



RESUMEN

Objetivo.- Capacitar en autocuidado a pacientes con Diabetes Mellitus tipo II que acuden al Hospital de Paute.

Métodos y materiales.- Se realizó un estudio cuasi experimental de educación a pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II en un periodo comprendido entre Febrero a Julio 2010. La muestra la constituyeron 50 pacientes entre hombres y mujeres con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II que asistieron cada mes a un taller educacional.

La recolección de los datos se realizó mediante una entrevista y aplicación de un pre y pos Test a los pacientes que firmaron su consentimiento de participación en esta investigación.

Resultados: En el pre-test se encontró que 24% pacientes presentaron un buen conocimiento de autocuidado en alimentación; 36% pacientes un autocuidado regular y 40% no tienen conocimientos sobre autocuidado.

El cuidado de los pies: en el pre-test se encontró que el 30% de pacientes tienen un buen control, 20% tienen un control regular y 50% tienen un mal control. En el parámetro de actividad física se encontró que son sedentarios el 56% y no sedentarios 44%.

Posteriormente a la intervención se dieron los siguientes resultados en el pos test: 78% de pacientes tienen un autocuidado en alimentación buena, 20% demuestran un autocuidado regular y 2% un autocuidado malo. En relación al cuidado de los pies, 84% demostraron tener un buen control, 10% obtuvieron un control regular y se obtuvo 6% al valor calificado como mal control. En actividad física, el 4% son sedentarios y 96% son no sedentarios.



Conclusiones: La intervención educativa demostró ser efectiva clínica y estadísticamente.

Palabras claves: Diabetes Mellitus Tipo II, autocuidado en pacientes ambulatorios. Hospitales zonas Urbanas. Azuay- Ecuador.



ABSTRACT

Objective.- To enable in self medication to patients with Mellitus Diabetes type II that go to the Hospital of Rules.

Methods and materials.- An experimental study was realized quasi of education to patients with Mellitus Diabetes Type II in a period between February to Julio 2010. The sample constituted 50 patients between men and women with diagnosis of Mellitus Diabetes Type II that attended every month an educational factory.

The harvesting of the data was realized by means of an interview and application of pre and pos Test to the patients who signed their consent of participation in this investigation.

Results: In the pre-test one was that 24% patients presented/displayed a good knowledge of self medication in feeding; 36% patients a regular self medication and 40% do not have knowledge on self medication.

The care of the feet: in the pre-test were that 30% of patients have a good control, 20% have a regular control and 50% have a bad control. In the parameter of physical activity one was that 56% are sedentary and nonsedentary 44%.

Later to the intervention they occurred to the following results in the pos test: 78% of patients have a self medication in good feeding, 20% demonstrate to a regular self medication and 2% a bad self medication. In relation to the care of the feet, 84% demonstrated to have a good control, 10% obtained a regular control and 6% to the value described like bad control were obtained. In physical activity, 4% are sedentary and 96% are nonsedentary.



Conclusions: The educative intervention statistically demonstrated to be effective clinic and.

Key words: Mellitus diabetes Type II, self medication in ambulatory patients. Hospitals Urban zones. Azuay- Ecuador.



ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| Resumen | 1 |
| Abstract | 2 |
| | |
| CAPITULO I | 13 |
| INTRODUCCION | 13 |
| Planteamiento del problema | 15 |
| Justificación | 17 |
| | |
| CAPÍTULO II | |
| Objetivos | 19 |
| | |
| CAPÍTULO III | 20 |
| Metodología | 20 |
| Material y métodos | 20 |
| Matriz de variables | 24 |
| Operacionalización de variables | 25 |
| | |
| CAPÍTULO IV | 28 |
| Marco Teórico | 28 |
| Marco Referencial | 51 |
| | |
| CAPITULO V | 57 |
| Análisis de los resultados | 57 |
| | |
| CAPITULO VI | |
| Sistema de Enfermería de apoyo educacional | 112 |
| | |
| CAPITULO VII | |
| Conclusiones y Recomendaciones | 131 |
| Recomendaciones | 132 |
| DIANA LOJANO /2010 | |
| ERIKA PEÑAFIEL | |
| ANITA PESÁNTEZ | |



| | |
|----------------------|-----|
| Citas Bibliográficas | 133 |
| Bibliografía | 135 |
| Anexos | 137 |



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**“AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE MARZO SEPTIEMBRE 2010”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA.**

**AUTORAS: DIANA LOJANO BALAREZO
 ERIKA PEÑAFIEL BELTRÁN
 ANITA PESÁNTEZ RIVERA**

DIRECTORA: LCDA. ADRIANA VERDUGO SÁNCHEZ.

ASESORA: LCDA. MARCIA PEÑAFIEL PEÑAFIEL.

CUENCA ECUADOR

2010



DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, por ser guía de mi camino y estar día a día conmigo y darme el mejor regalo del mundo que son mis queridos padres y hermanos, quienes con su apoyo incondicional me brindaron el ánimo permanente y fueron sobre todo el pilar fundamental para cumplir mi grande sueño, de ser Licenciada en Enfermería, a Erika mi mejor amiga y a todas mis compañeras con quienes compartimos los años de estudio.

A mis maestras por sus perdurables enseñanzas.

Anita Pesántez



DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico principalmente a Dios por haberme guiado siempre, dándome fuerza, valor y sobre todo sabiduría, a mis queridos padres y hermanos, quienes con mucho esfuerzo sacrificio y amor supieron apoyarme económicamente y moralmente para cumplir uno más de mis sueños anhelados, como es llegar a ser Licenciada en Enfermería; a todas mis compañeras y maestras quienes con mucho esmero y sacrificio me brindaron conocimientos para llegar a ser lo que soy.

Diana Lojano



DEDICATORIA

Este trabajo en especial le dedico a dios por que él ha sabido de una u otra forma a pesar de los obstáculos y lagrimas darme fortaleza para seguir adelante y gracias por darme el regalo más bello que es mi familia, a mis padres y hermanos quienes con su apoyo incondicional, económico, moral y espiritual me brindaron el ánimo permanente y fueron sobre todo el pilar fundamental para realizar uno de mis sueños ser una profesional.

También dedico este trabajo a mis maestras guía para la realización y culminación de mi tesis, nuestra directora Lcda. Adriana Verdugo y Asesora Lcda. Marcia Peñafiel.

No podía faltar agradecerles de todo corazón a mis compañeras de tesis en especial a Anita mi mejor amiga quien estuvo conmigo siempre en las buenas y en las malas.

Erika Peñafiel



AGRADECIMIENTO

Existen muchas personas a quienes deseamos agradecer, entre ellas esta, Dios, por habernos dado vida, sabiduría e inteligencia para cumplir una más de nuestras metas propuestas; a nuestros padres cuya ayuda constante y bondadosa fue grande, sin ella no hubiera sido posible la realización de este trabajo.

A nuestras maestras de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca por dotarnos de valiosos conocimientos, las experiencias nuevas y los valores inculcados en todo el tiempo de formación como estudiantes, principalmente a las Lcdas. Adriana Verdugo como Directora y Marcia Peñafiel como Asesora de Tesis, por el tiempo y la paciencia dedicada a la dirección, corrección, asesoría y guía de este documento.

Al grupo de pacientes Diabéticos, que con su cooperación fueron los protagonistas que permitieron realizar nuestra investigación con éxito, y a su vez al Hospital de Paute que nos permitió y colaboró en la realización de nuestro trabajo.

GRACIAS

LAS AUTORAS



RESPONSABILIDAD

**LAS OPINIONES Y CRITERIOS VERTIDOS EN ESTA TESIS SON DE
ABSOLUTA RESPONSABILIDAD DE SUS AUTORAS**

.....
DIANA FERNANDA LOJANO BALAREZO.
030214442-3

.....
ERIKA JESENIA PEÑAFIEL BELTRÁN.
120484529-9

.....
ANITA LUCIA PESÁNTEZ RIVERA
010542275-2



CAPITULO I INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus Tipo II es una enfermedad crónica, no transmisible de mayor importancia en el mundo, que afecta la calidad de vida de la persona que la padece.

Es un síndrome complejo que debe enfocarse desde un punto de vista integral debido a las repercusiones agudas y crónicas que frecuentemente sufren las personas que las padecen.

Su etiología es multifactorial; es producto hereditario, sedentarismo, comidas chatarras y bebidas gaseosas etc.

Se presenta por:

- Alteración en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas.
- Deficiencia relativa o absoluta en la secreción de insulina.
- Resistencia en grado variable a la insulina.

Para que se desarrolle la Diabetes Mellitus Tipo II es necesario que la exposición a los factores de riesgos individuales y colectivos sea por largo tiempo; al momento del diagnóstico es posible encontrar complicaciones agudas y crónicas como: A nivel de ojos se incrementa el riesgo para desarrollar cataratas, retinopatía, glaucoma y es la principal causa de ceguera adquirida en los adultos de 20 a 74 años de edad. Aumenta 17 veces el riesgo de desarrollar daño renal, que se manifiesta por nefropatía (micro albuminuria) e insuficiencia renal crónica. Se incrementa dos veces el riesgo de cardiopatía isquémica, enfermedad vascular cerebral e hipertensión arterial.

Aumenta la probabilidad de insuficiencia vascular periférica, que a su vez condiciona la presencia de pie diabético, cuyo tratamiento puede ser, la



amputación, produce también daños en los sistemas cardiovascular, digestivo y genitourinario. En piel y mucosas favorece infecciones oportunistas piógenas y micóticas crónicas.

Para prevenir la aparición de DM2 en la población general, y sobre todo en la población en riesgo, es necesario que se conozcan medidas de autocuidado orientadas a la prevención de esta enfermedad, y en caso de las personas que la padecen se debe tender a disminuir o evitar la aparición de las complicaciones agudas y crónicas. El autocuidado es una estrategia para mantener la salud mediante la orientación al paciente, la familia y la sociedad sobre la responsabilidad que se tiene en el control de su enfermedad y así evitar complicaciones graves futuras.

En nuestra investigación la aplicación del autocuidado se fundamenta en la teoría planteada por Dorotea Orem, este modelo se encuentra enmarcado en la tendencia de ayuda, en el cual el papel de la enfermera está basado en la realización de acciones que el paciente no puede llevar a cabo en momentos determinados de su vida.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el hospital Cantonal de Paute, la mayor parte de pacientes asisten al control médico de forma permanente, como también a las charlas sobre Diabetes Mellitus tipo II (DMT2), que es una enfermedad crónica, degenerativa, incurable y fácilmente controlable cuando se detecta a tiempo, se presenta en forma epidémica a nivel mundial, regional y local.

Los últimos datos de la Federación Internacional de Diabetes (FID) revelan que más de 285 millones de personas en todo el mundo viven con diabetes y este número se incrementara hasta los 435 millones para el 2030. (1) La cifra no tiene en cuenta el impacto que la enfermedad tiene sobre el individuo. A diferencia de otras enfermedades, las personas con diabetes son responsables del 95% de su cuidado y muchos lo llevan a cabo sin tener la preparación y el conocimiento adecuado. La FID a través de su programa mundial de educación, trabaja para aumentar el número de educadores en diabetes en todo el mundo, para capacitar a los profesionales sanitarios con principios actualizados para el control de la diabetes que puedan mejorar la calidad de la educación.

La diabetes perjudica a 4 millones de vidas cada año y es la causa principal de ceguera, enfermedad renal, ataques cardiacos, infartos y amputación, Impone exigencias de por vida a las personas y sus familiares, que tienen que tomar multitud de decisiones relacionadas con el control de su diabetes. El acceso a la educación diabética es un factor crítico para poder hacer frente a los desafíos que presenta la diabetes.

Para tener una vida larga y saludable, las personas con diabetes necesitan ser educados para entender y mantener una buena nutrición, realizar ejercicio, reducir el riesgo de complicaciones agudas y de por vida, hacer frente emocionalmente a lo que es vivir con una enfermedad



crónica, controlar su diabetes, resolver problemas y constantemente controlar su medicación.

Las causas de DMT2 está asociada al sedentarismo, elevado consumo de dietas hipocalóricas y según la asociación de Diabetes Americana los factores de riesgo individual son: Edad mayor de 45 años, índice de masa corporal mayor a 27 kg/m², antecedentes de Diabetes en familiares en primer grado, padres, hermanos, hijos, etc. Diabetes gestacional previa, antecedentes de hijos macrosómicos, dislipidemias, hipertensión arterial etc.

Del total de 80 personas diabéticas que se controlan en el Hospital de Paute aproximadamente 60 asisten a las charlas educativas y a la consulta mensual, y de estas 50 pacientes intervienen en nuestra investigación, esto representa un 62,5% de pacientes que cumplen con las recomendaciones médicas, situación que nos ha permitido identificar que además de los cuidados médicos, se debe proporcionar autocuidado, involucrando de forma directa al personal de salud, a los pacientes, a sus familiares y a su comunidad.

Frente a esta realidad, es necesario fomentar y fortalecer las medidas de autocuidado. Estas habilidades se tienen que poner en práctica en las diferentes fases de la enfermedad, desde la prevención y el diagnóstico temprano para disminuir los factores de riesgo individuales, colectivos, prevención de las complicaciones crónicas, cambios en el estilo de vida, cambios en la actitud, cambios en la aceptación de la enfermedad, en el autocontrol, en la toma de la medicación, en la prevención de efectos colaterales etc.



JUSTIFICACIÓN

La elevada prevalencia e incidencia de la diabetes mellitus Tipo II a nivel mundial, regional y local es producida por la baja situación socioeconómica de las personas que la padecen y no satisface la necesidad de recibir el tratamiento adecuado, la alta probabilidad de complicaciones agudas y crónicas nos ha llevado a trabajar sobre el autocuidado como son la alimentación, actividad física y el cuidado de los pies, con los cuales se puede prevenir, prolongar y evitar las complicaciones crónicas de la diabetes.

Promocionar el autocuidado del paciente diabético es fundamental en el tratamiento de la diabetes. Por lo general estas personas ignoran los conocimientos sobre el autocuidado, que son necesarios para controlar su enfermedad.

Para que la educación sea efectiva, es importante que las personas con enfermedades crónicas, adquieran los conocimientos necesarios sobre la utilidad de auto cuidarse y responsabilizarse de su propio cuidado en el proceso salud – enfermedad.

Para lograr un resultado positivo, es necesario realizar una intervención temprana por parte del personal de salud, en el que se podrá identificar tempranamente las ventajas de un cuidado oportuno. Dicha intervención está dirigida a la reflexión con el personal de salud, paciente y familiares para la toma de una mejor decisión.

Los resultados de esta investigación serán compartidos y socializados a los familiares y grupo de pacientes que asisten al control en el Hospital de Paute, a los directivos de salud del Hospital, a las autoridades de la facultad, la Escuela de Enfermería, para conjuntamente analizar los



resultados y tomar decisiones que permita mejorar la calidad de vida de los pacientes.



CAPITULO II

OBJETIVOS

GENERAL:

- Capacitar en autocuidado a pacientes con diabetes mellitus Tipo II que acuden a la consulta externa del Hospital Cantonal de Paute durante el periodo Marzo a Septiembre 2010.

ESPECÍFICOS:

- Identificar edad, sexo, ocupación, estado civil, nivel de educación y residencia de las personas con DMT2 que acuden a la consulta externa del Hospital de Paute.
- Describir mediante la aplicación de un pre y post Test el grado de autocuidado, en la alimentación, actividad física y autocuidado de los pies de las personas con DM2 que acuden al Hospital de Paute
- Elaborar un plan de intervención educativa para los pacientes con DM2 que acuden a la consulta externa del Hospital de Paute.



CAPITULO III METODOLOGÍA

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de Estudio.

Es un estudio cuasiexperimental, porque estudia las situaciones y eventos, además mide diversos factores de riesgo asociados a la DM2 de los pacientes con esta patología que acuden al Hospital de Paute.

Investigación Cuantitativa: Proporciona orden y un valor numérico a la recolección de la información, mediante el cual nos permitirá elaborar el análisis e interpretación de los datos investigados.

Universo

El universo lo constituyen los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II que asisten al Hospital de Paute para controlar su enfermedad.

Muestra

Se propuso trabajar con el grupo de 80 pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II que acuden al Hospital de Paute y que integran el grupo de estudio, sin embargo, de los 80, 50 aceptaron participar en el estudio durante los meses de Mayo a Junio del 2010.

Técnica

- Revisión bibliográfica, que nos permitió identificar los factores de riesgo y complicaciones que presentaron los pacientes con DM2 y establecer un plan de autocuidado para el grupo de estudio.
- Entrevistas a los pacientes mediante la aplicación de un pre y post Test.
- Tabulación de datos con la información obtenida en el pre y post Test.



- Elaboración de un plan de intervención educativa para los pacientes con DM2 que acuden a la consulta externa del Hospital de Paute.

Instrumento

Como instrumento de trabajo se utilizó un pre Test y post Test , en el que se aplicó después de 3 semanas en el que se registró: Nombres, sexo, edad (en años cumplidos), estado civil (casada, soltera, unión libre, viuda, divorciada o separada), nivel de educación, ocupación, sueldo, residencia (domicilio al momento del estudio).

La entrevista duró aproximadamente 15 minutos, posteriormente se procedió a aplicar el programa educativo planificado durante 30 minutos mediante charlas explicativas sobre autocuidado de la Diabetes Mellitus Tipo II.

Fuente de Información

Primaria: Entrevista a pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II.

Procesamiento de información: Se basó en el análisis de cada uno de los datos obtenidos en la aplicación del pre Test y entrevista según criterios establecidos y con la participación voluntaria de las mismas, lo que nos permitió obtener la información solicitada para nuestro estudio.

Se utilizó el sistema de enfermería de apoyo educacional, el mismo que proporcionó un trato personalizado a todos los integrantes de la investigación; en algunos casos, se contó con la presencia de un familiar o un amigo que en ese momento lo acompañaba.

Para identificar los conocimientos y practicas sobre alimentación saludable se aplicó un pre y pos Test de 16 preguntas (anexo 1), en la que se valoró con 1 la respuesta positiva y con 0 la respuesta negativa;



cuando las respuestas sumaron entre 13 y 16, se calificó como alimentación buena; a los valores positivos entre 8 y 12, se calificó como alimentación regular y los que sumaron valores positivos menores de 8 se calificó como alimentación mala.

Para el conocimiento y prácticas sobre autocuidado de los pies, se aplicó un pre y pos Test de 1 preguntas (anexo 1). Se dio el valor de 1 a las respuestas positivas y de 0 a las respuestas negativas; la suma de valores positivos entre 8 y 10 se consideró como buen control; la suma entre 4 y 7 control regular y la suma de valores positivos menores a 4, se denominó como mal control o mal cuidado de los pies.

Las practicas de la actividad física fueron identificadas y clasificadas mediante la aplicación del pre y pos Test (anexo 1). Se clasificó como sedentarias a las personas que no realizaban ninguna actividad física o que si lo hacían, con una frecuencia menor a 3 veces por semana y con una duración de menor a 30 minutos por sesión, en los últimos 3 meses.

Una vez identificados y clasificados los conocimientos y practicas sobre autocuidado en alimentación, en cuidado de los pies y prácticas de actividad física, se procedió a brindar información sobre los beneficios de una buena alimentación durante 15 minutos; sobre los beneficios de la realización de una actividad física programada en 15 minutos y se concluyó con la información sobre los beneficios de un buen cuidado de los pies en 15 minutos (anexo 2). En total se utilizó 45 minutos para la información sobre el autocuidado en general, y 10 minutos para preguntas y respuestas más la entrega de material de apoyo.

Se utilizó el auditorio del Hospital Cantonal de Paute para la realización de la intervención. La responsabilidad de la educación estuvo a cargo de las investigadoras.



Criterios de Inclusión:

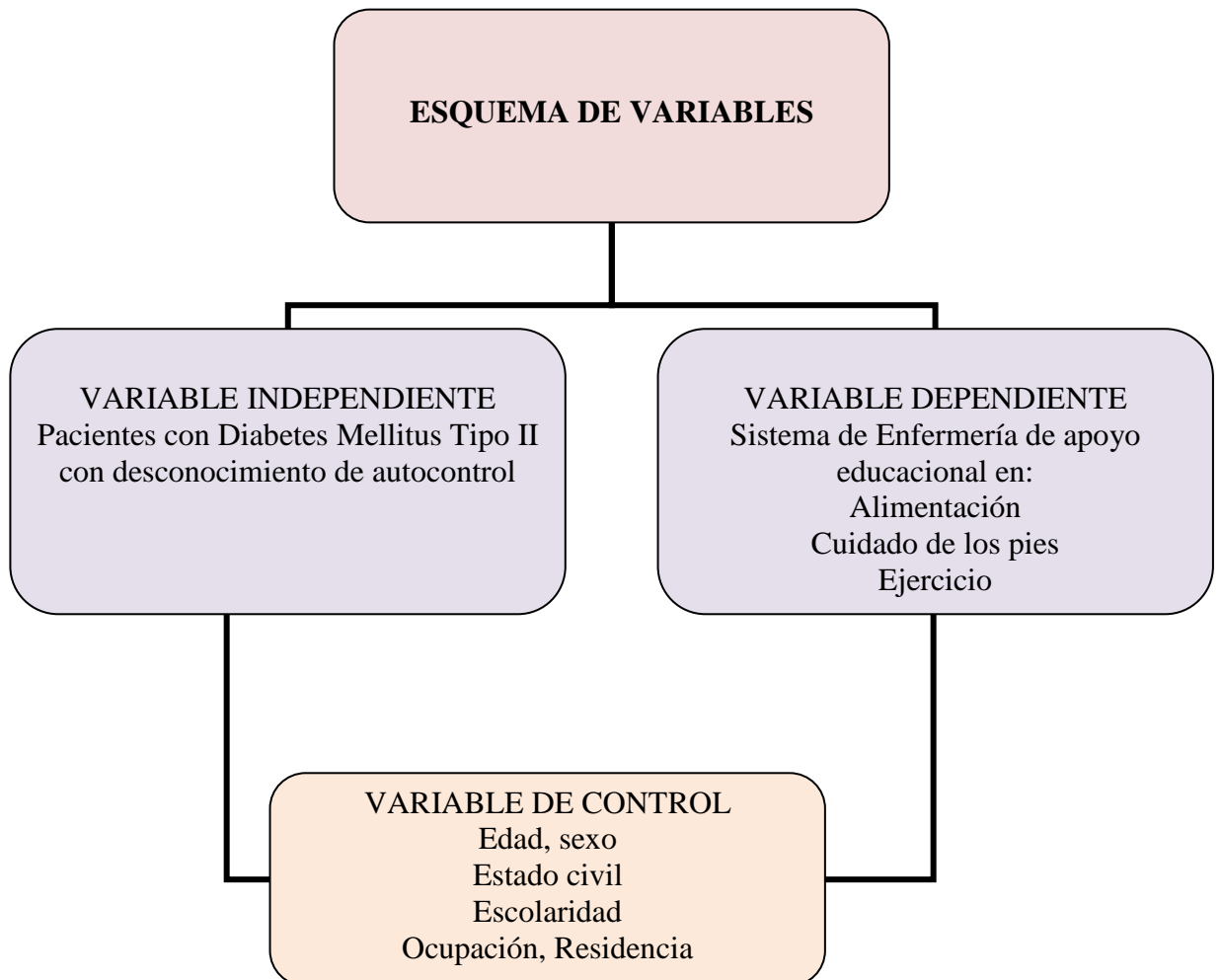
- Los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II que acuden al Hospital de Paute para control y que firmaron el consentimiento informado, a la fecha de estudio.

Criterios de Exclusión

- Se consideraron a los pacientes que acuden al Hospital Cantonal de Paute para control y que no firmaron el consentimiento de participar en la investigación.



MATRIZ DE VARIABLES





OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| Variable | Definición | Dimensión | Indicador | Escala |
|--|---|---|--|--|
| Edad | Años cumplidos contados a partir de la fecha de nacimiento | Años transcurridos | Años | < 65 años ≥ 65 años |
| Sexo | Características fenotípicas que diferencian entre hombres y mujeres | Características fenotípicas | Fenotipo | Hombres Mujeres |
| Condición según tipo de ocupación | Actividad laboral que realiza una persona | Tipo de actividad | Tipo de actividad | Usted trabaja Si, no. En que trabaja. |
| Escolaridad | Años de estudio aprobados según la educación formal (escuela, colegio, universidad, postgrados, etc.) | Años de estudio | Años | 0 – 6 => 6 |
| Autocuidado | Actividad aprendida por los individuos orientada a mejorar los conocimientos y prácticas en alimentación, actividad física y cuidado de los pies en pacientes con diabetes mellitus Tipo II | Tipo de autocuidado en alimentación, actividad física y cuidado de los pies | Formularios de: Alimentación Cuidado de los pies Actividad física | Bueno Regular Malo Buen control Control Regular Mal control Sedentario o No sedentario |



| | | | | |
|------|--|-----------|----------------|--|
| Test | Preguntas elaboradas a los 50 pacientes sobre autocuidado en Alimentación, cuidado de los pies y actividad física. | Preguntas | Pre y pos Test | A continuación se adjunta las preguntas. |
|------|--|-----------|----------------|--|

TEST RELACIONADO CON LA ALIMENTACIÓN

1. ¿Cuántas veces come usted al día? Incluyendo las colaciones?
2. ¿Qué tipo de comida considera usted la más importante del día?
3. ¿Consume usted los alimentos en el horario recomendado por el personal de salud?
4. ¿Cuántas veces a la semana consume usted frituras?
5. ¿Cuántos vasos de agua consume en el día?
6. ¿Con que frecuencia consume usted bebidas gaseosas en el día?
7. ¿Con que frecuencia consume usted pasteles, golosinas?
8. ¿Con que frecuencia consume usted embutidos?
9. ¿Cuántas porciones de fruta consume usted por día?
10. ¿Cuántas porciones de verdura consume por día?
11. ¿Qué tipo de cereal consume por día y cuantas porciones?
12. ¿Qué tipos de carnes prefiere:
13. ¿Ingiere usted lácteos?
14. ¿Ingiere usted huevos?
15. ¿Qué tipo de colorantes utiliza usted?
16. ¿Enumere algún tipo de bebida alcohólica que consuma usted?



TEST RELACIONADO CON EL CUIDADO DE LOS PIES

1. ¿Cómo realiza usted el aseo de los pies?
2. ¿Con que frecuencia lo hace?
3. ¿Tipo de agua que utiliza?
4. ¿Tipo de jabón que utiliza?
5. ¿Seca sus pies?
6. ¿Usted lubrica sus pies?
7. ¿Usted revisa sus pies?
8. ¿Cada qué tiempo se corta las uñas y con que lo hace?
9. ¿Qué tipo de calzado utiliza?
10. ¿Revisa el calzado antes de usarlo?

TEST RELACIONADO CON LA ACTIVIDAD FÍSICA.

1. ¿Realiza algún tipo de actividad?
2. ¿Qué actividad hace usted?



CAPITULO IV

MARCO TEÓRICO

TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

"La práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar".

La teoría del Autocuidado, tiene su origen en una de las más famosas teoristas norteamericana, Dorotea, nacida en Baltimore, Estados Unidos. El autocuidado es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo.

El concepto básico desarrollado por Orem es que el autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma"¹

TEORÍAS DE SUSTENTO DEL MODELO.

Dorotea Orem Logró conceptualizar la Teoría General de Enfermería la cual se constituye a su vez de 3 sub categorías, estas son:

- Teoría del Autocuidado
- Teoría del Déficit de Autocuidado
- Teoría de los Sistemas de Enfermería

¹ Marriner, T. Modelos y Teorías en Enfermería. España: Editorial Mosby Doyma, 1995



TEORIA DEL AUTOCUIDADO.

“...En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

De ahí se desprende que todas las personas tienen o tenemos la capacidad para cuidarnos y este autocuidado lo aprendemos a lo largo de nuestra vida; principalmente mediante las comunicaciones que ocurren en las relaciones interpersonales. Por esta razón no es extraño reconocer en nosotros mismos prácticas de autocuidado aprendidas en el seno de la familia, la escuela y las amistades.

Es así como que las personas desarrollan prácticas de autocuidado que se transforman en hábitos, que contribuyen a la salud y el bienestar. Todas estas actividades son medidas por la voluntad, son actos deliberados y racionales que realizamos muchas veces sin darnos cuenta se han transformado en parte de nuestra rutina de vida. Los niños cuando aprenden estas prácticas se están transformando en personas que se proporcionan sus propios cuidados, en este caso ellos son sus propios agentes de autocuidado.

Para lograr el propósito de mantener nuestro bienestar, salud y desarrollo, todos los seres humanos tenemos requisitos que son básicos y comunes a todos, según esta autora existen tres grandes grupos de requisitos:

- Los Requisitos Universales
- Los Requisitos del Desarrollo
- y de Alteraciones o Desviaciones de Salud



REQUISITOS UNIVERSALES

Requisitos universales del autocuidado son comunes a todos los seres humanos e incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, la actividad y el descanso, soledad e interacción social, la prevención de riesgos y promoción de la actividad humana.

Estos ocho requisitos representan los tipos de acciones humanas que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración humana. Cuando se proporciona de forma eficaz, el autocuidado o la asistencia dependiente organizada en torno a los requisitos universales, fomenta positivamente la salud y el bienestar.

Requisitos:

- Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.
- Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.
- Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.
- Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal.
- Equilibrio entre actividades y descanso.
- Equilibrio entre soledad y la comunicación social,
- Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.
- Promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano.

Cada uno de estos requisitos están íntimamente relacionados entre sí, pero cada uno de ellos son logrados en diferentes grados de acuerdo a



los "factores condicionantes básicos" que son determinantes e influyentes en el estado de salud de toda persona"...²

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

- Edad
- Sexo
- Estado de desarrollo
- Estado de salud
- Orientación socio-cultural
- Factores del sistema de cuidados de salud
- Factores del sistema familiar
- Factores ambientales
- Disponibilidad y adecuación de recursos

LOS REQUISITOS DEL DESARROLLO

Promueven procedimientos para la vida y para la maduración y previenen las circunstancias perjudiciales para esa maduración o mitigan sus efectos.

Son Etapas específicas del Desarrollo que representan soporte y promoción de procesos vitales, son las condiciones que afectan el desarrollo humano, en otras palabras, son los requisitos determinados por el ciclo vital. El otro grupo de requisitos de autocuidado son aquellos derivados del desarrollo, porque varían en períodos específicos del ciclo vital y pueden afectar positiva o negativamente.

Etapas del desarrollo donde se presentan cambios en los requisitos:

² Marriner, T. Modelos y Teorías en Enfermería. España: Editorial Mosby Doyma, 1995
DIANA LOJANO /2010
ERIKA PEÑAFIEL
ANITA PESÁNTEZ



- Lactante
- Pre-escolar
- Escolar
- Adolescencia
- Adulto Joven
- Adulto Medio
- Adulto Mayor

ALTERACIONES O DESVIACIONES DE SALUD

Orem definió los requisitos del autocuidado de las alteraciones de la salud como: La enfermedad o lesión no sólo afecta a las estructuras y/o mecanismos fisiológicos o psicológicos sino al funcionamiento humano integrado. Cuando éste está seriamente afectado, la capacidad de acción desarrollada o en desarrollo, dañada de forma permanente o temporal, también el malestar y la frustración que resultan de la asistencia médica originan los requisitos del autocuidado para proporcionar alivio.”³

TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

La teoría del déficit de autocuidado desarrolla las razones por las cuales una persona puede beneficiarse de los cuidados de enfermería, mientras sus acciones están limitadas por problemas de salud o de cuidados sanitarios, lo que les hace total o parcialmente incapaces de descubrir sus requisitos actuales y emergentes que han de satisfacer en el cuidado de sí mismos o de quienes están a su cargo. Déficit de autocuidado es por tanto la falta o una capacidad no adecuada del individuo para realizar todas las actividades necesarias que garanticen un funcionamiento

³ Ramirez-Hoffmann Henry. Acondicionamiento físico y estilo de vida saludable. Colombia Med.2002.



saludable. Con el fin de ayudar a definir la magnitud de la responsabilidad de enfermería, las funciones y acciones de pacientes y enfermeros, Orem diseñó la teoría de los sistemas de enfermería, la más general de sus teorías, que incluyen todos los términos esenciales, manejados en la teoría del autocuidado y del déficit del autocuidado.

TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA:

Explica los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

Sistemas de enfermería totalmente compensadores: Cuando la enfermera está compensando una incapacidad total o una prescripción que impide a la persona realizar acciones de autocuidado. Esta incapacidad puede estar relacionada con el desconocimiento, la imposibilidad física, o la falta de voluntad para realizar la acción; aquí la enfermera suplente al individuo.

Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.

Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.



El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud.

Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.)

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que Dorothea Orem propone, se basan en la relación de ayuda de la enfermera hacia el paciente.

Para la aplicación de la teoría al Autocuidado, Orem, conceptualiza a la persona, a la salud y a la enfermería. Así:

Concepto de persona:

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal, es afectado por el entorno y es capaz de realizar acciones predeterminadas que le afectan a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además, es un todo complejo y unificado, sometido a las fuerzas de la naturaleza, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, con capacidad de



reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

Concepto de Salud:

La Salud significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración, cada vez, más altos. El hombre trata de conseguir la salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan lograr la integridad física, estructural y de desarrollo.

Concepto de Enfermería

Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades determinadas por sus situaciones personales. Las intervenciones de Enfermería se refieren a la ayuda que se proporciona al individuo para llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias.”⁴

DIABETES MELLITUS

HISTORIA.

La diabetes mellitus es una enfermedad, crónica, degenerativa, incurable. A través de la historia de la humanidad, fue necesario el aporte de científicos de todo el mundo para descifrar esta enfermedad, que en la actualidad se ha convertido en un problema de salud pública mundial. Fue Areteo de Capadocia quien, en el siglo II de la era cristiana, le dio a esta afección el nombre de diabetes, que significa en griego (correr a

⁴ Marriner, T. Modelos y Teorías en Enfermería. España: Editorial Mosby Doyma, 1995



través), refiriéndose al signo más llamativo que es la eliminación exagerada de agua por el riñón, expresando que el agua entraba y salía del organismo del diabético sin fijarse en él.

En 1775 Dopson identificó la presencia de glucosa en la orina. Frank, en esa época también, clasificó la diabetes en dos tipos: diabetes mellitus (o diabetes vera), y diabetes insípida (porque esta última no presentaba la orina dulce). La primera observación necrópsica en un diabético fue realizada por Cawley y publicada en el “London Medical Journal” en 1788. Casi en la misma época el inglés John Rollo atribuyó la dolencia a una causa gástrica y consiguió mejorías notables con un régimen rico en proteínas y grasas y limitado en hidratos de carbono. Los primeros trabajos experimentales relacionados con el metabolismo de los glúcidos fueron realizados por Claude Bernard quien descubrió, en 1848, el glucógeno hepático y provocó la aparición de glucosa en la orina excitando los centros bulbares.

La búsqueda de la presunta hormona producida por las células descritas en el páncreas, en 1869, por Langerhans, se inició de inmediato. Hedon, Gley, Laguesse y Sabolev estuvieron muy cerca del ansiado triunfo, pero éste correspondió, en 1921, a los jóvenes canadienses Banting y Charles Best, quienes consiguieron aislar la insulina y demostrar su efecto hipoglucemiante. Este descubrimiento significó una de las más grandes conquistas médicas del siglo XX, porque transformó el porvenir y la vida de los diabéticos y abrió amplios horizontes en el campo experimental y biológico para el estudio de la diabetes y del metabolismo de los glúcidos.”⁵

5. Hervas Hernan. Diabetes Mellitus, La gran epidemia del siglo. Quito,Ecuador. Editorial y Offset, Santa Rita,Segunda edición,2002



IMPORTANCIA DE LA DIABETES

Se deriva de las siguientes peculiaridades:

1. La alta prevalencia de la diabetes en los países industrializados
2. El progresivo aumento de la incidencia de las distintas formas clínicas
 - a) Una no muy alta mortalidad actualmente consecutiva a las complicaciones agudas, pero sí una elevada morbilidad consecuente de las complicaciones crónicas, con un costo sanitario que ello supone, ya que no olvidemos que la diabetes queda incluida en los factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad cardiovascular de esta enfermedad.
3. La cronicidad, y en las formas clínicas de la diabetes tipo I y tipo II la incurabilidad. Esto significa tener que asumir la enfermedad como un condicionante que acompañará al paciente durante toda su vida:
 - b) Las posibilidades reducidas para ejercitar su prevención primaria y en cambio, muy elevadas en cuanto a la prevención secundaria y la terciaria, o sea que no podemos hacer mucho para evitar que un organismo predispuesto a ser diabético llegue a serlo, pero sí podemos influir notablemente en que las complicaciones crónicas de la enfermedad se retrasen y sigan un ritmo evolutivo lento a fin de que el deterioro final de la calidad de vida no llegue a producirse y la nutrición en estos pacientes diabéticos tendría mucha influencia en ello y.
 - c) La importancia de recibir una educación diabeto lógica para que cada paciente sea consciente de la enfermedad como una dolencia crónica.



ISIOPATOLOGÍA DE LA DIABETES MELLITUS

El desarrollo de alteraciones del metabolismo de la glucosa, está relacionado bien sea con la deficiencia de la acción insulínica, con la secreción de dicha hormona o aparece por efecto de la combinación de las dos. La disminución de la secreción de insulina obedece a diversas condiciones, por ejemplo la reducción de la masa total de células beta (en caso de la extracción quirúrgica del páncreas o a consecuencia de pancreatitis aguda) o a consecuencia de la destrucción autoinmune de dichas células, fenómeno que ocurre en la diabetes tipo 1. De manera adicional, algunos defectos genéticos del metabolismo de la célula **b** también pueden traducirse en una deficiente secreción de la insulina en respuesta a estímulos fisiológicos.

En la diabetes Tipo II el defecto básico es la resistencia de los tejidos periféricos a la acción de la insulina y en menor grado, una deficiencia relativa de secreción de la hormona. La mayoría de expertos considera que la resistencia a la insulina es el fenómeno primario, mientras que la deficiencia de la secreción, aparece como resultado de la hiperglucemia sostenida y la sobreestimulación persistente de la célula **b**.

La resistencia a la insulina bien puede estar genéticamente determinada, como es el caso de los sujetos con historia familiar de esta enfermedad, o se presenta como resultado de un exceso de hormonas de contrarregulación (tal como sucede en los pacientes afectados de acromegalia o feocromocitoma), o bien por efecto del tratamiento con medicamentos inductores de resistencia a la insulina.

La diabetes Tipo II exhibe tres fases bien definidas: en primer término se presenta un estado de resistencia periférica a la insulina, asociado a cifras normales de glucemia, pues hay un incremento de la producción de esta hormona; en una etapa ulterior, a medida que la resistencia a la acción



hormonal es más prominente, la hiperproducción de insulina no es suficiente para controlar las cifras de glucosa en sangre y, en consecuencia, aparece hiperglucemia postprandial. Por último, ocurre la insuficiencia de las células beta y disminuye la síntesis de insulina, de modo que aparece hiperglucemia en ayuno.

TIPOS DE DIABETES

“La Diabetes se clasifica como tipo I o tipo II.

La diabetes tipo I.- Es el resultado de la destrucción de las células del páncreas que producen la insulina (células beta) y que predispone a una descompensación grave del metabolismo llamada cetoacidosis. Es más típica en personas jóvenes (por debajo de los 30 años).

Es conocida como diabetes mellitus insulino dependiente. (DMID) Suele presentarse de forma súbita y sus síntomas comprenden poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso, se cree que la causa es por un proceso destructivo en las células beta de los islotes de Langerhans pancreáticos, sin embargo los factores medioambientales pueden representar un papel en el desarrollo de este proceso.

Los niños y adolescentes afectados por este tipo de diabetes suelen desarrollar cetoacidosis, los adultos suelen presentar hiperglucemias moderadas que si se alteran debido a una infección o estrés, derivan en hiperglucemias muy altas y cetoacidosis.

La diabetes tipo II.- Caracterizada por resistencia a la insulina que puede estar asociada o no con una deficiencia de insulina y que puede estar presente con muy pocos síntomas durante mucho tiempo. Esta forma es más común en personas mayores de 40 años aunque cada vez es más frecuente que aparezca en sujetos más jóvenes. Es la que presentan los pacientes resistentes a la insulina, es conocida como diabetes mellitus no



insulina dependiente (DMNID) aproximadamente el 90 – 95% de todos los pacientes diabéticos están diagnosticados de DMNID. En este grupo, aproximadamente el 20% no son obesos y el 80% si.

La DMNID es la forma más prevalente de diabetes en los adultos mayores en general no presentan sintomatología en su comienzo por lo que a veces se diagnostica después de varios años de existencia es frecuente sobre todo en obesos.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Los síntomas que produce la enfermedad son diferentes dependiendo del tipo de diabetes.

En la forma más común que es la Tipo II los síntomas pueden ser escasos o poco llamativos:

- Sed
- Enfermedades cardiovasculares asociadas
- Poliuria.
- Polidipsia.
- Polifagia.
- Astenia.
- Adelgazamiento.

COMPLICACIONES AGUDAS.

Cetoacidosis. El aumento de la sed y de la orina, las náuseas, la respiración profunda y rápida, el dolor abdominal, y el aliento con olor dulce son los síntomas que preceden a una pérdida gradual de la conciencia en la cetoacidosis diabética. Esto es más frecuente que ocurra en los diabéticos insulino dependientes, a menudo después de la falta de una dosis de insulina o cuando hay una infección.



El organismo al no disponer de glucosa va a utilizar todas sus reservas para producir energía, esta energía la va a obtener del glicógeno hepático y muscular de la combustión de las reservas lipídicas con aparición de cuerpos cetónicos, y de la proteo lisis para la formación de glucosa en el hígado, que hará aumentar aún más la glucemia.

Por otra parte, al aumentar los niveles de ácido acetoacético en sangre se rompe el equilibrio ácido básico con la consiguiente disminución del PH. Como compensación hay un intento de eliminar cuerpos cetónicos mediante un aumento de la frecuencia y profundidad de la respiración, para equilibrar la acidosis metabólica.

Si no se insulinita al paciente el próximo paso es la obnubilación y el coma.

Hipoglucemia. La hipoglucemia, es el descenso de la glucemia por debajo de los niveles normales, este descenso puede ser causado por varias causas como son:

- Sobredosis de insulina o de hipoglucemiantes orales.
- Errores en la dieta.
- Un exceso de actividad física sin haber tomado un suplemento de glúcidos o sin haber disminuido la insulina.
- Desaparición de una situación de estrés.
- Vómitos o diarreas abundantes.

Cuando se produce una hipoglucemia entran en funcionamiento los mecanismos de compensación: adrenalina, glucagón, cortisona y hormona de crecimiento, todas estas son hormonas hiperglucemiantes, si estos mecanismos no son suficientes, y no se inicia un tratamiento, el paciente puede sufrir graves trastornos ya que el cerebro es el órgano más afectado por la hipoglucemia.



COMPLICACIONES CRÓNICAS.

Microangiopatías. Son las que afectan a pequeños vasos, una complicación de este tipo es la retinopatía diabética bastante frecuente que puede llegar a provocar ceguera, otra afección es la neuropatía diabética responsable de la insuficiencia renal.

Macroangiopatías. Afectan a grandes vasos, son lesiones de las arterias (arteriosclerosis), sobre todo de las extremidades inferiores, estas pueden ser la causa de la gangrena del diabético, que afortunadamente va en descenso debido al mejor control de la diabetes a los cuidados de los pies.

Neuropatías. Alteraciones del sistema nervioso con repercusión en la sensibilidad, en los nervios motores o en el sistema vegetativo.

Para prevenir todas estas complicaciones, el medio más adecuado es conseguir un óptimo control de la diabetes, junto con algunas modificaciones dietéticas.”⁶

AUTOCAUIDADO EN DIABETES

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica, que exige a la persona que la padece, llevar a cabo acciones dirigidas a controlar la evolución de dicha enfermedad, poniendo en práctica especialmente dieta y ejercicio.

Todas estas actividades forman parte del autocuidado. La aplicación de esta teoría implica aceptar que está frente a un proceso social, que tiene como objetivo ayudar a las personas a involucrarse activamente en el cuidado de su salud, que humaniza la atención la misma que constituye



una herramienta, estratégica, metodológica y favorece al ejercicio autónomo de las enfermeras/os.

Como toda estrategia metodológica que favorece el ejercicio autónomo de las enfermeras/os.

Innovadora la aplicación de este modelo exige cambios en los profesionales y en las instituciones.

Cambios en el usuario.- Necesitan ayuda para reconocer sus capacidades, derechos y deberes para con la salud y la de los suyos, necesitan dejar de ser consumidores de salud para ser proveedores de salud.

Cambios en la institución.- Romper con los modelos tradicionales e incorporar cambios, claro que no es fácil, pero es un proceso lento, gradual y no exento de dificultades.

Las instituciones deberán facilitar la aplicación de esta modalidad de atención y aplicar sus normas.

Cambios en los profesionales.- La implementación de este modelo y los cambios en la atención de enfermería, deben ser asumidos por el personal de enfermería; ya que su meta profesional es el cuidar la salud humana se necesita de cambios en la forma de ser y hacer enfermería en el marco de un modelo propio. Adherir el modelo de autocuidado es aceptar una filosofía de atención de la salud centrada en la persona no en la enfermedad, es exigir un personal con capacidad y el deseo de aprendizaje para compartir las experiencias.



Un profesional que posee valores, conocimientos, costumbres, creencias y formas particulares de resolver los problemas de salud y satisfacer las necesidades de los pacientes.

Aspectos que se deben considerar para la aplicación del autocuidado, en los pacientes diabéticos.

- Determinar el grado de conocimiento que tienen sobre su enfermedad.
- Identificar qué tipo de alimentos la base de su dieta diaria.
- Conocer qué tipo de actividad física desarrollan para lograr un control efectivo de su enfermedad.
- Establecer las acciones que realizan para el cuidado de los pies.
- Conocer si disponen de material informativo.

La educación para el autocuidado debe ser individualizada.

El autocuidado ayuda a mejorar el estado general de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II.

- Al adaptarse en la realidad del paciente la teoría del autocuidado le permite actuar con libertad, pero con conocimiento.
- Sabe lo que puede comer, lo que le permitirá mejorar su estado general.
- Conoce lo que debe hacer para cuidar sus pies y lo implementa.
- Practica algún tipo de actividad física, pensando siempre en su salud.”⁷

⁷ Pamplona Jorge. Nuevo estilo de Vida. Argentina: Editorial Safeliz, segunda edición, 1998



ALIMENTACIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

La alimentación es uno de los pilares fundamentales en el mantenimiento de la salud de todas las personas y en especial de las que padecen de ciertas enfermedades metabólicas.

Para lo cual existen leyes que se deben tener en cuenta.

Los alimentos que se consumen diariamente, deben ser lo suficiente para cubrir las necesidades del organismo para que el individuo sea capaz de realizar correctamente ciertas funciones como son de: crecimiento, reproducción, actividad mental, trabajo, y sobre todo conservar su peso.

Ley de la calidad.

Los alimentos deben ser variados y completos en su composición, capaces de proporcionar al organismo las sustancias necesarias, como son los hidratos de carbono, grasas, proteínas, vitaminas, minerales, agua y fibra vegetal.

Ley del equilibrio.

Los diferentes grupos de alimentos deben guardar una correcta proporción en el aporte de calorías; los hidratos de carbono deben proporcionar entre el 55 al 75% de calorías totales, las grasas no deben superar el 30% y las proteínas deben aportar con el 10 al 15%.

Ley de la adecuación.

La elección, preparación y cantidad de alimentos deben estar de acuerdo al peso, a la edad, al estado fisiológico y al tipo de actividad física que realice cada persona.

Existen diferentes motivos por los cuales las personas deciden realizar o no una alimentación adecuada, esto puede ser por desconocimiento, porque no quieren o porque no pueden, por creencias de cada cultura, por la situación socioeconómica y social.



Es muy difícil por no decir imposible recomendar un tipo de alimentación para todas las personas dependiendo de la edad, sexo, procedencia, estado fisiológico, de la actividad física que realiza, de las costumbres y de la disponibilidad de cada persona.

En términos general se recomienda mantener una variedad, en cantidad, calidad y equilibrio de los alimentos. La mayoría de los nutricionistas recomiendan consumir mayor cantidad de alimentos como frutas, verduras, disminuir la ingesta de azúcares, grasas sobre todo las que proceden de alimentos de origen animal y de productos lácteos, se debe mantener un consumo adecuado de agua ya que esto ayuda a mantener bien hidratado el organismo.

Los alimentos se clasifican en 4 grupos: hidratos de carbono, frutas, verduras, proteínas y alimentos grasos y azucarados.

El consumo de los hidratos de carbono deben constituir la parte más fundamental de nuestra alimentación ya que son el combustible principal de nuestro organismo, en este grupo se incluyen los, cereales como el trigo, maíz, avena, el arroz y sus derivados, este grupo de alimentos proporcionan hidratos de carbono complejos, proteínas, fibras, calcio, hierro, y vitaminas. Es aconsejable no freír los alimentos de este grupo y evitar añadir grasas como mantequilla, margarina, salsas, cremas o sustancias aceitosas.

Las frutas y verduras constituyen el segundo grupo de alimentos, estos proporcionan fibra, vitaminas, minerales, sustancias no oxidantes, es recomendable consumir las frutas tan frescas como sea posible y evitar cubrir de azúcar o almíbar, las verduras se pueden consumir crudas, o cocidas evitando cubrirlas de salsa o grasas.



En una alimentación saludable las proteínas deben ingerirse en cantidades moderadas, en este grupo están los lácteos y sus derivados, las carnes rojas, blancas y el pescado, entre las fuentes de proteínas de origen vegetal están los granos secos, las semillas, los cereales y las legumbres, se recomienda evitar consumir alimentos con alto contenido grasoso como la leche pura, carnes y pescado frito, se debe consumir leche descremada, carnes y pescado cocidos al vapor, asados a la parrilla, etc.

Los alimentos grasosos y azucarados se deben consumir en pequeñas cantidades, estos alimentos se encuentran en la mantequilla, margarina, aceites, mayonesa, nata, chocolate, galletas, pastas, helados, salsa, azúcares, etc. Todos estos alimentos proporcionan hidratos de carbono simples, pocas vitaminas y minerales, en caso de las grasas la mayoría son pocas saludables, pero también existen algunas que son necesarias como las grasas omega 3 y omega 6 que se encuentran en el aceite de oliva, girasol, maíz. En relación con la frecuencia de comidas por día se recomienda comer varias veces al día de 5 a 6 pero en pequeñas cantidades, esto mantiene al organismo con energía la mayor parte del tiempo.

Comer en forma irregular promueve oscilaciones de nivel de azúcar lo que empeora el estado de salud, y posiblemente suba de peso, se debe evitar consumir alimentos refinados.⁸

EL PIE DIABÉTICO.

Es una complicación crónica de la Diabetes Mellitus, trastorno de los pies de los diabéticos provocado por la enfermedad de las arterias periféricas que irrigan el pie, complicado a menudo por daño de los nervios



periféricos del pie e infección. Debido a la oclusión de las arterias que llevan sangre a los pies se produce gangrena.

El pie del paciente diabético es muy sensible a traumatismos: el talón y las prominencias óseas resultan especialmente vulnerables. Los daños a los nervios periféricos de los pies provocan trastornos sensoriales, úlceras de la planta del pie, atrofia de la piel.

Es frecuente en los pacientes diabéticos que las lesiones propias del denominado pie diabético trascurren sin dolor, debido a lo cual se suele agravar la lesión antes de que el paciente pida ayuda especializada a etiología es multifactorial: tabaquismo, inadecuado control metabólico, hipertensión arterial, dislipidemia, bajo nivel socioeconómico, deformidades de los pies, etc.

Entre los factores de riesgo se encuentran las alteraciones vasculares, neurológicas e infecciosas, factores que llevan a la producción de úlceras, las mismas que son más frecuentes en la cabeza de los metatarsianos y están precedidas por deformidades de los pies, de la presencia de callos, en el centro de, los callos existe necrosis y hemorragias que pueden ser infectados secundariamente.

Los familiares y los pacientes deben aprender a identificar un pie en riesgo, mediante la búsqueda de síntomas como; dolor, quemazón, parestesias, calambres a nivel de miembros inferiores, dolor de la pantorrilla, que se presenta en reposo y se agrava con el esfuerzo físico, frialdad de miembros inferiores.

La anamnesis y examen físico de los pies se debe hacer en cada visita o mínimo 4 veces al año, esta valoración puede ser realizada por el médico o el personal de enfermería se debe incluir la valoración neurológica y vascular por lo menos una vez al año, en el pie diabético se dañan los nervios tanto en su fibra motoras, sensoriales, y fibras autonómicas,



cuando la afección es de predominio motor se produce debilidad hay atrofia muscular y parestesias.

La neuropatía sensorial conduce a la pérdida de las sensaciones protectoras del dolor, de la presión del calor, la ausencia del dolor facilita la lesión del pie y puede producirse úlcera y traumatismos con facilidad y una grave neuroartropatia llamada neuroartropatia de Charcot, la neuropatía autonómica produce vasodilatación. disminución del sudor, da una sensación caliente de los pies, esto lleva a que se tiendan a secar constantemente los pies produciendo micro traumas y alteraciones microvasculares.

La combinación de las lesiones de los nervios a nivel sensorial y motor da facilidad para el trauma y para la producción de úlceras que terminan infectándose cuando se produce una herida abierta en miembros inferiores. La cicatrización es obstaculizada debido a que existe una susceptibilidad creciente a las infecciones que pueden ser de tipo bacteriana y por hongos, esta complicación se presenta hasta en un 34% de personas diabéticas.

La osteomielitis es otra complicación que aparece en los pies de los pacientes diabéticos, la destrucción del hueso es visualizada por medio de radiografía después de 2 semanas y cuando la destrucción ósea se encuentra entre el 30 y 50% del hueso.

La neuropatía y la isquemia de miembros inferiores son las principales desordenes asociadas al pie diabético y se pueden presentar como una neuropatía con circulación intacta e isquemia con o sin neuropatía, la isquemia del pie en personas con Diabetes Mellitus necesita atención médica urgente, la combinación de isquemia, úlcera y sepsis, llevan a la gangrena de miembros inferiores, a la amputación, a la discapacidad prematura e incluso a la muerte.



La complicación del pie diabético se puede evitar con un correcto adiestramiento sobre el control de los factores de riesgo por parte de los pacientes al igual que con un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado de enfermería, para lo cual se logra con un buen cuidado de los pies a través de mantener una higiene permanente como es: lavado, secado, hidratación, y un especial corte de uñas. Además de incentivar el autocuidado y el examen físico diario de los pies se debe proporcionar la revisión periódica por parte del personal de salud.”⁹

ACTIVIDAD FISICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO

II.

La práctica de la actividad física, la caminata, el trote, el ciclismo, la natación, etc., forman parte de un estilo de vida saludable, esta práctica es importante en la prevención y tratamiento de las enfermedades metabólicas, como es la diabetes Mellitus Tipo II, hipertensión arterial, obesidad, dislipidemia.

Los efectos beneficiosos de esta práctica diaria se miden por el incremento del colesterol, HDL (protector de las arterias); disminución de los triglicéridos, estimula la fibrinólisis, reduce el riesgo de trombosis, ayuda a mejorar la tolerancia a la glucosa.

La sensibilidad a la insulina, disminuye la sensibilidad del miocardio a la acción de las catecolaminas, disminuye la presión arterial, mejora el funcionamiento de los pulmones y músculos. Nuestra población se vuelve cada vez más sedentaria con malos hábitos alimenticios que son la causa principal del exceso de peso y del riesgo de padecer enfermedades metabólicas.

⁹ Grinfeld, D. Manuales De La Practica Medica del Pie Diabetico, Editorial el Ateneo.



La práctica regular de la actividad física mejora la sensibilidad a la insulina, el gastar calorías diarias en actividades de ocio reduce en un 6^o% el riesgo de diabetes.

En general las enfermedades metabólicas como la diabetes Mellitus, obesidad, dislipidemia, hipertensión arterial, son de causa multifactorial, en estas intervienen factores genéticos como el envejecimiento de la población, factores medioambientales, relacionados con prácticas de estilos de vida poco saludables, alta ingesta de calorías sin valor metabólico, grasas saturadas, sedentarismo, etc. El factor común de este síndrome es la hiperinsulinemia e insulino resistencia que son los responsables de la hiperglicemia, hipertensión arterial, dislipidemia, disfunción endotelial, micro albuminuria, marcadas inflamatorio de arterioesclerosis, disminución de la actividad fibriomielitica, Todas estas manifestaciones son mejoradas con la práctica de la actividad física regular.”¹⁰

MARCO REFERENCIAL

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DE LA INSTITUCIÓN

El Hospital de Paute es de II nivel, ubicado en la cabecera cantonal, pertenece a la Provincia del Azuay a 41 Km de Cuenca. El cuerpo médico, personal médico y administrativo realizan sus actividades coordinadamente:

- Consulta externa
- Emergencia
- Hospitalización

¹⁰ Cervera, P. Alimentación y dietoterapia, Edición, cuarta 2004, Editorial Interamericana.



ÁREA DE INFLUENCIA

El Hospital, al ser de referencia del área de salud N° 6 tiene influencia en los cantones Paute, Guachapala, el Pan y Sevilla de Oro. En relación al perfil socioeconómico, los usuarios, están categorizados. Los usuarios del Hospital en su mayoría son de clase económica baja.

INFORMACIÓN FINANCIERA

El presupuesto para el Hospital es asignado por el Ministerio de Salud Pública y a su vez el ministerio de finanzas es encargado de asignarle partidas presupuestarias anuales. El presupuesto para la Salud durante este Gobierno se ha incrementado sustancialmente.

INFRAESTRUCTURA

Su estructura física cuenta con aproximadamente 3000 m² de construcción, con 3 naves interiores:

La primera, de consultorios y área administrativa; la segunda, de Hospitalización, Dietética y Ropería; y la tercera, de quirófanos, esterilización y sala de partos; en el exterior, inmunizaciones, Odontología, Laboratorio, Bodega.

Existe una central de comunicación, una cisterna para el suministro y abastecimiento de agua. Cuenta con el área física para la morgue.

SERVICIOS DEL HOSPITAL

Posee las 4 especialidades básicas, destinado a cubrir la demanda de II nivel de atención. Tiene una dotación normal de 15 camas. Los servicios que presta a la comunidad son los siguientes;

CONSULTA EXTERNA

Con 4 especialidades básicas; Medicina interna, Gineceo- Obstetricia, Pediatría y Cirugía: 2 médicos cirujanos 3 Ginecólogas, 3 Pediatras, 1 Médico Internista, 2 anestesiólogos. Actualmente se está implementando el servicio de Adolescentología y salud mental (Psicología y Psiquiatría).



Además, Odontología, Vacunación, curaciones, preparación de pacientes. Se labora con un horario de 7H30 a 16H3, de lunes a viernes.

EMERGENCIA

Las 24 horas del día, los 365 días del año. Tanto en consulta externa como en emergencia laboran dos licenciadas en enfermería, de 7H30 a 16H30.

HOSPITALIZACIÓN

A cargo de 6 médicos residentes, 3 internos, y 10 auxiliares de enfermería. Está en la parte posterior cuenta de:

- 1.- Una sala de 3 camas para labor de parto
- 2.- Una sala de 3 camas para Pediatría
- 3.- Una sala de 6 camas para Clínica y cirugía mujeres
- 4.- Una sala de 4 camas para Clínica y Cirugía Hombres.
- 5.- Una sala de hidratación o de aislamiento
- 6.- Una sala de posparto con 7 camas
- 7.- Una sala de Neonatología con 2 cunas y 2 termos cunas.

QUIRÓFANO

Uno para Cirugías mayores que ameriten anestesia general, otro para cirugías menores que empleen anestesia local. Se cuentan con equipos laparoscopico modernos para cirugías de vía biliar, Ginecológicas, etc.

Además una sala de partos y de atención a recién nacidos.

Departamento de nutrición y Dietética.

Cuenta con un servicio de nutrición propio, a cargo de una ecónoma con doble función (Guardalmacén) en esta área realizan los menús y dietas especiales para pacientes.

El comedor del, personal tiene capacidad para 14 personas.



EQUIPAMIENTO

Laboratorio clínico: prestación básica a cargo de personal técnico.

- Hematología
- Electrolitos (Na, K, Cl)
- Coagulación (TP, TPT, Fibrinogeno, Plaquetas, Tiempo de coagulación).
- Química sanguínea
- Uro análisis
- Coproanálisis
- Bacteriología.

IMAGENOLOGÍA

Dispone de un equipo de rayos X, servicio de ecografía.

CARDIOLOGÍA

Posee un desfibrilador y un electrocardiógrafo, ubicado en emergencia, a cargo de médico residente. Su interpretación lo efectúa el médico internista.

SANEAMIENTO AMBIENTAL

Se trabaja en coordinación con las municipalidades del área, en lo que respecta a control sanitario, revisión de permisos de funcionamiento, prevención de rabia canina y humana.

CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

Aquí se esteriliza la ropa e instrumental quirúrgico, mediante el calor seco con estufa.



ROPERIA Y COSTURA

En esta área se confecciona prendas y se repara las ropas dañadas.

MANTENIMIENTO

Para el área hospitalaria y las unidades operativas.

SERVICIOS GENERALES

Servicio de limpieza de todos los sectores del Hospital.

BIOSEGURIDAD

Organización, manejo de desechos, fluidos corporales y material corto punzante, utilización de cloro y otras sustancias

Según la información proporcionada por el Economista Oswaldo Sacoto jefe del área de Servicios Generales; el manejo de desechos sólidos se realiza de la siguiente manera

- Segregación.
- Clasificación.
- Volumen
- Pasaje de desechos.

Clasificación de desechos

1. Desechos infecciosos: Fluidos corporales.
2. Desechos comunes: No hayan estado en contacto con los pacientes.
3. Desechos especiales: Frascos de medicamentos, jeringuillas con agujas.
4. Desechos corto punzantes: Agujas, hojas de bisturí, vidrios, ampollas, baja lenguas y palillos de dientes.

FUNCIONES DEL HOSPITAL DE PAUTE

- a) Planifica ejecuta y evalúa las actividades de salud en su área de influencia
- b) Desarrolla actividades encaminadas al fomento de salud



- c) Realiza actividades de protección de salud
- d) Brinda atención para recuperar la salud.
- e) Ofrece facilidades para el desarrollo de docencia interinstitucional.

PROGRAMAS DEL HOSPITAL

El Hospital Cantonal de Paute lleva a cabo un programa de educación continua para los 60 pacientes diabéticos, el que incluye charlas mensuales dadas por el personal especializados en esta área, sobre diferentes temas relacionadas con esta enfermedad, las mismas que se desarrollan en el auditorio del Hospital , y tienen una duración de 30 minutos.

POLÍTICAS DE LA INSTITUCIÓN

Hace referencia al compromiso que tiene la institución con la comunidad, a la que brinda atención oportuna, ágil, de calidad y con calidez para lo cual diseña proyectos de diversa índole que tiene como objetivo principal el bienestar de los usuarios.



CAPITULO V
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS
TABLA # 1

**DISTRIBUCIÓN DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II
QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE SEGÚN EDAD Y SEXO
CUENCA 2010**

| EDAD | SEXO | | | |
|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | FEMENINO | | MASCULINO | |
| | Nº | % | Nº | % |
| 30 a 40 | 2 | 4 | 1 | 2 |
| 41 a 50 | 5 | 10 | 3 | 6 |
| 51 a 60 | 7 | 14 | 4 | 8 |
| 61 a 70 | 7 | 14 | 4 | 8 |
| 71 a 80 | 11 | 22 | 2 | 4 |
| 81 a 90 | 1 | 2 | 3 | 6 |
| TOTAL | 33 | 66 | 17 | 34 |

Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

Elaborado por: Las Autoras.

Análisis:

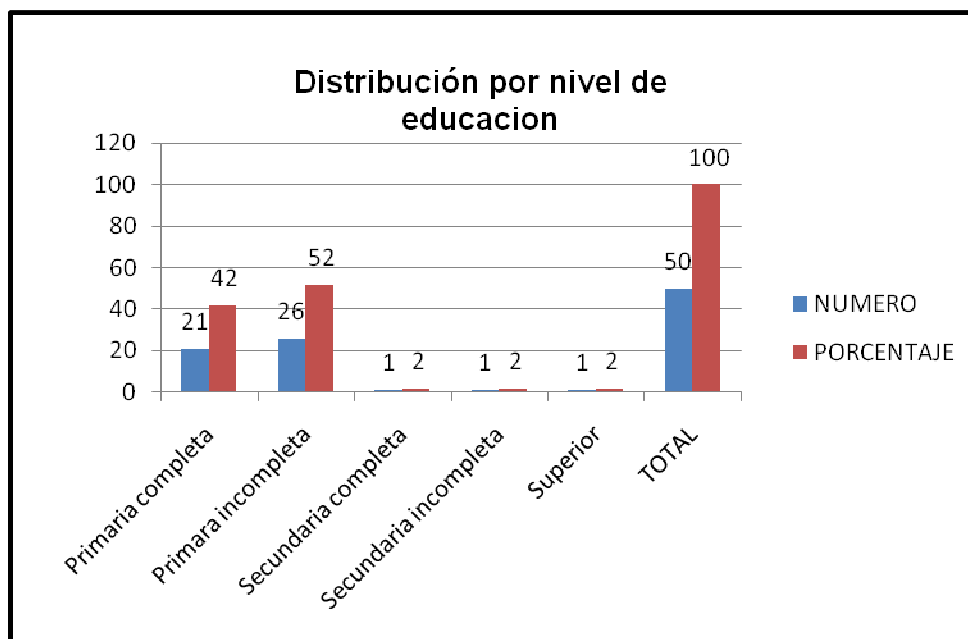
La diabetes afecta principalmente a la edad adulta, entre la séptima a la octava década de la vida, correspondiendo a un 22% del grupo de estudio del sexo femenino, y un 8% entre 51 a 70 años del sexo masculino. Su frecuencia aumenta significativamente con la edad y también con el exceso de peso y la vida sedentaria.



No obstante, en la práctica clínica se diferencia siempre dos tipos: la diabetes Mellitus insulino dependiente que se caracteriza siempre por aparecer en general antes de los 30 años teniendo un inicio relativamente brusco, y la Diabetes Mellitus no insulino dependiente que suele afectar a personas obesas y mayores de 40 años .

GRÁFICO # 2

DISTRIBUCIÓN DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE SEGÚN NIVEL DE EDUCACIÓN CUENCA 2010.



Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

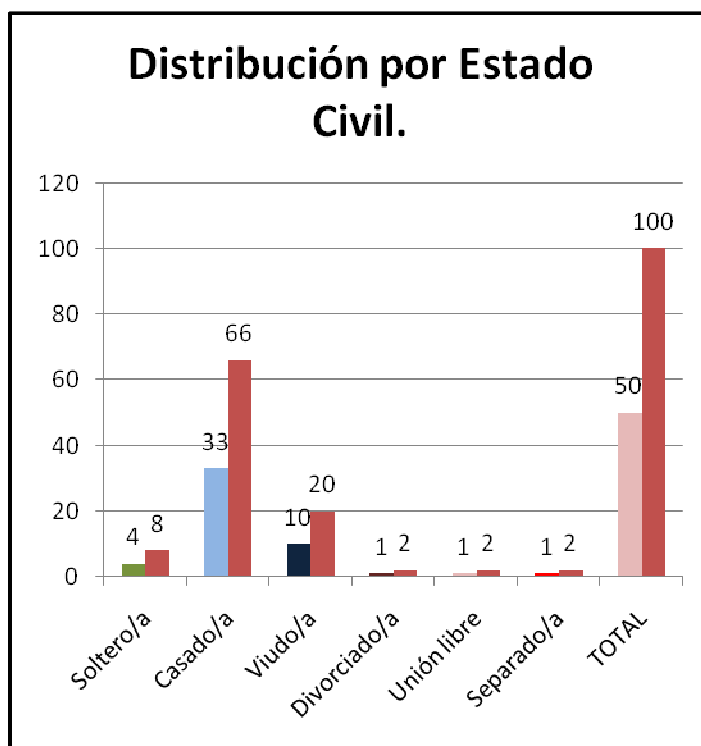
Elaborado por: Las Autoras.

Análisis:

Podemos determinar que en el presente estudio, la diabetes afecta más a la población que ha cursado la instrucción primaria, pero no han terminado, ya sea por ser de escasos recursos económicos o se han dedicado a la actividad laboral o ya no desean continuar estudiando.

Otro factor que se ha creído que puede condicionar la aparición de diabetes Mellitus insulino dependiente es el nivel económico, ya que algunos estudios sugieren una mayor incidencia en las clases sociales medias y elevadas.

GRÁFICO # 3
DISTRIBUCIÓN DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II
QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE SEGÚN ESTADO CIVIL.
CUENCA 2010.



Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

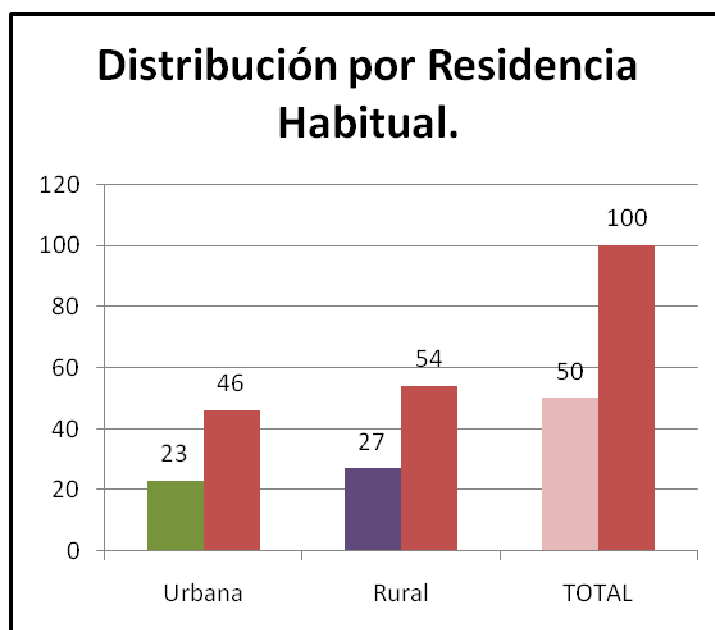
Elaborado por: Las Autoras.

Análisis:

En el presente estudio se observa que la diabetes afecta más a las personas casadas y corresponde a un 66% del grupo de estudio, siguiéndole las personas que se han quedado viudas (os), ya sea por el sedentarismo y los hábitos dietéticos.



GRÁFICO # 4
DISTRIBUCIÓN DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II
QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE SEGÚN RESIDENCIA
HABITUAL CUENCA 2010.



Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

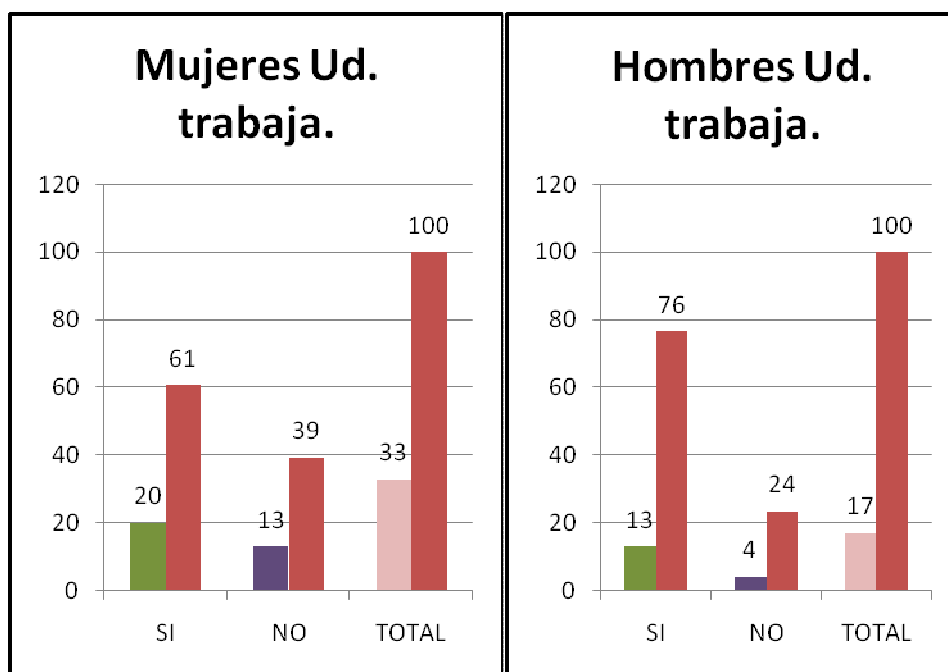
Elaborado por: Las Autoras.

Análisis: En el presente estudio podemos observar que la diabetes se encuentra afectando más a la población rural que a la urbana, debido al nivel socio-económico y cultural, del grupo ectario.

La pobreza puede ser un factor constante en la vida del diabético, y es necesario afrontarlo ya que interviene en todos los aspectos de la vida diaria: La pobreza pone en peligro la seguridad, el consumo de alimentos nutritivos, adecuados y en cantidad suficiente.

GRÁFICO # 5

DISTRIBUCIÓN DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE SEGÚN OCUPACIÓN DE LOS HOMBRES Y MUJERES. CUENCA 2010.



Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

Elaborado por: Las Autoras.

Análisis: El trabajo es una de las principales actividades del ser humano como una condición que puede generar múltiples problemas de salud, podemos determinar que la diabetes afecta más a la población que labora correspondiendo a un 61%, esto puede ser ocasionado por el factor stress y los factores dietéticos (comida chatarra). Ya que el sedentarismo sobre todo la obesidad podrían considerarse factores etiológicos ambientales implicados en la presentación de la diabetes mellitus no insulino dependiente.

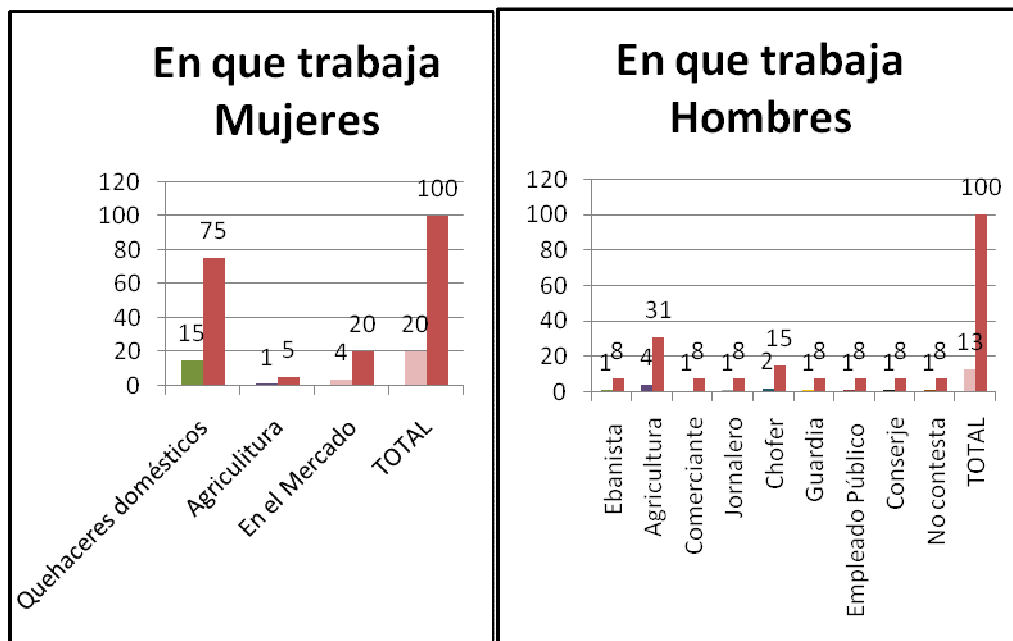


Como podemos observar que la diabetes afecta de igual manera a los hombres, que se dedican a las actividades laborales que aquellos que no tienen ninguna actividad.

Los factores causantes para llevar a una diabetes pueden ser por malos hábitos alimenticios.

GRÁFICO # 6

DISTRIBUCIÓN DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE SEGÚN TRABAJO QUE TIENEN LOS HOMBRES Y MUJERES .CUENCA 2010.



Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

Elaborado por: Las Autoras.

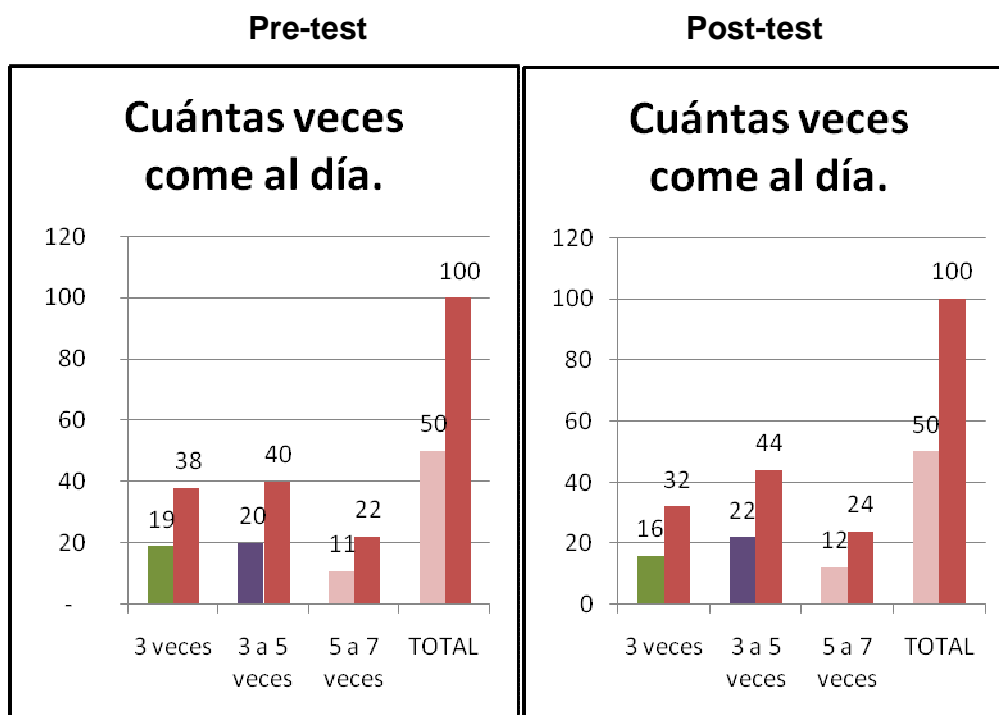
Análisis:

De las mujeres encuestadas observamos que el 75% corresponde a las que se dedican a los quehaceres domésticos, debido al sedentarismo de las mismas y en ciertas ocasiones a los antecedentes familiares, luego tenemos a las mujeres que trabajan en los mercados, correspondiendo a un 20%, las mujeres que se dedican a la agricultura corresponde a un 5% del grupo.

De la misma manera podemos determinar que los hombres diabéticos están más relacionados con la actividad agrícola, con un 31% en relación con la comercial, debida, a que las personas comercializan sus productos como huevos, gallinas, hortalizas etc. por hidratos de carbono.

GRÁFICO # 7

ANÁLISIS DEL PRE Y POS TEST DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE SEGÚN EL CUESTIONARIO DE PREGUNTAS. CUENCA 2010



Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

Elaborado por: Las Autoras.

Análisis:

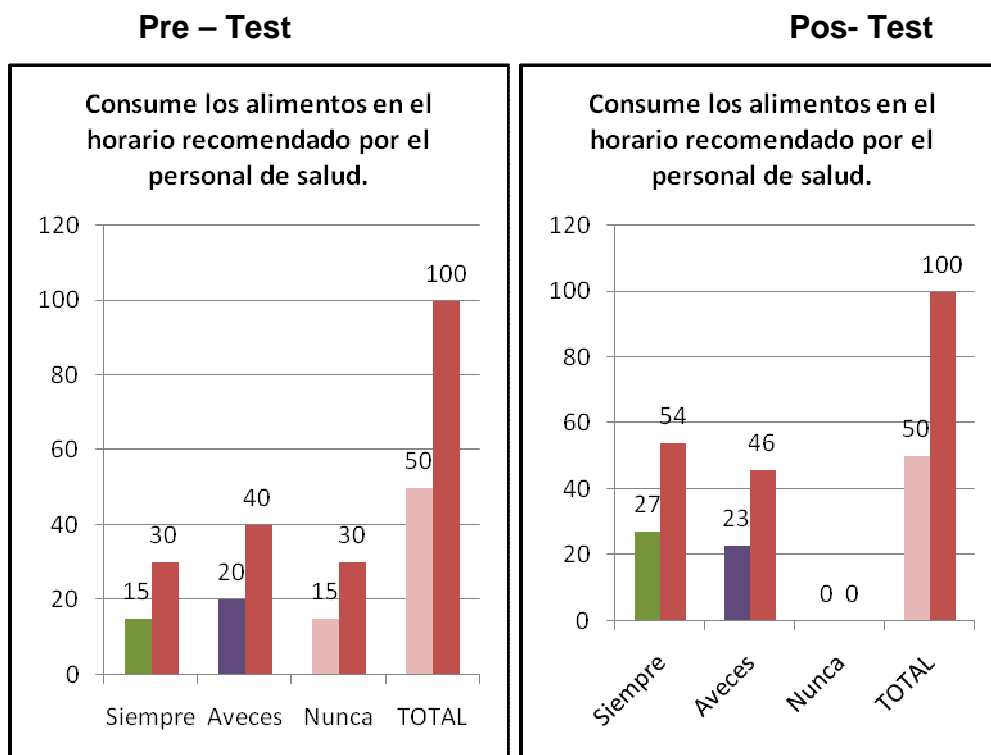
Del presente grafico podemos determinar que el 40% de pacientes diabéticos tienen un hábito de alimentación de consumir en el día de 3 a 5 veces, y de 3 veces un 38%, lo que nos indica que las personas pueden comer en proporciones mayores, sin determinar la calidad de la misma. Luego de la intervención observamos que existe una variación, lo que nos indica que si día resultado la educación que se les brindó.



En relación con la frecuencia de comidas por día se recomienda comer varias veces al día de 5 a 6 pero en pequeñas cantidades, mantiene al organismo con energía la mayor parte del tiempo.

GRÁFICO # 9

ANÁLISIS DEL PRE Y POS TEST DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE, SEGÚN EL CUESTIONARIO DE PREGUNTAS CUENCA 2010.



Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

Elaborado por: Las Autoras.

Análisis:

Se determina que el 30% de las personas no tienen un hábito alimenticio adecuado por falta de conocimiento, tiempo o dinero; luego de la educación que se les brindó podemos observar que si existió un cambio, con un 54% que si consume los alimentos en el horario recomendado.

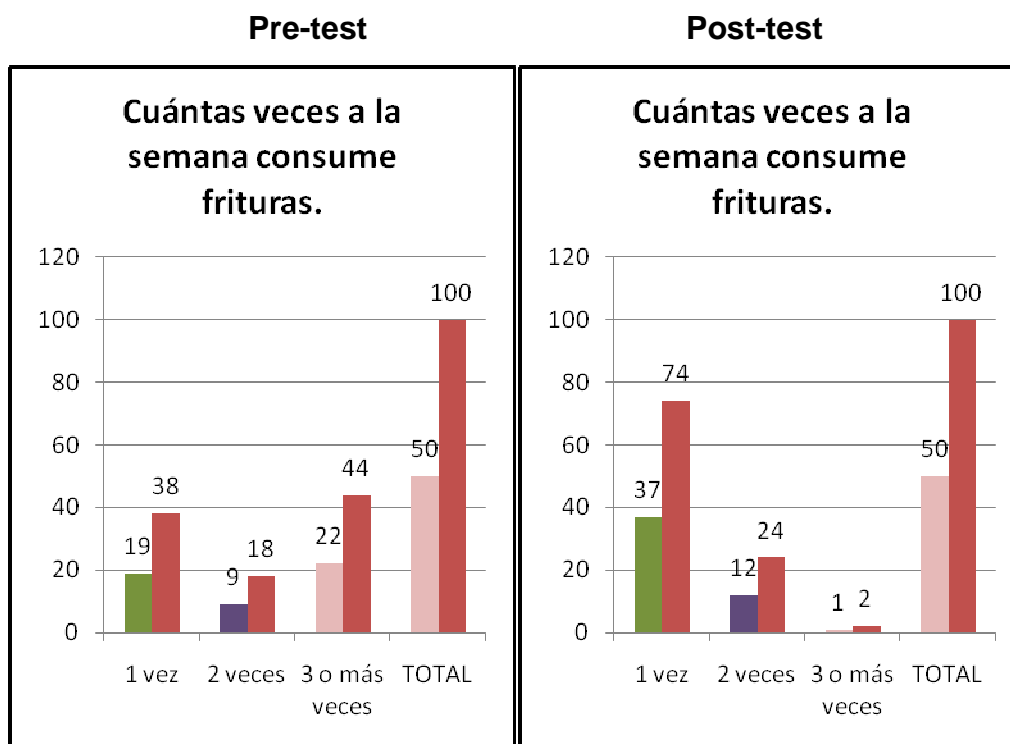
La alimentación es uno de los pilares fundamentales en el mantenimiento de la salud de todas las personas en especial de las que padecen de ciertas enfermedades metabólicas.



Ingerir los alimentos en forma irregular promueve oscilaciones del nivel de azúcar lo que empeora el estado de salud.

GRÁFICO # 10

ANÁLISIS DEL PRE Y POS TEST DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE, SEGÚN EL CUESTIONARIO DE PREGUNTAS CUENCA 2010.



Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

Elaborado por: Las Autoras.

Análisis:

Las personas diabéticas encuestadas no conocen en realidad, la calidad de la alimentación y lo varían con la cantidad de la misma, el 44% de los pacientes tienen sobrepeso, debido a que consumen frituras 3 a más veces por semana; luego de la educación observamos que ya no consumen muchas frituras disminuyendo a un 2%, teniendo éxito nuestra intervención.

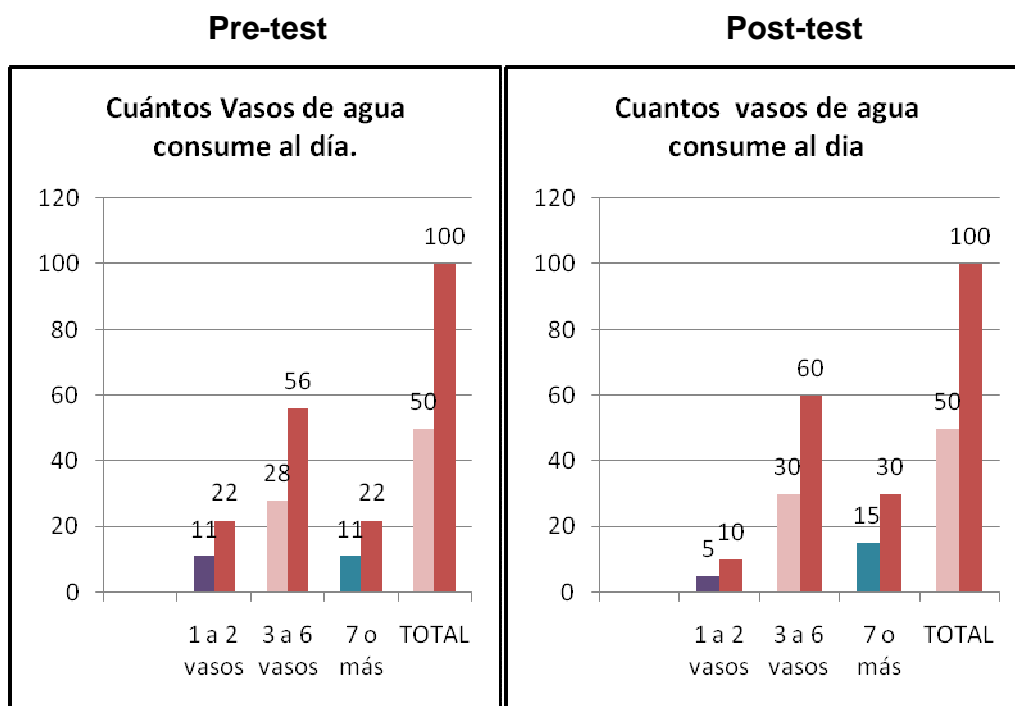


Los alimentos grasos y azucarados se deben consumir en pequeñas cantidades, estos se encuentran en la mantequilla, margarina, aceites mayonesas, pasteles helados etc. Todos estos alimentos proporcionan hidratos de carbono simples y escasas vitaminas y minerales.



GRÁFICO # 11

ANÁLISIS DEL PRE Y POS TEST DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE, SEGÚN EL CUESTIONARIO DE PREGUNTAS. CUENCA 2010.



Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

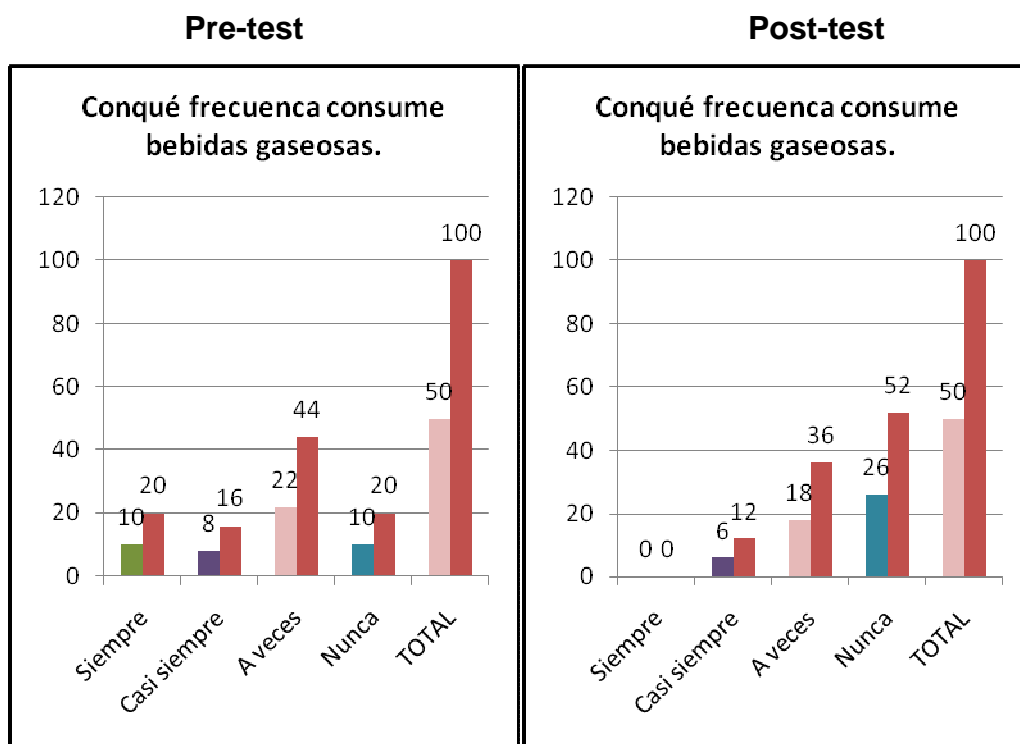
Elaborado por: Las Autoras.

Análisis:

En el presente gráfico, se observa que el 56% de pacientes diabéticos toman de 3 a 6 vasos de agua al día, lo que nos indica que las personas se encuentran hidratando constantemente, el 22% no se hidratan, ya sea porque desconocen lo útil que es el agua, luego de la educación que se les brindó podemos observar que si existió una pequeña variación en cuanto de 3 a 6 vasos con un 4%, y de 7 o más con un 8%.

GRÁFICO # 12

ANÁLISIS DEL PRE Y POS TEST DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE, SEGÚN EL CUESTIONARIO DE PREGUNTAS. CUENCA 2010.



Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

Elaborado por: Las Autoras.

Análisis:

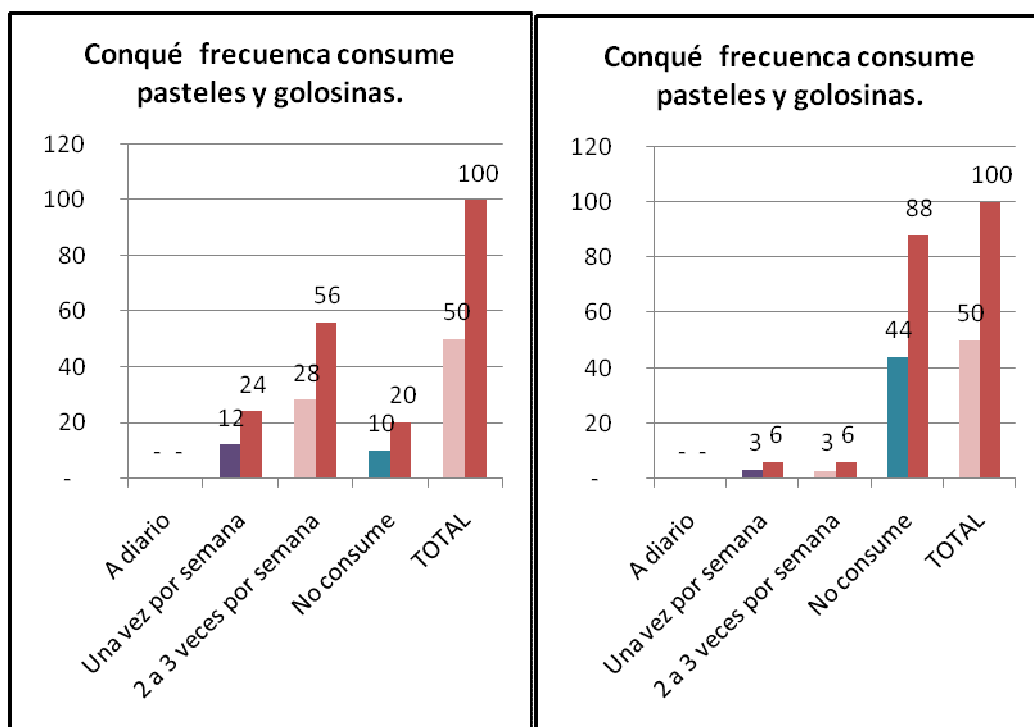
En el presente gráfico, observamos que las personas tienen un hábito de consumir gaseosa a gran demanda, pero con la realización de la educación, se determina que las personas hacen conciencia de cuidar su salud, y se redujo el porcentaje del consumo de gaseosa.

GRÁFICO # 13

ANÁLISIS DEL PRE Y POS TEST DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE, SEGÚN EL CUESTIONARIO DE PREGUNTAS. CUENCA 2010.

Pre-test

Post-test



Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

Elaborado por: Las Autoras.

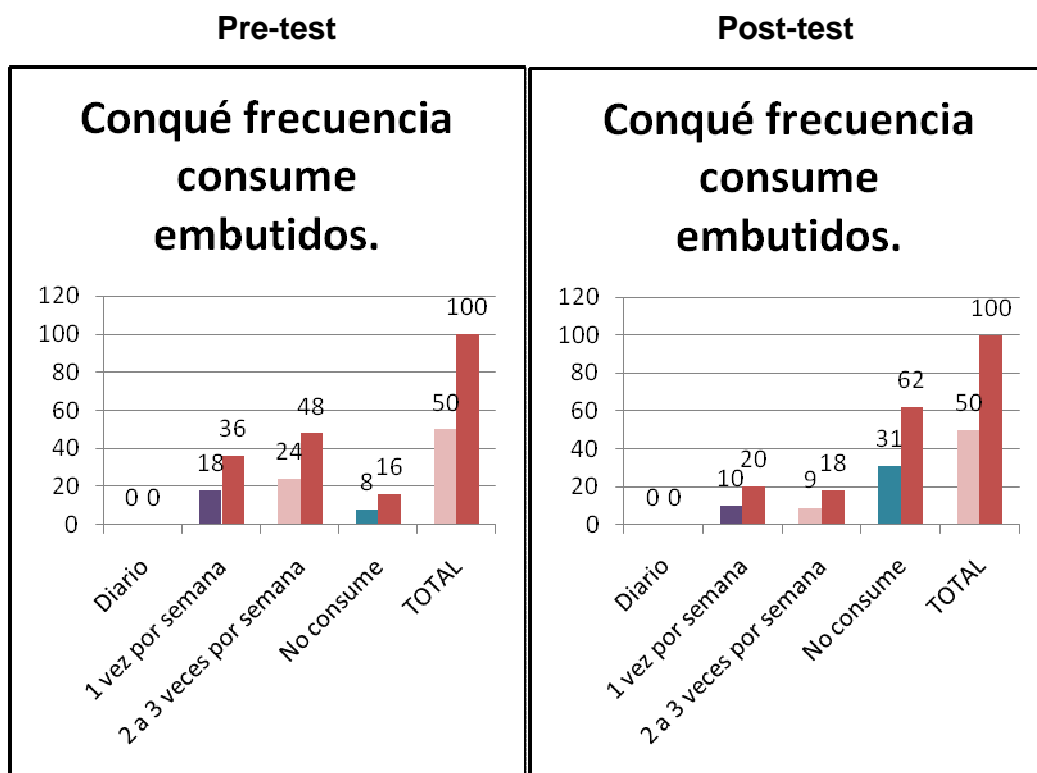
Análisis:

En este gráfico observamos que la mayoría de personas diabéticas en el pre test consumen (pasteles o golosinas), con un porcentaje de 56%, pero luego de la charla que se les brindó observamos que existe un 88% de personas que no consumen, eso nos indica que las personas cuidan su salud.



GRÁFICO # 14

ANÁLISIS DEL PRE Y POS TEST DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE, SEGÚN EL CUESTIONARIO DE PREGUNTAS. CUENCA 2010.



Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

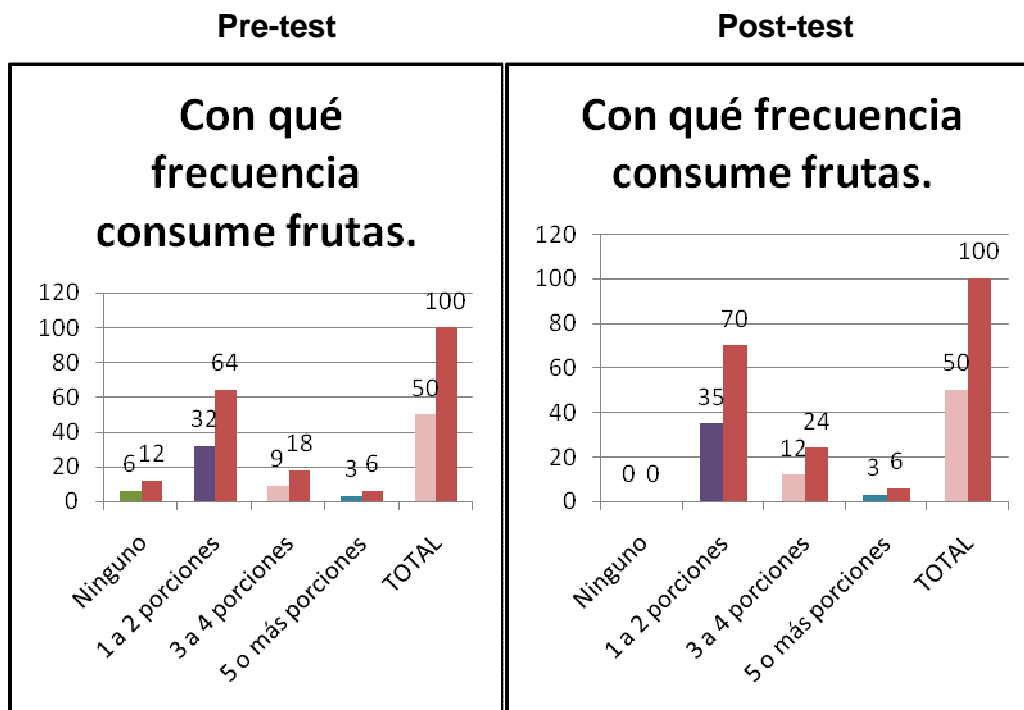
Elaborado por: Las Autoras.

Análisis:

De las 50 personas diabéticas encuestadas, el 48% consumen embutidos de 2 a 3 veces por semana y un mínimo porcentaje no lo hacen, posterior a la charla observamos que un 62% no consume embutidos, con ello podemos determinar, que las personas pusieron en práctica los cuidados que deben tener en cuenta el valor nutricional de sus comidas.

GRÁFICO # 15

ANÁLISIS DEL PRE Y POS TEST DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE, SEGÚN EL CUESTIONARIO DE PREGUNTAS. CUENCA 2010.



Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

Elaborado por: Las Autoras.

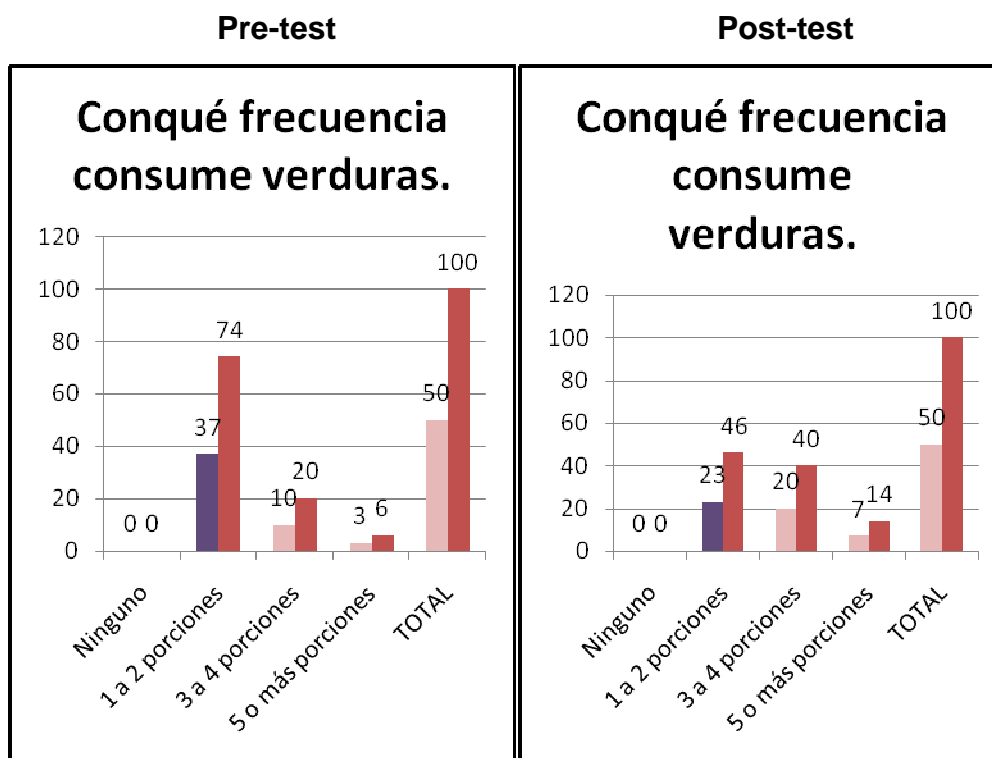
Análisis:

En el presente gráfico, podemos determinar que las personas consumen frutas de una a dos veces al día y corresponde a un 64% y luego de la realización de las charlas se pudo observar que hubo un incremento en la variable de consumir de 1 a 2 con un 6%, y de 3 a 4 porciones con un 24%, con lo que podemos definir que las personas tomaron conciencia del valor nutricional de las mismas.

Las frutas deben ser ingeridas entre 2 a 4 porciones por día, ya que contienen fibra, agua, vitaminas y potasio.

GRÁFICO # 16

ANÁLISIS DEL PRE Y POS TEST DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE, SEGÚN EL CUESTIONARIO DE PREGUNTAS. CUENCA 2010.



Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

Elaborado por: Las Autoras.

Análisis:

De las 50 personas diabéticas encuestadas se puede determinar que comen verduras de una a dos porciones al día y corresponde al 74% y luego de la realización de las charlas se observa que hubo un incremento al 40% de las personas que consumen de 3 a 4 porciones de verduras al día. Las verduras deben ingerirse de 3 a 5 porciones al día, que estas

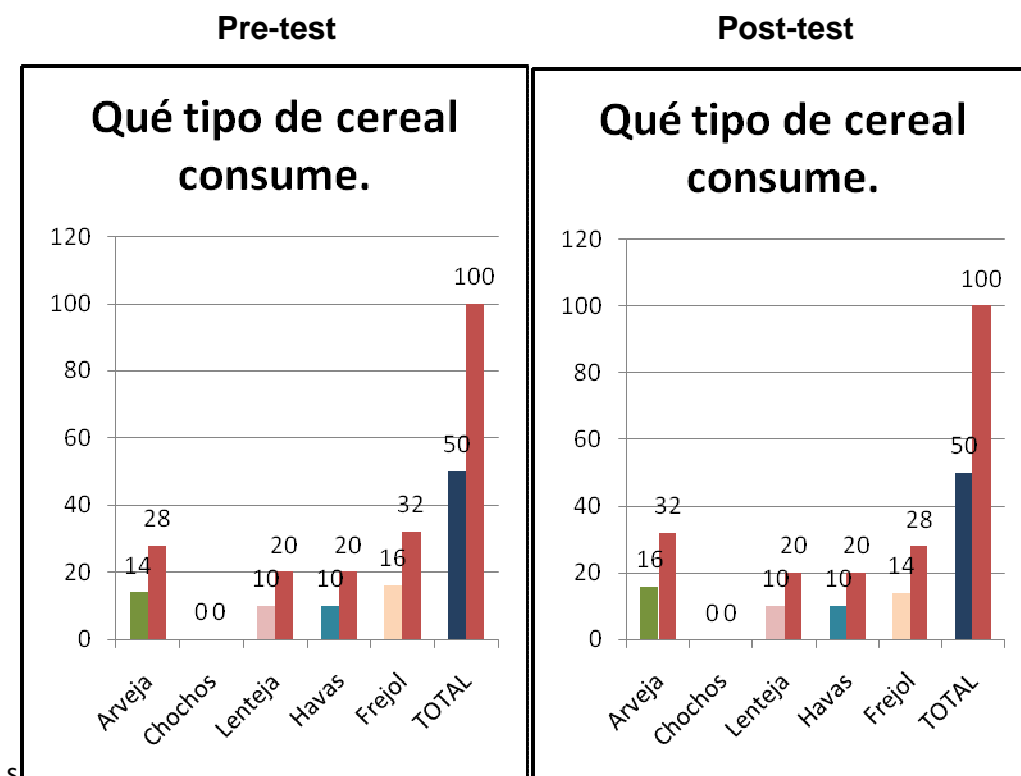


aportan a la alimentación fibra, beta carotenos, Vitamina C, potasio y magnesio.



GRÁFICO # 17

ANÁLISIS DEL PRE Y POS TEST DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE, SEGÚN EL CUESTIONARIO DE PREGUNTAS. CUENCA 2010.



Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

Elaborado por: Las Autoras.

Análisis:

De las 50 personas diabéticas encuestadas se establece que todas consumen cereales, en mayor proporción el frejol y las arvejas, con un porcentaje de 60% y después de la aplicación de las charlas vemos que consumen los mismos cereales, manteniéndose los mismos porcentajes en los demás cereales.

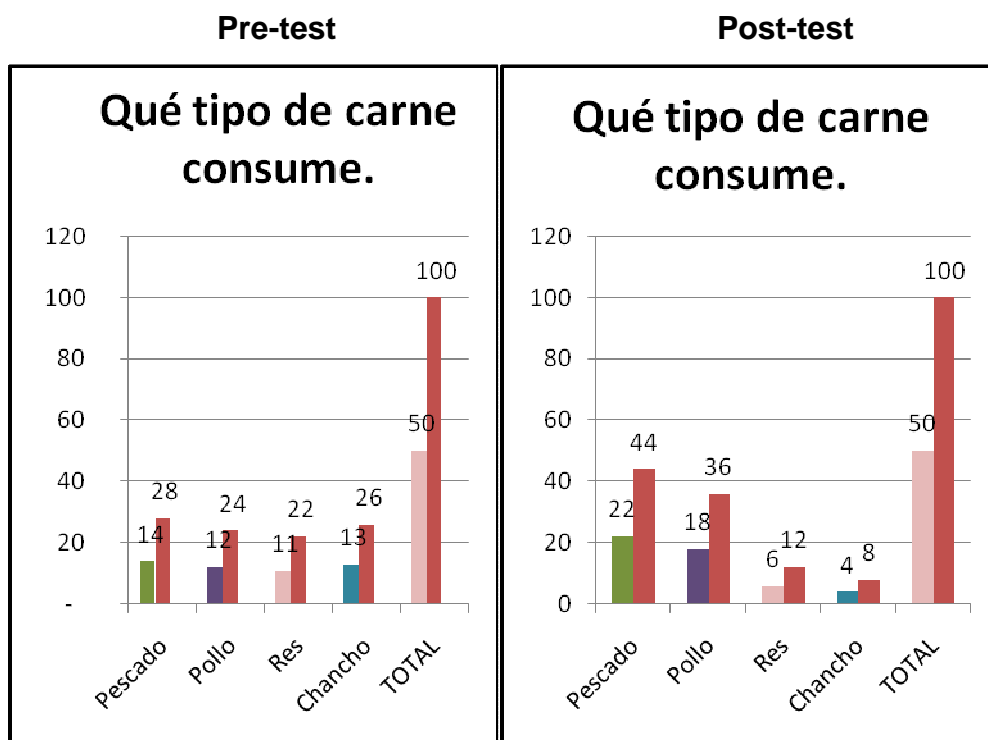


El consumo de hidratos de carbono en nuestra alimentación son el combustible principal de nuestro organismo, en este grupo se incluyen los cereales como trigo, maíz avena, arroz y sus derivados. Son alimentos que deben consumirse de 6 a 11 porciones.



GRÁFICO # 18

ANÁLISIS DEL PRE Y POS TEST DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE, SEGÚN EL CUESTIONARIO DE PREGUNTAS. CUENCA 2010.



Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

Elaborado por: Las Autoras.

Análisis:

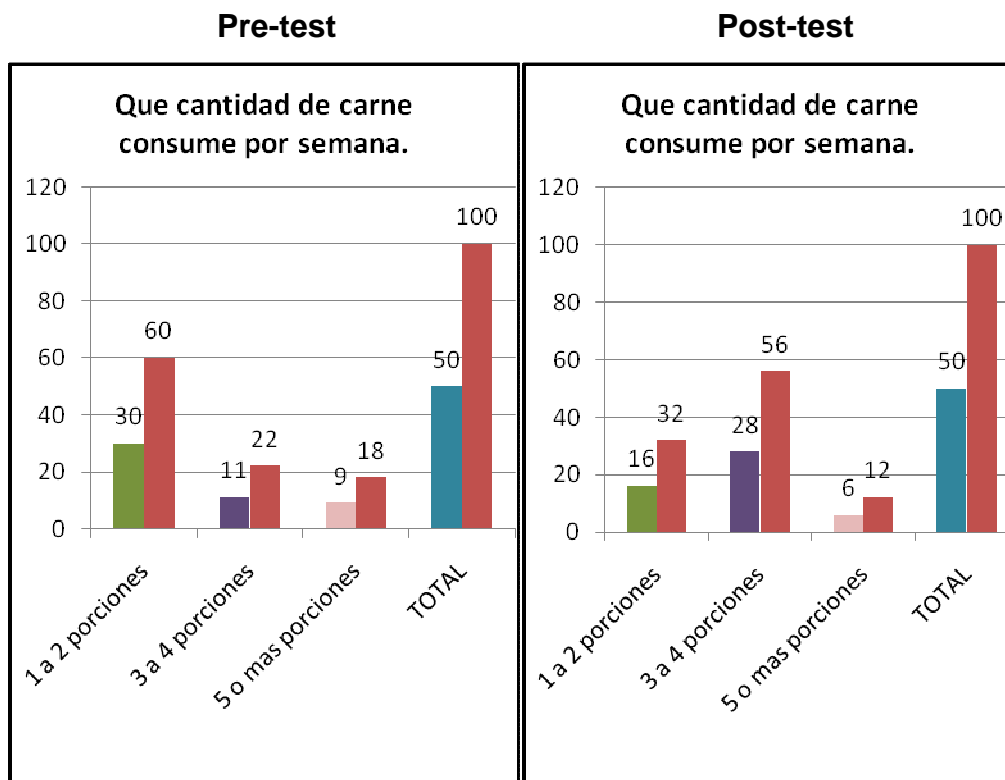
De las 50 personas diabéticas encuestadas, observamos que el 52% consumen carnes blancas (pescado y pollo) posteriormente a la intervención se obtuvo un porcentaje de 80% entre las personas que consumen carnes blancas, disminuyendo el consumo de carnes rojas (res y chancho). Lo que nos indica que nuestra educación sí dio resultados positivos.



Es recomendable consumir las carnes blancas de pollo y pescado hasta 1 porción por día, debe ser cocidos al vapor; contienen proteínas y se deben consumir en cantidades moderadas. Las carnes rojas de 1 a 2 raciones por semana.

GRÁFICO # 19

ANÁLISIS DEL PRE Y POS TEST DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE, SEGÚN EL CUESTIONARIO DE PREGUNTAS. CUENCA 2010.



Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

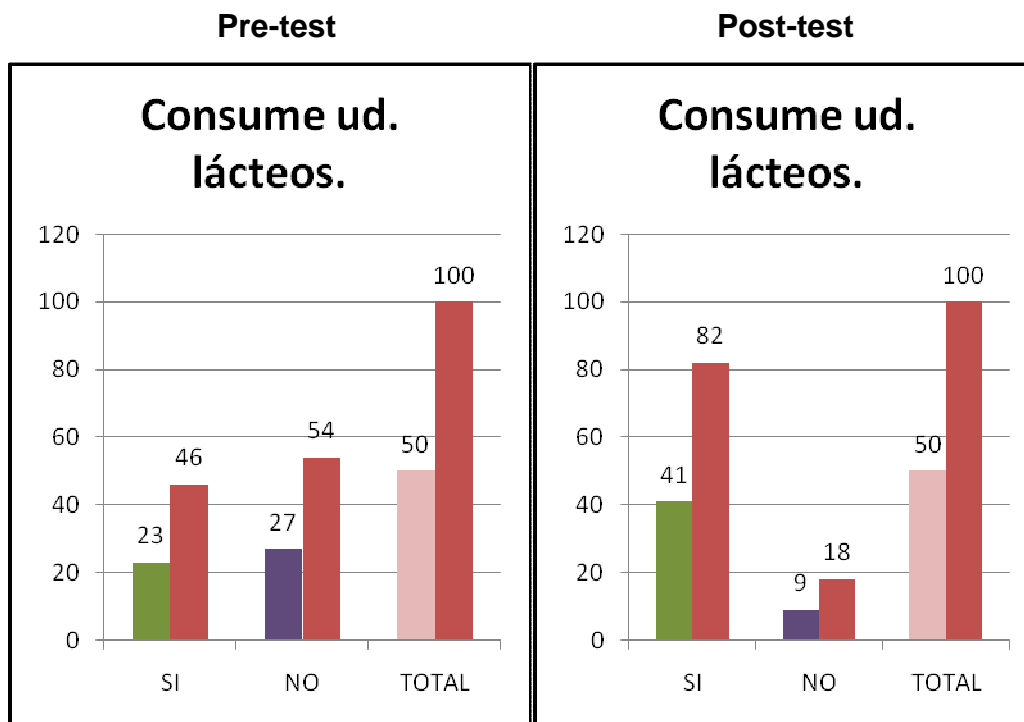
Elaborado por: Las Autoras.

Análisis:

De las 50 personas diabéticas encuestadas, el 60% consumen carne de 1 a 2 porciones. Luego de la intervención tenemos que el 56% consumen carnes de 3 a 4 porciones, disminuyendo los otros parámetros, para lo cual nos indica que la educación que se les impartió si repercutió en ellos mejorando su alimentación.

GRÁFICO # 20

ANÁLISIS DEL PRE Y POS TEST DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE, SEGÚN EL CUESTIONARIO DE PREGUNTAS. CUENCA 2010.



Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

Elaborado por: Las Autoras.

Análisis:

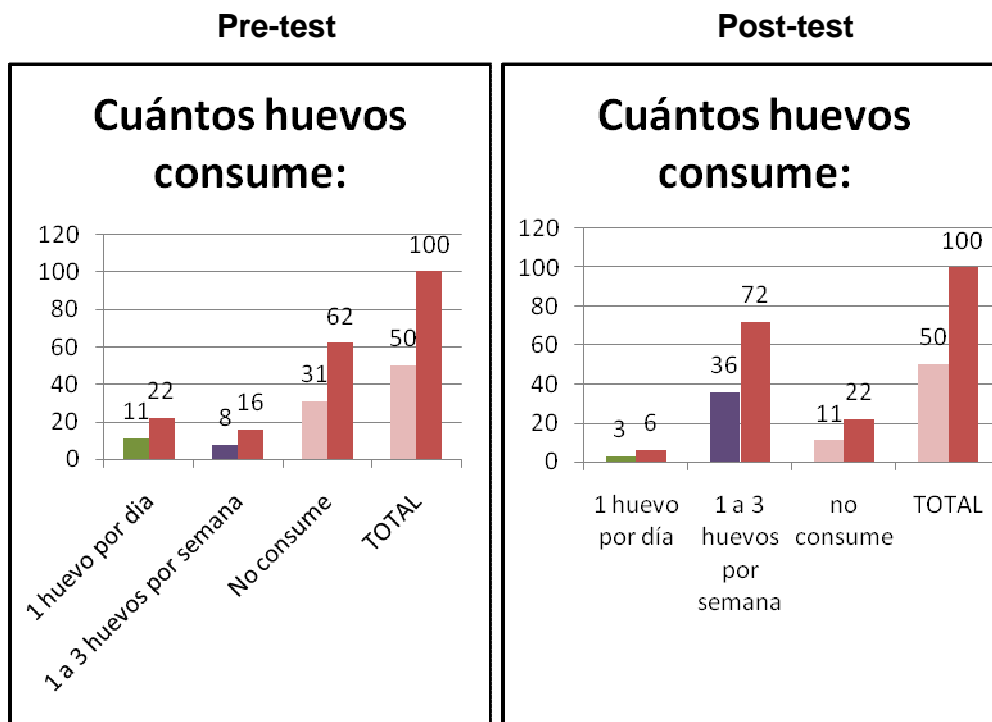
De las 50 personas diabéticas encuestadas, 23 personas consumen leche que corresponde a 46% y 27 personas no tienen el hábito de consumir leche y corresponde al 54%, y luego de las charlas se obtuvo un gran cambio, el 82% de las personas consumen lácteos lo cual mejoró con la educación brindada.



Los lácteos aportan los hidratos de carbono, que están representados por la lactulosa que es un disacárido cuya absorción es medianamente rápida y deben ser consumidas de 2 a 3 porciones por día.

GRÁFICO # 22

ANÁLISIS DEL PRE Y POS TEST DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE, SEGÚN EL CUESTIONARIO DE PREGUNTAS. CUENCA 2010.



Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

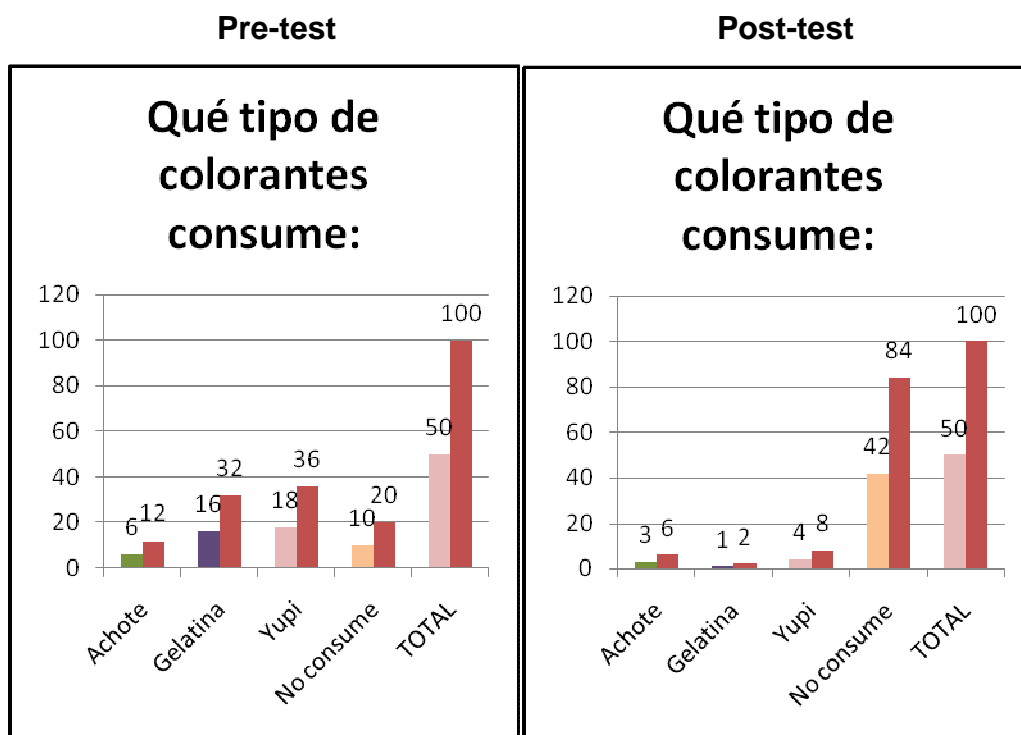
Elaborado por: Las Autoras.

Análisis:

En el presente gráfico las personas diabéticas, no consumen huevos con un alto porcentaje, luego de la intervención se obtuvieron los siguientes resultados, el 72% de personas mejoraron el consumo y la cantidad adecuada de huevos como es de 1 por semana, lo cual demostró que los pacientes si pusieron en práctica la educación que se les brindó.

GRÁFICO # 23

ANÁLISIS DEL PRE Y POS TEST DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE, SEGÚN EL CUESTIONARIO DE PREGUNTAS. CUENCA 2010.



Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

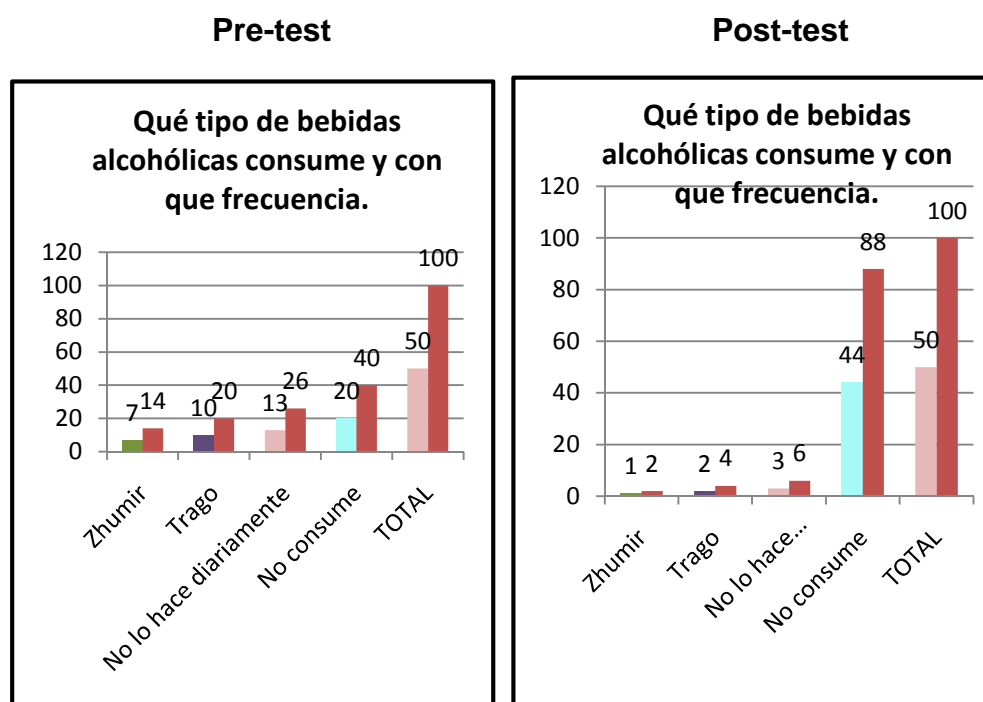
Elaborado por: Las Autoras.

Análisis:

En el presente grafico, vemos que las personas diabéticas consumen colorantes y representa el 80% del grupo, luego de la intervención se observó una variación ya que un 84% de personas no consumen colorantes lo cual nos indicó que las personas conocen que no es necesario los colorantes en su alimentación.

GRÁFICO # 24

ANÁLISIS DEL PRE Y POS TEST DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE, SEGÚN EL CUESTIONARIO DE PREGUNTAS. CUENCA 2010.



Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

Elaborado por: Las Autoras.

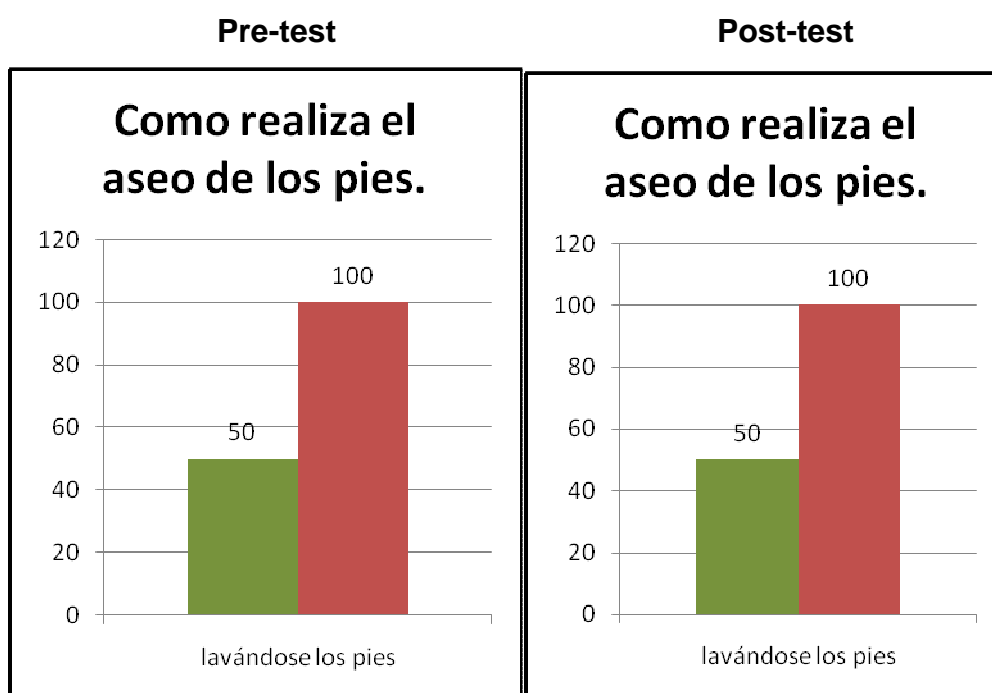
Análisis:

En el presente gráfico, vemos que las personas diabéticas, consumen bebidas alcohólicas representando a un 34% del grupo y luego de la intervención se obtiene que apenas 3 personas consumen alcohol pero lo hacen de vez en cuando; observamos un 88% de personas que no consumen alcohol, con ello podemos decir que las personas si pusieron interés en dejar de consumir, sabiendo que las bebidas hacen daño al organismo.

TEST RELACIONADO CON EL CUIDADO DE LOS PIES.

GRÁFICO # 1

ANÁLISIS DEL PRE Y POS TEST DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE, SEGÚN EL CUESTIONARIO DE PREGUNTAS. CUENCA 2010.



Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

Elaborado por: Las Autoras.

Análisis:

En este gráfico podemos determinar que los pacientes diabéticos tienen un aseo adecuado de los pies, antes y después de la realización de las encuestas.

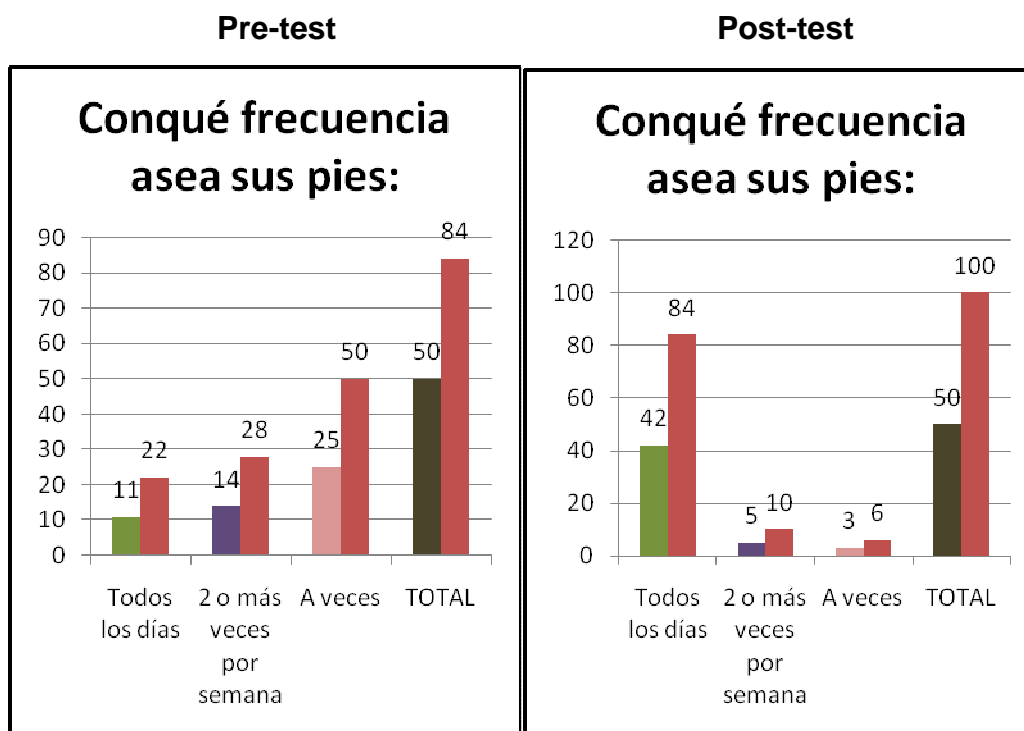
El cuidado de los pies depende de la atención diaria que se les brinde, siendo de suma importancia que los observe cuidadosamente y a diario.



Entre las complicaciones más graves que pueden tener los pacientes diabéticos por no saber controlar o descuidar de su salud es el pie diabético, el mismo que abarca múltiples alteraciones de las extremidades, por esta razón se les da a conocer los principios básicos del autocuidado y así ayudar evitar las complicaciones.

GRÁFICO # 2

ANÁLISIS DEL PRE Y POS TEST DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE, SEGÚN EL CUESTIONARIO DE PREGUNTAS. CUENCA 2010.



Fuente. : Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010

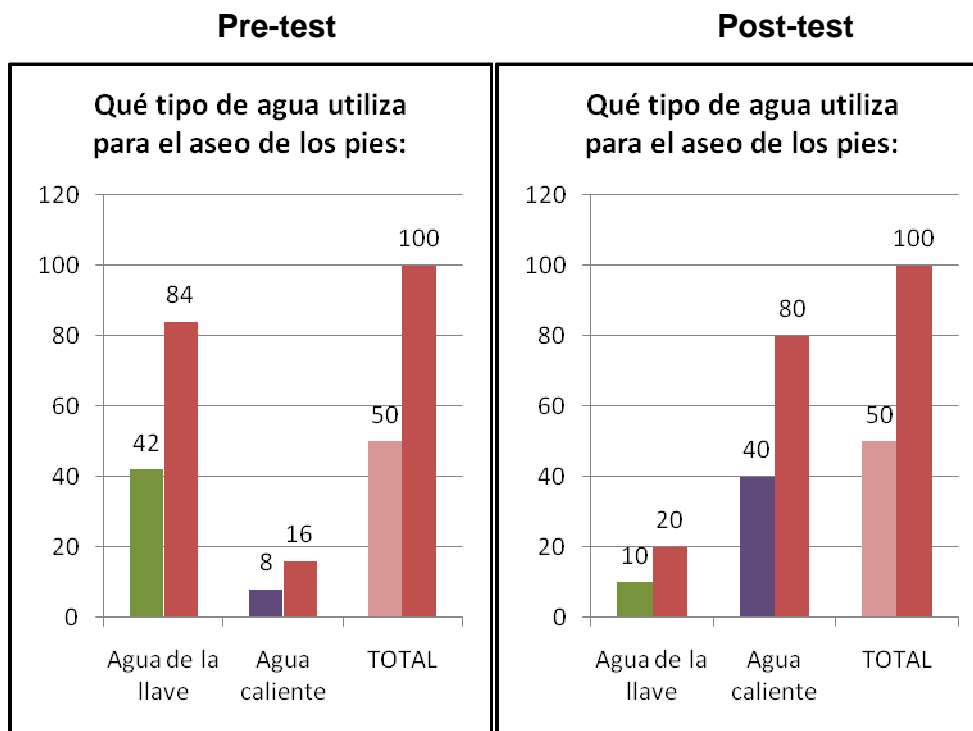
Elaborado por: Las Autoras.

Análisis:

En el siguiente gráfico observamos que la mayoría de pacientes realizan el aseo de los pies a veces, ya sea por descuido, falta de higiene o poco conocimiento, posteriormente a la intervención los pacientes mejoraron el aseo de los pies realizándolo a diario, este cambio es satisfactorio ya que se logro concientizar a las personas sobre la importancia que es el cuidado y la higiene de los pies para evitar futuras complicaciones.

GRÁFICO # 3

ANÁLISIS DEL PRE Y POS TEST DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE, SEGÚN EL CUESTIONARIO DE PREGUNTAS. CUENCA 2010.



Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

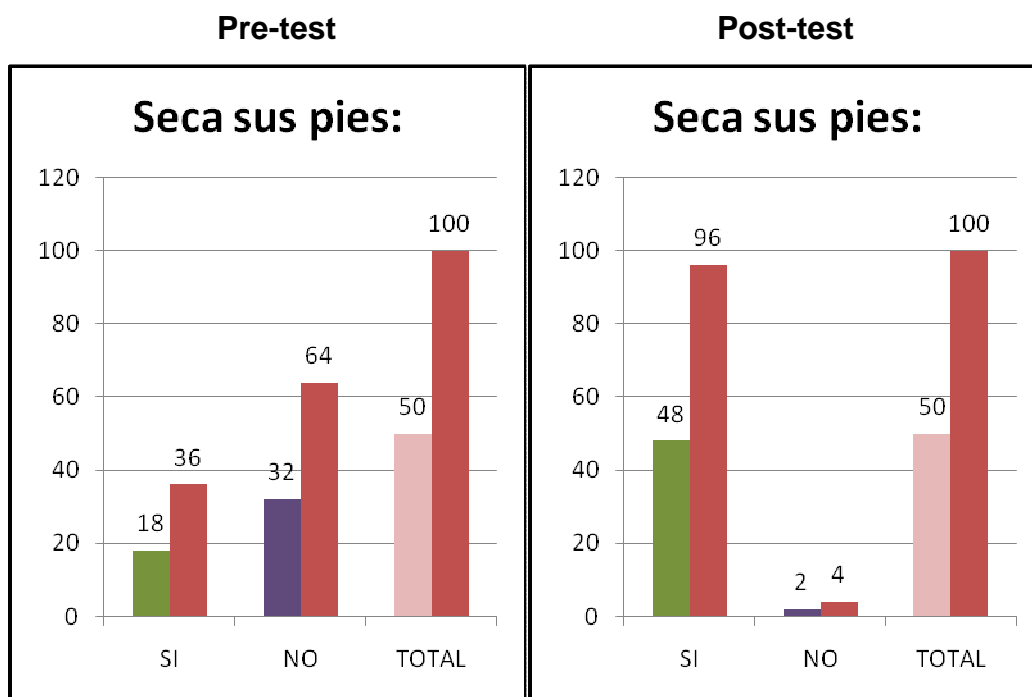
Elaborado por: Las Autoras.

Análisis:

En este gráfico podemos ver que de los pacientes diabéticos, la mayoría de los mismos utilizan agua de la llave para el aseo de los pies que corresponde a un 84% y el 16% lo hacen con agua caliente, luego de la educación que se les proporcionó, los pacientes realizaron su aseo con agua caliente, teniendo en cuenta que algunos lo realizan con plantas medicinales.

GRÁFICO # 5

ANÁLISIS DEL PRE Y POS TEST DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE, SEGÚN EL CUESTIONARIO DE PREGUNTAS. CUENCA 2010.



Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

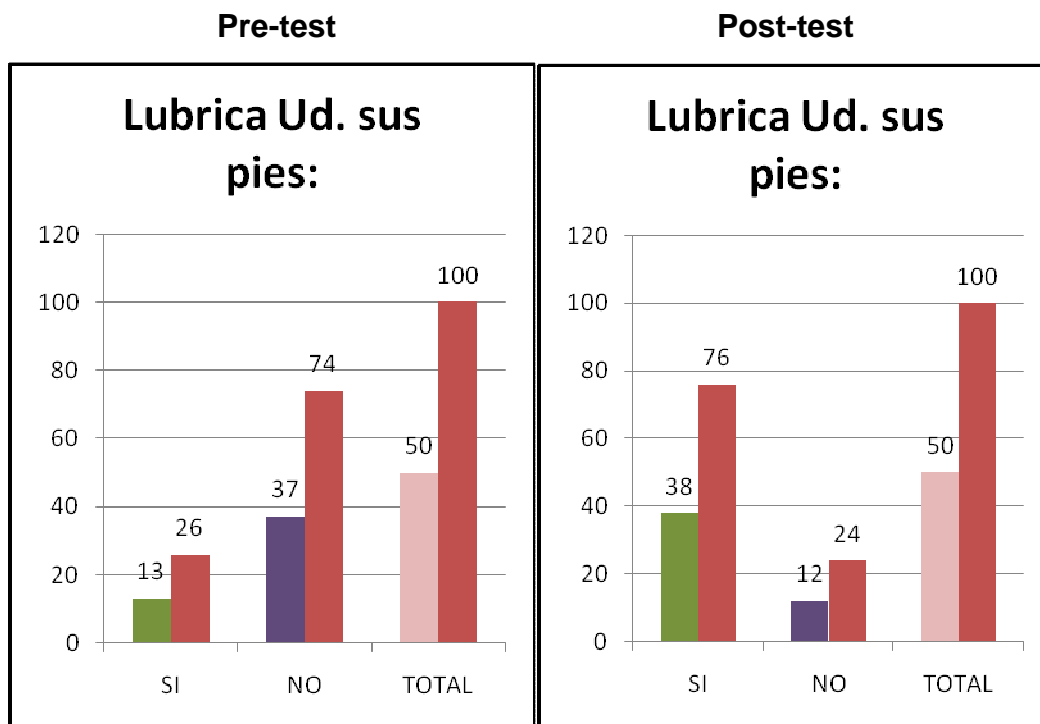
Elaborado por: Las Autoras.

Análisis:

El presente gráfico nos indica que el 64% de las personas diabéticas no acostumbran a secarse los pies, debido a la escasa disponibilidad de tiempo para realizar estas actividades; luego de la intervención se obtuvo un incremento de 96% en las personas que si secan sus pies después de lavarlos y el 4% no acostumbran a secarse los pies.

GRÁFICO # 6

ANÁLISIS DEL PRE Y POS TEST DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE, SEGÚN EL CUESTIONARIO DE PREGUNTAS. CUENCA 2010.



Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

Elaborado por: Las Autoras.

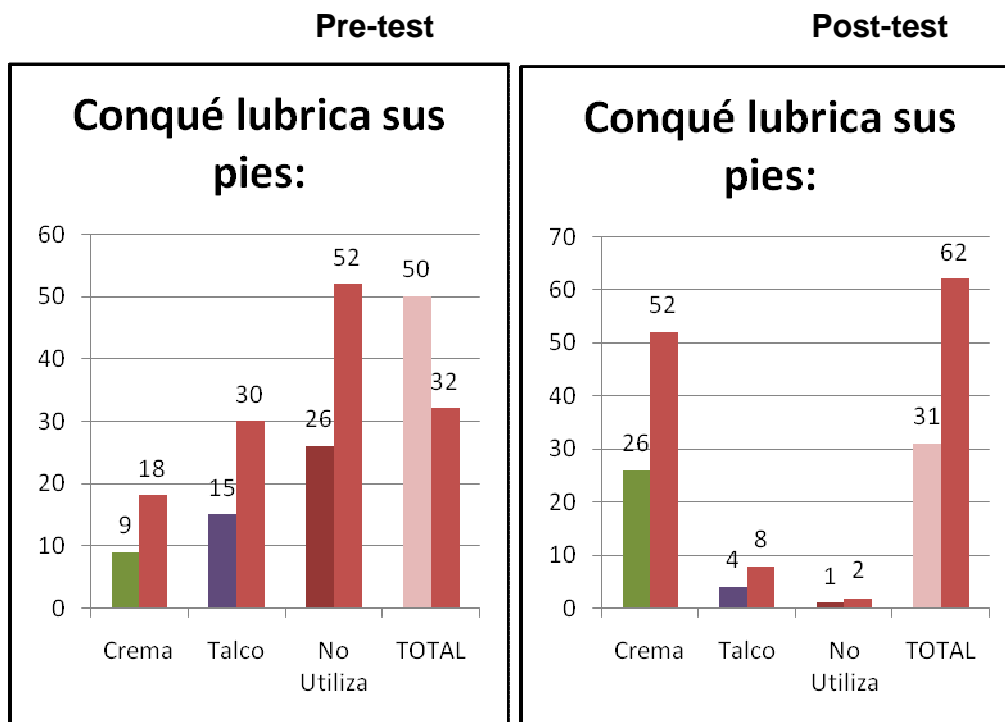
Análisis:

En el presente gráfico vemos que el 74% de los pacientes diabéticos no tienen la costumbre de lubricar sus pies; luego de las charlas se presentó una variación con el 76% de pacientes que si lubrican sus pies.



GRÁFICO # 7

ANÁLISIS DEL PRE Y POS TEST DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE, SEGÚN EL CUESTIONARIO DE PREGUNTAS. CUENCA 2010.



Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

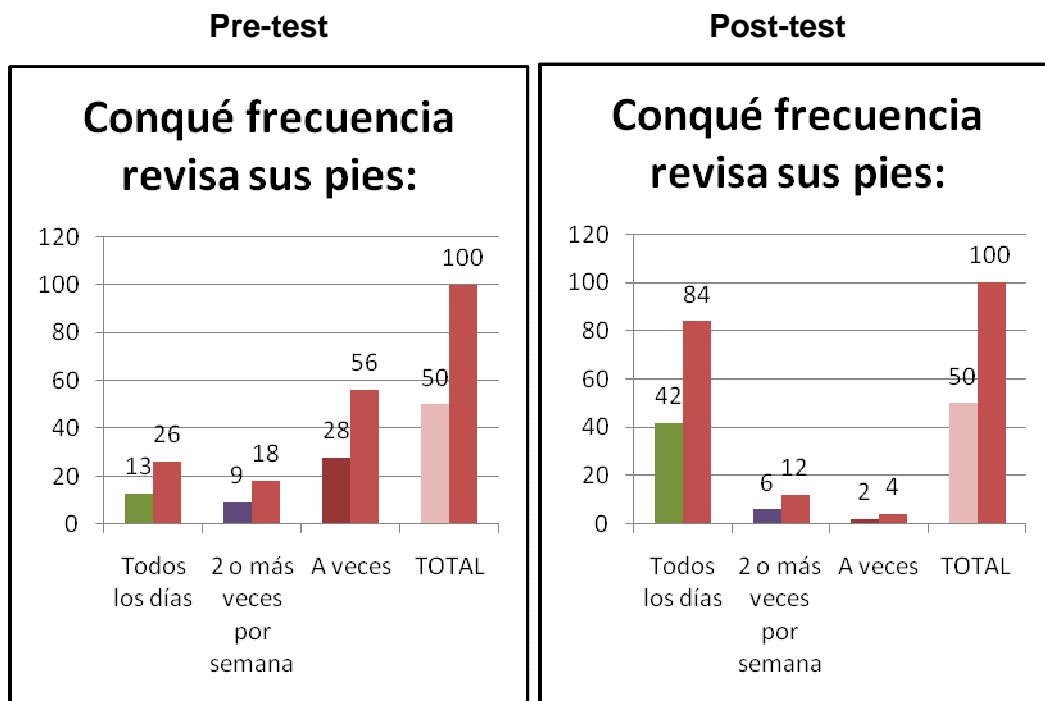
Elaborado por: Las Autoras.

Análisis:

En el presente gráfico se determina que el 52% de los pacientes diabéticos, no acostumbran a lubricar sus pies, el 48 % lo realizan con crema y talco, luego de la intervención existió una variación en cuanto al uso de crema con un 52%, existiendo 1 persona que no utilizan ningún lubricante, ya sea por bajos recursos económicos o descuido.

GRÁFICO # 9

ANÁLISIS DEL PRE Y POS TEST DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE, SEGÚN EL CUESTIONARIO DE PREGUNTAS. CUENCA 2010.



Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

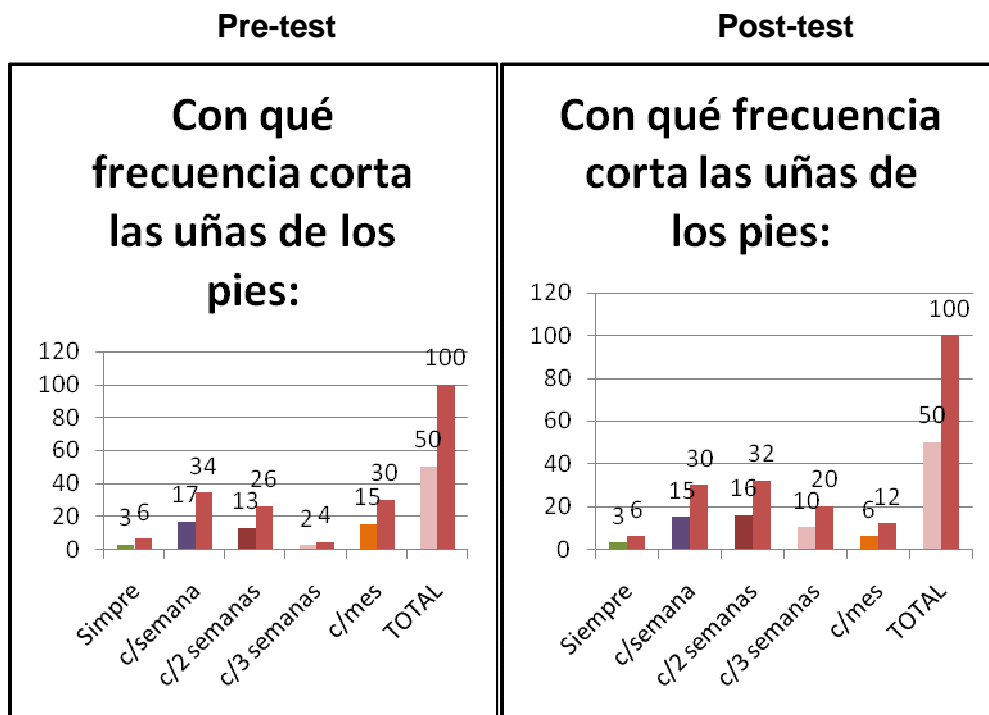
Elaborado por: Las Autoras.

Análisis:

En el presente gráfico se observa que las personas diabéticas revisan sus pies a veces, posteriormente a la intervención existió una variación en el 84% de los pacientes que tienen la necesidad de revisar sus pies todos los días, logrando así, mediante la intervención incentivar a las personas para que cuiden sus pies y así evitar complicaciones como el pie diabético.

GRÁFICO # 10

ANÁLISIS DEL PRE Y POS TEST DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE, SEGÚN EL CUESTIONARIO DE PREGUNTAS. CUENCA 2010.



Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

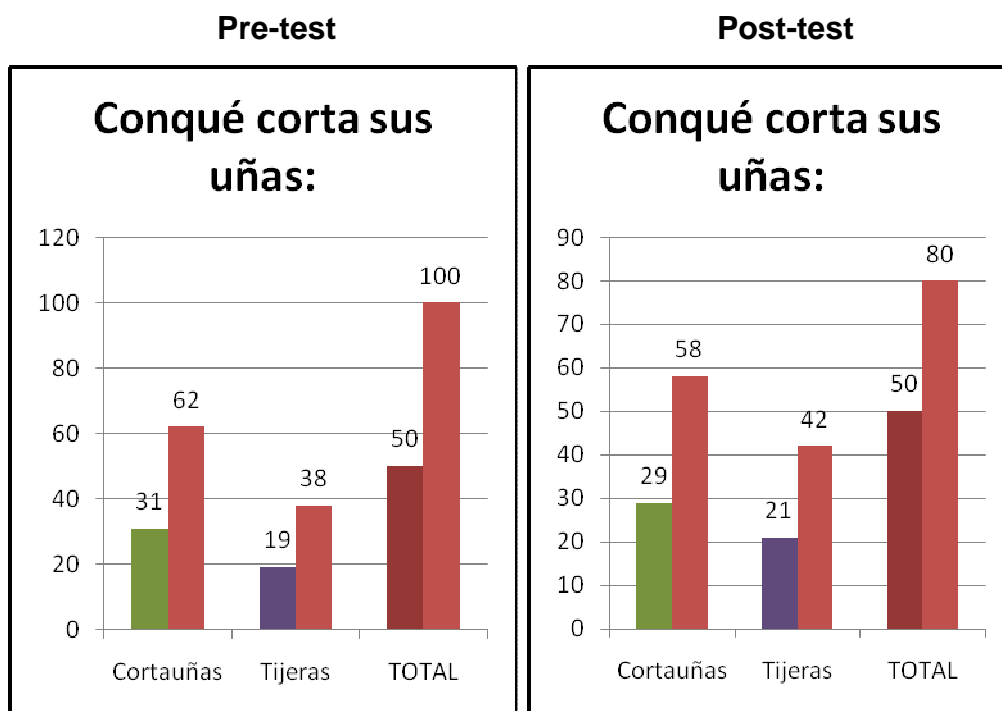
Elaborado por: Las Autoras.

Análisis:

En este gráfico determinamos que las personas diabéticas se cortan las uñas de los pies cada semana o cada dos semanas y un mínimo porcentaje lo realiza cada mes, esto nos indica que las personas han tomado conciencia sobre el autocuidado de sus pies.

GRÁFICO # 11

ANÁLISIS DEL PRE Y POS TEST DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE, SEGÚN EL CUESTIONARIO DE PREGUNTAS. CUENCA 2010.



Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

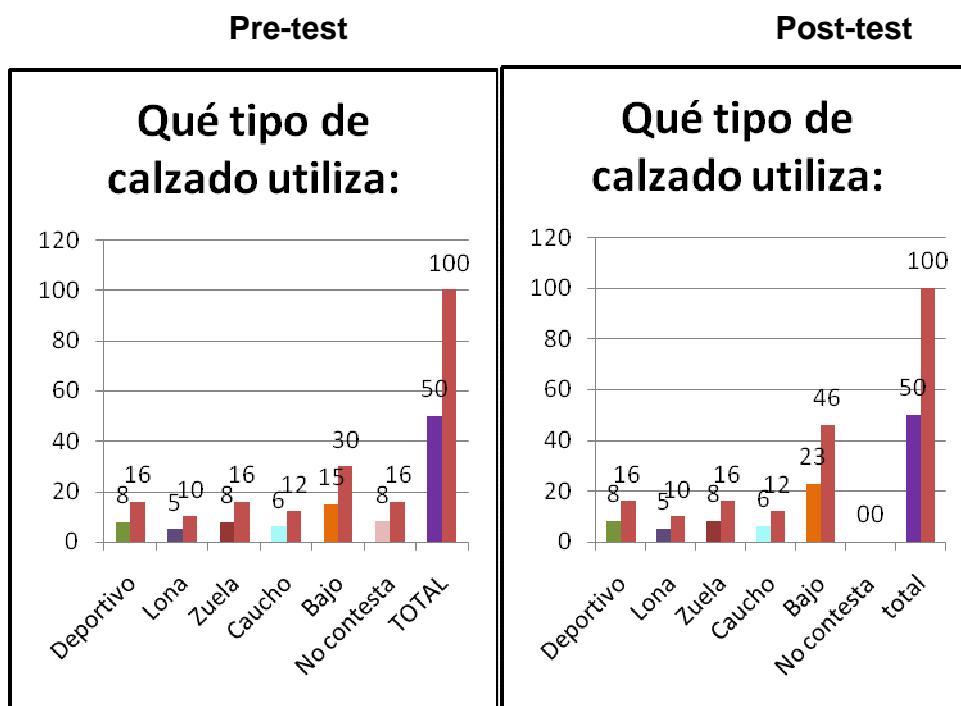
Elaborado por: Las Autoras.

Análisis:

Las personas diabéticas tanto en el pre test como en el pos test utilizan para el corte de sus uñas, los cortaúñas y las tijeras, luego de la intervención se consiguió que los pacientes limen sus uñas semanalmente, o acudan a la institución para realizar con el alicate.

GRÁFICO # 12

ANÁLISIS DEL PRE Y POS TEST DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE, SEGÚN EL CUESTIONARIO DE PREGUNTAS. CUENCA 2010.



Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

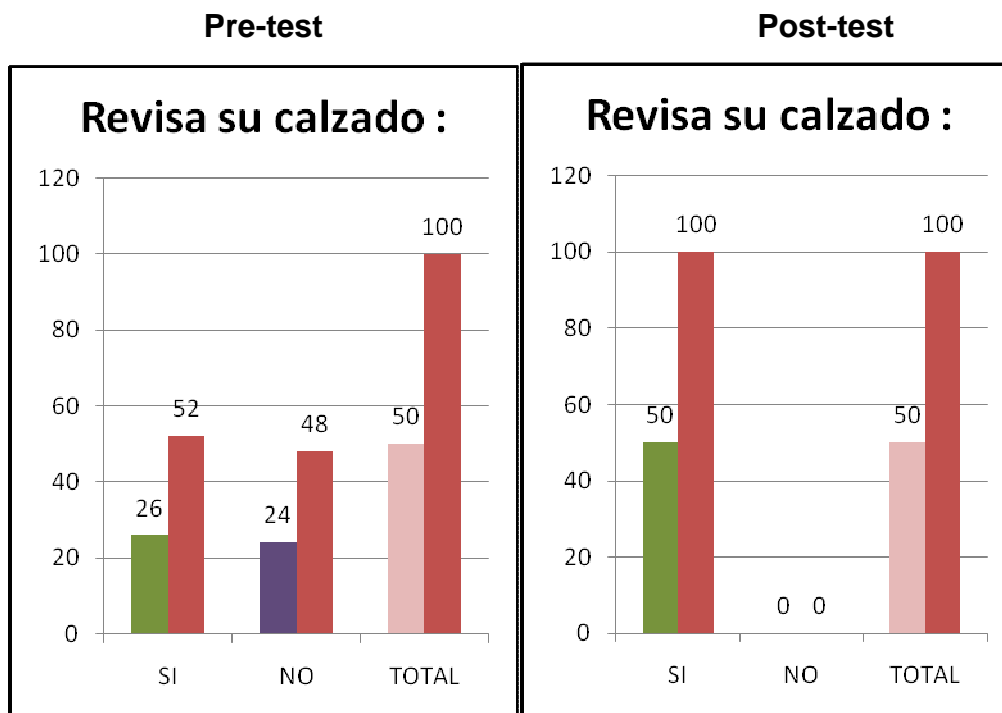
Elaborado por: Las Autoras.

Análisis:

En este grafico podemos determinar que los pacientes diabéticos utilizan un sinnúmero de calzado, ya sea deportivo o casual, ocupando un 30% el zapato de taco bajo, siguiéndole el 16% el calzado deportivo o de lona, y luego de realizar las encuestas se observó que se incremento a un 46% el calzado bajo, con lo cual podemos determinar que las personas toman conciencia para cuidar sus pies.

GRÁFICO # 13

ANÁLISIS DEL PRE Y POS TEST DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE, SEGÚN EL CUESTIONARIO DE PREGUNTAS. CUENCA 2010.



Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

Elaborado por: Las Autoras.

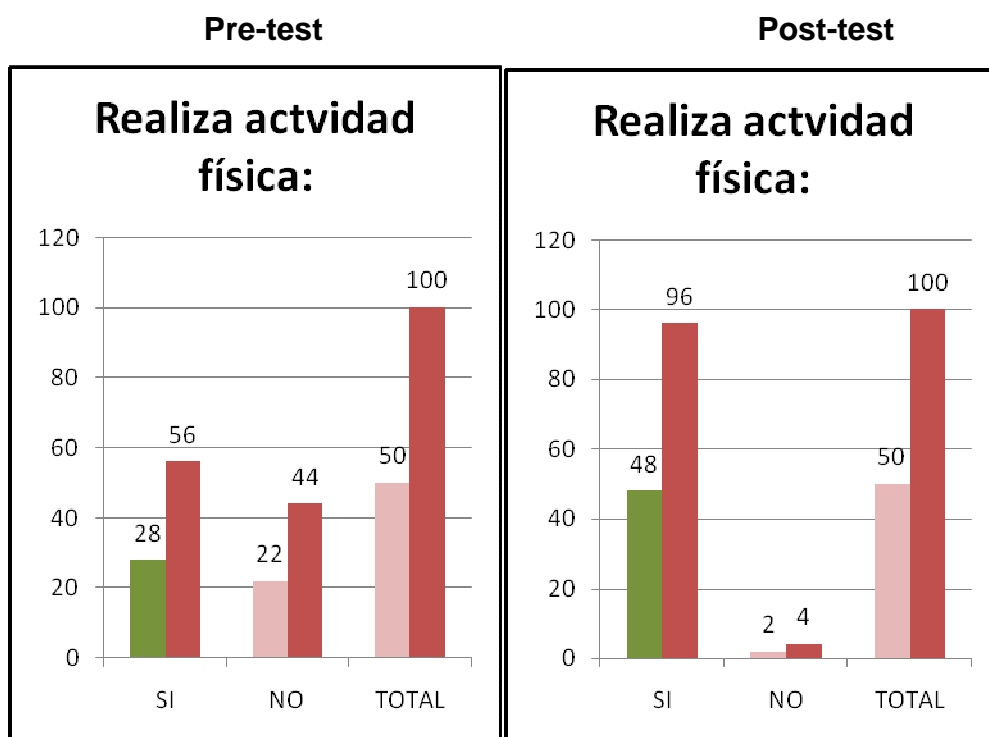
Análisis:

De las personas diabéticas encuestadas, podemos determinar que si revisan su calzado antes de usar, con ello comprobamos que si tienen conocimiento para el cuidado de sus pies y así evitar las complicaciones del pie diabético.

TEST RELACIONADO CON LA ACTIVIDAD FÍSICA.

GRÁFICO # 1

ANÁLISIS DEL PRE Y POS TEST DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE, SEGÚN EL CUESTIONARIO DE PREGUNTAS. CUENCA 2010.



Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

Elaborado por: Las Autoras.

Análisis:

En este gráfico podemos determinar que de las 50 personas diabéticas encuestadas, el 56% realizan actividad física y luego de la realización de las encuestas el porcentaje incrementó a un 96%, haciendo énfasis al refrán que dice en mente sana cuerpo sano.

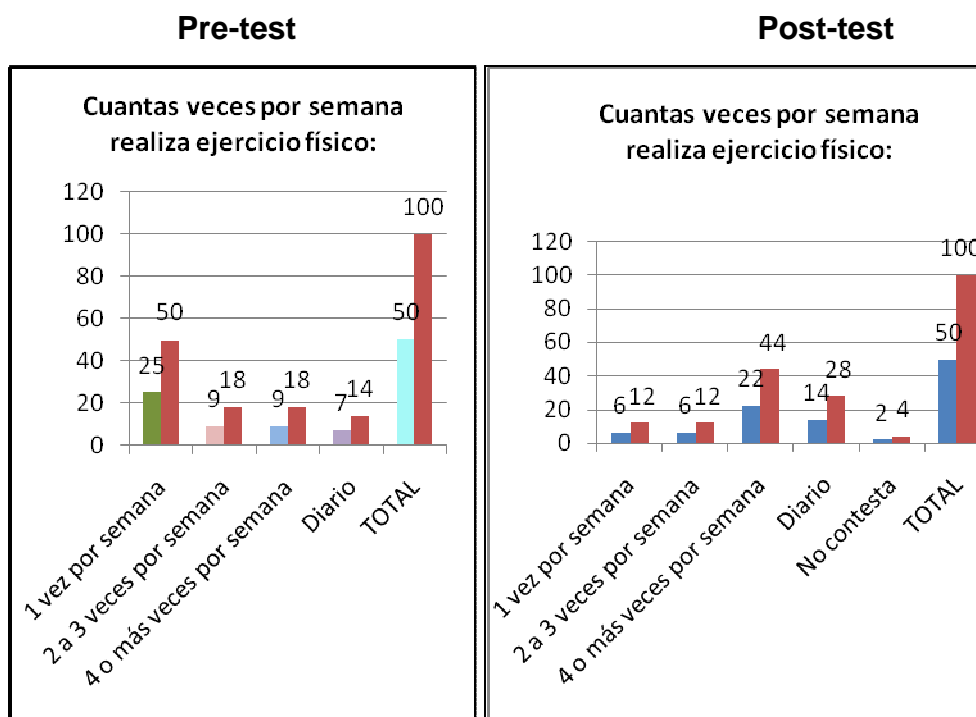


Teniendo en cuenta que la incidencia y la prevalencia de la diabetes mellitus no insulino dependiente dependen en gran medida del índice de masa corporal y de actividad física. Así, cuando este índice es bajo (inferior a 20), la incidencia de diabetes es de apenas 1/1000 al año, cuando es moderadamente elevado (26 a 30), de 15/1000 al año, y cuando es elevado (36 a 40), de más de 35/1000 al año.

Por otra parte es importante señalar que la participación en actividades deportivas durante la juventud se correlaciona negativamente con la posterior prevalencia de diabetes en cualquiera de los grupos de edad en que se analice.

GRÁFICO # 2

ANÁLISIS DEL PRE Y POS TEST DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE, SEGÚN EL CUESTIONARIO DE PREGUNTAS. CUENCA 2010.



Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

Elaborado por: Las Autoras.

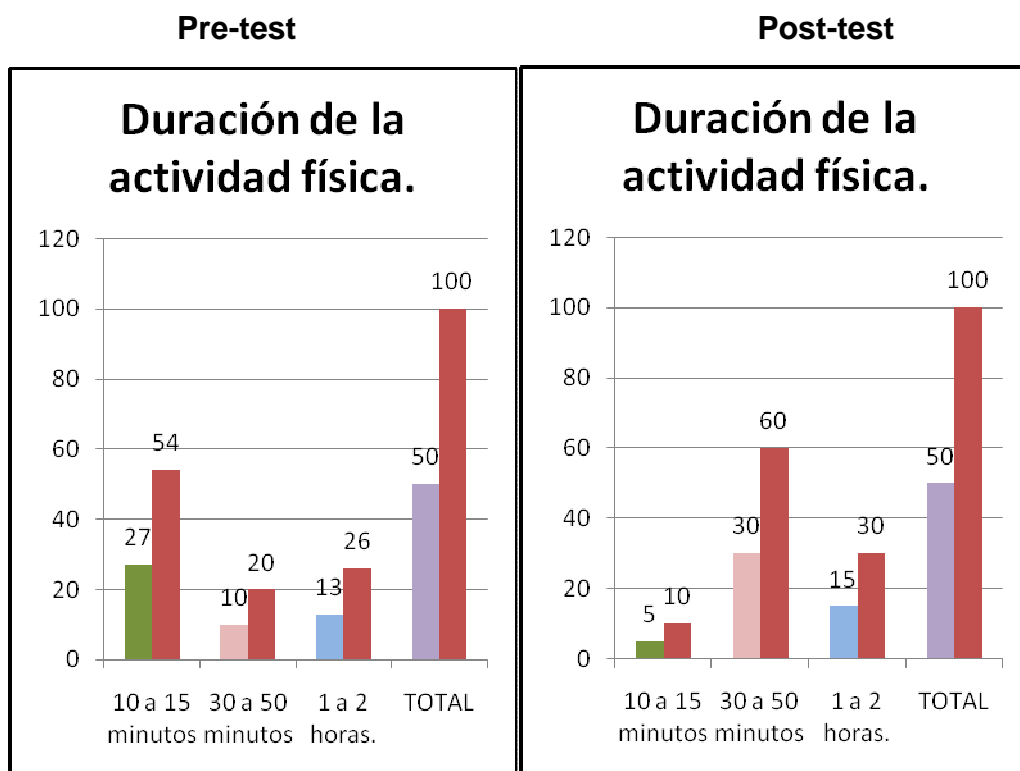
Análisis:

En este gráfico podemos determinar que de las personas diabéticas que realizan actividad física se distribuye de la siguiente manera diariamente, una vez por semana, dos a tres veces por semana, eso nos indica que los pacientes hacen conciencia para mantenerse con buena salud.

Practicar el ejercicio nos ayuda a mejorar la circulación y el desarrollo muscular, también es un elemento indispensable para el control de la diabetes.

GRÁFICO # 3

ANÁLISIS DEL PRE Y POS TEST DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE, SEGÚN EL CUESTIONARIO DE PREGUNTAS. CUENCA 2010.



Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

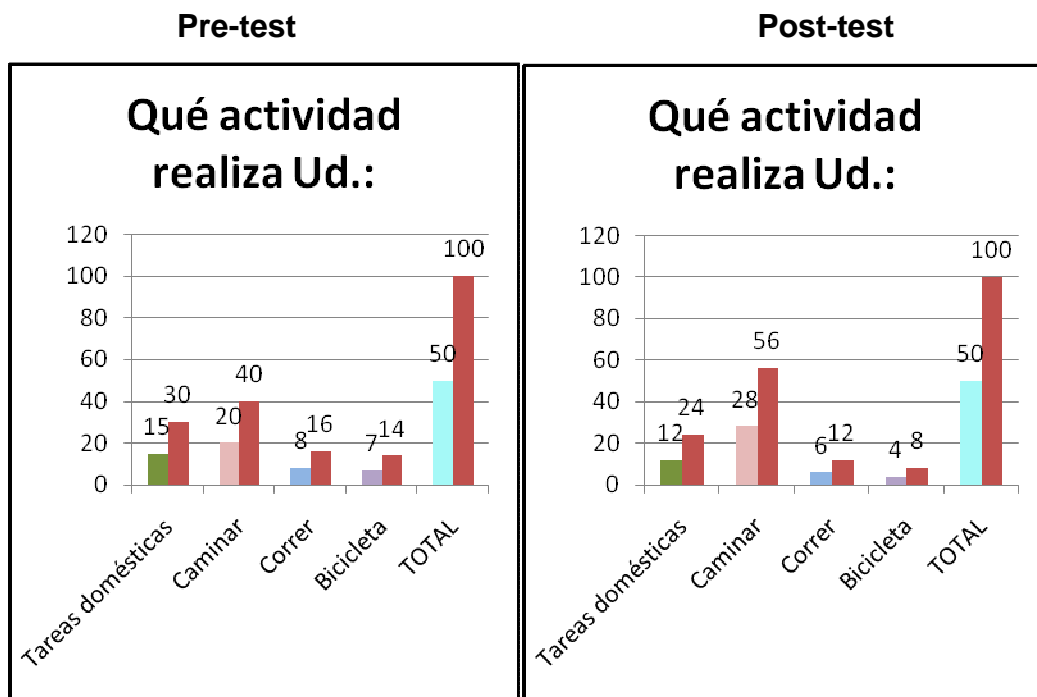
Elaborado por: Las Autoras.

Análisis:

En este gráfico se puede apreciar que de los pacientes diabéticos que realizan actividad física, con un porcentaje alto es de 10 a 15 minutos, posterior a la intervención existió un incremento en 30 a 50 minutos y de 1 a 2 horas lo cual demostró que la educación dada si dio resultados. Se recomienda la practica regular de actividad física mínimo 3 veces por semana y por un tiempo no inferior a 30 minutos.

GRÁFICO # 4

ANÁLISIS DEL PRE Y POS TEST DE 50 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE, SEGÚN EL CUESTIONARIO DE PREGUNTAS. CUENCA 2010.



Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

Elaborado por: Las Autoras.

Análisis:

En este gráfico, vemos que los paciente diabéticos realizan diversas formas de actividad física ya sea caminata, correr manejar bicicleta y realizar las actividades en casa. Y luego de la intervención de las encuestas vemos que si existió una mínima variación.

La práctica de la actividad física, la caminata, el trote, ciclismo, natación, etc. forman parte de un estilo de vida saludable, ya que es importante en la prevención y tratamiento de las enfermedades metabólicas.



TABLA # 1

**DISTRIBUCIÓN DE LAS 50 PERSONAS ENCUESTADAS QUE
ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE, CUENCA 2010.**

AUTOCAUIDADO DE LA ALIMENTACION

| Alimentación. | Pre – test | | Post – test | |
|----------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| | # | % | # | % |
| BUENO | 12 | 24% | 39 | 78% |
| REGULAR | 18 | 36% | 10 | 20% |
| MALO | 20 | 40% | 1 | 2% |
| TOTAL | 50 | 100% | 50 | 100% |

Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

Elaborado por: Las Autoras.

Análisis:

De las 50 personas diabéticas vemos que un 24% en el pre test tienen un autocuidado en alimentación buena, como regular un 36% y malo un 40%, y luego de la intervención se incremento con un 78% de pacientes tienen un autocuidado en alimentación buena, un 20% regular y un 2% representan un autocuidado malo.

Un plan de alimentación va mas allá de lo que entendemos por una dieta. Debe ser un proyecto individualizado a las necesidades de cada persona, así mismo el plan de alimentación consiste en ingerir alimentos como cereales, granos, tubérculos, estos alimentos se encuentran en la base de la pirámide.



TABLA # 2
DISTRIBUCIÓN DE LAS 50 PERSONAS ENCUESTADAS QUE
ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE, CUENCA 2010.

AUTOCUIDADO DE LOS PIES

| Cuidado de los Pies | Pre – test | | Post – test | |
|----------------------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| | # | % | # | % |
| BUEN CONTROL | 15 | 30% | 42 | 84% |
| CONTROL REGULAR | 10 | 20% | 5 | 10% |
| MAL CONTROL | 25 | 50% | 3 | 6% |
| TOTAL | 50 | 100% | 50 | 100% |

Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

Elaborado por: Las Autoras.

Análisis:

En esta tabla vemos que las personas diabéticas tienen un cuidado de los pies en tres categorías buen control un 30%, control regular un 20% y mal control un 50%, y posteriormente luego de la intervención vemos que se incrementa el porcentaje de buen control a 84%, control regular 10% y mal control con un 6%. Lo que nos demostró que nuestras charlas si dieron un buen resultado.

El cuidado de los pies es muy importante y depende de la atención diaria que se les brinde, para lo cual se logra a través de mantener una buena higiene permanente como es lavado, secado hidratación y un especial corte de uñas, también un control periódico por el personal de salud.



TABLA # 3
DISTRIBUCIÓN DE LAS 50 PERSONAS ENCUESTADAS QUE
ACUDEN AL HOSPITAL DE PAUTE, CUENCA 2010.

ACTIVIDAD FÍSICA.

| Actividad Física. | Pre – test | | Post – test | |
|----------------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| | # | % | # | % |
| SEDENTARIO | 28 | 56% | 2 | 4% |
| NO SEDENTARIO | 22 | 44% | 48 | 96% |
| TOTAL | 50 | 100% | 50 | 100% |

Fuente: Encuesta aplicada a las personas que acuden al Hospital de Paute, Cuenca 2010.

Elaborado por: Las Autoras.

Análisis:

De los 50 pacientes diabéticos el 56% son sedentarios y el 44% no son sedentarios, pero luego de realizar las encuestas tenemos que incremento el no sedentarismo con un porcentaje de 96%. Para lo cual podemos indicar que nuestra educación si dio éxito.

Nuestra población se vuelve cada vez más sedentaria por malos hábitos alimenticios que son la causa principal del exceso de peso y el riesgo de padecer enfermedades metabólicas, pero la práctica regular de la actividad física mejora la sensibilidad a la insulina, el gastar calorías en actividades reduce un 6% el riesgo de diabetes.



CAPITULO VI

SISTEMA DE ENFERMERÍA DE APOYO EDUCACIONAL EN LA ALIMENTACIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y CUIDADO DE LOS PIES DIRIGIDO A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II.

INTRODUCCIÓN.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica e incurable que para su control exige la participación activa tanto del paciente, de la familia y del personal de salud, es importante que la persona diagnosticada de Diabetes Mellitus tipo II reciba educación adecuada sobre las implicaciones de la misma haciendo énfasis en los estadios de prevención y así evitar mayores complicaciones.

El personal de salud, es el que tiene el primer contacto con el paciente diabético, por esta razón están en la obligación de impartir los conocimientos básicos, de cómo prevenir, tratar y sobre todo auto controlarse la enfermedad.

A sí mismo la relación entre el paciente y el personal de salud debe ser dinámica con una atención de calidad y calidez, basada en el cumplimiento de objetivos y metas alcanzables.

OBJETIVO GENERAL.

Elaborar un plan de intervención educativa para los pacientes con DM2 que integren el grupo de estudio para lo cual se aplicara la teoría del autocuidado de Dorotea Orem.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Educar sobre las prácticas y beneficios de una alimentación saludable basada en el manejo de la pirámide alimenticia.



- Dar a conocer sobre los beneficios de la actividad física.
- Informar sobre los beneficios de un buen cuidado de los pies.

CONTENIDO.

- Tipos de alimentos.
- Numero de comidas que debe ingerir al día.
- Porciones que debe consumir de acuerdo al tipo de alimentos.

DESARROLLO DEL CONTENIDO.

ALIMENTACIÓN SALUDABLE.

Un plan de alimentación va más allá de lo que entendemos por una dieta. Debe ser un proyecto individualizado a las necesidades de cada persona, sus preferencias y debe contemplar objetivos relacionados con la consecución de un peso óptimo, situación laboral, disponibilidades etc.

A sí mismo el plan de alimentación consiste en ingerir alimentos como: cereales, granos tubérculos, estos alimentos se encuentran en la base de la pirámide y deben ser consumidos entre 6 a 11 porciones por día, cada ración debe tener un peso de aproximadamente 150 gr (una taza).

TIPOS DE ALIMENTOS:

Primer grupo de alimentos.

- Arroz. Trigo, trigo, avena, sémola, fideos.
- Leguminosas en general.
- Papas, choclo.
- Pan, galletas.



Porciones recomendadas.

- Cereales y leguminosas: $\frac{3}{4}$ de una taza.
- Pan 1/2 unidades.
- Papas: 2 unidades pequeñas.

Segundo grupo de alimentos.

En este grupo de alimentos están las verduras, estas deben ingerirse entre 3 a 5 porciones por día, estas aportan a la alimentación, con fibra, betacarotenos, y vitamina C, folatos, potasio, magnesio, y fotoquímicas.

En este grupo se encuentran.

Las verduras del tipo A que son de libre consumo, y son: acelga, lechuga, apio, pepino, zapallo, tomate.

Porción:

- Lechuga: consumo libre.
- Coliflor: 1 taza.
- Apio: consumo libre.
- Tomates: 1 unidad.

Verduras del tipo B:

Porción:

- Habas: 1/2 taza.
- Zanahoria: $\frac{1}{2}$ taza.
- Arvejas: $\frac{1}{2}$ taza.
- Cebollas: 1 unidad.

Tercer grupo de alimentos.

Las frutas deben ser ingeridas entre 2 a 4 porciones por día, contienen fibra, agua, vitaminas, folatos, potasio, etc.



Tipos de alimentos.

- Pera: 1 unidad
- Plátano: 1 unidad.
- Kiwis: 2 unidades.
- Manzana: 1 unidad.
- Uvas: 10 unidad.
- Naranjas: 1 unidad.
- Durazno: 1 unidad.
- Melón. 1 taza.
- Frutillas: 1 taza.
- Sandia: 1 taza.

Cuarto grupo de alimentos.

- Las carnes blancas de pollo y pescado pueden consumirse hasta 1 porción por día.
- Las carnes rojas 1 o 2 porciones por semana.
- Las carnes en lo posible deben ser pobres en grasas saturadas, se recomienda consumir alimentos de origen marino, por su contenido en ácidos grasos.

Tipos de alimentos.

- Pollo
- Pescado
- Carne
- Huevos
- Mariscos en general.

Porción

- Pollo: una presa pequeña.
- Pescado: 1 trozo regular
- Carne: 1 trozo regular



- Huevos: 1 unidad, las yemas hasta 2 o 3 por semana.

Lácteos.- Aquí tenemos el yogurt el queso y la leche deben ser tomados de 2 a 3 porciones por día, los lácteos en general aportan hidratos de carbono en cantidades no despreciables, están representados por la lactosa que es un disacárido, cuya absorción es medianamente rápida. No produce elevaciones glicémicas demasiado altas. Estos alimentos contribuyen a la dieta con proteínas de alto valor biológico, calcio, riovflavina, vitamina A y B12.

Tipos de alimentos.

- Leche
- Yogurt
- Queso
- Quesillo.

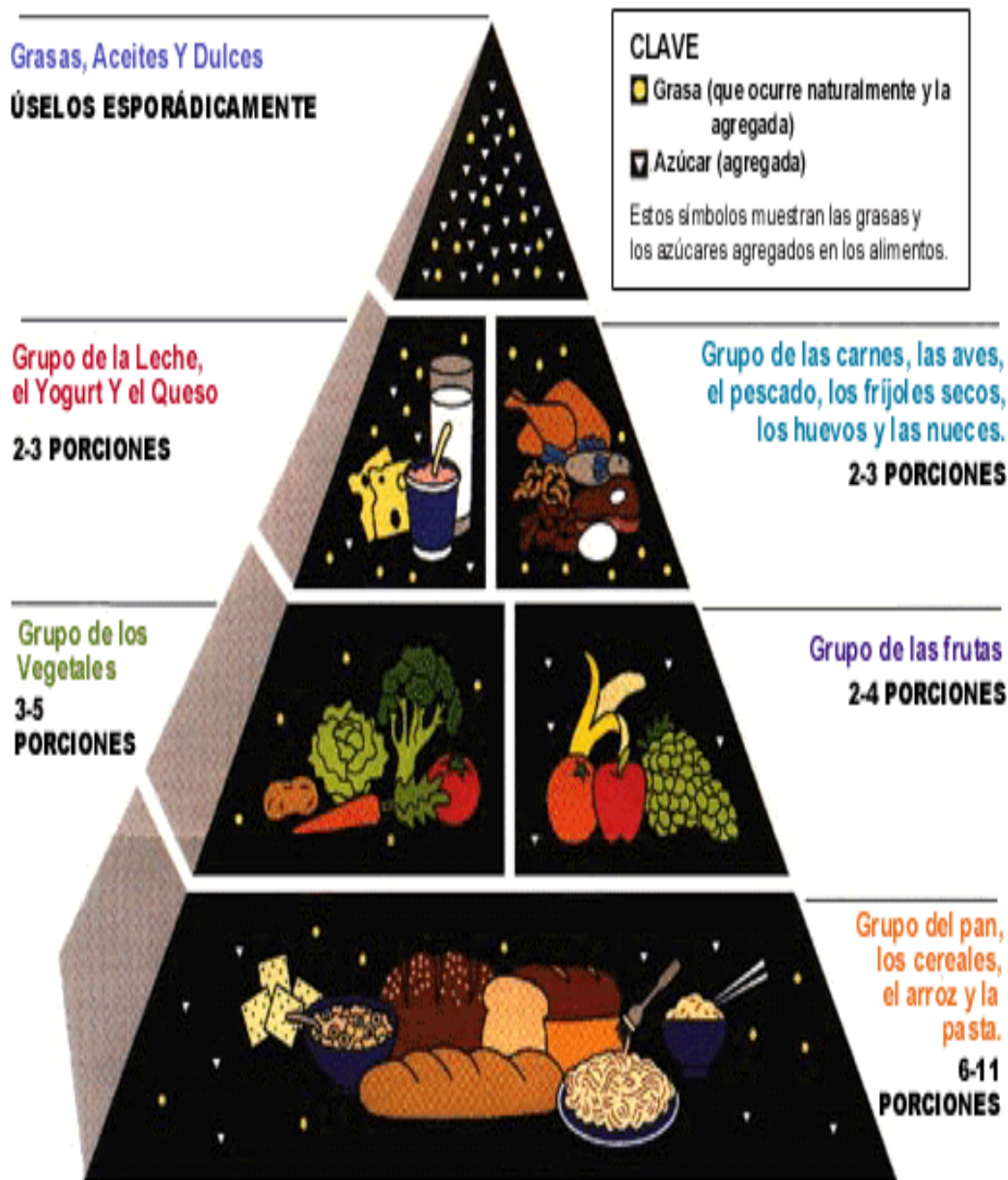
Porción:

- Leche: 1 vaso 200 ml.
- Yogurt dietético o natural: 1 vaso
- Quesos y quesillo: 1 o 2 porciones por día.

En la cumbre de la pirámide se hallan los alimentos menos recomendables para la alimentación de un diabético, los mismos que se deben consumir en menor cantidad debido a que son alimentos que aunque no contienen azúcar están preparados con ingredientes muy calóricos (grasas y harinas) o con fructosa que en cantidades altas afecta la glicemia y la producción de triglicéridos en el organismo. Los mismos que son mermeladas chocolates, margarina, galletas, gaseosas, miel de abeja, azúcar blanca o morena, panela, etc.”¹¹

¹¹ Benyon, S. Metabolismo y Nutrición, Edición Primera, Editorial Diorki

PIRAMIDE ALIMENTICIA PARA PACIENTES DIABETICOS.



Source: US Food and Drug Administration



ACTIVIDAD FÍSICA.

INTRODUCCIÓN.

Practicar ejercicios nos ayuda a mejorar la circulación y el desarrollo muscular, también es una herramienta indispensable para el control de la diabetes, los alimentos que se ingieren aumentan los niveles de glucosa en la sangre y el ejercicio que se realiza a diario lo disminuye, la practica regular y programada de actividades físicas como caminatas, gimnasio, deporte brindan muchos beneficios y mejora la calidad de vida de los pacientes, además ayuda a disminuir el estrés, a prevenir afecciones cardiacas a mantener una correcta circulación sanguínea en los miembros inferiores y lo más importante que permite estar siempre activos.

OBJETIVOS.

- Mejorar la calidad de vida de los pacientes y ayudarles a mantenerse activos.
- Proporcionar beneficios a la salud general.
- Disminuir los niveles sanguíneos de glucosa.

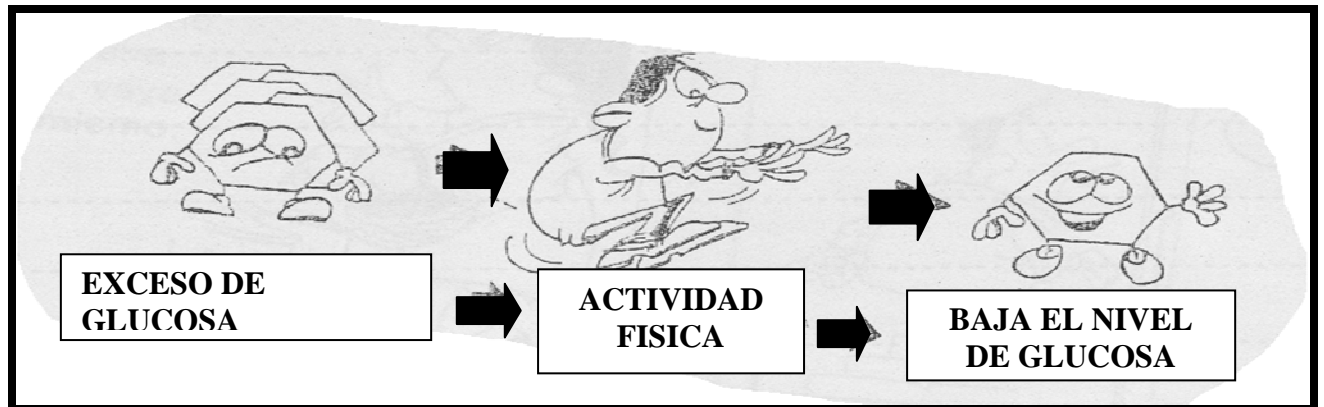
CONTENIDOS.

Beneficios de la actividad física.

Recordemos que nuestro objetivo es mantener el azúcar o glucosa de nuestra sangre en niveles normales y con esto evitar las complicaciones de la enfermedad.

- La actividad física le ayuda a consumir el exceso de azúcar o glucosas de la sangre.
- A mejorar la circulación de la sangre.

- Disminuye el colesterol.
- A que nuestro corazón trabaje bien.
- A controlar o bajar nuestro peso.
- A olvidarnos de las preocupaciones y a sentirnos bien.



QUE ES LA ACTIVIDAD FÍSICA.

Es mantener nuestro cuerpo activo y en movimiento, no dejar que la vida o la enfermedad nos hagan inactivos o sedentarios

COMO PUEDE HACER ACTIVIDAD FISICA.



Usted puede hacer actividad física en su propia casa, mientras realiza sus quehaceres domésticos.



- Camine frecuentemente.
- Si puede camine media hora después de comer.
- Si usted trabaja ocupe parte de su tiempo del almuerzo caminando.



Aproveche todas las cosas que tenga que realizar para hacer actividad física.

Por ejemplo.



Mientras espere el bus, camine. Si necesita comprar algo en la tienda, no mande a otra persona vaya usted mismo.

No use el ascensor, si no las escaleras



Si vive en el campo trabaje en el huerto. Si vive en la ciudad arregle su jardín.

Cuando vea televisión camine, haga ejercicios.



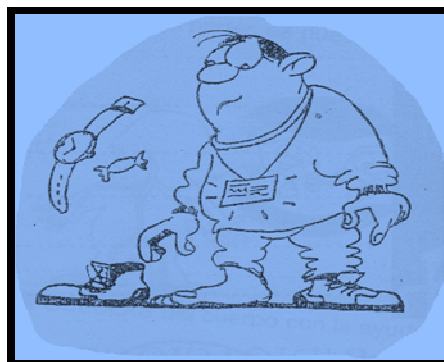
Recuerde que no necesita hacer ejercicios especiales ni buscar tiempo extra para hacer actividad física, que su cuerpo necesita. Aproveche sus mismas tareas diarias para estar activo. Solo preocúpese de no agitarse demasiado.



La elección del ejercicio debe ser de acuerdo a las necesidades de cada paciente, como puede ser: caminar, trotar, hacer gimnasia, ciclismo, natación, fútbol etc.

Una vez finalizado el ejercicio es importante la etapa del enfriamiento para esto se debe hacer lo siguiente.

- Beber abundantes líquidos para evitar la deshidratación.
- Usar ropa y calzado de acuerdo al tipo de ejercicio a realizar.
- Estar atento a los signos y síntomas de hipoglucemia ya que los pacientes que usan insulina o hipoglucemiantes orales pueden sufrir hipoglucemia durante o después del ejercicio.
- Realizar el autocontrol de glucemia antes de realizar ejercicios, si la duración del ejercicio es de una hora o mas será necesario controlar la glicemia cada 30 minutos.
- Realizar autocontrol inmediatamente después de realizar ejercicios sobre todo si ha sido intenso.
- Conversar con el equipo de salud sobre la hora más conveniente para realizar el ejercicio, por lo general es recomendable hacer 1 a 3 horas después de las comidas.
- Estar preparado para tratar las hipoglucemias.
- Llevar siempre consigo azúcar, tabletas de glucosa o algún alimento que contenga hidratos de carbono.
- Llevar siempre el carnet de identificación de diabetes Mellitus.





Contraindicaciones del ejercicio.

- Glicemia mayor a 250 mg/dl.
- Presencia de cuerpos cetonicos en la orina.
- Glicemia bajo 60mg/dl.
- Diabetes Mellitus descompensada.
- Retinopatía.
- Nefropatía.
- Hipertensión arterial severa.

Se recomienda la practica regular de actividad física mínimo 3 veces por semana y por un tiempo no inferior a 30 minutos.

Elementos que se debe tener en cuenta para una sesión de ejercicios.

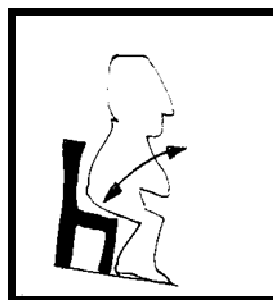
- 10 minutos de estiramiento.
- 5 minutos de ejercicios aeróbicos de calentamiento.
- 15 a 60 minutos de ejercicios aeróbicos de intensidad adecuada para el paciente.
- 5 minutos de enfriamiento con ejercicios aeróbicos.
- 5 minutos de ejercicio de estiramiento.

Cabe recalcar que si los pacientes no están en la capacidad para realizar estos tipos de ejercicios se les recomienda caminar ya que es el mejor ejercicio para diabéticos debido a que es sencillo y no requiere de ninguna habilidad especial y se puede realizar en el lugar que desea el paciente.

Ejercicios sencillos que usted puede hacer en casa pocos minutos todos los días.

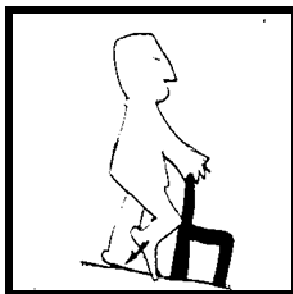
Ejercicio de silla.

Siéntese y levántese 10 veces manteniendo los brazos cruzados.

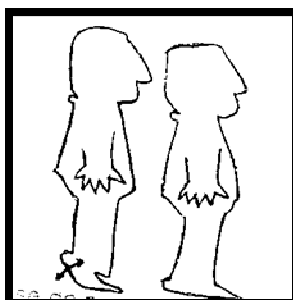


Ejercicio de la punta del pie.

Apóyese en el respaldo de una silla y levante y baje los talones sin moverse del sitio (como si caminara, pero sin levantar las puntas de los pies.)



Ejercicio de talones. Póngase de puntillas, levantando los talones y bajándolos unas 20 veces. También trate de apoyar todo el peso primero sobre una pierna y luego sobre la otra.



Balanceo de piernas.

Apoye una pierna sobre un banco pequeño o un ladrillo, sujétese con una mano a un sitio fijo y balancee la otra pierna 10 veces, repita el mismo ejercicio con la otra pierna.





CUIDADO DE LOS PIES.

INTRODUCCIÓN.

El cuidado de sus pies depende de la atención diaria que usted les brinde, es de suma importancia que los observe cuidadosamente y a diario, si le es imposible hacerlo pida ayuda a un familiar.

Entre las complicaciones más graves que pueden tener los pacientes diabéticos por no saber controlar o por descuidar de su salud es el pie diabético, el mismo que abarca múltiples alteraciones de las extremidades. Por esta razón se les da a conocer los principios básicos del autocuidado de los pies y así ayudar a los pacientes a disminuir las complicaciones de esta enfermedad.

OBJETIVOS.

Identificar el tipo de autocuidado de los pies que se da a cada paciente.

Educar a los pacientes sobre los beneficios de un correcto autocuidado, con el objetivo de disminuir complicaciones.

Demostrar sobre el correcto autocuidado de los pies como es el lavado, secado, lubricación y limado de uñas.

CONTENIDOS.

- Inspección de los pies.
- Higiene de los pies.
- Cuidado de las uñas.
- Elección del calzado adecuado.

CUIDADO DE LOS PIES

EXAMINE SUS PIES



- ♥ Si observa cuando sus pies están secos, y entre sus dedos la piel remojada, como cuando tiene los pies mucho tiempo en el agua. Haga bolas de algodón, colóquelas entre los dedos y ponga los pies al sol para que estas partes se sequen bien. Si sus pies no mejoran con esto puede tener hongos; consulte a su medico
- ♥ Si observa callos en la planta de los pies o entre los dedos, meta los pies en agua fría durante 15 minutos y luego ráspese suavemente, por poco tiempo, con una piedra pómez. Los callos muy gruesos se parten y pueden producirles heridas e infecciones.





NUNCA UTILICE:

Hojas de afeitar, tijeras, corta uñas, líquidos o curitas para quitarse los callos, ya que pueden lastimarlo.

Usted puede prevenir que le suceda esto con pequeños cuidados en sus pies, día a día. A continuación tiene una lista de consejos.



HIGIENE DE LOS PIES



MANTENGA LIMPIOS SUS PIES

-Lavar los pies a diario con jabón y agua templada



MANTENGA LOS PIES SECOS

- No darse baños largos
- Use una toalla suave
- Secar los pies y entre los dedos con cuidado



MANTENGA LOS PIES SUAVES

- Póngase todos los días un poco de vaselina, sobre todo en los talones , con un masaje.
- No se ponga la vaselina entre los dedos.



LIME SUS UÑAS

- Utilice una lima de uñas, nunca utilice tijeras, hojas de afeitar para cortar sus uñas
- Límesese las uñas rectas hasta el borde de las yemas de los dedos para evitar uñeros o uñas encarnadas.



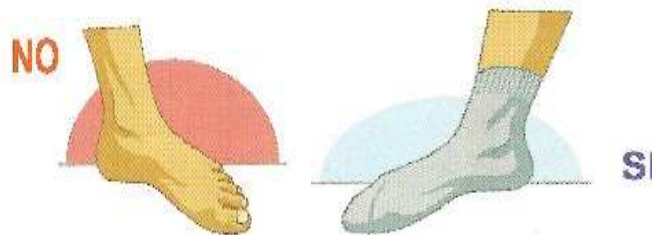
- Si sus uñas son muy gruesas y de diferente color, es posible que sean hongos, vaya al médico.

No pinte sus uñas porque el esmalte las debilita.



USO DE MEDIAS

- Use medias de lana o de algodón y no ajustadas.
- Cámbiese de medias todos los días.
- No ande descalzo

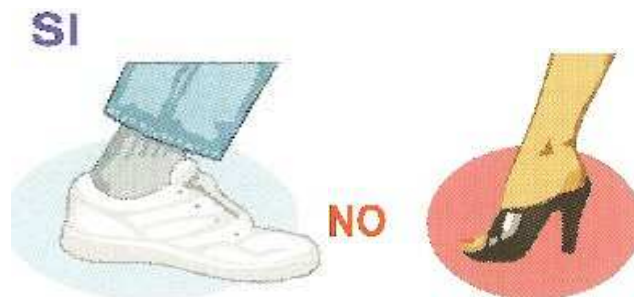


No use ligas para medias, porque le dificultan la circulación.



USO DE ZAPATOS

- Los zapatos tienen que ser cómodos



- Meta la mano en los zapatos antes de ponérselos, para comprobar si no hay algo que le pueda lastimar los pies: una piedrita, un cuero salido, una tachuela, etc.



- No use zapatos puntones, ya que pueden producirles callos.



- No use sandalias, pues es fácil que le entre una piedra pequeña o un vidrio y se lastime



No se acostumbre a usar chancletas durante todo el día, ya que le producen callos principalmente en los talones.



No camine sin zapatos, incluso en su casa, puede herirse por accidente.”¹²



¹² Teran, J. Buscando Remedio, Edición 1994, Editorial Organización Panamericana De La Salud.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. El grupo de estudio estuvo conformado en su mayoría por personas mayores de 71 a 80 años con el 22%, con instrucción completa e incompleta un 52%, el sexo femenino estuvo presente con el 66% y con ocupación de Quehaceres Domésticos un 75%.
2. En la valoración inicial del estudio se encontró que un 24%, de pacientes tuvieron conocimientos y prácticas de una alimentación buena; un 36% tuvieron conocimientos sobre autocuidado en alimentación regular; y 40% demostraron tener un autocuidado malo en cuanto a la alimentación. Posteriormente a la educación existió una variación con el 78% bueno, 20% regular y 2% malo. En cuanto al cuidado de los pies en el pre test se obtuvo un porcentaje de 30% como buen control; 20% control regular y 50% mal control, posteriormente a la intervención se obtuvo los siguientes resultados: 84% corresponde a un buen control, 10% control regular y 6% mal control. En relación a la actividad física se obtuvieron los siguientes resultados en el pre test: 56% son sedentarios, 44% son no sedentarios. Pero luego de la intervención existió una variación como es de 4% son sedentarios y 96% son no sedentarios.
3. Se elaboró un plan de intervención educativa en autocuidado con una duración de 30 minutos por sesión y con ayuda de material impreso se reforzó los conocimientos y prácticas de autocuidado en alimentación, cuidado de los pies y actividad física.



RECOMENDACIONES

1. Informar y reforzar los conocimientos sobre autocuidado en las personas con Diabetes Mellitus tipo II.
2. Socializar los hallazgos encontrados en los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II que asisten a los controles en el Hospital de Paute, a los directivos del Hospital y al personal de Salud.
3. Unificar los criterios de autocuidado entre las personas encargadas del grupo de club de Diabéticos.
4. Crear agencias de autocuidado por los familiares de las personas con Diabetes Mellitus Tipo II, para mejorar el conocimiento y prácticas sobre un autocuidado correcto.
5. Involucrar a la Escuela de Enfermería para que incorpore en el plan de estudios, el desarrollo de las diferentes teorías de Enfermería y que se apliquen en las áreas de práctica.
6. Unificar los criterios de autocuidado entre las docentes de la Escuela de Enfermería.



CITAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MARRINER, T. Modelo y Teorías en Enfermería. España: Editorial Mosby Doyma, 1995.
2. RAMIREZ- HOFFMANN Henry. Acondicionamiento Físico y Estilo De Vida Saludable. Colombia Med. 2002.
3. HERVAS HERNAN. Diabetes Mellitus, la Gran Epidemia del Siglo. Quito, Ecuador: Editorial y Offset, Santa Rita, Segunda Edición, 2002
4. Robbins, C. PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL ,Edición Quinta Edición 1998
5. PANPLONA JORGE. Nuevo Estilo De Vida. Argentina: Editorial Safeliz, Segunda Edición, 1998
6. CIRCULO DE LECTORES. Guía Práctica De La Dieta Sana. Colombia: Editorial Printer Latinoamericana Ltda 2002.
7. Grinfeld, D. MANUALES DCE LA PRACTICA MEDICA EL PIE DIABÉTICO, Editorial el Ateneo.
8. Cervera, P. ALIMENTACIÓN Y DIETA TERAPIA, Edición cuarta edición 2004, Editorial Interamericana.
9. Benyon, S. Metabolismo y nutrición, Edición Primera, Editorial Diorki.
10. Teran, J. BUSCANDO REMEDIO, Edición 1994, Editorial Organización Panamericana de la salud.



11. Harrison. PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA, Edición quince ava edición volumen 2 año 2002.



BIBLIOGRAFÍA.

1. Anónimo. MANUAL DE NORMAS TÉCNICAS Y ADMINISTRATIVAS DEL PROGRAMA DE DIABETES MELLITUS, Edición 2004, Editorial Organización Panamericana de la salud.
2. ANDINO Patricio. "INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN" Primera Edición
3. ANDER Ezequiel. "TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL". Editorial Humanistas. Buenos Aires. 1974. Cuarta Edición.
4. AGUILAR Manuel. "NOCIONES BÁSICAS DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA". Edición Ministerio de Educación Quito 1976.
5. BERTRAN, Ferdinand. LA DIABETES, Editorial científico Medica 1965
6. BENYON,S. Metabolismo y nutrición, Edición Primera, Editorial Diorki.
7. CARRILLO Francisco "COMO HACER LA TESIS Y EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN". Edición Biblioteca Universidad de Lima, 1969
8. CERVERA, P. ALIMENTACIÓN Y DIETA TERAPIA, Edición cuarta edición 2004, Editorial Interamericana.
9. CIRCULO DE LECTORES. Guía Practica De La Dieta Sana. Colombia: Editorial Printer Latinoamericana Ltda 2002.
10. GRINFELD, David. MANUALES DCE LA PRACTICA MEDICA EL PIE DIABÉTICO, Editorial el Ateneo.
11. HARRISON. Principios De Medicina Interna, Edición quince ava edición volumen 2 año 2002.
12. HERVAS HERNAN. Diabetes Mellitus, la Gran Epidemia del Siglo. Quito, Ecuador: Editorial y Offset, Santa Rita, Segunda Edicion,2002
13. MARRINER,T.Modelo y Teorías en Enfermería.España: Editorial MosbyDoyma,1995.
14. PANPLONA JORGE. Nuevo Estilo De Vida. Argentina: Editorial Safeliz, Segunda Edición, 1998
15. RAMIREZ- HOFFMANN Henry. Acondicionamiento Físico y Estilo De Vida Saludable. Colombia Med.2002.



16. ROBBINS, C. Patología Estructural y Funcional ,Edición Quinta Edición 1998
17. Teran, J. BUSCANDO REMEDIO, Edición 1994,Editorial Organización Panamericana de la salud



ANEXOS

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

**AUTOCUIDADO DIRIGIDO A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2**

TEST RELACIONADO CON LA ALIMENTACIÓN.

Los datos que se obtendrán en el siguiente Test serán estrictamente
confidenciales y utilizados solamente en la investigación.

Fecha.....

Nombres y apellidos:

Edad:.....

Sexo: Hombre 1

Mujer
2

Nivel de educación.

Primaria completa

Primaria incompleta

Secundaria completa

Secundaria incompleta

Superior



Estado Civil:

Soltero: 1

Casado: 2

Viudo: 3

Divorciado: 4

Unión libre 5

Separado: 6

No contesta 7

Ocupación:

Usted trabaja: 1 SI NO

En que trabaja: 2.....

No contesta: 3

Residencia Habitual:

Urbana: 1

Rural: 2



1.- ¿Cuántas veces come usted al día? Incluyendo las colaciones.

3 ; 3-5 5-7

2.- ¿Qué tipo de comida considera usted la más importante del día?

D ; A M

3.-¿Consume usted los alimentos en el horario recomendado por el personal de salud?

Siempre: A veces: Nunca:

4.- ¿Cuántas veces a la semana consume usted frituras?

1 vez: 2 veces: 3 o más veces:

5.- ¿Cuántos vasos de agua consume en el día?

Ninguno: ; 1-2 vasos: ; 3-6 vasos: ; 7 o más

6.- ¿Con que frecuencia consume usted bebidas gaseosas en el día?

Siempre: ; Casi siempre ; A veces: ; Nunca:

7.- ¿Con que frecuencia consume usted pasteles, golosinas?

A diario: Una vez por semana: ; 2-3 veces por semana:

No consume.

8.- ¿Con que frecuencia consume usted embutidos?

Diario: Una vez por semana: ; 2-3 veces por semana:

No consume:

9.- ¿Cuántas porciones de fruta consume usted por día?

Ninguna: ; 1-2 porciones: 3-4 porciones:

5 o más porciones:



10.- ¿Cuántas porciones de verdura consume por día?

Ninguna: 1-2 porciones: ; 3-4 porciones:

11.- ¿Qué tipo de cereal consume por día y cuántas porciones?

.....
.....

12.- ¿Que tipos de carnes prefiere :

pescado: ; Pollo: ; Res: ; Chanco:

y cuántas porciones consume por semana: 1-2: 3-4:

5 o más: No consume:

13.- ¿Ingiera usted lácteos? Si: No:

14.- ¿Ingiera usted huevos? Si: No:

Cuántos por día: Por semana: No consume:

15.- ¿Qué tipo de colorantes utiliza usted?

.....

16.- ¿Enumere algún tipo de bebida alcohólica que consuma usted?

.....lo hace diariamente ;

semanalmente ; mensualmente ; no consume

El Test será evaluado con los siguientes parámetros.

Las respuestas positivas tendrán un valor de 1 punto, las negativas de 0.

Cuando las respuestas positivas suman entre 13-16 se calificara de **BUENO**,
entre 8-12 **REGULAR**, menos de 8 **MALO**.



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

TEST RELACIONADO CON EL CUIDADO DE LOS PIES.

1.- ¿Cómo realiza el aseo de los pies?

.....
.....

2.- ¿Con que frecuencia lo hace?

.....

3.- ¿Tipo de agua que utiliza?

.....

4.- ¿Tipo de jabón que utiliza?

.....
.....

5.- ¿Seca sus pies: Si: No:

6.- ¿Usted lubrica sus pies? Si: No:

Con que:.....

7.- ¿Usted revisa sus pies? Si: No:

Con que frecuencia:.....

8.- ¿Cada qué tiempo se corta las uñas.....Con que lo hace.....

9.- ¿Qué tipo de calzado utiliza?.....



10.- ¿Revisa el calzado antes de usarlo?

Si:

No:

El Test será evaluado con los siguientes parámetros.

Las respuestas positivas tendrán un valor de 1 punto, las negativas de 0.

Cuando las respuestas positivas suman entre 8-10 se calificara como

BUEN CONTROL entre 4-7 **CONTROL REGULAR**, y menos de 4 **MAL CONTROL**.



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA

TEST RELACIONADO CON LA ACTIVIDAD FISICA.

1.- ¿Realiza algún tipo de actividad? Si: No:

En caso de responder si ¿Cuántas veces por semana?
duración

de la actividad.....

2.- ¿Qué actividad hace usted?

.....
.....
.....
.....

Serán consideradas como sedentarias las personas que no realicen ninguna actividad física o que realicen actividad física de 3 veces por semana, con frecuencia de 30 minutos por sesión.

No sedentarios serán considerados los que realizan actividad física más de 3 veces por semana y más de 30 minutos por sesión se incluirán las ocupaciones de albañil, vendedores ambulantes y de QQ DD.







