatía () Pie Diabético ()

Insuficiencia Renal () Enfermedad Cerebrovascular ()

Retinopatía No Proliferativa () Cardiopatía ()

11. Tipo de Tratamiento

Tratamiento sin medicamentos () Tratamiento con insulina ()

Tratamiento con fármacos ()

12. Cumplimiento con el tratamiento

Si () No ()

13. Recibió consejería integral en Diabetes

Si () No ()

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN



UNIVERSIDAD "SAN PEDRO – PIURA" ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

**TITULO : "EPIDEMIOLOGIA Y CLINICA DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DIABETES. HOSPITAL
JORGE REATEGUI DELGADO - PIURA 2018"**


FICHA DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO: GUÍA DE PAUTAS

Indicadores	Criterios	Deficiente 0 - 20					Regular 21 - 40					Buena 41 - 60					Muy Buena 61 - 80					Excelente 81 - 100					OBSERVACIONES
		0	6	10	15	20	21	25	30	35	40	41	45	50	55	60	61	65	70	75	80	81	85	90	95	100	
COSTOS DE VALIDACION	Esta formulado con un lenguaje apropiado	0	6	10	15	20	21	25	30	35	40	41	45	50	55	60	61	65	70	75	80	81	85	90	95	100	
Eficacia	Esta expresado en conductas observables	0	6	10	15	20	21	25	30	35	40	41	45	50	55	60	61	65	70	75	80	81	85	90	95	100	
Fiabilidad	Adecuado al enfoque teórico abordado en la investigación	0	6	10	15	20	21	25	30	35	40	41	45	50	55	60	61	65	70	75	80	81	85	90	95	100	
Organización	Existe una organización lógica entre sus ítems	0	6	10	15	20	21	25	30	35	40	41	45	50	55	60	61	65	70	75	80	81	85	90	95	100	

ciencia	Comprende los aspectos necesarios en cantidad y calidad.																					X						
funcionalidad	Adecuado para valorar las dimensiones del tema de la investigación																						X					
sistencia	Basado en aspectos teóricos-científicos de la investigación																						X					
erencia	Tiene relación entre las variables e indicadores																						X					
odología	La estrategia responde a la elaboración de la investigación																						X					

INSTRUCCIONES: Este instrumento, sirve para que el EXPERTO EVALUADOR evalúe la pertinencia, eficacia del instrumento que se está validando. Deberá colocar la puntuación que considere pertinente a los diferentes enunciados.

Piura, Setiembre de 2018.



Lic.: *Abigayle León Forzón*
DNI: 4746 9009
Teléfono: 965318016
Email: *ab_6248@hotmail.com*



UNIVERSIDAD "SAN PEDRO – PIURA"
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

**TITULO : "EPIDEMIOLOGIA Y CLINICA DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DIABETES. HOSPITAL
 JORGE REATEGUI DELGADO - PIURA 2018"**

FICHA DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO: GUÍA DE PAUTAS

Indicadores	Criterios	Deficiente 0 - 20					Regular 21 - 40					Buena 41 - 60					Muy Buena 61 - 80					Excelente 81 - 100					OBSERVACIO
		0	5	10	15	20	21	25	30	35	40	41	45	50	55	60	61	65	70	75	80	81	85	90	95	100	
ASPECTOS DE VALIDACION																											
1. Claridad	Esta formulado con un lenguaje apropiado																										
2. Objetividad	Esta expresado en conductas observables																										
3. Actualidad	Adecuado al enfoque teórico abordado en la investigación																										
4. Organización	Existe una organización lógica entre sus ítems																										

eficiencia	Comprende los aspectos necesarios en cantidad y calidad.																			X	
intencionalidad	Adecuado para valorar las dimensiones del tema de la investigación																			X	
consistencia	Basado en aspectos teóricos-científicos de la investigación																			X	
coherencia	Tiene relación entre variables e indicadores																			X	
metodología	La estrategia responde a la elaboración de la investigación																			X	

INSTRUCCIONES: Este instrumento, sirve para que el EXPERTO EVALUADOR evalúe la pertinencia, eficacia del instrumento que se está validando. Deberá colocar la puntuación que considere pertinente a los diferentes enunciados.

Piura, Setiembre de 2018.

Lic.: 
DNI: 46477067
Teléfono: 96911298
Email: 



UNIVERSIDAD "SAN PEDRO – PIURA"
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

**TITULO : "EPIDEMIOLOGIA Y CLINICA DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DIABETES. HOSPITAL
 JORGE REATEGUI DELGADO - PIURA 2018"**

FICHA DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO: GUÍA DE PAUTAS

Indicadores	Criterios	Deficiente 0 - 20					Regular 21 - 40					Buena 41 - 60					Muy Buena 61 - 80					Excelente 81 - 100					OBSERVACIONES
		0	6	10	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96	100				
ASPECTOS DE VALIDACION		0	6	10	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96	100				
1. Claridad	Esta formulado con un lenguaje apropiado																							X			
2. Objetividad	Esta expresado en conductas observables																							X			
3. Actualidad	Adecuado al enfoque teórico abordado en la investigación																							X			
4. Organización	Existe una organización lógica entre sus ítems																							X			

