



Mi Universidad

**HIPOTESIS, JUSTIFICACION,
DELIMITACION DEL ESTUDIO.**

NOMBRE DEL ALUMNO: Yoana Itzel Gutiérrez Álvarez

TEMA: Prevención de lesiones cutáneas en pacientes diabéticos de 40 a 50 años.

PARCIAL: N° 2

MATERIA: Seminario de tesis

NOMBRE DEL PROFESOR: Ervin Silvestre Castillo

LICENCIATURA: Enfermería

CUATRIMESTRE: 8° Cuatrimestre

FECHA: 13/02/2022

1.4. HIPÓTESIS

A mayor información sobre acciones preventivas de las lesiones cutáneas en pacientes diabéticos de 40 a 50 años en el ejido de Costa Rica, menor el riesgo de aparición y complicación de éstas.

1.5. JUSTIFICACIÓN

(Morgan Aaron Josepn, 2008) Sostiene que:

Las afecciones dermatológicas se presentan entre 30% a 70% de los diabéticos, en algún momento de la enfermedad, sin diferencia entre DM tipo 1 (DM1) y DM tipo 2 (DM2). Aquellos con DM2 presentarían con mayor frecuencia lesiones asociadas con infecciones y los que presentan DM1 las lesiones serían vinculadas con mayor frecuencia a la autoinmunidad.

Existen lesiones cutáneas asociadas a la diabetes, cuya etiología y relación con el control metabólico aún no ha sido del todo elucidada.

Las lesiones cutáneas pueden ser de 3 tipos los cuales son: enfermedades cutáneas con fuerte o relativa relación con DM, infecciones cutáneas, relacionadas con el tratamiento.

La hiperglucemia produce cambios bioquímicos en el organismo mediante reacciones no enzimáticas entre los aminoácidos y la glucosa. Estos cambios derivan en reacciones de glicosilación, que corresponden a la unión covalente del oxígeno de la glucosa con un átomo de nitrógeno, ya sea en el grupo alfa-amino del aminoácido N-terminal o en el épsilo-amino del grupo lisina.

Cuando la hiperglucemia es mantenida en el tiempo, se producen proteínas irreversiblemente glicosiladas lo que se conoce como “productos de glicosilación avanzada (AGE). Los AGE se encuentran en pacientes diabéticos de larga evolución (10 años) y pueden acumularse en proteínas de larga vida: el cristalino del ojo, la mielina del sistema nervioso central, las paredes de los vasos sanguíneos y también en el colágeno.

Esto se traduce en un daño irreversible de estos tejidos, lo que se expresa clínicamente.

La glicosilación de las proteínas produce cambios en las propiedades físicas y químicas de ellas y es así como a nivel vascular induce aumento del grosor de la membrana basal, a la vez que los eritrocitos pierden flexibilidad, lo que determina mayor viscosidad plasmática y una irrigación anormal de los tejidos.

En el caso del colágeno dérmico, la glicosilación produce una molécula menos flexible y más resistente a la degradación enzimática, lo que deriva en alteraciones en su síntesis y estructura.

Las manifestaciones cutáneas de la DM generalmente aparecen al inicio de la enfermedad, pudiendo ser la primera manifestación sistémica de la diabetes, otras veces, pueden preceder por muchos años al diagnóstico de DM. Estas lesiones expresan alteraciones bioquímicas propias de la enfermedad como glicosilación de proteínas, afecciones vasculares, neurológicas e inmunológicas.

(Eustaquio, 2019) Menciona que:

En el último estudio epidemiológico realizado por el grupo nacional para el estudio y asesoramiento de las úlceras por presión y heridas crónicas, GNEAUPP, se estableció una prevalencia global de úlceras de pierna en España de todos los tipos en un 0,156%. Siendo el perfil de éstos pacientes predominante en el sexo femenino con edad superior a los 72 años. Las úlceras vasculares tienen una incidencia de 800.000 nuevos casos, una prevalencia del 2% de la población y un índice elevado de recidivas (alrededor de un 70%).

Las úlceras venosas o de estasis son las más frecuentes, representan entre 60- 80% del total, son más frecuentes en las mujeres con una relación hombre – mujer de 1:3 y suelen aparecer entre los 40 y los 50

años, la incidencia es mucho mayor a partir de los 65 años con un porcentaje del 5,6% de la población.

Las úlceras arteriales suponen entre un 10 y un 25% de todas las vasculares. Son más frecuentes en hombres mayores de 60 años, en mujeres su aparición es en mayores de 65 años, aunque esto empieza a modificarse debido a los hábitos tabáquicos principalmente. La prevalencia en mayores de 65 años se sitúa entre un 8 y un 11%. En personas menores de 60 años, ronda en 2%.

Aproximadamente un 25% son úlceras mixtas. Esta prevalencia aumenta con la edad. En grupos poblacionales con edades por debajo de los 40 años se sitúa por debajo de 0,03%, entre los grupos de 41 a 60 años está entre el 0,2% y el 2,5% y en el grupo de edad superior a los 80 años de edad está entre el 2,1% y el 10%.

Las tasas de incidencia de las UEI (úlceras de extremidad inferior) se sitúan entre 3 a 10 y 5 casos nuevos por cada 1000 personas y año, con una relación mujer /varón que oscila entre el 1,5 a 1 al 3 a 1.

Las úlceras neuropáticas (pie diabético), se sitúa en el 8%-13%, según indican datos recogidos en un informe del Ministerio Español de Sanidad y Consumo, afirmando que las úlceras neuropáticas son de igual frecuencia en hombres que en mujeres y que aparecen generalmente en diabéticos de larga evolución. El pie diabético es una complicación que aparece en el 15% de los pacientes con diabetes.

En EE.UU. aparecen cerca de 600.000 casos nuevos de úlcera de pierna al año, en su mayoría venosa. En Suiza la padece el 1% de los individuos en actividad. En Australia la incidencia relatada varía del 0,3 al 1%, mientras que la incidencia mundial está alrededor del 2,7%. En

Dinamarca, se halló una prevalencia del 3,9% de úlceras venosas abiertas o cicatrizadas. En Suecia, entre el 4 y el 5% de la población por encima de 80 años presenta dicha patología.

(Flor, 2018) Argumenta que:

En México la incidencia y prevalencia de úlceras venosas exacta es casi inexistente, ya que faltan estudios y estadísticas confiables. En el mundo se reporta una prevalencia de insuficiencia venosa del 83.6% de acuerdo con el Vein Consult Program (VCP), mientras que en un estudio realizado en México durante 2010 reporta una prevalencia de la enfermedad venosa crónica para ambos sexos de 71.3%.

Entre los lugares con mayor prevalencia de insuficiencia venosa crónica en México se encuentran las ciudades de Cuernavaca (88.7%) y Veracruz (89.3%). De estos pacientes el 1.7% presentaba un estadio clínico C6, lo cual corresponde a úlcera venosa activa de acuerdo con la Clasificación CEAP (Clínica – Etiológica – Anatómica -Fisiopatológica). Aunado a esto, otro 1.5% de la población presentaba estadio C5 correspondiente a una úlcera cicatrizada.

A partir de lo anterior se puede inferir que las úlceras venosas son un problema de salud que aqueja actualmente a la población por lo cual el estudio de esta problemática es de gran relevancia ya que al encontrar más opciones de tratamiento se lograría un impacto en la población que padece dicha condición, la cual puede llegar a ser incluso incapacitante.

En relación a las lesiones cutáneas específicamente no encontramos muchos datos de la situación que prevalece actualmente en Chiapas, pero podemos ver algunos indicadores de manera más general a partir de la enfermedad que la genera, es decir, de la diabetes mellitus.

(Uribe, 2022) Explica que:

La desnutrición en la infancia temprana puede llevar a diabetes cuando los alimentos procesados ricos en azúcar abundan más adelante en sus vidas, explica Arana Cedeño. En Chiapas, la dieta rural indígena era buena en términos de calidad, pero insuficiente en cantidad, dice. Cuando llegaron los alimentos procesados, las comunidades rurales comenzaron a depender de ellos.

“Hemos visto con gran consternación que el pozol en muchas familias ya no se consume”, señala Arana Cedeño refiriéndose a una bebida tradicional hecha de maíz fermentado. En cambio, “el refresco se consume en la mañana, al mediodía, en la noche. Ves a niños pequeños, que, con su talla baja por la desnutrición, cargan botellas enormes de dos litros o más de refresco”, agrega.

Julio Jiménez Hernández coincide con Arana Cedeño al asegurar que la mayoría de familias ya no cultiva su comida y que los niños cambiaron el pozol por las galletas y los refrescos como lunch para la escuela.

Esos cambios en la alimentación podrían contribuir a que la tasa de desnutrición crónica en niños menores de cinco años sea de 20% en las áreas rurales del sur de México, según un informe de 2014 de Unicef.

Ante este panorama y tras la declaración de emergencia, la Secretaría de Salud federal ahora entrega certificados a las escuelas que promueven la salud en Chiapas. “Queremos certificar todas las escuelas. El tiempo que nos lleve”, dice Domínguez Zárate. “Es muy importante, porque si no nos va a llevar muchos años lograr el mejoramiento en la salud”.

Sin embargo, otros cambios sociales podrían estar contribuyendo al incremento de la tasa de diabetes en Chiapas, incluyendo el aumento del envío de remesas de miembros familiares que se van de las áreas rurales para trabajar en otra parte y el surgimiento de programas que conectan a las familias con alimentos procesados, indica Austreberta Nazar, experta en medicina social e investigadora de El Colegio de la Frontera Sur.

La importancia de realizar este trabajo de investigación orientado a las lesiones cutáneas derivadas de la diabetes mellitus, es sin duda por el impresionante incremento de los casos de personas que padecen esta enfermedad desde nivel mundial como podemos observar en los datos que hemos venido presentando y que se seguirán argumentando a lo largo de toda la tesis. Desde nuestra profesión en el área de la salud, considero de suma importancia conocer un poco más de este tipo de lesiones que son tan comunes y que sin embargo, podemos evitar su aparición con medidas preventivas que están a nuestro alcance.

1.6. DELIMITACIÓN DEL TEMA

Tal como se ha mencionado antes, las lesiones cutáneas constituyen un riesgo permanente en las personas que ya padecen diabetes mellitus, por lo que abordar esta investigación desde una perspectiva preventiva nos permitirá incidir de manera estructural en esta enfermedad.

MACROLOCALIZACIÓN

La presente investigación se realizará en el Municipio de Frontera Comalapa, tomando en cuenta que en el Hospital Básico Comunitario, la incidencia de lesiones cutáneas por diabetes mellitus es alta, por lo que se decidió tomar como referente del estudio a una de sus localidades (Costa Rica).

El municipio de Frontera Comalapa es uno de los 124 municipios que conforman el Estado Mexicano de Chiapas. Se encuentra en los límites de la sierra madre y en la depresión central, predominando los terrenos semiplanos.

Tiene como colindancias: Al noroeste Municipio de Socoltenango, al norte Municipio de Trinitaria, al oeste municipio de Chicomuselo., al sur municipio de Amatenango de la Frontera, al suroeste municipio de Bellavista.

Presenta una extensión territorial de 717.90 km que representa el 5.62% de la región fronteriza y el 0.94% a nivel estatal. El clima que se registra en todo Frontera Comalapa es cálido-subhúmedo con lluvias en verano, la temperatura media anual registrada en la mayor parte del municipio. Su población para el año 2000 era de 52, 168 habitantes: el 48% hombres y el 51.11% mujeres; su estructura predominantemente joven y sus comunidades eminentemente rurales.

MICROLOCALIZACIÓN

Específicamente el estudio se llevará a cabo en la comunidad de Costa Rica, siendo ésta una de las 214 localidades del municipio.

Costa Rica tiene un total de 1027 habitantes aproximadamente, los cuales se agrupan en 294 familias, donde muchos de sus integrantes se encuentran en el rango de los 40 a 50 años de edad, siendo varios los que también padecen la enfermedad de Diabetes Mellitus, teniendo el riesgo de desarrollar lesiones cutáneas o de tener complicaciones mayores a quienes ya lo padecen.