

403A264

EF S
#0172



**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL AUTOCUIDADO EN
PACIENTES DIABÉTICOS CON HERIDA CRÓNICA
ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE HERIDAS U.H. E.S.E JOSE
PRUDENCIO PADILLA BARRANQUILLA 2004**

**ALBA ROSA RAMOS MARTÍNEZ
AIDA ALICIA TEJEDA SERRANO
CARMEN STELLA VARELA CAMPO**

TAIDE MONTERROSA

ASESORA

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO

“SIMÓN BOLÍVAR”

FACULTAD DE ENFERMERIA

SEMESTRE SÉPTIMO

2005



**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL AUTOCUIDADO EN
PACIENTES DIABÉTICOS CON HERIDA CRÓNICA
ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE HERIDAS U.H. E.S.E JOSE
PRUDENCIO PADILLA BARRANQUILLA 2004**

ALBA ROSA RAMOS MARTÍNEZ

AIDA ALICIA TEJEDA SERRANO

CARMEN STELLA VÁRELA CAMPO

**Trabajo dirigido presentado como requisito para optar el título de
Enfermera**

**CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
“SIMÓN BOLÍVAR”
FACULTAD DE ENFERMERIA
SEMESTRE SÉPTIMO
2005**

DEDICATORIA

A mi madre, el ser más querido sobre la tierra que con su ejemplo, confianza y ayuda estuvo a mi lado en todos los momentos de mis estudios.

A mi hermana quien me ayudó y me dio ánimo para alcanzar el triunfo en la carrera que hoy culmino.

A mis amigos me proporcionaron la comprensión y ayuda en momentos difíciles y no tuvieron palabras de queja cuando no puede brindarles la atención que se merecían.

A mis compañeros quienes siempre estuvieron conmigo con sus voces de aliento.

ALBA ROSA RAMOS MARTÍNEZ.

DEDICATORIA

Doy gracias a Dios, por darme la luz verde de seguir mis estudios universitarios, a mis padres DIVINA BEATRIZ JESUS SERRANO y JUAN JOSE TEJEDA y a mi esposo JADER PEREZ y mis hijos por haberme brindado su apoyo moral y económico.

AIDA ALICIA TEJEDA SERRANO



DEDICATORIA

Dedico mi triunfo a Dios Todopoderoso por colmarme de paciencia y fortaleza para seguir y darle a mis padres la salud necesaria para apoyarme en todo momento.

A mis padres por su sacrificio para poder brindarme la formación recibida tanto intelectual como moral y darme el apoyo y respaldo necesario en los momentos más difíciles.

A mis hermanos y amigos que en un momento u otro estuvieron siempre conmigo.

CARMEN STELLA VARELA CAMPO

AGRADECIMIENTOS

Primero a la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo "SIMÓN BOLÍVAR por habernos abierto las puertas y culminar mis estudios en el programa de Enfermería.

A mis amigos y amigas, quienes de uno u otra manera aportaron un grano de arena y me brindaron apoyo moral hasta culminar mis estudios.

Agradecimientos Especiales Al profesor EDSONELL SARMIENTO
A la E.S.E. JOSÉ PRUDENCIO PADILLA en U.H Los Andes por brindarnos el espacio y desarrollar y ejecutar el proyecto de investigación. A los pacientes por tener confianza en nosotros y dejar a tras el temor de no curarse nunca.

ALBA ROSA RAMOS MARTÍNEZ
AIDA ALICIA TEJEDA SERRANO
CARMEN STELLA VARELA CAMPO

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

2. JUSTIFICACIÓN

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4. PROPÓSITO

5. MARCO TEÓRICO

6. ASPECTO METODOLÓGICO

6.1. TIPO DE ESTUDIO

6.2. POBLACIÓN EN ESTUDIO

6.3. MUESTRA

7. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

9. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS



9.1. RECURSOS HUMANOS

9.2. RECURSOS FINANCIEROS

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

Con la realización de esta investigación se propuso iniciar un proceso de desarrollo en el conocimiento del autocuidado de las heridas crónicas como consecuencia de la diabetes, a través de la observación directa ejecutada en la clínica de heridas de la U.H. Los Andes E.S.E. José Prudencio, donde se promoviese la práctica constante de las habilidades prevención infección y el cuidado de un proceso de curación en las úlceras. De la misma manera, es importante resaltar que por medio del desarrollo de este estudio investigativo se nos dio la oportunidad de sensibilizar al los pacientes convivientes con úlceras crónicas tomando fuentes bibliográficas de científico que nos llevó al análisis de teorías muy importantes con relación al manejo del conocimiento de cicatrización en las heridas crónicas, al igual, que se empleo nuestros conocimientos teóricos-prácticos con respecto a la problemática presentada por los pacientes en su nivel de conocimiento a cerca del autocuidado con heridas crónicas asisten a la clínica de heridas del U.H. los Andes E:S:E José Prudencio Padilla del distrito de Barranquilla

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Las heridas crónicas constituyen uno de los principales motivos de consulta, estancia hospitalaria, mutilación del miembro, ocasionando una incapacidad temporal o definitivas, convirtiéndose en la principal causa de mortalidad en los usuarios.

La clínica de heridas de la Unidad Hospitalaria Los Andes E .S.E. José Prudencio Padilla, es un programa donde se realizan curaciones de heridas complicadas, principalmente heridas crónicas. A diario se atienden alrededor de 15 pacientes de los cuales un 60% de éstos son diabéticos y el 40% restante con úlceras varicosas y otras.

A través de las prácticas hospitalarias, se pudo observar que se atienden a diario un promedio de 15 personas, los cuales no son los mismos todos los días, ya que en el programa se manejan



protocolos establecidos según diferentes criterios, estado de la herida, evolución del paciente, productos que se utilizan.

De tal forma que los pacientes son citados periódicamente, con intervalos de días, según los criterios mencionados, estos intervalos varían desde tres (3) - ocho (8) y quince (15) días. Los pacientes con mayor periodicidad en la curación, manipulan o realizan ellos mismos u otras personas que no conocen el protocolo de manejo y los conceptos de técnicas asépticas.

En cuanto al programa de clínicas de heridas, éste carece de un programa a domicilio para la atención en casa, muchos de los pacientes pertenecen al estrato social uno - bajo, lo cual les impide desplazarse a esta institución, teniendo inasistencia a las citas y de esa forma interrumpen el proceso de curación y evolución de la herida.

Teniendo en cuenta, que el mayor porcentaje de estos pacientes son diabéticos, cuyo riesgo de infectarse es mayor, sino sigue el

procedimiento de curación de la herida correctamente. De la misma forma, se observó que muy pocos respondieron satisfactoriamente al interrogante ¿Qué conocimiento tiene usted a cerca de su enfermedad y los cuidados de la misma?.

Además se detectó, que muchos de éstos pacientes luego de su mejoría reinciden en la complicación de su herida, algunos por no tener un autocuidado en casa, probablemente debido a la falta de conocimiento a cerca del proceso de curación de las heridas, de su enfermedad y de las consecuencias que les trae no llevar continuidad en el tratamiento.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cómo influye el nivel de conocimiento de su enfermedad en pacientes diabéticos con heridas crónicas, clínicas de heridas U.H. los Andes E.S.E. José Prudencio Padilla del Distrito de Barranquilla 2004?

2. JUSTIFICACIÓN

Uno de los problemas que más afecta a la sociedad colombiana es la pérdida de sus vidas es por la diabetes, ya que es una enfermedad crónica, caracterizada por el aumento de la glucosa en sangre, la cual afecta de manera importante la circulación e inervación de los miembros, por tal razón algunos pacientes le han realizado operaciones quirúrgicas "amputación" pérdida de uno de los miembros.

Según conferencia realizadas en Ginebra, Suiza, el 6 de Mayo de 2004 (FIA), todos los años mueren en el mundo 3.2 millones de personas por causas directas o indirectas relacionadas con la diabetes, según datos de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S). Mientras que en 2000 hubo en todo el planeta 171 millones de diabéticos, para el 2030 esta cifra se duplicará. "Y todas {estas cifras seguirán subiendo sino impartimos educación



lgremos cambios en el estilo de vida" advierte la sociedad Alemana de Diabéticos (DDG)"¹

Con este se ha desarrollado un programa específico de educación sanitaria y prevención de las complicaciones crónicas del paciente diabético para prevención de las complicaciones de la enfermedad, mejorar la calidad de vida del paciente, con menor costo total del tratamiento.

La OMS, estima que cada minuto mueren 6 personas a causa de esta enfermedad en todo el mundo, por que se trata de una amenaza muy importante a la salud pública en los países desarrollados, aunque también en países en desarrollo, el crecimiento de las cifras es "explosivo" según (DDG). La mayoría de las muertes en estos casos se debe a problemas consecuencia de la no-educación como son: los malos hábitos alimenticios, falta de ejercicio físico y deportes, y no al exceso en sí de glucosas en la sangre, la cual se puede controlar.

¹ W.W.W. tUsALUD. Com/ p.8

En la India, China y Estados Unidos, son en ese orden los tres países más afectados en el mundo, la situación es más grave, así mismo en América Latina, donde hay 13.3 millones de enfermos pero se calcula que habrá 33 millones en el 2030. El país más afectado de la región de América Latina es Brasil, con 4.5 millones de casos, seguido de México 2.1 millones. En Colombia datos estimativos consideran que en 1994 había 560.000 diabéticos, que pasarían a 1.200.000 en el año 2010 (4 y 5). Dada la alta mortalidad por complicaciones cardíacas y la gran incidencia de complicaciones crónicas, las implicaciones de costos por los servicios de salud son inconmensurables. En Colombia la diabetes ya está entre las 10 primeras causas de muerte.²

En Colombia se han realizados investigaciones de estudios de casos de la diabetes, uno de los entes que ha puesto empeño en la indagación de este tema es el Seguro Social (ISS), por medio de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), realizó un estudio acerca de la prevalencia y

² W. W. W. Enfermería J.W: C.I. P.5

complicaciones concluyendo que el 4.2% de los usuarios con diabetes proceden de úlceras de miembros inferiores y como medida se crearon los programas de promoción y prevención, teniendo como objetivo disminuir las complicaciones y secuelas de la diabetes. Colombia se propuso disminuir la incidencia de amputación en un 40% para el año 2006³.

Si no se toman medidas urgentes, no se podrá frenar el avance de la enfermedad, advierte la O.M.S., por lo que este organismo, junto con la Federación Internacional de diabetes (IAF) ha iniciado una campaña internacional de lucha contra este problema. En Noviembre de 1995, se declaró a éste como el mes de la diabetes.

Por toda esta gama de sucesos trágicos que produce esta enfermedad, se quiere hacer un estudio a cerca del grado de conocimiento y autoeducar a los pacientes que conviven con la diabetes.



³ W.W. JORGE, Bilbao. COM/ Administración Hospitalaria. Bedtuh P. 54

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

❖ Determinar el nivel de conocimiento sobre el autocuidado en pacientes diabéticos, con heridas crónicas. Atendidos en la clínica de heridas U.H. los Andes E.S.E. José Prudencio Padilla del Distrito de Barranquilla 2004.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

❖ Determinar el nivel de conocimiento acerca de la enfermedad y cuidado de la herida.

❖ Detectar características que influyen para la complicación de la herida en cuanto a la edad, sexo, ocupación y nivel educativo.

❖ Evaluar el nivel de conocimiento acerca de la aparición de úlceras.

❖ Determinar el nivel de conocimiento acerca de la enfermedad: diabetes, cuidado, factores de riesgos, ejercicios, dieta y control de diabetes.

4. PROPÓSITO

Al finalizar la investigación se persigue implementar a un programa educativo para el manejo y curaciones de heridas crónicas en diabéticos, en pacientes que asisten a la Clínica de Heridas U: H: los Andes E.S.E. José Prudencio Padilla del Distrito de Barranquilla, para prevenir la propagación y complicación de esta enfermedad.

5. MARCO TEÓRICO

Para que esta investigación tenga una fortaleza en el proceso indagado, es necesario establecer teoría de otras investigaciones, ya que son los pilares fuertes para poder realizar y ejecutar un buen trabajo. Así que tomamos como teorías las siguientes.

Una de las bases teóricas que nos ayuda a tener conocimiento es la prevención de las complicaciones de las diabetes. "Donde los pacientes carecen de un conocimiento educativo para el proceso y evolución de la cicatrización de la herida crónica, por eso no identificamos con "EDUCACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PACIENTE DIABÉTICO" la diabetes es una enfermedad crónica, no saludable, pero si controlable"⁴

Una de los pilares de la prevención en diabetes, es la Educación del paciente acerca de los recursos con que cuenta para enfrentar la enfermedad, la influencia de los factores sicosociales en su evolución, el entorno familiar, el compromiso con el tratamiento y

otros conocimientos que le permitan el mejor control metabólico para disminuir el riesgo de las complicaciones crónicas de la enfermedad. Precisamente esas complicaciones que representan la causa más frecuente de Morbin-mortalidad modifican sustancialmente la calidad de vida de los pacientes y aumentan significativamente los costos del tratamiento.

La prevención de las complicaciones en el diabético conocido, o el retraso en su progresión o agravamiento, beneficiará su calidad de vida y disminuirá los costos involucrados en su asistencia médica.

Así mismo, el proceso de curación y evolución de heridas crónicas tienen un objetivo para poder alcanzar la meta propuesta en la educación con dichos pacientes, entre dichos objetivos se tienen "Educación del diabético, detección precoz de los factores de riesgos.



Además para cumplir con dicho objetivo es necesario contar con un recursos humano o un equipo multidisciplinario. El equipo de atención estará constituido por; médico especialista en clínica médica, especialista en nutrición, enfermeras profesionales para educación, Ginecólogos, odontólogos, psicólogos, profesor de educación física y podólogo.

Otros factores importantes son los exámenes clínicos, "Anamnesis – Alimentaria. Encuestas de conocimiento, evaluación de la capacidad física, análisis de laboratorio, exámenes complementario, almuerzos y meriendas educativas, secciones de actividad física, charlas educativas, observación de videos, entrega de material educativo".⁵

Como nuestra investigación gira alrededor de una buena educación para pacientes diabéticos y que conozcan la realidad de esta enfermedad, así mismo los identificamos con que la diabetes es una patología que en estos últimos años ha ido en fuerte aumento, sobre todo en los países desarrollados, pero

también en los que están en vía de desarrollo. Se trata de una enfermedad crónica debilitante y costosa que impone una carga considerable a los servicios de salud en el mundo entero.

Es por eso, que la educación ha pasado a ser importante par la persona con diabetes como la dieta, los fármacos, el ejercicio físico; de modo que el tratamiento se vuelve inoperante si el paciente no comprende su enfermedad y no la trata de manera resuelta.

En general y apera algunos entendidos, el concepto "educación en diabetes es un cambio de la conducta en el tiempo e involucran muchos o más de lo que puede ser informar acerca de una patología, sobre todo en la diabetes en donde se involucran muchos cambios en el estilo de vida, fundamentalmente cuando es diagnosticado después de los cuarenta años".⁶

⁵ Ibit pag 9

⁶ WWW.EDUCACION PARA EL DIABETICO. P16

Ante las necesidades de querer dar y recibir educación aparecen entonces factores mas bien metodológicos y de planificación que deben tomarse en cuenta, en el que el tema principal es el como educar o hacer que esa persona también de conducta, y en el caso de profesional sepa manejar, sepa manejar además capacidades de apatía en el paciente. Hoy existe un fuerte auge y una serie de actividades y disciplinas que buscan capacitar a profesional de la salud en temas instructivos de la diabetes. La encargada del programa del adulto del ministerio de protección social, la doctora María Cristina Escobar, señala que hoy en día la educación en diabetes se encuentra “empañada” no obstante, valorizo el trabajo e iniciativa de quiénes la impulsan. El problema, dice ella, es que desde el sector publico “ no esta sistematizado” un programa educativo dentro del programa de control medico. Eso requiere mucho tiempo, por ejemplo, aprender a comer de manera flexible”

“Desde el punto de vista de la salud primaria, reconoce que la falta de recurso humano es un factor sobre un menor numero de

secciones educativas anuales que se otorgan – si las comparamos con la realidad del area privada- y la entrega de escaso material gráfico y clínico como lo son, por ejemplo, las cintas reactivas. Resultado de esto, es que los profesionales de esta area y de la s diversas instancias han demandado la necesidad de capacitarse y no lo de recibir educación media y clínica actualizada sobre la diabetes, si no que estos programas abarquen también la posibilidad de aprender a saber como educar al paciente, en temas concernientes al perfil psicológico de este. Esta necesidad, explica en parte el porqué del auge en los diplomados y una alta participación en ellos, en eso también hemos todos estado trabajando en el ultimo tiempo”.⁷

En tanto, desde un punto de vista económico, hay quienes piensas que esta instrucción en diabetes debiera ser remunerada; es la opinión también de la doctora María Cristina Escobar quien señala que “ La educación debiera ser una actividad remunerada tan igual de importante que la consulta medica”.⁸

⁷ WWW.ENFERMERIA. J W. CL/EDUCACION PARA DIABÉTICOS P 7

⁸ Ibir P9



La idea de remunerar o no esa actividad desencadena una polémica entre sus actores principales. Para algunos, por que la educación debe ser gratuita con el objetivo de desperfilar una profesión que necesita mucho de la vocación, transformándola en un oficio con fines de lucro. Para otros es una forma de obliga al paciente a que reciba la educación.

Para el gerente de Marketing de laboratorios Bayer división diagnostica, "Gonzalo González", esta actividad debiera ser remunerada, de tal manera " Que se formen educadores de diabetes y que el paciente valla derivado a su consulta de educación, como va al medico, como va al podólogo, y al oftalmólogo una vez al mes que también pase cada dos o tres meses por un medio de educación, que tiene que desarrollarlo la enfermera calificada, con horas disponibles y como parte de su trabajo y no de la buena voluntad ". González propone la idea de que sea el ministerio de salud quien norme y diseñe los programa, por su parte, la empresa privada – atraves de los laboratorios- financie los materiales de educación, y por otro lado, las

asociaciones apliquen en estos planes. De esta manera explican – los recursos que la entidad ministerial desembolsaría, hipotéticamente, en la edición de este material podrían destinarse a recursos para otorgar horas pagadas de educación a la enfermera, y que el paciente valla a la consulta de educación como cuando va al medico. En esta línea Gonzalo González asegura que si esto se estandariza, ya seria un paso importante.⁹

Sin embargo, existen lo que difiere de la idea de remunerar la educación en esta area, es el caso de la jefa de la educacion del consultorio de salud primaria, Aníbal Aristia, de las condés, enferma universitaria María Gabriela Pireta, ella señala que a la educación hay que entregarle aspectos más bien cualitativos a lo que argumenta “ No estoy de acuerdo yo creo que es más importante darle énfasis, o sea, que le den los espacios (al profesional) para darle educación que esta sea de calidad, por que si el medico dispone de cinco minutos y no va a tener el tiempo... entonces, que se le entregue el espacio para darle educación”.

⁹ MEDICOS GENERALES COLOMBIANOS.COM.CO P 18

Por su parte, la asistente social del equipo, Patricia Velez criticó la propuesta de educación remunerada indicando que “El profesional debe ser integral, ¿cómo voy a estar con el paciente cinco minutos y decirle que vaya ahora al BOX de al lado? . creo que cada minuto que se tiene con el paciente hay que aprovecharlo al máximo. Lo contrario seria como tramitar. Hay quien piensan en el paciente”.¹⁰

En general, prácticamente todos los actores coinciden en que esta area faltan recursos. Pero ¿En cuales?, ¿En humanos o económicos? La opinión está dividida. Todos los involucrados también coinciden en reconocer el gran esfuerzo que realiza el ministerio en esta materia. Tomando en cuenta esto, la nutricionista Helena Carrasco, señala que más que un recurso económico se trata de otro tipo de factor “¹¹ Pienso que hace falta mas recurso de tiempo fundamentalmente.

¹⁰ Ibit P 20

¹¹ Ibit P 18

El ministerio ha buscado medios a través de la OMS o de laboratorios incluso nosotros hemos participado en muchos de la elaboración de so por eso yo creo que más que todo el espacio de tiempo no está considerado sobre todo en la atención primaria.- entonces, todo los profesionales de la salud tenemos que robarle tiempo a las otras actividad es de salud que tenemos o en algunos casos a la familia cuando la sección educativa hay que realizarla un día sábado por ejemplo”.

En Europa, EEUU, Y Argentina la presión es el factor clave en la diabetes en donde existe una gran preocupación en la salud primaria, con la considerable consecuencia que descongestiona total o parcialmente a otras áreas de atención. Si el paciente hoy en día no esta educado por que no existe programas sistematizados o n o se llevan a la practica en todo consultorio, lo mas probable es que esos pacientes terminen en urgencia de hospitales, demandando además recursos a la salud publica. Una serie de laboratorios farmacéuticos en nuestro país se ha sentido participe y comprometido fuera de su objetivo comercial a



colaborar en esta incipiente campaña de educar tanto a los profesionales como a los pacientes.

Por otra parte se tiene, las instancias abocadas a la educación directa con personas diabéticas han opinado sobre las experiencias en este tema conversamos con ello con el fin de conocer como, en ocasiones, la imaginación y creatividad junto con el interés vocacional y ético permite que de lo poco se haga realmente mucho, para que el paciente tenga una vida más normal. O en otras, en que sintiendo garantizados los recursos, ese "muchos" se traduce en una multiplicación para miles de pacientes que gracias al acceso y contacto real con la información que se maneja, tienen la posibilidad de la educación en sus manos. ¿Por qué algunos la manejan y otros no? ¿Qué hacen en su mayoría, enfermeras y nutricionista de consultorio que se den el trabajo de preparar periódicas charlas con el mínimo de insumo y materiales sumados a la apremien presión del tiempo?

La asociación de diabéticos de Chile, ADICH quien tiene filiales en las principales ciudades del país. Su lema " educar con amor ", nos remite a la buena acogida y comprensión con el que el cuerpo medico recibe al paciente diabético. ADICH, ofrece a sus asociados que suman acerca de 25.000 a lo largo del país servicios de medición en : voluntariado permanente, atención medica, nutricional, podología y psicológica que se dictan en el mismo lugar. Hasta la fecha durante el año 2004, se han atendido y recibido educación, mas de 15.000 personas en la asociación.

La diabetes mellitus es causa de preocupación creciente de salud publica tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. En muchos países es actualmente una causa directa de muerte, incapacidad y alto costo de atención sanitaria. La OMS. Se calcula que la diabetes afecta a millones de personas en todo el mundo. Sin embargo, muchas de estas personas no disponen de una atención diabetológica eficaz. En 1989, considerando que la diabetes es un problema internacional creciente de salud pública,

la XLII asamblea de la OMS aprobó por unanimidad una resolución pidiendo a todos los estados miembros que reconociesen la importancia nacional de la diabetes, pusiesen en marcha medidas epidemiológicas para prevención y control, y compartiesen con otras naciones medios para educación y entrenamiento en esta materia... Las naciones en vía de desarrollo, que integran la mayoría de la población mundial pueden encontrar un duro reto á la hora de corresponder a esta resolución ya que muchos se enfrentan actualmente a la «doble carga» de enfermedades infecciosas y crónicas de declaración no obligatoria.

Otras teorías importantes para esta investigación fueron las consultadas en los distintos textos bibliográficos que a continuación se describe.

La diabetes tiene complicaciones tanto agudas como crónicas, que son muy variadas en su aparición como en su gravedad, que afectan a menudo muy negativamente a la calidad de vida del



individuo, y que se traducen en considerable porcentaje de invalidez prematura y muerte. Las complicaciones agudas y metabólicas incluyen: cetoacidosis diabética, hipoglucemia y coma hiperosmolar. Las complicaciones crónicas principales son nefropatía, retinopatía, neuropatía y enfermedades cardiovascular, cerebrovascular y vascular periférica.¹²

Los costos directos e indirectos de atención sanitaria a diabéticos son conocidos por su importancia en muchos países desarrollados o en vías de desarrollo, aunque la evaluación formal de la economía de la diabetes muestra múltiples lagunas. En el Reino Unido se gastó en diabetes en 1986-1987 un presupuesto aproximado del 4-5% de todo el destinado a la atención sanitaria. El porcentaje de los costes totales de diabetes atribuibles a costos directos de atención sanitaria fueron calculados en el 43% en Suecia en 1978, 58% en Gran Bretaña en 1981 y 42% en los Estados Unidos en 1987. Las hospitalizaciones entre personas diabéticas tienden a ser más prolongadas y necesitan tratamiento

¹² *Ibid.* P 54

más intensivo de las referidas condiciones que las que se prestan a personas con tolerancia normal a la los pacientes diabéticos no ingresados consumen también una parte desproporcionada de mano de obra y recursos de atención sanitaria. Referencias en este sentido procedentes de países desarrollados indican que más del 8% del total de visitas extrahospitalarias en personas por encima de los cincuenta y cinco años son causadas por diabetes. Una reciente investigación de la OMS en [un país de la región del este e indicaba incluso más altas cifras para hospitalización y visitas

De acuerdo con el Octavo Programa General de Trabajo para 1990-1995, la OMS debería desarrollar y poner en marcha programas nacionales sobre diabetes mellitus en estados miembros seleccionados de todas las regiones de la OMS. Estos programas podrían cubrir el país entero o, especialmente en aquellos países con sistema descentralizado de atención sanitaria, limitarse a nivel local (distrito, comunidad, etc.).

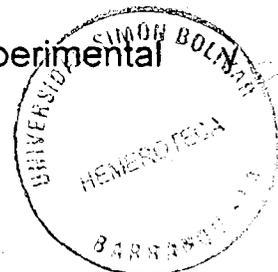
Con vistas a desarrollar programas de prevención y control de la enfermedad a nivel nacional y local, son necesarias las siguientes condiciones

a) La comprensión y apoyo de responsables políticos nacionales/locales, y organizaciones nacionales e internacionales.

b) Recursos.

c) Equipos multidisciplinarios e intersectoriales responsables del desarrollo de programas nacional/local.

d) Pautas para el desarrollo de programas sobre diabetes mellitus. Junto con sus oficinas regionales, la Federación Internacional de Diabetes y los 28 centros colaboradores de la OMS en diabetes, la División de Enfermedades de Comunicación no Obligatoria y Alta Tecnología en la Sede Central de la OMS están desarrollando planes de prevención de diabetes y programas de control-investigación, educación, control experimental y evaluación...



El propósito de este documento es subrayar las su enfermedad en pacientes diabéticos con heridas crónicas, clínicas de heridas U.H. los Andes E.S.E. José Prudencio Padilla del Distrito de Barranquilla Los costos directos e indirectos de atención sanitaria a diabéticos son conocidos por su importancia en muchos países desarbiblioteca pueden encontrar un duro reto á la hora de corresponder a esta resolución ya que muchos se enfrentan actualmente a la «doble carga» de enfermedades infecciosas y crónicas de declaración no obligatoria.

La diabetes tiene complicaciones tanto agudas como crónicas, que son muy variadas en su aparición como en su gravedad, que afectan a menudo muy negativamente a la calidad de vida del individuo, y que se traducen en considerable porcentaje de invalidez prematura y muerte. Las complicaciones agudas y metabólicas incluyen: cetoacidosis diabética, hipoglucemia y coma hiperosmolar. Las complicaciones crónicas principales son nefropatía, retinopatía, neuropatía y enfermedades cardiovascular, cerebrovascular y vascular periférica.

Los costos directos e indirectos de atención sanitaria a diabéticos son conocidos por su importancia en muchos países desarrollados o en vías de desarrollo, aunque la evaluación formal de la economía de la diabetes muestra múltiples lagunas. En el Reino Unido se gastó en diabetes en 1986-1987 un presupuesto aproximado del 4-5% de todo el destinado a la atención sanitaria. El porcentaje de los costes totales de diabetes atribuibles a costos directos de atención sanitaria fueron calculados en el 43% en Suecia en 1978, 58% en Gran Bretaña en 1981 y 42% en los Estados Unidos en 1987. Las hospitalizaciones entre personas diabéticas tienden a ser más prolongadas y necesitan tratamiento más intensivo de las referidas condiciones que las que se prestan a personas con tolerancia normal a la glucosa. Los pacientes diabéticos no ingresados consumen también una parte desproporcionada de mano de obra y recursos de atención sanitaria. Referencias en este sentido procedentes de países desarrollados indican que más del 8% del total de visitas extrahospitalarias en personas por encima de los cincuenta y cinco años son causadas por diabetes



Una reciente investigación de la OMS en [un país de la región del este mediterráneo] indicaba incluso más altas cifras para hospitalización y visitas extrahospitalarias.

Junto con sus oficinas regionales, la Federación Internacional de Diabetes y los 28 centros colaboradores de la OMS en diabetes, la División de Enfermedades de Comunicación no Obligatoria y Alta Tecnología en la Sede Central de la OMS están desarrollando planes de prevención de diabetes y programas de control-investigación, educación, control experimental y evaluación...

El propósito de este documento es subrayar las medidas que deben ser tomadas para determinar la importancia nacional o local de la diabetes y desarrollar políticas y programas en consonancia. Se pretende apoyar a profesionales multidisciplinarios e intersectoriales para formar programas avanzados de diabetes en el ámbito nacional y local. Ello serviría solamente como guía para planificar y evaluar programas de

diabetes, de los cuales a escala individual se pueda extraer material importante para las peculiares situaciones de salud de sus países y de acuerdo con la situación económica cultural y política particulares. Al margen de las dimensiones de cada problema nacional de diabetes, una cuidadosa revisión del status de la diabetes en el plan actual de salud puede permitir que la diabetes reciba el énfasis que merece y la necesaria asignación de recursos. La meta final de los programas de prevención y control diabético está en mejorar la salud de las personas que sufren a causa de la diabetes o están predispuestas a contraerla.

Recapitulación sobre la diabetes en 1989 la XLII asamblea de la Organización Mundial de la Salud invitó a los estados miembros A analizar sus problemas de diabetes A llevar a cabo medidas de control epidemiológico sobre diabetes. A compartir con otras naciones medios para educación y entrenamiento profesional. Las principales formas clínicas de intolerancia a la glucosa incluyen diabetes mellitus insulín dependiente, diabetes mellitus no insulín dependiente, diabetes mellitus debida á malnutrición, mala



tolerancia a la glucosa y diabetes gestacional. La diabetes puede conducir a complicaciones tanto agudas como crónicas. Los costes de atención diabética se han calculado en un 4-5% del presupuesto nacional de atención sanitaria:

Esta guía pretende proporcionar pautas generales para planificación, que sean adaptables a la situación peculiar de cada país.

La meta última de un programa de prevención y control diabetológico es mejorar la salud de los individuos que sufren de diabetes o tienen tendencia a contraerla.

Por otra parte, se investigó en referencias bibliográficas la realización una indagación de carácter evaluativo para valorar la influencia de una intervención básica educativa en el desarrollo de los conocimientos y habilidades del paciente diabético ante su autocuidado y control. "con el objetivo de apreciar su efecto en 3 consultorios del área del Policlínico "Mario Muñoz Monroy",

ubicado en el municipio Boyeros. Se observó que hubo una mejoría en los conocimientos y habilidades de los pacientes diabéticos, ya que después de haber recibido el Curso de Información Básica, el número de las respuestas correctas se incrementó en el 13,5 %, por totales. Se conoció también que las respuestas correctas son más frecuentes entre los pacientes de 56 y más años. Los mayores porcentajes de respuestas correctas correspondieron al grupo de preguntas referentes al conocimiento de la enfermedad, a la sintomatología y a la dieta, y entre los pacientes del sexo masculino.¹³

Además en este estudio las investigadoras realizaron la investigación en base a datos de las estadísticas mundiales, actualmente entre 60 y 100 millones de personas están afectadas por la diabetes mellitus (DM),¹ y una gran cantidad de individuos presentan predisposición a la enfermedad.² Esta, a su vez, ocupa un lugar importante dentro de las 10 primeras causas de muerte en Cuba, y se registra la prevalencia de 15,1 diabéticos conocidos

¹³ García R, Suárez R, Peralta R. Diagnóstico educativo sobre la enfermedad de los pacientes diabéticos de la 3ª edad. Rev Cubana Endocr 1996;7 15p. 256



por cada 1000 habitantes.³ (MINSAP. Dirección Nacional de Estadísticas. Informe Anual,1995.).

De acuerdo a los datos estadísticos, son diabéticos el "20 % de los pacientes con enfermedad renal en fase terminal, y uno de los grupos más grandes de invidentes dentro de la población adulta. La tasa de amputación de miembros inferiores es también 40 veces mayor que en los no diabéticos."¹⁴

Los diabéticos son 2 veces más propensos que los no diabéticos a las enfermedades coronarias, accidentes cardiovasculares, arteriosclerosis, obesidad e hiperlipoproteinemia, existiendo una relación directa entre el metabolismo insulínico, la distribución de tejido adiposo, los niveles plasmáticos de lípidos y la hipertensión arterial (HTA).

Por tales razones la DM es un importante problema de salud priorizado en el documento "Objetivos propósitos y directrices

¹⁴ Valenciaga JR. Repercusión en el control de la diabetes mellitus de una técnica educativa Rev Cubana Med Gen Integr 1995 P 298

para incrementar la salud de la población cubana para el año 2000¹⁵ (OPD 2000),⁷ cuyo propósito fundamental radica en disminuir la morbilidad por diabetes y mejorar la calidad de vida de los que la padecen, así como lograr que las tasas de mortalidad en los diabéticos tiendan a parecerse a las de la población general.

Desde el punto de vista clínico, el propósito principal del tratamiento de la DM es lograr un control metabólico estable,⁹ aspecto garantizado por los avances terapéuticos pero que constituye un gran desafío, si se tiene en cuenta que el éxito de cualquiera de las medidas terapéuticas para alcanzar el control metabólico falla cuando el paciente no acepta su enfermedad o no está capacitado para su diario autocuidado y control.

Dado que los factores de riesgo de este mal son modificables en su mayoría y que, por otra parte, las exigencias del tratamiento introducen cambios en el modo y estilo de vida, resulta vital que el

¹⁵ Ibid. P. 299



adiestramiento en diabetes sea un elemento primordial de cualquier programa o tarea encaminada a la atención del paciente.

Así mismo, este estudio consistió en un investigación de carácter evaluativo realizado a 37 pacientes diabéticos dispensarizados en 3 consultorios del Policlínico Docente "Mario Muñoz Monroy" en el área de salud de Wajay, en el período comprendido entre febrero de 1997 a abril de 2000, con un diseño experimental de casos y controles (Grupo de Metodología de la Investigación Social.

Departamento de Comunismo Científico. Metodología de la Investigación Social. Facultad de Filosofía e Historia, UH, La Habana. P.64.).¹⁶

Se tomaron como criterios de exclusión a los pacientes menores de 15 y mayores de 80 años, así como también a aquellos con patologías clínicas que afectaban el nivel de comprensión y

¹⁶ Departamento de Comunismo Científico. Metodología de la Investigación Social. Facultad de Filosofía e Historia, UH, La Habana. P.64.).

comunicación (sordera, mudez, arteriosclerosis, demencia senil), u otros que se negaron a participar en el estudio.

Todos los pacientes participaron en un curso de información básica sobre diabetes mellitus (CIBDM), al que asistieron acompañados o no de una persona allegada. Se desarrolló en 6 sesiones educativas de 1 h de duración con una frecuencia semanal, y su objetivo general fue brindar a los pacientes los conocimientos mínimos necesarios para entender y realizar en la práctica las exigencias terapéuticas.

A este grupo de pacientes diabéticos se les aplicó una encuesta y a continuación se les impartieron una serie de conferencias durante 6 semanas, en las que participaron activamente. Finalmente se evaluaron los conocimientos y las destrezas prácticas antes y después de haber recibido el curso¹⁷

Además, las investigadoras de estudios dan Resultados y Discusión, la cual consiste en La magnitud del problema de salud

diabetes, su lugar relevante dentro de las enfermedades no transmisibles y sus características en nuestra área de atención, demostraron la justificación y vigencia del tema seleccionado, así como la necesidad de educar a los pacientes diabéticos del área para contribuir a la disminución del impacto de esta enfermedad sobre la población.

Lo anterior fue posible dadas las condiciones siguientes:

- “Está comprendido dentro de las tareas asignadas al trabajo del Médico de Familia.
- Utiliza la estructura básica del policlínico, sin requerir recursos humanos o materiales extras.
- Está garantizada la asesoría técnica por el Instituto de Endocrinología.
- El protocolo forma parte del estudio nacional que realizan investigadores del instituto para la extensión del Programa de Educación en Diabetes a la atención primaria¹⁸.

¹⁸ ibid p 10

También describen los resultados dados como aparece en las tablas 1 y 2, la distribución de las respuestas brindadas al cuestionario sometido a los investigados, antes y después de haber sido brindado el curso por totales, por sexo y por grupos de edades.

En la primera, por totales, se nos permite conocer que el porcentaje de preguntas contestadas correctamente antes del curso fue de 80,5 % y aumentó a 94 % después de haberlo recibido. Después del curso, el por ciento de respuestas correctas se incrementó en un 13,5 %. Resultados similares han sido reportados por otros autores en estudios de intervenciones educativas en diabetes mellitus¹⁹.

¹⁸ W W W Evaluación del paciente diabético/ revista Cubana P.45

¹⁹ Ibid, p. 49



Tabla 1. Distribución de las respuestas brindadas al cuestionario antes y después de haber sido brindado el CIBDM

Tipo de respuesta	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Correcta	596	80,5	696	94
Incorrecta	144	19,5	44	6
Total	740	100	740	100

Fuente: Encuesta.

Tabla 2. Distribución de las respuestas brindadas al cuestionario antes y después de haber sido brindado el CIBDM, por grupos de edades

Tipo de respuesta	Edades (años)							
	31-55				56 y más			
	Antes		Después		Antes		Después	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Correcta	256	85,3	287	95,7	340	77,3	409	93
Incorrecta	44	14,7	13	4,3	100	22,7	31	7
Totales	300	100	300	100	440	100	440	100

Fuente: Encuesta.

Al analizar la información anterior, de acuerdo con el sexo de los pacientes investigados, se observó que el número de respuestas correctas en el sexo masculino fue de 76,7 % antes del curso y de 93,3 % después; para el sexo femenino las respuestas correctas fueron de 81,8 % antes del curso y de 94,3 % después. En el sexo

masculino, el incremento de respuestas correctas fue de 16,6 %, mucho mayor que en el femenino(Curso de Información Básica en Diabetes Mellitus. Evaluación de su efecto en 5 consultorios.

En la tabla 2 se hace evidente que el por ciento de respuestas correctas brindadas es de 85,3 % en el grupo de 31 a 55 años de edad antes del curso, alcanzándose luego el 95,7 %. En el grupo de 56 y más años de edad, el resultado de respuestas correctas fue de 77,3 % antes del curso, llegando al 93 % después. El incremento observado en este grupo de edades se debió en gran medida a que fue el grupo que asistió al CIBDM con un familiar o con personas allegadas como acompañante, lo que al parecer reforzó, en este grupo de pacientes, los conocimientos impartidos.

A partir de estos resultados se conoció que el incremento de respuestas correctas es mayor entre los pacientes de 56 y más años con posterioridad al curso, lo que también coincide con investigaciones precedentes, donde se observó que luego de las intervenciones en salud, la calidad del conocimiento se

incrementó. Está reconocido pedagógicamente el hecho de que la edad es una variable que influye en el proceso de enseñanza-aprendizaje, aunque también está descrito que la barrera de la edad puede ser salvada cuando los procesos educativos se complementan con mensajes sencillos, concretos y reiterativos.

Las tablas 3, 4 y 5 presentan el tipo de repuestas brindadas al grupo de preguntas que se refieren al conocimiento de la diabetes mellitus, a la sintomatología y a la dieta. En ellos se observa que el mayor número de respuestas correctas corresponde al grupo de preguntas referentes al conocimiento de la enfermedad (96,6 %) y las referentes a la sintomatología (95,9 %), seguido del correspondiente a las preguntas sobre la dieta (93,4 %). *Matos A.* en sus trabajos encontró resultados similares al descubrir que los mayores porcentajes de respuestas correctas correspondían a los relacionados con la enfermedad y la sintomatología, y en menor frecuencia, a las relacionadas con la dieta.

Tabla 3. Distribución de las respuestas brindadas al cuestionario antes y después de haber sido brindado el CIBDM, según preguntas referentes al conocimiento de la enfermedad

Tipos de respuesta	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Correctas	113	76,4	143	96,6
Incorrectas	35	23,6	5	3,4
Totales	148	100	148	100

Fuente: Encuesta.

Tabla 4. Distribución de las respuestas brindadas al cuestionario antes y después de haber sido brindado el CIBDM, según preguntas referentes a la sintomatología

Tipos de respuesta	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Correctas	130	87,8	142	95,9
Incorrectas	18	12,2	6	4,1
Totales	148	100	148	100

Fuente: Encuesta.

Tabla 5. Distribución de las respuestas brindadas al cuestionario antes y después de haber sido brindado el CIBDM, según preguntas referentes a la dieta.

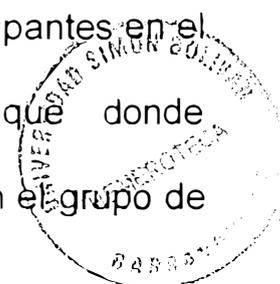
Tipos de respuesta	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Correctas	217	83,8	242	93,4
Incorrectas	42	16,2	17	6,6
Totales	259	100	259	100

Fuente: Encuesta.

En el presente trabajo participó un elevado número de pacientes con 10 o más años de duración de la diabetes mellitus, lo que representa un 75,7 % del total de participantes, como en trabajos anteriormente reportados.

En nuestro estudio predominó el nivel primario de escolaridad (43,2 %), seguido del nivel secundario (32,4 %), mientras que en el nivel preuniversitario y en el universitario se encontró un 13,5 % y un 10,9 % respectivamente.

De acuerdo con la distribución de los pacientes participantes en el CIBDM por grupos de edades encontramos que donde predominan los pacientes con esta enfermedad es en el grupo de



56 y más años de edad con 22 en total. Resultados similares obtuvo *Matos A.15* en sus trabajos.

Después del análisis de todos estos resultados se observa que los objetivos trazados en el presente trabajo se cumplieron, lográndose con el CIBDM contribuir a desarrollar los conocimientos básicos y la destreza en estos pacientes para enfrentar la enfermedad que padecen.

A la vez, sacaron las siguientes conclusiones:

1. Después de haber recibido el CIBDM el porcentaje de las respuestas correctas a todas las preguntas se incrementó en el 13,5 %.
2. El incremento de las respuestas correctas a todas las preguntas es mayor entre los pacientes del sexo masculino después del CIBDM, y entre los que tienen 56 años y más.

7. PLAN DE RECOLECCIÓN

De acuerdo con el contexto y las variables comprometidas en la investigación en datos adecuados para la recolección de la información se utilizaron el siguiente proceso

Para el caso del tema se elaboró el cuestionario que permitió delinear la investigación en datos y aspectos relevantes del tema de estudio.

- ❖ Sensibilización.
- ❖ Observación directa
- ❖ Registro (Historias Clínicas)
- ❖ Entrevistas con los pacientes.
- ❖ Entrevista con los familiares.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Mac roVariable	Variable	Def inición		Nivel de medición	Indicadores
Características sociodemográficas	Edad	Edad en que se presentan las úlceras o heridas con mayor prevalencia en la población objeto de estudio	Cuantitativa	Intervalo	40 – 55 56 – 71 72 – 87
	Sexo	Población con mayor incidencia de las heridas crónicas teniendo en cuenta las características de las personas (genero)	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino
	Ocupación	Oficio en el que se desempeña su sujeto de estudio	Cualitativa	Nominal	Pensionado T. independiente T. dependiente
	Nivel socioeconómico	Condiciones en que se desenvuelven el sujeto de estudio	Cuantitativa	Nominal	Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3
Nivel de	Conocimiento	Característica	Cualitativa	Nominal	Adecuado



conocimiento de la enfermedad	acerca de la diabetes.	referidas por la población objeto de estudio acerca de que es la diabetes			No adecuado No responde
	Conocimiento acerca e la aparición de las úlceras	Características referidas por la población objeto de estudio acerca del conocimiento para identificar la aparición de las úlceras.	Cualitativa	Nominal	Siempre Casi siempre A veces Nunca
	Conocimiento acerca del cuidado de las heridas.	Características referidas por la población objeto de estudio acerca de las instrucciones recibidas sobre el cuidado de la herida.	Cualitativa	Nominal	Si No No se acuerda.
	Conocimiento de los factores de riesgo que pueden retrasar	Característica referida por la población objeto de estudio acerca	Cualitativa	Nominal	Si No No se acuerda.

	la cicatrización de la herida.	de cuales son los factores de riesgo que pueden retrasar la cicatrización de su herida.			
	Conocimiento acerca del procedimiento para la curación de la herida.	Característica referida por la población objeto de estudio acerca el procedimiento que le realizan para la curación de su herida.	Cualitativa	Nominal	Si No
	Conocimiento acerca de la manipulación de la herida en casa.	Característica referida por la población objeto de estudio acerca de la manipulación de la herida en casa.	Cualitativa	Nominal	Si No
	Conocimiento acerca de la practica del lavado y utilización de	Característica referida por la población objeto de estudio acerca de la practica del	Cualitativa	Nominal	Si No

	guantes en la curación.	lavado de manos y utilización de guantes para la curación.			
	Cumplimiento de la cita en la clínica de heridas.	Característica referida por la población objeto de estudio acerca de el cumplimiento de sus citas en la clínica de heridas.	Cualitativa	Nominal	Si No No sabe
	Conocimiento acerca de los beneficios de la dieta y el ejercicio a la cicatrización de la herida.	Característica referida por la población objeto de estudio acerca de los beneficios del ejercicio y la dieta para la cicatrización de la herida.	Cualitativa	ordinal	Si No No sabe

9. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

La información recolectada fue procesada mediante sistema computarizado, basado en el programa Windows, Excel utilizado para ello una computadora ACER View 34T UVGA

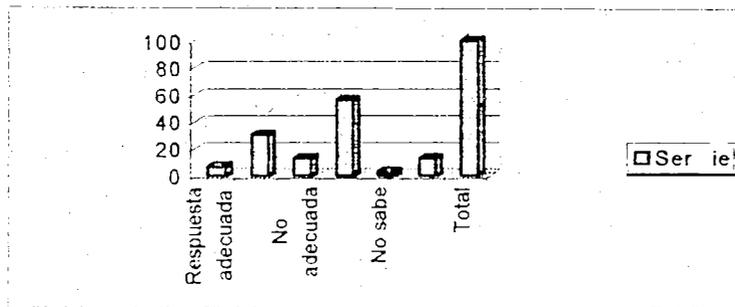
1. ¿Sabe usted que es la diabetes?

TABLA No.1

Nos. Encuestados	Respuesta adecuada	%	No adecuada	%	No sabe	%	Total
23	7	30.43	13	56.52	3	13.04	100

FUENTES: Encuestas aplicadas a pacientes con diabetes

GRÁFICA NO.1



En la tabla No.1 arrojó el siguiente dato estadístico: 7 de los encuestados si saben el significado de la diabetes lo cual equivale a un 30.43%, responden a la pregunta no adecuada 13 que corresponden al 56.52%, y No saben el 13.04 ya que ellos no han



tenido la oportunidad de escuchar una charla acerca de este tema, solamente se han dedicado a aplicarle el proceso de curación sin ninguna otra información.

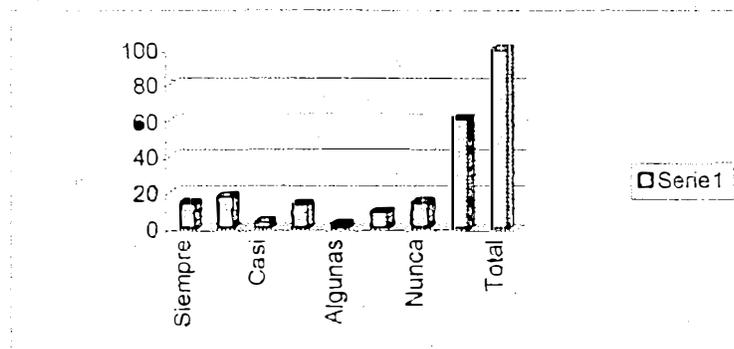
2. ¿Sabe usted identificar oportunamente la aparición de las úlceras?

Tabla No.2

Nos. Encuestados	Siempre	%	Casi siempre	%	Algunas veces	%	Nunca	%	Total
23	4	17.39	3	13.04	2	8.69	14	60.86	100

FUENTE: Encuestas aplicadas a pacientes con diabetes

GRÁFICA No.2



De acuerdo a la esta pregunta, el análisis cuantitativo se dio de la siguiente forma: 4 encuestados reponden al ítem siempre para un total de 17.39 que identifican oportunamente la aparición de las úlceras. Casi siempre respondieron únicamente tres personas para un total del 13.04% esto significa que tienen duda de las apariciones de las úlceras y algunas veces dos para un total de

8.69% que en realidad no identifican las apariciones de las úlceras y las llaman llagas nombre popular en el nivel de su conocimiento, pero sin embargo 14 personas que respondieron nunca y equivale a un 60.86% estos si no conocen en su totalidad la aparición de la úlcera creyendo es un grano o una llaga sin tener en cuenta el vocabulario científico, ya que estos pacientes no tienen un nivel de conocimiento a cerca de esta enfermedad.

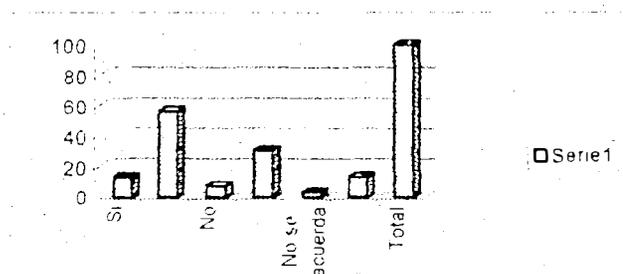
3. ¿Ha recibido instrucciones acerca del cuidado de las heridas?

Tabla No.3

Nos. Encuestados	Si	%	No	%	No se acuerda	%	Total
23	13	56.52	7	30.43	3	13.04	100

FUENTE: Encuestas aplicadas a pacientes con diabetes

GRÁFICA No.3



En este interrogante suele decirse que trece personas de los veintitres encuestados sí han recibido instrucciones a cerca del cuidado de las heridas, los cuales le corresponde al 56.52% ;

siete respondieron negativamente a este interrogante y su porcentaje es igual 30.43%; sin embargo tres personas no se acuerdan, tomando como ejemplo que cuando le hablan no prestan atención por el dolor o por que le vayan a lastimar o hacer una curación indebida, a este le corresponde el 13.04%

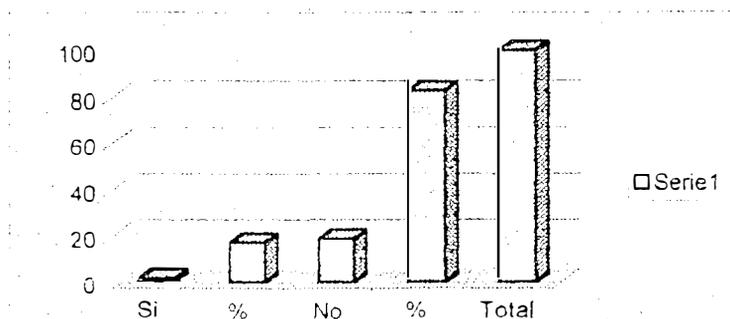
4. ¿Conoce usted que factores de riesgos pueden retrasar el proceso de cicatrización?

Tabla No.4

Nos. Encuestados	Si	%	No	No %	Total
23	4	17.39	19	82.60	100

FUENTE: Encuestas aplicadas a pacientes con diabetes

GRÁFICA No.4



Se concluyó que los encuestados, el 82.60% no conocen los factores de riesgos que pueden retrasar el proceso de cicatrización, debido a la falta de conocimiento de un autocuidado de la herida

en casa, en cambio el 17.39% que equivale a cuatro encuestados.

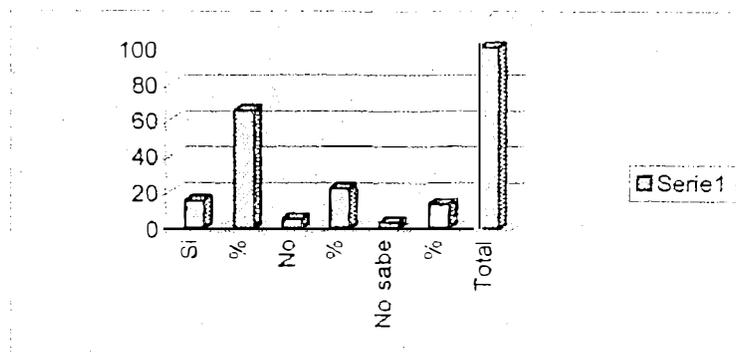
5. ¿Conoce el procedimiento que se realiza para su cura?

Tabla No.5

Nos. Encuestados	Si	%	No	%	No sabe	%	Total
23	15	65.21	5	21.73	3	13.04	100

FUENTE: Encuestas aplicadas a pacientes con diabetes

GRÁFICA No.5



En este ítem, suele decirse que el 65.21% si conocen el procedimiento que se realiza para su curación, pero no lo realizan por temor a una infección o por una mala utilización en los implementos necesarios para la curación, el 21.73 contestaron negativamente y se realizan curaciones arbitrariamente sin ningún cuidado alguno, pero el 13.04 de tres de los encuestados no realizan ninguna prevención porque no tienen el conocimiento de

prevención de infección que puede producir el mal proceso de curación.

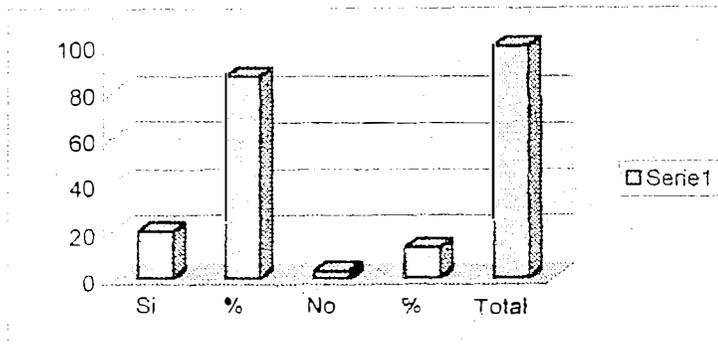
6. ¿Se ha manipulado la herida en casa?

Tabla No.6

Nos. Encuestados	Si	%	No	%	Total
23	20	86.95	3	13.04	100

FUENTE: Encuestas aplicadas a pacientes con diabetes

GRÁFICA No.6



En esta pregunta se realizó el estudio estadístico de la siguiente manera el 86.95% si se ha manipulado la herida en casa, porque le rasca o porque le ha picado algún insecto y el 13.04 no se han manipulado la herida, por cuidado o buscan una enfermera que este especializada en realizar curaciones en pacientes con diabetes.

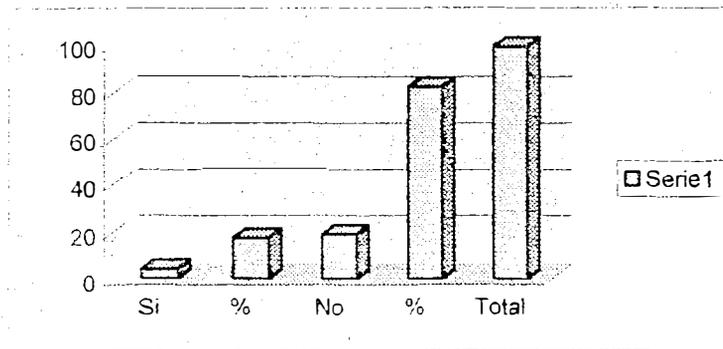


7. ¿Se lava las manos y utiliza guantes para curar las heridas?

Nos. Encuestados	Si	%	No	%	Total
23	4	17.39	19	82.60	100

FUENTE: Encuestas aplicadas a pacientes con diabetes

GRÁFICA No. 7



De los encuestados el 17.39%, contestaron que sí se lavan las manos por prevención de infección u otro riesgo a la enfermedad, y a la vez utilizan guantes como protector cuando le hacen el procedimiento de curación en casa. Pero el 82.60% no tienen cuidado de prevención y uno de estos es que no se lavan las manos y su herida tiene problemas de cicatrización o e le infecta más.



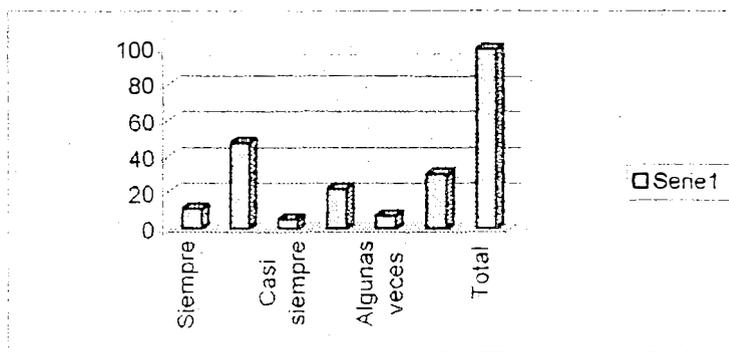
8. ¿Cumple con las citas programadas por la clínica de heridas?

Tabla No. 8

Nos. Encuestados	Siempre	%	Casi siempre	%	Algunas veces	%	Total
23	11	47.82	5	21.73	7	30.43	100

FUENTE: Encuestas aplicadas a pacientes con diabetes

GRÁFICA No.8



En esta pregunta ¿cumple con las citas programadas por la clínica de heridas?. El 47.82% siempre y son los pacientes que tienen una buena evolución en la herida, el 21.73% casi siempre por la razón de la falta de recursos económicos y algunas veces el 30.43% que también la justifican por el motivo antes mencionadas.

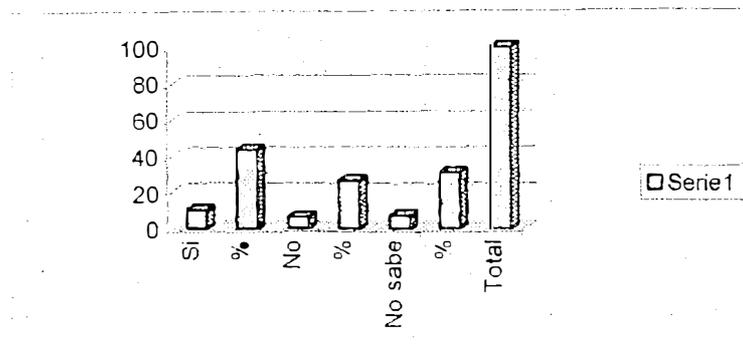
9. ¿La dieta y el ejercicio sirven o ayuda para cicatrización de las heridas?

Tabla No.9

Nos. Encuestados	Si	%	No	%	No sabe	%	Total
23	10	43.47	6	26.08	7	30.43	100

FUENTE: Encuestas aplicadas a pacientes con diabetes.

GRÁFICA No.9



A esta pregunta, el 43.47%, si reconocen que la dieta y el ejercicio sirve o ayuda para cicatrización de las heridas, sin embargo no lo ponen en practica por miedo a que se golpeen, se le llene de polvo la heridas y otras razones, en cuanto a la dieta dicen que el nivel económico no permite realizar dietas, pero algunas veces la ponen en practica. El 30.43%, suele decir que en su conocimiento no saben que una dieta balanceada acorde a

la diabetes sirve para la mejoría de las heridas y la realización de ejercicios.

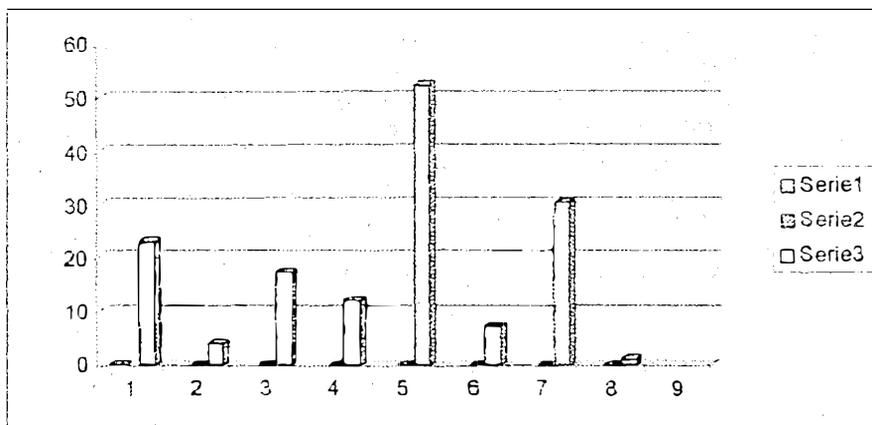
INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS

TABLA No.10
EDAD

Nos. Encuestados	40-55	%	56-71	%	72-87	%	TOTAL PORCENTAJE
23	13	56,52	8	34,78	2	8,6	100

FUENTE: Encuestas aplicadas a pacientes con diabetes.

GRAFICA No.10



En cuanto a esta pregunta de los 23 encuestados el 56.71% oscilan en edades de 40-55 años, mientras que el 34.78% están entre 56-71 años de edad, y el 8.6% entre 72-87 años de edad lo que nos indica que entre más edad se tenga aumenta la prevalencia de las heridas crónica.



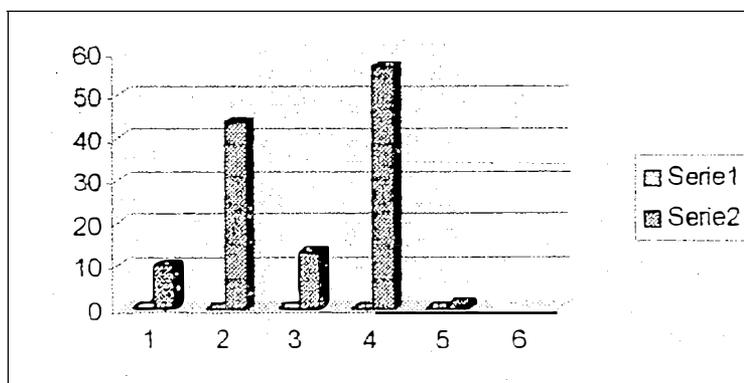
TABLA No.11

SEXO

No. De Encuestados	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL PORCENTAJE
23	10	43.47	13	56.53	100

FUENTE: Encuestas aplicadas a pacientes con diabetes.

GRÁFICA No. 11



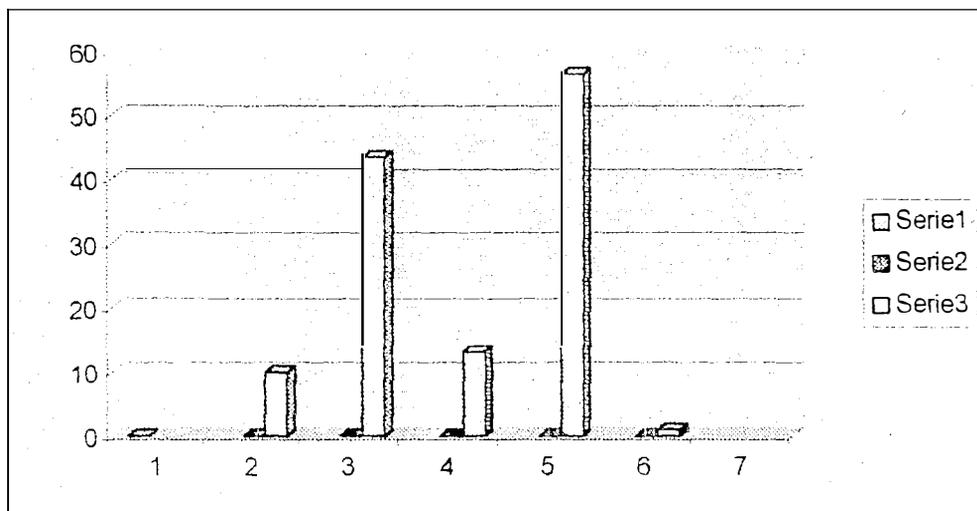
En cuanto al sexo de los 23 Encuestados el 43.47% que corresponde al sexo masculino, y el 56.53% corresponde al sexo femenino, mostrando como resultado que hay una incidencia en las mujeres con heridas crónicas.

Tabla No.12
OCUPACIÓN

No. de Encuestados	Empleados	%	Rebusque	%	Pensionados	%	Total Porcentaje
23	4	17,39	4	17,39	15	65,21	100

FUENTE: Encuestas aplicadas a pacientes con diabetes.

GRÁFICA No.12



De las 23 personas encuestadas, respondieron a este interrogante el 17.39% que son empleados dependientes, lo cual les dificulta su vida laboral, debido a esto se encuentran constantemente incapacitados, mientras que el 17.39% respondió que son empleados independientes y el 62.21% restante son pensionados

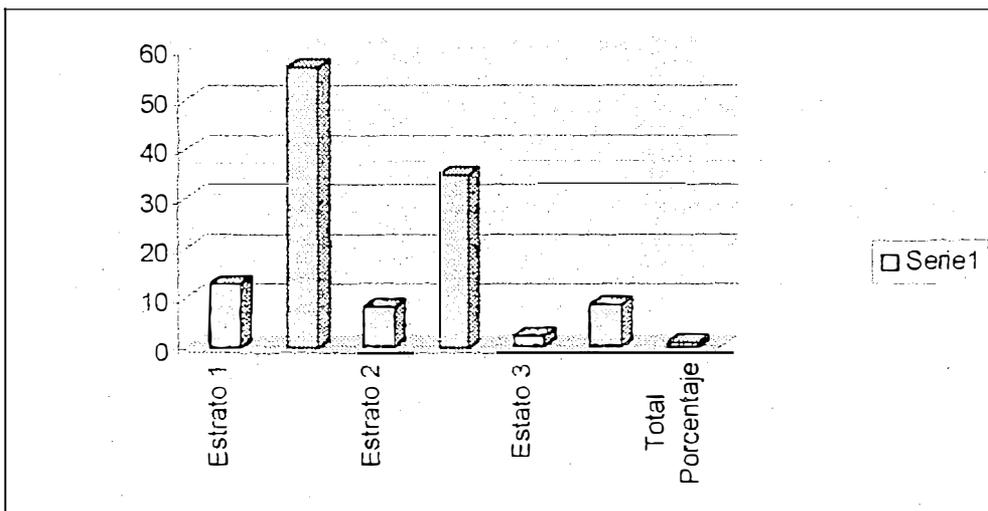
12.2.1 TABLA No.13

12.2.1.1.1 NIVEL SOCIOECONÓMICO

No. de Encuestados	Estrato 1	%	Estrato 2	%	Estrato 3	%	Total porcentaje
23	13	56.52	8	34.78	2	8.6	100

FUENTE: Encuestas aplicadas a pacientes con diabetes

GRÁFICA No. 13



En esta tabla se puede observar que al estrato uno pertenecen el 56.52%, al estrato dos el 34.78% y el 8.6% al estrato tres.



9. ELEMENTOS ADMINISTRATIVOS

9.1. RECURSOS HUMANOS

- ❖ Pacientes con heridas crónicas que asisten a la Clínica de Heridas de la U:H: los Andes.
- ❖ Grupo de Investigación
- ❖ Asesora.
- ❖ Personal de apoyo

9.2. FINANCIERO

* Transporte	\$320.000
* Fotocopias	100.000
* Consulta Internet	100.000
* Transcripción de documentos	350.000
* <input type="checkbox"/> Elementos de oficina	20.000
* Total	890.000



CONCLUSIÓN

Durante el proceso en que se realizó la investigación pudimos ampliar las estructuras conceptuales de la comunidad diabética con heridas crónicas de todo el proceso de indagación, de revisión bibliográfica, la dinámica impresa por el ejercicio investigativo permitió en nosotras dimensionar una nueva actitud del ejercicio de la labor como enfermera, en el cual, no solo se detectan los problemas, sino que se buscan estrategias de intervención que permitan la solución de problemas. A continuación se plantean las conclusiones y recomendaciones obtenidas fruto de este trabajo.

La Clínica de Heridas U.H. LOS Andes E.S.E. José Prudencio Padilla, como sección, en la cual se facilitan situaciones, para que los pacientes con heridas crónicas y el personal especializado en esta rama, desarrollen su proceso de curación y sensibilización del cuidado de la herida. Por lo tanto debe la comunidad diabética con heridas crónicas permitir que los procesos sean

dinámicos, activos y favorezcan su interrelación en el medio en que se desenvuelven.

El nivel de conocimiento a cerca del autocuidado en pacientes diabéticos con heridas crónicas de la Clínicas de heridas U.H. Los Andes E.S.E José Prudencio Padilla, las investigadoras diseñaron varias actividades las cuales fue un recor en la participación con los pacientes, encontrándose con fundamentos por los lineamientos dados en las teorías consultadas con el tema.

Por otra parte, se dieron un buen conocimiento del autocuidado, debido a que los pacientes que llegan con éstas heridas el proceso de cicatrización es más evolutiva y con más cuidado al proceso de curación. Además la investigación nos dio un resultado excelente, ya que los pacientes han quedado muy satisfechos a este proceso de curación en heridas crónicas.



RECOMENDACIONES

El contexto socio-cultural donde viven los pacientes con heridas crónicas por causa de la diabetes en su mayoría pertenecen al estrato Uno, el cual está desprovisto de suficientes y adecuados espacios para que éstos pueda realizar actividades a cerca del proceso de curación si lo requieren en sus residencias, además cuentan recursos que garanticen un proceso de cicatrización excelente. Para esto las investigadoras implementaron estrategias que permitan enriquecer el proceso de curación en las heridas crónicas

❖ Organizar y adecuar el horario para que los pacientes tengan un buen espacio y puedan ser sensibilizados durante el proceso de curación, además se debe tener varias enfermeras con el propósito de no contar los minutos de las consultas en la clínica de heridas.



❖ Incrementar espacios de encuentros dentro de la clínica de heridas, con el fin de que los pacientes puedan interactuar y comunicar experiencias a cerca de su proceso de cicatrización, la cual ayuda los pacientes nuevos que no tienen la idea y pueden ayudar a sensibilizarlos, favoreciendo así el desarrollo y proceso de la curación para una mejor cicatrización por medio su educación hacia el auto cuidado

BIBLIOGRAFÍA

1. Alarcón S. Capacidad de autocuidados del paciente diabético crónico. Rev Cubana Enferm 1993;9(2):110-6.
2. Mederos C, Selebarria N; Ramírez R. Problemas de salud en la comunidad de un consultorio en Cienfuegos. Rev. Cubana Enferme 1995;11(4):25-8.
3. Estévez M, Zacca Z, Mc Cook J. Angiopatías periféricas en la población senil. Rev Cubana Hig Epidemiol 1995;33(1-2):31-7.
4. Krupski W. Las consecuencias vascular periféricas del tabaco. Ann Vasc Surg 1991; 5:291.
5. Valdés R, Cardona M, Victoria M, Zacca É. Aterosclerosis periférica y factores de riesgos en la población geriátrica. Rev Cubana Med 1994;33(1):14-21.
6. Hart W, Collazo Herrera M. Costos del diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus en diferentes países del mundo. Rev Cubana Endocrinol 1998;9(3);212-20.

7. Prijoshan VM. Lesión del sistema nervioso central en la diabetes mellitus 1986, pp.16.
8. Barceló A. Diabetes mellitus en Cuba (1979-1989). Variaciones relacionadas con la edad y el sexo. Rev Cubana Endocrinol 1993;4:59.
9. Bloomgarde ZT. American Diabetes Association Scientific Session; Atheros a Health Care Diabetes Care 1995;18(2):1623-
10. Walten C. Relationships between insulin metabolism serum lipid profile, body fat distribution and blood pressure 1995;118(1);35-43.
11. Abate N, Garg A. Abnormal cholesterol distribution among lipoprotein fractions in normolipidemic patients with mild, NIDDM Art Biol Med 1995; 118(1);123-33.



12. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Objetivos, Perspectivas y Directrices de la Salud Pública de Cuba 1992-2000. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 1992:1.
13. Aldana D. Mortalidad por diabetes mellitus en Cuba. Rev Cubana Hig Epidemiol 1987;25(1);33-45.
14. W.W.W. JORGE BILBAO. COM/ Administración Hospitalaria. P.109
15. García R, Suárez R. La Educación al paciente diabético, La Habana: Ed Ciencias Médicas; 1991-7.
16. W.W.W. ENFERMERÍA J.W. CL. P.56
17. W.W.W. TU SALUD. COM/P29

18 . García R, Suárez R, Peralta R. Diagnóstico educativo sobre la enfermedad en pacientes diabéticos de la 3ª edad. Rev Cubana Endocr 1996;7:15-25.



**CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
SIMON BOLIVAR**

FACULTAD DE ENFERMERIA

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL AUTOCUIDADO EN
PACIENTES DIABETICOS CON HERIDAS CRÓNICAS
ATENDIDOS EN LA CLINICA DE HERIDAS U.H LOS ANDES
E.S.E. JOSE PRUDENCIO PADILLA, BARRANQUILLA 2004**

1. DATOS DE IDENTIFICACION

NOMBRE _____
EDAD ___ SEXO ___ OCUPACION _____
NIVEL SOCIOECONOMICO _____

2. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD.

2.1. Sabe usted que es la diabetes?

Respuesta adecuada _____ No adecuada _____ No
responde _____

2.2. Sabe usted identificar oportunamente la aparición de las
ulceras?

Siempre ___ Casi siempre ___ Algunas veces ___ Nunca ___

2.3. Ha recibido instrucciones acerca del cuidado de las
heridas?

Si ___ No ___ No se acuerda ___

2.4. Conoce usted los factores de riesgo que pueden retrasar el
proceso de cicatrización?

Si ___ No ___ No sabe ___



2.5. Conoce usted que procedimientos se realizan para su curación en la clínica de heridas?

Si__ No__

2.6. Se ha manipulado la herida en casa?

Si__ No__

2.7. Se lava las manos y utiliza guantes para curarse?

Si__ No__

2.8 Cumple con las citas programadas por la clínica de heridas?

Siempre__ Algunas veces__ Casi siempre__

2.9 El ejercicio y la dieta sirven para la cicatrización de las heridas?

Si__ No__ No sabe__

- 1- DIABETES - CUIDADOS Y TRATAMIENTO
 - 2- DIABETES - DIAGNOSTICO
 - 3- ULCERAS - ENFERMERIA
 - 4- LESIONES Y HERIDAS - ENFERMERIA
 - 5- DIABETES
 - 6- ENFERMERIA - TESIS Y DISERTACIONES ADICIONALES
- solo una vez