



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**MEDIDAS DE AUTOCUIDADO EN EL USUARIO CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 QUE ASISTE A LA UNIDAD DE PIE DIABETICO.
HOSPITAL DR." VICTORINO SANTAELLA RUIZ" LOS TEQUES ESTADO
MIRANDA. III TRIMESTRE 2014
(Trabajo Especial de Grado como requisito parcial para obtener el Título de
Licenciada en Enfermería)**

Tutor:

Lic. María Obando

Autora:

TSU: Carmen Seminario
C.I:22.440.311

Caracas, Agosto 2015

**MEDIDAS DE AUTOCUIDADO EN EL USUARIO CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 QUE ASISTE A LA UNIDAD DE PIE DIABETICO.
HOSPITAL DR." VICTORINO SANTAELLA RUIZ" LOS TEQUES
ESTADO MIRANDA. III TRIMESTRE 2014**

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi carácter de tutor del trabajo especial de grado presentado por: la técnico superior: Seminario Carmen titulado: **Medidas de autocuidados en el usuario con diabetes tipo 2 que asiste a la unidad de pie diabético. Hospital Dr. Victorino Santaella Ruíz” Los Teques. Estado Miranda.2014 III Trimestre del año 2014,** para optar al título de Licenciada en Enfermería, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Caracas, a los (15) días del mes de Abril de dos mil quince.

Profesora: María Obando
C.I. 6.373182

DEDICATORIA

A mi madre Carmen Tello porque me ha dado todo y más en esta vida; por ella soy quien Soy. Su constancia, lucha y entrega para hacernos unas mujeres emprendedoras y con los pies firmes en la vida. A ti mami te dedico este trabajo de grado.

A mi hermana Miluzca porque siempre me ha enseñado la dedicación y constancia para lograr todo lo que me proponga eres mi soporte y guía.

A mis hijos Alessandro y Massimo por ser la máquina que día a día me motiva a seguir y culminar mis metas.

A mi tutor lcta. Maria Obando por su dedicación y acompañamiento en este trabajo de grado, muchas gracias profesora.

Carmen Seminario Tello

AGRADECIMIENTO

Primeramente quiero agradecer a Dios todopoderoso por ser mi sustento y la razón de mi ser.

A mi Madre Carmen Tello, que día a día me dio lo mejor de sí aconsejándome, apoyándome y brindándome las mejores posibilidades para alcanzar el éxito e inspirándome para obtener mejores logros.

A mis profesores por enseñarme tanto

A mi escuela de Enfermería U.C.V por mantener sus puertas abiertas para darnos una excelente formación.

Y finalmente agradezco a todas aquellas personas que hicieron posible este gran logro

Infinitas gracias a todos.

Carmen Seminario Tello

ÍNDICE GENERAL

	pp
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
INDICE GENERAL.....	vi
LISTA DE CUADROS.....	vii
LISTA DE GRAFICOS.....	viii
RESUMEN.....	x
INTRODUCCION.....	1
 CAPITULO I. EL PROBLEMA	
Planteamiento del problema.....	4
Objetivos de la Investigación.....	6
Objetivo General.....	6
Objetivo Específicos.....	6
Justificación de la Investigación.....	7
 CAPITULO II. MARCO TEORICO	
Antecedentes de la Investigación.....	9
Bases teóricas.....	12
Definición de términos.....	40
Bases legales.....	40
Sistema de variable.....	41
Operacionalización de la variable.....	43

CAPITULO III. MARCO METODOLOGICO

Tipo de Investigación.....	45
Población y muestra.....	46
Técnica de recolección de datos.....	47
Instrumento de recolección.....	47
Validez y confiabilidad del instrumento.....	48
Confiabilidad.....	48
Análisis de datos.....	49

CAPITULO IV. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Plan de tabulación y análisis.....	50
------------------------------------	----

CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones.....	66
Recomendaciones.....	68

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....

70

ANEXOS.....

72

Anexo A.....	72
--------------	----

Anexo B.....	76
--------------	----

Anexo C.....	79
--------------	----

LISTA DE CUADROS

N°		pp.
1	Distribución en frecuencia y porcentaje de las respuestas emitidas por los usuarios que asisten a la unidad de pie diabetico.Hospital Dr"Victorino Santaella Ruiz. En relación a conducta de autocuidado en la alimentación. 2014.	51
2	Distribución en frecuencia y porcentaje de las respuestas emitidas por los usuarios que asisten a la unidad de pie diabetico.Hospital Dr"Victorino Santaella Ruiz. En relación a conducta de autocuidado en la Actividad-ejercicio-recreación descanso y sueño. 2014	55
3	Distribución en frecuencia y porcentaje de las respuestas emitidas por los usuarios que asisten a la unidad de pie diabetico.Hospital Dr"Victorino Santaella Ruiz. En relación a conducta de autocuidado Hábitos tóxicos. 2014.	58
4	Distribución en frecuencia y porcentaje de las respuestas emitidas por los usuarios que asisten a la unidad de pie diabetico.Hospital Dr"Victorino Santaella Ruiz. En relación a conducta de autocuidado sobre cuidado de los pies. 2014.	60
5	Distribución en frecuencia y porcentaje de las respuestas emitidas por los usuarios que asisten a la unidad de pie diabetico.Hospital Dr"Victorino Santaella Ruiz. En relación a conducta de autocuidado sobre Autocontrol de la glucemia y tratamiento.2014.	63

LISTA DE GRAFICOS

N°		PP.
1	Distribución en frecuencia y porcentaje de las respuestas emitidas por los usuarios que asisten a la unidad de pie diabetico.Hospital Dr"Victorino Santaella Ruiz. En relación a conducta de autocuidado en la alimentación. 2014.	52
2	Distribución en frecuencia y porcentaje de las respuestas emitidas por los usuarios que asisten a la unidad de pie diabetico.Hospital Dr"Victorino Santaella Ruiz. En relación a conducta de autocuidado en la Actividad-ejercicio-recreación descanso y sueño. 2014	56
3	Distribución en frecuencia y porcentaje de las respuestas emitidas por los usuarios que asisten a la unidad de pie diabetico.Hospital Dr"Victorino Santaella Ruiz. En relación a conducta de autocuidado Hábitos tóxicos. 2014.	58
4	Distribución en frecuencia y porcentaje de las respuestas emitidas por los usuarios que asisten a la unidad de pie diabetico.Hospital Dr"Victorino Santaella Ruiz. En relación a conducta de autocuidado sobre cuidado de los pies. 2014	61
5	Distribución en frecuencia y porcentaje de las respuestas emitidas por los usuarios que asisten a la unidad de pie diabetico.Hospital Dr"Victorino Santaella Ruiz. En relación a conducta de autocuidado sobre Autocontrol de la glucemia y tratamiento.2014.	64



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



Medidas de autocuidado en el usuario con diabetes mellitus tipo 2, que asiste a la Unidad de pie diabético .Hospital Dr"Victorino Santaella Ruiz" Los Teques. Estado Miranda. III trimestre 2014.

Autoras:

TSU: Carmen Seminario

CI: 22.440.311

Tutora:

Lic. María Obando

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo de investigación fue determinar las medidas de autocuidado presente en los usuarios con diabetes mellitus tipo 2 que asisten a la unidad de pie diabético del Hospital Dr"Victorino Santaella Ruíz" de los Teques. Estado Miranda, durante el III trimestre del año 2014. Para ello se realizó una investigación de campo, descriptiva, la población estuvo conformada por 240 usuarios que asisten a la consulta de pie diabético de dicho hospital, de los cuales se tomaron 120 usuarios para representar la muestra. Se utilizó un instrumento de recolección de datos tipo cuestionario con 28 preguntas referida a las medidas de autocuidado específicamente en lo relacionado a consumo de alimentos, actividad ejercicio y recreación, cuidado de los pies, hábitos nocivos y control y tratamiento. Para procesar los datos se utilizó una tabulación manual y los datos fueron representados en cuadros y gráficos. Estos resultados permitieron concluir que la mayoría de los usuarios tienen déficit en su autocuidado, en lo referente a la actividad, ejercicio y recreación, un número más bien bajo son consumidores de cigarrillo y alcohol, aun cuando se evidenció que si la mayoría cumple el tratamiento (adhesión al tratamiento) y asiste a sus controles. Por tal sentido se hacen las siguientes recomendaciones: Diseñar y poner en práctica programas de educación para la salud dirigidos al usuario enfermo e incluir a la familia, que permita la automotivación de una conducta de autocuidado. Así como realizar estudios más profundos para detectar otros factores que pudieran estar afectando las medidas de autocuidado en estos usuarios diabéticos.

Palabras claves: medidas de autocuidado, diabetes mellitus tipo 2,

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus es una pandemia que constituye un importante problema de salud pública en todo el mundo, tanto por el número de personas afectadas como por las implicaciones socioeconómicas que presenta el control y tratamiento de la enfermedad y sus complicaciones. Se ha comprobado que la educación sobre diabetes reduce el riesgo de complicaciones del paciente, considerándose este aspecto el pilar fundamental del tratamiento.

En los últimos años el número de personas con diabetes mellitus tipo 2 se ha incrementado notablemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la diabetes una enfermedad social, causante de millones de muertes en el mundo, razón por la cual se han implementado programas encaminados a: prevenir esta enfermedad y reducir al mínimo sus complicaciones, mejorar la calidad de vida, estimulando y apoyando la adopción de medidas eficaces de vigilancia, prevención y control de la diabetes y sus complicaciones, especialmente en los países de ingresos bajos y medios.

Todo paciente diabético tiene que ser capacitado para que desarrolle conocimientos sobre su enfermedad y se motive hacia el cambio de actitudes, que permitan transformar positivamente el cambio de estilo de vida, tome consciencia de su responsabilidad en el control de la enfermedad. Dicho control consiste en cumplir la dieta, incorporar actividad física en su rutina diaria y valorar la importancia de tomar medicamentos o administrarse la insulina. Por lo tanto, el aprendizaje, tiene que ser continuo y progresivo.

El autocuidado en un paciente diabético es muy importante debido a que las consecuencias de la enfermedad son muchas; especialmente podemos evitar lesiones en la piel, ceguera, problemas cardiovasculares. Es tan grave esta enfermedad, que en el mundo se la considera como un problema vital para la salud pública, ya que existen muchas personas que la padecen, pero ignoran que la tienen afectada a todas las personas sin distinción de sexo, edad ni condición social.

Por otra parte, el fomento por parte del profesional de enfermería del autocuidado que deben tener los pacientes diabéticos, es considerado una valiosa herramienta en el desempeño del profesional de enfermería, pues permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. En este sentido ayuda al profesional de enfermería a emplear sus conocimientos, solucionar problemas, desarrollar su creatividad y tener presente el aspecto humano de su profesión. De aquí se desprende el interés por desarrollar esta investigación.

Así pues, la presente investigación tiene como propósito fundamental determinar las medidas de autocuidado que realizan los usuarios que asisten a la unidad de pie diabético del Hospital Dr. Victorino Santaella Ruiz de los Teques Estado Miranda, durante el II trimestre del año 2014.

En este sentido el informe de la investigación se presenta en cinco capítulos;

el Capítulo I, se refiere al problema, se expone el planteamiento del problema, los objetivos y la justificación de la investigación.

El Capítulo II marco teórico, se refiere a las bases teóricas, antecedentes de la investigación

El Capítulo III marco metodológico se expone el tipo de investigación, diseño, población y muestra, métodos e instrumento de recolección de datos, validez del instrumento, procedimiento seguido en la recolección de datos y técnica de análisis de los mismos.

El Capítulo IV se presentan, analizan e interpretan los resultados obtenidos a través de la investigación de campo.

Por último el Capítulo V expone las conclusiones y recomendaciones relacionadas con el estudio. De igual manera se contemplan las referencias bibliográficas y los anexos de la investigación.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es un problema creciente de salud pública y la principal causa de morbilidad y discapacidades a largo plazo, desencadenando complicaciones como retinopatías, insuficiencia renal y enfermedades cardiovasculares. De igual manera es la causante de las amputaciones de los miembros inferiores de origen no traumático, que genera un elevado costo sanitario y social.

De acuerdo a las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2012 “todos los años mueren en el mundo 3.2 millones de personas por causas directamente relacionadas con la diabetes, como retinopatía, neuropatía y nefropatía diabética. En América Latina la situación es grave ya que hay 13,3 millones de enfermos y calcula que habrá 33 millones en 2030” (pág.14)

La diabetes mellitus tipo 2 es considerada como un problema de salud pública en la mayoría de los países industrializados. En Venezuela esta patología figura entre las primeras diez causas de consulta ambulatoria y de egresos hospitalarios en la población mayor de 45 años.

Los factores que desencadenan la diabetes mellitus tipo 2, está íntimamente

relacionados con la práctica de estilos de vida, en donde los inadecuados hábitos alimenticios y el sedentarismo, influye en gran manera en el desarrollo de la enfermedad y la aparición temprana de complicaciones que perjudican gravemente el bienestar físico y emocional del individuo. Al respecto se menciona en la guías asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) 2012 “existen alrededor de 15 millones de personas con diabetes mellitus y se estima que estos datos aumentarán en los próximos 10 años a 20 millones de personas” (p.3)

Así mismo a nivel regional en el Estado Miranda para el año 2013 se reportaron 3.031 casos nuevos y un total de 14.664 casos atendidos. Específicamente en el Hospital Dr. “Victorino Santaella Ruiz de los Teques, Estado Miranda ese mismo año segundo semestre; se atendieron 56 casos nuevos y un total de 131 casos por consulta externa (consultas sucesivas).

En el Hospital Dr. “Victorino Santaella Ruiz” de los Teques, Estado Miranda, funciona la unidad de pie diabético en donde se controlan aproximadamente 60 pacientes diarios en ambos turnos de trabajo (7am a 12 pm y de 1pm a 5 pm; para un total de 240 pacientes 4 días a la semana a los cuales se les brinda atención médica, que incluye el tratamiento con hipoglucemiantes orales y cuidados de pie diabético; a pesar de estos cuidados brindados, se ha observado que un número importante de los usuarios, descuidan o tienen dificultad para adoptar cambios en su estilo de vida y completar su autocuidado, trayendo como consecuencia complicaciones en su estado de salud y bienestar, incluso hasta la muerte generadas por complicaciones asociadas

a la diabetes, de los cuales según estadísticas reportadas por registros médicos, 4 casos fallecieron por complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2; en ese mismo año.

Ante la situación descrita se plantean las siguientes interrogantes:

¿Cuáles medidas de autocuidado conocen los usuarios con diabetes mellitus tipo 2?

Para dar respuesta a esta interrogante se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las medidas de autocuidado que refieren los usuarios con diabetes mellitus tipo 2 que asisten a la unidad de pie diabético del hospital Dr. “Victorino Santaella Ruiz”.

Objetivo General:

Determinar las medidas de autocuidado, que refieren realizar los usuarios con diabetes mellitus tipo 2, que asisten a la unidad de pie diabético del hospital Dr. “Victorino Santaella Ruiz” Los Teques. Estado Miranda.

Objetivos específicos

1. Identificar las medidas de autocuidado respecto a la alimentación que consumen con más frecuencia los usuarios con diabetes mellitus tipo 2, que asisten a la unidad de pie diabético del hospital Dr. “Victorino Santaella Ruiz” Los Teques. Estado Miranda.

2. Identificar las medidas de autocuidado respecto a la actividad física, descanso sueño y recreación que realizan los usuarios con DM2, que asisten a la unidad de pie diabético del hospital Dr. “Victorino Santaella Ruíz” los Teques. Estado Miranda.

3. Identificar las medidas de autocuidado en relación a los hábitos nocivos (alcohol y tabaco) que refieren los usuarios con DM2 que asisten a la unidad de pie diabético del hospital Dr. “Victorino Santaella Ruíz” los Teques. Estado Miranda.

5. Identificar las medidas de autocuidado en relación al tratamiento y control que refieren los pacientes con DM2 que asisten a la Unidad de pie diabético, del hospital Dr. “Victorino Santaella Ruiz” Los Teques. Estado Miranda.

Justificación de la Investigación

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica crónica degenerativa no transmisible, caracterizada por una hiperglucemia causada por defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina, la que a largo plazo causa múltiples daños como disfunción e insuficiencia de diferentes órganos especialmente los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

El autocuidado es de suma importancia en los pacientes que padecen esta enfermedad ya que se puede prevenir complicaciones a largo plazo y así disminuir la tasa de morbimortalidad. La teoría del autocuidado tiene su origen en la teorizante norteamericana Dorothea Orem; donde la autora basará y sustentará la investigación.

Así mismo, será de gran utilidad para los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, pues representa la oportunidad de que este sea informado sobre aspectos de su salud, de su enfermedad y de cómo cuidarse, disminuyendo el riesgo potencial a sufrir de complicaciones.

Por otro lado, el estudio será de utilidad para el hospital y la unidad de pie diabético, que pudiera convertirse en un generador de políticas dirigidas a la disminución de los índices de morbi-mortalidad por diabetes mellitus tipo 2. Finalmente, se espera que el estudio constituye antecedentes para futuras investigaciones relacionadas con el tema.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la Investigación

El marco teórico tiene como finalidad, exponer el contexto teórico del estudio, por lo tanto se desarrollan los antecedentes de la investigación los cuales dan el soporte al mismo, las bases teóricas que sustenta la variable y su Operacionalización, con sus dimensiones e indicadores.

Antecedentes de la investigación

Albornoz, M., Alemán, Y., realizaron un estudio titulado “Información que posee el paciente diabético sobre su enfermedad y autocuidado que asisten al distrito sanitario N° II Ruiz Pineda, en el segundo semestre del año 2007. El objetivo de la investigación fue determinar la información que posee el paciente diabético sobre su enfermedad, fue un estudio descriptivo de campo de corte transversal. La población fue conformada por 30 pacientes diabéticos que asisten a la consulta de medicina interna. Se utilizó un cuestionario conformado por 32 ítems de escala dicotómica (Si-No) Se concluyó que la mayor parte de la población estudiada posee información sobre las características de la enfermedad, complicaciones y factores de riesgo, con respecto al autocuidado se observó la misma tendencia, es decir, un grupo de pacientes que adolecen de la información referida a higiene personal, alimentación y

ejercicio físico siendo esto altamente preocupante pues la calidad de vida del paciente diabético depende de su autocuidado. Se recomendó implementar un programa educativo dirigido al paciente diabético en el ambulatorio Ruiz Pineda, así como, realizar reuniones con los profesionales de Enfermería a fin de sensibilizarlos sobre esta problemática.

Chirinos, Y, Saldo, I (2005) realizaron un trabajo que tuvo como objetivo determinar el conocimiento que tienen los pacientes diabéticos tipo 2, relacionado con su autocuidado en sus dimensiones: enfermedad, tratamiento y autocuidado, en el servicio de medicina interna del hospital Dr. Francisco Molina Sierra, de Puerto Cabello. Estado Carabobo. La investigación fue de tipo descriptivo y de campo, ya que describe una variable y en asociación con otros elementos. La población estuvo conformada por 24 pacientes diabéticos tipo 2 y la muestra está representada por el 50% del total de la población. La recolección de información se realizó a través de una encuesta tipo cuestionario, con escala dicotómica (si y no) estructurada en 30 ítem, el cual fue dirigido a los pacientes. La validez externa del instrumento fue evaluada por expertos en el tema para la confiabilidad del instrumento, se realizó una prueba piloto, arrojando una confiabilidad de 0,83 que de acuerdo con el método hace el instrumento muy confiable. Los resultados obtenidos evidenciaron un porcentaje significativo de pacientes con bajo conocimiento en cuenta al autocuidado y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.

En otro estudio realizado por **Baquedano, I, Santos, M, Martins, T, y Zanetti, M,**(2007) este estudio tuvo por objetivos determinar la capacidad de autocuidado de personas con diabetes mellitus tipo 2 y relacionar esa capacidad con algunas variables sociodemográficas y clínicas. Participaron 251 personas que ingresaron en un hospital de urgencia en México, en 2007. Los datos fueron obtenidos mediante entrevista domiciliar dirigida, utilizándose de formulario, cuestionario y Escala de Capacidad de Autocuidado. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva y correlacional. Los resultados mostraron que 83(33,5%) sujetos presentaron buena capacidad de autocuidado y 168 (66,5%) capacidad regular. Se obtuvo una correlación directamente proporcional entre capacidad de autocuidado y años de estudio ($r=0,124$; $p<0,05$) y una correlación negativa con la religión ($r_s=- 0,435$; $p<0,05$) y tiempo de evolución de la enfermedad ($r=-0,667$; $p<0,05$). Se concluye que la mayoría de las personas con diabetes mellitus tipo 2 presentó una capacidad de autocuidado regular. La capacidad de autocuidado está vinculada a múltiples variables, que merecen atención de los profesionales de salud cuando se realiza la proposición de programas de educación.

Los estudios mencionados anteriormente permitieron a la investigadora direccionar la metodología del estudio de investigación así como orientar en la elaboración del instrumento, lo cual permitirá contribuir en reforzar las estrategias orientadas a mejorar la adopción de prácticas saludables en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 y con ello disminuir las complicaciones de la enfermedad.

Bases Teóricas

Diabetes Mellitus tipo dos (DM2):

La diabetes mellitus tipo dos es una de las enfermedades crónicas degenerativas que se presentan con mayor frecuencia en la población mundial, al grado de considerarse una pandemia con tendencia ascendente.

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM) es una alteración metabólica de múltiple etiología, causada por una hiperglucemia crónica y trastornos en el metabolismo de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas, provocadas por los defectos en la secreción de insulina, en la acción de la misma o en ambas.

Es una enfermedad degenerativa no transmisible, una de las principales causas de morbimortalidad en nuestro país. Se caracteriza por una hiperglucemia como consecuencia de defectos en la secreción y /o en la acción de la insulina, la que a largo plazo causas múltiples daños como: disfunción e insuficiencia de diferentes órganos, especialmente de los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

Al respecto Moreno, M, González, C y Valenzuela, S (2013) definen la diabetes mellitus tipo 2 como: “Es un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina” (p.7).

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica que requiere atención

médica continua y autocuidado de los pacientes, la educación y apoyo son importantes para evitar complicaciones agudas y reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo.

Se presenta en personas con grados variables de resistencia a la insulina pero se requiere también que exista una deficiencia en la producción de insulina que puede o no ser predominante, ambos fenómenos deben estar presentes en algún momento para que se eleve la glucemia. Aunque este tipo de diabetes se presenta principalmente en el adulto, su frecuencia está aumentada en niños y adolescentes obesos. Desde el punto de vista fisiopatológico, la DM2 se puede subdividir en:

- a) Predominantemente insulinoresistente con deficiencia relativa de insulina.
- b) Predominantemente con un defecto secretor de la insulina, con o sin resistencia a la insulina.

En el mismo orden de ideas Rodríguez, I. (2013) refiere que

La diabetes tipo 2, es el resultado del desarrollo de una resistencia a la insulina. Otros tipos específicos de diabetes debido a otras causas, por ejemplo, defectos genéticos en la función de las células beta, defectos genéticos en la acción de la insulina, las enfermedades del páncreas exocrino (por ejemplo, fibrosis quística), y las inducidas por drogas o por productos químicos (tales como en el tratamiento del VIH / SIDA, o después de trasplantes de órganos). Diabetes mellitus 1 (DMG), o después de trasplantes de órganos). Diabetes mellitus gestacional (DMG), diabetes diagnosticada durante el embarazo por lo que no es claramente una diabetes. Algunos pacientes no pueden ser claramente clasificados como tipo 1 o tipo 2. La presentación y la progresión de la enfermedad varían considerablemente entre ambos tipos de diabetes. Ocasionalmente, los pacientes tipo 2 pueden debutar con una Cetoacidosis. (p.27)

Clínica específica de la diabetes mellitus tipo 2:

Suele aparecer en mayores de 40 años, con inicio gradual, descubriéndose muchas veces en un análisis de sangre hecho por otra causa. Muchos pacientes son obesos. A veces aparece como una complicación aguda: Coma hiper osmolar. No suele complicarse con cetosis, al parecer por una resistencia hepática al Glucagón.

Complicaciones de la diabetes

La diabetes mellitus puede originar múltiples complicaciones micro vascular en los ojos, el riñón y las extremidades inferiores, así como neuropatías periféricas y centrales, y frecuentemente, lesiones macro vasculares y coronarias. La diabetes se asocia al riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y muerte prematura, ceguera, insuficiencia renal, y amputaciones de miembros inferiores, polineuritis y enfermedad cerebrovascular.

Complicaciones urgentes en el diabético:

Las complicaciones agudas de la diabetes que nos podemos encontrar en urgencias son tres: hiperglucemia aislada, Cetoacidosis diabética, síndrome hiperglucémico hiper osmolar, hipoglucemia, hiperglucemia. Se entiende por hiperglucemia aislada cifras de glucemia en sangre mayores de 200 mg/dl en un análisis sistemático o en glucemia capilar, sin otros problemas metabólicos agudos asociados.

Hipoglucemia: Es un síndrome clínico que se caracteriza por glucemia plasmática inferior a 50 mg/dl, junto a cortejo sintomático en relación con la misma y desaparición de los síntomas tras la administración de glucosa. La hipoglucemia es una urgencia metabólica que puede producir, si no se corrige pronto, la muerte, por falta de aporte de glucosa a nivel de SNC. La hipoglucemia es la complicación más frecuente del tratamiento farmacológico de la diabetes.

Al respecto comenta Rodríguez, I (2013) “la causa más frecuente de hipoglucemia por exceso de insulina es la producida por antidiabéticos orales (más frecuentes las sulfonilureas) e insulina exógena, seguida de la discutible hipoglucemia reactiva y los casos de hiperinsulinismo endógeno por tumores”

Según menciona Flores, Y, Cadena, C .(2010):

En la actualidad los diabeticos tienen una esperanza de vida similar al resto de la población.No obstante, su calidad de vida, suele obstaculizarse por la aparición,después de unos años de diagnóstico, de las denominadas complicaciones específicas; esto se debe a la falta de autocuidado por parte de los pacientes, ya que estos son incapaces de cubrir las demandas de autocuidado o lo hacen de manera inadecuada” (p.8)

Autocuidado

Las acciones de autocuidado son aquéllas que realiza cada persona y se puede definir, como el cuidado de uno mismo uno mismo, dado por uno mismo y para uno mismo. Esto es muy importante que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2

realicen el autocuidado, ya que esto disminuye los costos para el paciente y para el sector salud; además previene la aparición de las complicaciones.

Al respecto Marriner, (2008) refiere:” El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras o que están madurando inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano y continuar con el desarrollo personal y el bienestar”.(p.521).

En el mismo orden de ideas con respecto al autocuidado Flores, Y (2010) refiere:

La teoría del autocuidado de Dorothea Orem (1993) se basa en cuatro conceptos: autocuidados, gestión de autocuidados, requisitos de autocuidados y demanda terapéutica de autocuidado. El autocuidado se refiere a aquellas actividades que una persona realiza de manera independiente a lo largo de su vida para proporcionar y mantener el bienestar personal. Las demandas de autocuidado terapéuticos se refieren a las actividades de autocuidado necesarias para cubrir los requisitos de autocuidado existente, en otras palabras, acciones para mantener la salud y el bienestar (pág.7).

El proceso de autocuidado se inicia con la toma de consciencia del propio estado de salud. Esta toma de consciencia requiere el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y conductas aprendidas. Debe haber también el deseo consciente de satisfacer las necesidades de autocuidado de uno mismo. La capacidad de cuidar de uno mismo se basa en que el individuo haya aprendido mucho sobre sí mismo, la naturaleza de la salud y las expectativas culturales.

El autocuidado puede decirse que es el comportamiento propio del ser humano, el que debe permanecer durante el crecimiento y desarrollo de la persona, como un mecanismo permanente de protección de la vida. Se considera como una conducta que permite actuar a la persona en situación concreta de su vida, con la finalidad de controlar, modificar o crear comportamientos sanos para modificar o crear comportamientos sanos para regular los factores externos internos que influyen en el estado de salud y estilos de vida de los usuarios con diabetes mellitus tipo 2.

Todo paciente con diabetes, debe tener un autocuidado tanto de su cuerpo, las actividades que realiza, su alimentación, e higiene personal; control de su tratamiento, para así contribuir a que no se produzcan complicaciones de su enfermedad.

En relación a este problema la OMS (2006) menciona que:

A nivel mundial el concepto de autocuidado toma oficialmente un lugar preponderante en los servicios de salud, es uno de los recursos críticos para dar respuesta a las demandas de extensión de cobertura de servicios de salud y a la contención de los costos implicados en dichos servicios (p.1).

El autocuidado a nivel mundial es de gran importancia, debido a que el ser humano, es capaz de cuidar su propia salud, evitando de esta manera estar expuestos a factores que pueden dar lugar a complicaciones en su cuerpo y mente.

Entre mejor aplicadas sean las prácticas del autocuidado, mejor será la atención en servicio de salud, debido al alcance de la cobertura, por la disminución de la cantidad de personas con problemas, a su vez disminuirá la inversión de las personas en los costos de la atención de su salud por lo cual la actividad de enfermería es

transcendental, los cuidados que reciben las personas o usuarios les permite aprender a utilizarlos como medios de autocuidado.

Cada individuo es capaz de elegir las actividades que va a realizar en su vida, sean para bien o para mal, es decir que las personas tienen la capacidad de cambiar su estilo de vida para actuar de la manera en la que el autocuidado forme parte de su rutina diaria.

El enfoque terapéutico de la diabetes comprende la alimentación, un plan de ejercicios y el uso de fármacos hipoglucemiantes. La pérdida de peso y el manejo de la dieta pueden ser suficientes para controlar la glucemia en los pacientes con diabetes tipo 2; no obstante, este grupo de pacientes requiere seguimiento dado que existen las posibilidades de que la secreción de insulina desde las células beta decline o la resistencia a la insulina persista, en cuyo caso será necesario instaurar un tratamiento con fármacos hipoglucemiantes orales. Entre los métodos utilizados para alcanzar este objetivo cabe destacar la educación del paciente en las técnicas de automanejo y solución de problemas.

En este contexto el profesional de enfermería juega un papel importante, ya que entre sus funciones se encuentran guiar, educar, enseñar y apoyar a las personas.

Fomentar el autocuidado en los pacientes diabéticos, significa, educar a los pacientes, acerca de su patología y recomendar a esta población evitar los factores que favorecen las complicaciones; estas pueden ser, por causa hiperglucémica, ya sea por errores en el tratamiento, abandono personal o factores externos

(infecciones), que pueden originar situaciones agudas más o menos graves.

Según menciona Flores, Y, Cadena, C .(2010):

En la actualidad los diabeticos tienen una esperanza de vida similar al resto de la población.No obstante, su calidad de vida, suele obstaculizarse por la aparición, después de unos años de diagnóstico, de las denominadas complicaciones específicas; esto se debe a la falta de autocuidado por parte de los pacientes, ya que estos son incapaces de cubrir las demandas de autocuidado o lo hacen de manera inadecuada” (p.8)

Alimentación:

La alimentación es el acto de consumir alimentos y ésta debe ser completa (tener todos los nutrientes), porque los nutrientes son sustancias que el organismo no sintetiza en cantidades suficientes por lo que han de ser aportados por la alimentación. La adecuada nutrición ayuda al cuerpo a combatir enfermedades y lo ayuda a sentirse mejor. Para tener una buena salud, el ser humano necesita nutrientes que le proporcionen energía (proteínas, grasas e hidratos de carbono), vitaminas, minerales y agua, en cantidad suficiente según las necesidades de la persona; debe ser equilibrada (solo lo necesario), variada y apetitosa, adecuada para cada tipo de persona, accesible, económica, ordenada (con horario y no comer a cada rato), lo que asegurará una buena salud y calidad de vida.

El estado nutricional de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 es importante para el tratamiento de su enfermedad, por ello que la complementación alimentaria en los

pacientes con diabetes mellitus tipo 2 es considerada una actividad que acompaña al tratamiento.

Los objetivos de la alimentación en personas con diabetes mellitus tipo 2; según la Asociación Americana de la diabetes (ADA) (2011) deben ser:

- 1.-Lograr mantener unos resultados metabólicos óptimos y mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de los rangos de control.
- 2.-Prevenir o tratar las complicaciones crónicas de la diabetes.
- 3.-Adaptar la alimentación para prevenir o tratar los factores de riesgo cardiovascular (la obesidad, la hipertensión, dislipidemias).
- 4.-Tratar la alimentación de una forma individualizada, teniendo en consideración las diferencias culturales y gustos personales, para adaptar la alimentación a los diferentes estilos de vida. (p.33)

Alimentación equilibrada

Se entiende por alimentación equilibrada, el plan nutricional que aporta la energía adecuada, permite el mantenimiento o consecución del peso ideal y proporciona los macronutrientes (carbohidratos, proteínas y grasas) y los micronutrientes (vitaminas y minerales) en las cantidades recomendadas.

Según refiere Merchán, M (2014) cuantitativamente, el reparto recomendado de nutrientes debe ser el siguiente:

Hidratos de carbono (HC): deben cubrir un 50-60% del valor calórico total (VCT), favoreciendo el consumo de HC complejos y evitando los simples. Se recomienda una ingesta de fibra alimentaria de 14 g/1.000 Kcal porque ralentiza la absorción de los HC. Proteínas deben cubrir un 10-20% del VCT, en ausencia de enfermedad hepática o renal. Grasas: deben cubrir el 20-30% del VCT, evitando las grasas saturadas y las grasas transinsaturadas, y favoreciendo la ingesta de grasas mono insaturadas y de ácidos grasos omega 3 (p.80)

En relación a estos requerimientos la asociación latinoamericana de diabetes (2013)

refiere que:

Los alimentos que contienen carbohidratos provenientes de cereales, frutas, verduras y lácteos son buenas fuentes de vitaminas, minerales, fibra dietética y energía, por lo cual dichos alimentos son componentes indispensables de la dieta de un paciente con diabetes. Aunque las dietas bajas en carbohidratos podrían parecer una buena opción para disminuir los niveles de glucosa postprandial, la ADA afirma que “las dietas pobres en carbohidratos no son recomendables para el tratamiento de la diabetes” debido a que las neuronas utilizan como única fuente de energía la glucosa, se recomienda no indicar planes de alimentación que contengan menos de 130 g de carbohidratos por día. (p.36)

El manejo nutricional en la persona con diabetes mellitus tipo 2, va más allá de ser el mero aporte de nutrientes, es la base de su tratamiento general. Tanto es así, que la Asociación Americana de Diabetes (ADA) ha decidido llamarla “tratamiento médico nutricional en diabetes”, para darle el énfasis que se merece. La alimentación de la persona con diabetes mellitus debe ser suficiente, aportando la cantidad de energía necesaria para cubrir de forma adecuada las necesidades individuales, no es conveniente utilizar planes de alimentación bajos en energía sólo por el hecho de padecer esta enfermedad; debe ser equilibrada, manteniendo la proporción de los distintos nutrientes; variada, utilizando una gran diversidad de alimentos básicos (lácteos, harinas, verduras y hortalizas, frutas, carne, pescado y huevos) y sobre todo agradable y adaptada al estilo de vida y a las necesidades de cada persona, ya que al tratarse de una enfermedad crónica, la propuesta nutricional se plantea de por vida.

Ingesta de Proteínas:

La recomendación según la ADA (2011) debe ser:

Según la edad y momento biológico como en las personas que no tienen DM, por lo cual en personas diabéticas que no tengan patología renal ni se observe aumento de microalbuminuria la ingesta ideal sería de 1 gramo por kilogramo de peso por día. En presencia de nefropatías la recomendación será de 0.8 gramos por kilogramo de peso. (p.36)

En el mismo orden de ideas Olivares, P, Rico, E, (2013) citando a la asociación latinoamericana de diabetes refieren “la ingesta de proteínas se recomienda no excederse de 1 g por kg de peso corporal al día de ingesta de carbohidratos, estos deben representar entre el 50% y el 60% del valor calórico total (VCT)”. (p.23).

Estas proteínas deben ser preferiblemente con alto contenido de fibras solubles como las leguminosas (granos secos), vegetales y frutas enteras con cascara, conviene no usar los azúcares simples como la miel, papelón o panela, melaza azúcar.

Ingesta de grasas:

Estas no deben constituir más del 30% del VCT. Se debe evitar que más de un 10% del VCT provenga de grasa saturada (recomendación D). Es recomendable que al menos un 10% del VCT corresponda a grasas mono insaturadas, aunque esta medida no es posible en muchas regiones latinoamericanas. El resto debe provenir de grasas poliinsaturadas. Los aceites mono insaturados y el eicosapentanoico (de pescado) tienen un efecto benéfico sobre los triglicéridos (evidencia nivel 1 y 2 respectivamente). No es aconsejable exceder el consumo de 300 mg diarios de

colesterol (recomendación D. Se puede repartir 50% para carbohidratos (700 kcal) y 30% para grasas (420 kcal) y uno de grasa aporta 9 kcal.

La ADA (2013) establece las siguientes directrices con respecto al aporte calórico y consumo de macro y micronutrientes:

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES

Nutrientes	Recomendación
Calorías	Calorías 20 a 35 kcal por kg de peso/día. Las suficientes para lograr y mantener un peso saludable.
Carbohidratos	Que contengan menos de 130g/día. Preferir carbohidratos complejos. Utilizar edulcorantes en lugar de azúcares simples que ocupen del 45 al 60% del valor calórico total.
Proteínas	1g/kg de peso/día. Que ocupe de un 15 a 20% proteínas del valor calórico total. En presencia de nefropatía la recomendación es de 0.8g/kg de peso /día.
Grasas	30% del valor calórico total. No más del 7% de grasas saturadas o trans. Colesterol total menos de 200 mg/día.
Vitaminas y minerales	Cubrir necesidades fisiológicas
Fibra	Aproximadamente 30 g por día.

Fuente: ADA 2013

Uso de alimentos "dietéticos"

Edulcorantes: el uso moderado de aspartame, sacarina, acesulfame K y sucralosa no representa ningún riesgo para la salud y pueden recomendarse para reemplazar el azúcar (recomendación D) Su valor calórico es insignificante. Esto incluye gaseosas dietéticas y algunos productos que aparte de los edulcorantes no tienen ningún otro

componente alimenticio (gelatinas). Por el contrario, edulcorantes como el sorbitol o la fructuosa sí tienen valor calórico considerable y éste debe tenerse en cuenta cuando se consumen como parte de productos elaborados.

Siempre debe considerarse el costo económico adicional de este tipo de productos, adicional de este tipo de productos.

Productos elaborados con harinas integrales:

La gran mayoría de éstos son elaborados con harinas enriquecidas con fibra insoluble (salvado). Que no tienen ningún efecto protector sobre la absorción de carbohidratos. Su valor calórico suele ser similar al de su contraparte no dietética y por consiguiente deben ser consumidos con las mismas precauciones. Tienen un alto costo y no son aconsejables.

Lácteos dietéticos:

En general son elaborados con leche descremada que tiene un valor calórico menor y un contenido de grasas saturadas mucho más bajo, mientras que su contenido relativo de calcio aumenta. Son recomendables y especialmente útiles para las comidas suplementarias junto con las frutas (recomendación D).

Modificaciones en presencia de comorbilidades:

Hipercolesterolemia: “restringir aún más el consumo de grasas de origen animal en cárnicos y lácteos, incrementar el consumo de pescado, preferir aceites vegetales ricos en ácidos grasos” (ALAD 2013) (p.22).

El plan de alimentación del diabético debe enfocarse en el porcentaje de calorías provenientes de carbohidratos, proteínas y grasas. Se recomienda:

Comer alimentos variados: frutas frescas, verdura, pescado, carne, huevos. La mayor ingesta de carbohidratos complejos tales como pan integral, cereales, arroz.

La mayor ingesta de carbohidratos complejos tales como pan integral, cereales, arroz y pastas; porque se digieren más rápido que otros alimentos y se convierten con prontitud en glucosa.

Se recomienda reducir el consumo de grasas de origen animal ya que contienen muchas calorías (mantequilla, aceite, grasa de cerdo y res).

Consumir de preferencia proteínas de origen no animal. El comer menos estos alimentos ayuda a reducir riesgos de contraer problemas al corazón.

Actividad ejercicio:

Se considera como actividad física todo movimiento corporal originado en contracciones musculares que genere gasto calórico.

Ejercicio es una categoría de actividad física que es planeada, estructurada y repetitiva, el ejercicio debe cumplir con las siguientes metas: a corto plazo, cambiar el hábito sedentario, mediante caminatas diarias al ritmo del paciente (recomendación D). A mediano plazo, la frecuencia mínima deberá ser tres veces por semana en días alternos, con una duración mínima de 30 minutos cada vez.

En relación al ejercicio la Asociación Latinoamericana de diabetes recomienda la realización de ejercicio aeróbico, con una intensidad moderada de al menos 150 minutos semanales de ejercicio aeróbico, con una intensidad moderada (60-70% de la FC máxima).

En relación al ejercicio la Asociación Latinoamericana de diabetes (ALAD)

(2013) recomienda:

La realización de ejercicio aeróbico, con una intensidad moderada (se recomienda la realización de al menos 150 minutos semanales de ejercicio aeróbico, con una intensidad moderada (60 a 70% de la FC máxima), en no menos de tres sesiones, y con un intervalo entre sesiones no inferior a 48 horas. La realización de ejercicio aeróbico, con una intensidad moderada (se recomienda la realización de al menos 150 minutos semanales de ejercicio aeróbico, con una intensidad moderada (60 a 70% de la FC máxima), en no menos de tres sesiones, y con un intervalo entre sesiones no inferior a 48 horas. (p.33).

A sí mismo la ALAD (2013) recomienda en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en ausencia de contraindicaciones, deben realizar ejercicio de resistencia al menos dos veces por semana (recomendación A).

En pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de alto riesgo cardiovascular y previamente sedentarios, que van a iniciar una actividad física moderada, se recomienda la realización de pruebas provocadoras de isquemia, previo al inicio de ejercicio.

Se deben también evaluar condiciones como neuropatías autonómicas o neuropatía periférica severa, presencia de retinopatía y otras situaciones que pueden contraindicar cierto tipo de ejercicios.

En el mismo orden de ideas la ALAD 2013 hace referencia a las siguientes medidas preventivas, así:

Evaluación del estado cardiovascular en pacientes mayores de 30 años o diabetes de más de diez años de evolución (hay riesgos mayores en caso de existir retinopatía proliferativa, neuropatía autonómica y otras). Las personas insulino-requirientes, por el riesgo de hipoglucemia, deben consumir una colación rica en carbohidratos complejos antes de iniciar el deporte y tener a su disposición una

bebida azucarada (recomendación D). Eventualmente el médico indicará un ajuste de la dosis de insulina. No se recomiendan los ejercicios de alto riesgo donde el paciente no puede recibir auxilio de inmediato (alpinismo, buceo, aladelteismo). Debe hacerse énfasis en la revisión de los pies antes de cada actividad física (recomendación D). Esta contraindicada la actividad física en pacientes descompensados, ya que el ejercicio empeora el estado metabólico (precaución) (p.59).

Descanso y sueño:

El descanso y el sueño son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida, sin sueño y descanso la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participar en las actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad, y psicosis. El sueño restaura tanto los niveles normales de actividad como el equilibrio entre las diferentes partes del sistema nervioso central, es decir, restaura el equilibrio natural entre los centros neuronales.

La necesidad de descanso varía según los individuos, cada persona tiene hábitos personales para descansar tales como leer, realizar ejercicios de relajación o dar un paseo. Para evaluar cómo se satisface ésta con eficacia, la enfermera necesita conocer las condiciones que fomentan el mismo.

Merchán, M (2014) citando a Narrow señala 6 características que la mayoría asociamos al descanso:

1. Sientes que las cosas están bajo control
2. Se sienten aceptados
3. Sienten que entienden lo que está pasando
4. Están libres de molestias e irritaciones

5. Realizan un número satisfactorio de actividades concretas
6. Saben que recibirán ayuda cuando la necesiten

El sueño:

En el mismo orden de ideas Ccoicca, A (2011) citando a Buckwork y Dishman señala que:

El sueño es un estado reversible de inconsciencia caracterizado por una escasa movilidad y una reducción de las respuestas a estímulos externos. Es el estado de suspensión de las actividades mentales conscientes, la voluntad y la vida de relación que se produce normalmente de forma periódica y que permite el reposo de los músculos voluntarios y, en parte del sistema nervioso. (p.38)

De acuerdo con Ccoicca, A (2013) citando a Maslow, el sueño es una necesidad básica del ser humano, es un proceso universal común a todas las personas. Las horas de sueño promedio que requiere un individuo varían según la edad, la complejión física y el nivel de actividad diaria para restaurar su desgaste físico y mental. En personas de 16 a 65 años se considera que necesitan un promedio de 6 a 8 horas de sueño. (p.39).

Recreación:

La recreación es una forma de descanso. El equilibrio humano puede conseguirse a través de una buena recreación dirigida, pues esta no solo tiende a establecer el equilibrio psicológico alterado por las tensiones del día, sino que enriquece nuestra personalidad, permite el desarrollo de la personalidad y la capacidad y social que debe ser respetado y protegido. Una recreación bien concebida influye capacidad creadora. Representa al mismo tiempo un verdadero derecho

individual y social que debe ser respetado y protegido. Una recreación bien concebida influye positivamente en el desarrollo del individuo, la comunidad, y la nación. Asimismo, la actividad recreativa tiene importancia, porque acompaña al individuo a lo largo de la existencia.

En relación a la recreación Merchán, M (2014) menciona:

La recreación restaura el balance orgánico y psíquico de las personas; ayuda a superar la timidez, la introversión y también ayuda a integrar la personalidad a través del desarrollo de actividades positivas. Por otro lado, la recreación restaura el equilibrio psicofísico, es una oportunidad para crear, nos hace pensar y actuar creativamente, haciendo uso de nuestra propia iniciativa y libertad. (p.42)

Hábitos nocivos:

Se conocen como hábitos nocivos a aquellos que provocan un daño constante a corto plazo al paciente y en situaciones de riesgo de contraer una enfermedad grave.

Consumo de tabaco:

La nicotina, una de las drogas que contiene el tabaco, es una de las sustancias más adictivas que se conocen; entre otros efectos, participa en la producción de neoplasias malignas de pulmón, boca, garganta y vejiga. También eleva los niveles de colesterol y glucosa, lo que puede resultar en mayores posibilidades de padecer Diabetes mellitus y en descontrol metabólico de la enfermedad.

En el mismo orden de ideas Casal, M, Pinal, F (2014) refieren que:” el tabaquismo incrementa la severidad y frecuencia de las complicaciones micro y

macro vasculares de los pacientes con diabetes que tienen mayor dependencia del tabaco y tres veces más probabilidades de morir de enfermedades cardiovasculares” (p.17).

El tabaco produce muchos efectos perjudiciales para la salud, especialmente en las personas con diabetes, que revierten parcialmente al abandonar el hábito. La nicotina, una de las drogas que contiene el cigarrillo, es una de las sustancias más adictivas que se conocen. Además de la adicción física los fumadores también desarrollan habituación psicológica a los cigarrillos. El efecto más conocido de fumar es provocar cáncer en los pulmones, boca, garganta y vejiga.

En el mismo orden de ideas continúa diciendo Casal y Pinal (2014):

Entre otros efectos, reduce la cantidad de oxígeno que llega a los tejidos, disminución que puede provocar infarto al miocardio, eventos vasculares cerebrales y periféricos, abortos espontáneos o el nacimiento sin vida, fumar aumenta los niveles de colesterol y daña los vasos sanguíneos, lo que también aumenta el riesgo de sufrir un infarto agudo al miocardio, este daño vascular puede hacer que empeoren las úlceras en los miembros inferiores y favorece infecciones. Se reconoce que el tabaquismo empeora el pronóstico de los pacientes con diabetes mellitus (DM); desgraciadamente, la frecuencia del consumo del tabaco en diabéticos es similar al de la población general, con el consecuente incremento de complicaciones micro y macro vasculares.(p.18)

Es indispensable que toda persona con diabetes evite o suprima el hábito de fumar (recomendación D de la asociación Latinoamericana de diabetes). El riesgo de

desarrollar complicaciones macro vasculares aumenta significativamente y es aun superior al de la hiperglucemia.

Consumo de Alcohol:

Su efecto crónico sobre la diabetes es modesto, sin embargo, la ingesta excesiva de alcohol incrementa el número de calorías, además de incidir sobre otros factores de riesgo para enfermedad cardiovascular.

Al respecto la asociación Latinoamericana de diabetes (ALAD) (2013) refiere que: “no es recomendable el uso habitual de bebidas alcohólicas (precaución). Cuando se consuman, deben siempre ir acompañadas de algún alimento, ya que el exceso de alcohol puede producir hipoglucemia en personas que utilizan hipoglucemiantes orales o insulina.”(p.32)

Las bebidas alcohólicas están contraindicada en personas con Hipertrigliceridemia (contraindicación B). Una recomendación de consenso de la ALAD (2013) A las personas con DM2 que consumen alcohol habitualmente se les podrá permitir hasta un trago por día en mujeres y hasta dos tragos por día en hombres (1 trago equivale a 12 oz de cerveza, 4 oz de vino 1 ½ oz de destilados; 1 oz=30 ml) (p.32).

Pie diabético

El pie del paciente diabético es quizás el sitio del organismo en el que más se hace evidente el efecto devastador de las complicaciones vasculares y neuropáticas que se presentan en mayor o menor grado a lo largo de la evolución de la diabetes mellitus. En la práctica clínica se acepta y reconoce como “pie diabético” al proceso infeccioso, isquémico, o ambos, que se presenta en los tejidos que conforman el pie y

que abarca desde una pequeña lesión cutánea, hasta gangrena extensa con pérdida de la extremidad. Esto se acompaña de repercusiones socioeconómicas serias que convierten a esta entidad en un verdadero problema de salud.

Según refiere Sánchez, J, Islas, S. (2013):

En la actualidad existe la tendencia de integrar todas las alteraciones que se producen en el pie diabético en una entidad clínica que se denomina “la enfermedad del pie del diabético”, ya que tiene un carácter multifactorial en su origen, como son las alteraciones metabólicas, inmunitarias, vasculares, neuropáticas, articulares, óseas, las de piel y tejidos blandos, etc., y para el manejo de las mismas se requiere un equipo multidisciplinario en el que participan diversos especialistas, reconociendo el papel fundamental del médico familiar o general como el primer contacto con esta enfermedad. “Las complicaciones más graves en el pie se pueden evitar siguiendo unas cuantas reglas básicas en la educación del paciente”. De este modo, las catástrofes que se enfrentan en la mayor parte de los casos pudieron haberse evitado si el paciente hubiese aplicado las medidas preventivas necesarias. (pág.295).

Las dos lesiones básicas que se presentan en alguna etapa de la evolución de la diabetes son la neuropatía (pie indoloro) y la angiopatía, tanto en la macro circulación como en la micro circulación (pie sin pulso). Éstas son el origen de las complicaciones isquémicas e infecciosas que se presentan en el pie del diabético. Pueden encontrarse aisladas, aunque lo más frecuente es que se combinen, con predominio clínico de alguna de las dos.

En el mismo orden de ideas refieren Sánchez, C, Islas, Sergio (2013)

Desde el punto de vista clínico, existen dos formas de presentación de

la neuropatía: la somática y la del sistema nervioso autónomo. En la neuropatía somática el problema de sensibilidad motora se origina por cambios biomecánicas, cargas pesadas durante la marcha y bipedestación. Además, se propicia la deformación en garra o en gatillo de los orfejos por la contracción simultánea y sostenida de los extensores y flexores, con pérdida del tono de los músculos interóseos. Otra hipótesis adjudica el desplazamiento de la cabeza del primer metatarsiano de su cojinete protector al desequilibrio de fuerzas entre tendones flexores y extensores, lo cual crea un punto de apoyo patológico generador de lesiones ulcerosas. A esto se agrega la hipostesia, que evita que se envíe la señal de alarma que representa el dolor, por lo que este tipo de lesión recibe el nombre de neurotrófica (mal perforante plantar). La neuropatía de sensibilidad motora se acompaña de manifestaciones clínicas polimorfas, como dolor urente, zonas de hipostesia, zonas de anestesia, parestesias y trastornos de la percepción térmica, vibratoria y propioceptiva (p.297).

En este orden Rosa Ana del Castillo Tirado, Juan Antonio Fernández López, Francisco

Javier del Castillo Tirado (2014) refiere:

Papel integrador de la enfermería en el manejo del pie diabético:

En la actualidad el papel que desarrolla la enfermería en el mundo sanitario es el de asistencia, docencia, investigación y gestión. Entendiendo la asistencia, como la labor que desempeña en los centros hospitalarios (curas, tratamientos, y demás), la docencia como la labor educativa, investigación los estudios realizados por enfermería y como gestión, la gestión de recursos. Dentro del papel asistencial de la enfermería lo primero que tenemos que tener en cuenta a la hora de abordar un paciente con pie diabético es el de controlar su diabetes. Así pues, realizaremos análisis a estos pacientes para medir su nivel de

glucemia. Una vez obtenidos los resultados nos fijaremos en gran medida en la hemoglobina glicosilada, que no solo nos dice los niveles medios de glucemia de los 3 últimos meses, sino que también se considera un buen predictor del ratio de curación de una úlcera de pie diabético, al haberse comprobado que las personas con una hemoglobina glicosilada más alta (HbA1c) tardan más en curar sus heridas (p.11).

De manera que el rol del personal de enfermería en la asistencia y educación al usuario con diabetes mellitus tipo 2 es de suma importancia no solo porque ayuda descartar dudas frecuentes sino porque también aclara dudas que se presenten en la evolución de cada usuario con esta patología.

Control y tratamiento en diabetes mellitus tipo 2:

Diferentes sociedades científicas, han elaborado consensos con recomendaciones sobre objetivos de control y escalonamiento de los distintos fármacos, basados en las evidencias disponibles y adaptadas a las características del paciente. El tratamiento farmacológico inicial en las personas con diabetes mellitus 2, varía en función del grado de control previo, edad, existencia de patologías asociadas y el uso concomitante de otros fármacos. Se sustenta en un plan de alimentación acorde a su estado ponderal, hipocalórico en caso de sobrepeso y normo calórico en casos de normo peso, con una pauta de ejercicio físico a practicar de forma habitual. Cuando

estas medidas terapéuticas, tras un periodo prudente de implementación, aproximadamente de tres meses, no consiguen proporcionar un control glucémico adecuado, se pasa al tratamiento farmacológico con un antidiabético oral, planteando en un segundo escalón el tratamiento con dos fármacos. Finalmente, puede ser necesaria la administración de insulina o la triple terapia si el grado de control del paciente lo hace recomendable.

Según menciona Merchán, M (2014) :

Los fármacos en la diabetes mellitus tipo 2(DMT2) deben ser utilizados como medio para potenciar los efectos de la alimentación y del ejercicio físico, y no como medio para reemplazarlos. La selección del tratamiento se basará en el conocimiento de la alteración metabólica subyacente y en el estado funcional de la secreción de insulina.(p.91)

Control de la glucemia:

Los diabéticos monitorizan periódicamente su glucemia para facilitar el control a corto y largo plazo. Se pueden realizar los siguientes análisis, como refiere O'Neill, R, y Murphy, R, (2013):

Análisis de orina: no se recomienda para monitorizar la glucosa, puesto que es ineficaz y comporta una reducida satisfacción de los pacientes. Sin embargo, ayuda a vigilar la cetonuria.

Análisis instantáneo en sangre capilar: es el sistema de vigilancia más utilizada por los diabéticos. Los glucómetros modernos son muy fáciles de usar e indican la glucemia instantánea.

Hemoglobina glucosilada (HbA1c): la glucosa se une de manera directa e irreversible a la hemoglobina, formando HbA1c. El

porcentaje de HbA1c en la sangre da una idea del control de la glucosa en los últimos 3 meses (es decir, durante la vida aproximada del eritrocito) Se suele solicitar a los diabéticos para mejorar los planes de tratamiento a largo plazo (p.63)

Antidiabéticos orales:

Representan el tratamiento de primera línea para los pacientes que todavía pueden secretar insulina. Existen diversos medicamentos:

Biguanidas: Aumentan la captación periférica de glucosa y reducen la producción hepática de glucosa. Tiene algunos efectos secundarios como son las náuseas, diarrea, y al acidosis láctica. No se conoce muy bien su mecanismo de acción; la única que se comercializa es la metformina.

Según refiere González, A (2011) "la metformina, es la única actualmente disponible, su efecto principal es reducir la producción hepática de glucosa en presencia de insulina (aumenta la sensibilidad del tejido hepático a la insulina)" (p.97)

Así es que este medicamento es semejante a las sulfonilureas, pero a diferencia de éstos la incidencia de hipoglucemias es mucho menor, y no produce aumento del peso corporal, como se estimula la célula beta del páncreas las concentraciones plasmáticas de insulina tienden a disminuir, lo que se relaciona con un menor riesgo de eventos cardiovasculares.

Sulfonilureas:

Las sulfonilureas causan hipoglucemia por estimulación de la liberación de insulina por las células beta, y el aumento de la sensibilidad de los tejidos periféricos a esta hormona.

Al respecto González, A (2011) refiere que: la acción principal se ejerce sobre la secreción de insulina endógena para ejercer sus efectos. Las sulfonilureas estimulan, además a la liberación de somatostatina y pueden suprimir ligeramente la secreción de glucagón. Los efectos de estos fármacos se inician con su interacción con receptores de la superficie de las células beta, la cual reduce la conductancia de un canal de potasio sensible al ATP. Esto reduce la despolarización de la membrana y el influjo de calcio a través de canales voltaje-dependientes. A su vez, favorecen la acción periférica de la insulina, ya que se ha demostrado el aumento del número de receptores a insulina en eritrocitos, hígado, músculo y tejido adiposo de los pacientes tratados con sulfonilureas. (p.97)

Otras drogas utilizadas en diabetes mellitus son la acarbosa que inhibe las enzimas intestinales, impidiendo la digestión del almidón y ocasionando un ascenso más lento de la glucemia después de las comidas, sus efectos secundarios consisten en flatulencia y diarreas.

Las tiazolidinedionas son fármacos que aumentan la sensibilidad de la insulina y suelen combinarse con otros. Están contraindicados en caso de insuficiencia cardíaca (producen retención de líquidos) o de alto riesgo de fracturas. Se recomienda como segunda línea de tratamiento, en lugar de la metformina o de las sulfonilureas.

Insulina:

Desde el año 1922 se ha utilizado la insulina como modalidad de tratamiento

en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 y aquellos con diabetes mellitus tipo 2, que han agotado ya su reserva insulínica del páncreas. Las primeras insulinas utilizadas se obtuvieron del cerdo. Posteriormente, por técnicas de DNA recombinante, fue posible sintetizar la molécula de insulina humana, que vino a sustituir a la porcina.

Preparados de insulina:

Según la especie, las insulinas se clasifican en humanas, porcinas, bovina o una combinación de bovina y porcina. La porcina se diferencia de la bovina difieren en tres. Sin embargo, todos estos preparados tienen un alto grado de purificación con una capacidad relativamente baja de estimular la respuesta inmune.

Insulina corriente o cristalina: Es de acción rápida y corta, con efectos máximos a los 20-30 minutos, de su aplicación y de aparición en 2 a 3 horas. Se utiliza en casos de Cetoacidosis o cuando los requerimientos de insulina varían muy rápidamente.

Insulina NPH: es de acción intermedia y ha sido formulada para que se disuelva gradualmente cuando se administra por vía subcutánea, resultando en una acción más prolongada. Comienza a actuar 1 a 3 horas luego de administrada, con un máximo a las 5-12 horas y una duración de acción de 16 a 24 horas. Existen también insulinas de acción ultra lenta, que comienzan a actuar a las 4-6 horas, con un máximo a las 12-24 horas y desaparición de sus efectos a las 28-36 horas

Análogos de acción rápida:

Fueron diseñadas según Moreno, F, (2008) para imitar el pico fisiológico de insulina posprandial en respuesta al aporte de glucosa. Y continúa diciendo:

Las insulinas humanas rápidas tienden a asociarse en dímeros o hexámeros, lo cual retrasa su absorción desde el sitio de aplicación, fenómeno que no se observa con los análogos. La principal ventaja de esto es que puede evitarse la hiperglucemia del posprandio temprano. (p.96).

Entre estos análogos de la insulina existen al menos tres principales: insulina Lispro, insulina aspart, e insulina glargina. El principal uso de estas insulinas es el periodo preprandial para evitar los picos de glucemia posprandial, para lo cual han demostrado ser definitivamente superiores a la insulina regular.

Cuadro: Análogos de insulina

Tipo de insulina	Inicio de acción	Pico de acción	Duración efectiva
Lispro	5 a 15 min	30 a 90 min	4 a 6 h
Aspart	5 a 15 min	30 a 90 min	4 a 6 h
Glargina	2 a 4 h	No hay	20 a 24 h

Fuente Moreno, F (2008).

Insulina inhalada:

Es un producto de reciente lanzamiento en el mercado, bastante atractivo porque la vía de administración puede resolver, al menos en parte, la dificultad que muchos pacientes experimentan con múltiples aplicaciones subcutáneas durante el día. Esta insulina inhalada es de acción rápida, se presenta en forma de aerosol y se administra de manera similar a las preparaciones utilizadas en el manejo del asma; el

sitio de absorción es el lecho alveolar. Y uno de sus efectos adversos de la insulina adversa es la posibilidad de que cause hipoglucemia.

La insulina inhalada según González, A (2008) “está contraindicada en el caso de personas con el hábito del tabaquismo, ya que la inhalación de tabaco altera la farmacocinética de la insulina inhalada, aumentando la tasa de absorción e incrementando el riesgo de hipoglucemia.”(p.354)

El autocuidado efectivo y la calidad de vida son fundamentales para el buen control de la diabetes. Tales programas son apropiados para que las personas con prediabetes reciban educación y soporte para desarrollar y mantener conductas que prevengan o retarden el comienzo de la diabetes. Debido a que estos programas pueden ahorrar costos y mejorar los resultados.

Definición de términos:

Diabetes Mellitus tipo 2: Tipo de diabetes en la que hay capacidad residual de secreción de insulina, pero sus niveles no superan la resistencia a la insulina concomitante, insuficiencia

Autocuidado: Consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar (Marriner, 2008).

Capacidad de autocuidado: La capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado (Cavanagh, 1993)

Medidas de autocuidado: Son las respuestas expresadas por los usuarios que asisten a la unidad de pie diabético acerca de las actividades que realiza para controlar la enfermedad y disminuir el riesgo a complicaciones, mantener un mejor estado de salud, en relación a la alimentación, actividad, ejercicio, recreación, descanso y sueño, hábitos nocivos, cuidados de los pies, control y tratamiento de la enfermedad

Bases Legales:

Las bases legales de la presente investigación están sustentados en las leyes establecidas en la constitución de la República Bolivariana de Venezuela y Código Deontológico de Venezuela, la cual sirve de apoyo para llevar a cabo las diferentes

políticas de salud que rigen a las diferentes instituciones hospitalarias, tal como lo menciona en el capítulo V, artículo 83 de los derechos sociales y la familia donde expresa que la salud es un derecho social y fundamental, obligación del estado que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa y en cumplir las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley.

Para llevar a cabo los cuidados de enfermería y particularmente cuando son actividades de reciente desarrollo, es necesario la creación de pautas que permitan asegurar la ejecución de los cuidados en forma segura y de calidad logrando la promoción y conservación de la salud tal como está escrito en la ley orgánica de Salud (2007) del título III, Capítulo I sobre la promoción y conservación de la salud donde explica que la promoción de la misma tendrá por objeto crear una cultura sanitaria que sirva de base para el logro de la salud de las personas, la familia y la comunidad, como instrumento primordial para su evolución y desarrollo.

Sistema de Variables

Variable

Medidas de autocuidado que refieren los usuarios con diabetes mellitus tipo 2 que asisten a la unidad de pie diabético del hospital Dr. Victorino Santaella Ruiz .Los Teques .Estado Miranda.

Definición Conceptual

Consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar (Marriner, 2008)

Definición Operacional

Son las respuestas expresadas por los usuarios que asisten a la unidad de pie diabético del Hospital Dr.” Victorino Santaella Ruiz “acerca de las actividades que realiza para controlar la enfermedad, y disminuir el riesgo a complicaciones, mantener un mejor estado de salud, en relación a la alimentación, actividad, ejercicio, descanso, cuidado de los pies y control y adhesión al tratamiento.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

Variable: Medidas de autocuidados en usuarios que asisten a la unidad de pie diabético del hospital Dr"Victorino Santaella Ruíz". III trimestre 2014

DIMENSION	INDICADORES	SUBINDICADORES	Ítems
Autocuidado: se refiere a los cuidados diarios que pone en práctica el usuario con diabetes mellitus tipo 2, para cuidar de su salud.	Alimentación: se refiere a los alimentos que consume con más frecuencia el usuario (carbohidratos, proteínas, grasas y vitaminas)	Consumo de harinas Consumo de verduras Consumo de frutas Consumo de carnes rojas Consumo de carnes blancas, cerdo y huevos Consumo productos lácteos(leche,quesos,yogurt) Consumo de grasas, frituras Consumo de azúcar refinada. Uso edulcorantes Horario de las comidas	1-2-3 4-5-6-7- 8-9-10
	Actividad ,ejercicio, descanso y sueño y recreación: Se refiere a las actividades que realiza el usuario diabético para control y mantenimiento de su salud	Caminata, paseos aire libre. ver TV Descanso y Sueño siesta	11-12- 13-14

DIMENSION	INDICADORES	SUBINDICADORES	Ítems
	<p>Hábitos nocivos: se refiere al consumo de cigarrillos o tabaco y consumo por parte del usuario con diabetes tipo 2.</p> <p>Cuidados de los pies</p>	<p>Consumo de cigarrillo Consumo de alcohol</p> <p>Observación de los pies Corte de las uñas Uso del calzado Evita andar descalzo Lavado de los pies Aparición de lesiones</p>	<p>15-16</p> <p>17-18-19-20-21</p>
	<p>Control de la enfermedad y adhesión al tratamiento: se refiere al cuidado que práctica el usuario para controlar su enfermedad y así mismo la autoadministración de hipoglucemiantes orales e insulina.</p>	<p>Control del azúcar en casa Se toma las pastillas (hipoglucemiantes) Se inyecta la insulina Lleva registro por escrito de sus medicamentos Cumple con los Controles médicos mensuales Controles con otros profesionales de la salud (cardiólogos, médico internista,) Controles anuales de la glucosa y otros exámenes</p>	<p>22-23-24-25-26-27-28.</p>

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

En el presente capítulo se describe el tipo y diseño del estudio, la población, la muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, la validez y la confiabilidad del instrumento, las técnicas de procesamientos y análisis de datos.

Tipo de investigación

En la investigación científica hay varios tipos de estudios, esta diversidad la asigna la forma como se efectúe la investigación. El presente estudio es una investigación de tipo descriptiva; ya que se relaciona con condiciones existentes, donde la práctica directa prevalece para la obtención y tabulación de los datos, esto supone un elemento interpretativo del significado o importancia de lo que se describe, por lo tanto se parte de una descripción de un fenómeno existente en el hospital donde se llevó a cabo el estudio.

Al respecto Alvarado, E y Canales (1994) señalan “los estudios descriptivos son aquellos que están dirigidos a determinar cómo es o como está la situación de las variables que se estudian en una población” (p.82)

La presente investigación su diseño es no experimental, de tipo transversal. El diseño no experimental según Palella, S y Martins, F (2006)

Es el que se realiza sin manipular en forma deliberada ninguna variable. El investigador no sustituye intencionalmente las variables independientes. Se observan los hechos tal y como se presentan en su contexto real y en un tiempo determinado o no, para luego analizarlos. Por lo tanto, en este diseño

no se construye una situación específica sino que se observan las que existen. Las variables independientes ya han ocurrido y no pueden ser manipuladas, lo que impide influir sobre ellas para modificarlas (pág.96).

Por otra parte, Hernández R, Fernández, C, y Baptista, P (2004) señalan:

Los diseños de investigación transaccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su incidencia o interrelación en un momento dado (o describir comunidades, eventos, fenómenos o contextos) Es como tomar una fotografía de algo que sucede (pág. 270)

Población y muestra

Población:

Para Pérez, A (2005), la población es “el conjunto finito o infinito de unidades de análisis, individuos, objetivos o elementos que se someten a estudio, pertenecen a la investigación y son la base fundamental para obtener la información” (pág.75).

En este sentido, la población de esta investigación está constituida por los usuarios que asisten a la unidad de pie diabético del hospital Dr”Victorino Santaella Ruíz, portadores de diabetes mellitus tipo 2, un total de 240 usuarios registrados en los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre del 2014,

Muestra

Según Hernández, R, Fernández y Baptista (2004) la muestra” es el subgrupo de la población del cual se recolectan los datos y debe ser representativo de dicha población” (p.302).

En tal sentido, Ramírez (2006), señala “el escoger una muestra cuyo tamaño garantice la representatividad del resto de la población en estudio no ha dejado de ser uno de los problemas tradicionales con los que se enfrenta el investigador” (pág.90).

Para el desarrollo de la presente investigación se tomó como muestra a la mitad de los usuarios (50%) para un total de 120 usuarios con diabetes mellitus tipo 2 que asistieron regularmente a la consulta de pie diabético.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Según Bavaresco, A (2006)

La investigación no tiene significado sin las técnicas de recolección de datos. Estas técnicas conducen a la verificación del problema planteado. Cada tipo de investigación determinará las técnicas a utilizar y cada técnica establece sus herramientas, instrumentos o medios que serán empleados (pág.95).

Teniendo en consideración lo antes señalado, se utilizó una encuesta estructurada como técnica derivada de la investigación de campo a 120 usuarios que asisten a la unidad de pie diabético.

Instrumento de recolección de datos

Un instrumento según Arias, F, (2006), “es un dispositivo o formato (en papel o digital), que se utiliza para obtener o almacenar información” (p.67).

Para llevar a cabo la encuesta se diseñó un cuestionario auto administrado, el cual estuvo orientado en función de los indicadores y Subindicadores resultantes de la operacionalización de la variable. El instrumento estuvo dirigido a los usuarios de la unidad de pie diabético del hospital Dr. Victorino Santaella Ruíz”, quedando constituido por 28 preguntas, con el objetivo de constatar las medidas de autocuidados en relación a la diabetes tipo 2 que realizan los usuarios. Para ello se utilizó una escala de Likert, con 5

alternativas siempre(S), casi siempre (CS), a veces (AV), casi nunca (CN) y nunca; a cada una se le asignó un puntaje 5, 4, 3, 2 y 1 respectivamente. (Anexo A)

Validez y confiabilidad del instrumento

En relación a la validez del instrumento de recolección de datos, se sometió a juicio de tres expertos en el tema dos profesores de la UCV y una enfermera comunitaria, a los cuales se les suministro una versión del instrumento.

De acuerdo a Palella y Martins (2006) la validez se define como “la ausencia de sesgos. Representa la relación entre lo que se mide y aquello que realmente se quiere medir” (pág.172).

El juicio de expertos según Pérez, A (2005) es:

La revisión exhaustiva del instrumento de investigación antes de ser aplicado. Se confía su realización a un panel de especialistas en metodología, conocedores de la materia en estudio. Ellos verifican la redacción, extensión y la correlación entre los objetivos, las variables, los indicadores y las preguntas (ítems) del instrumento de investigación, entre otros aspectos. (pág.80).

Confiabilidad

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P (2010) explican que la confiabilidad “consiste en el grado en que el instrumento mide realmente las variables que pretende medir” (p. 126).

Confiabilidad del cuestionario: Hernández, Fernández, C y Baptista, P (2003), la definen como el procedimiento empleado para calcular el grado de error en un instrumento de medición. Para ello se aplicó una prueba piloto a 10 usuarios con diabetes mellitus tipo 2

que asisten a la unidad de pie diabético del turno de la tarde no pertenecientes a la muestra definitiva y luego se calculó el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach que dio como resultado 080. (Anexo B)

Técnica de análisis de datos

El procedimiento para el análisis de los datos fue el siguiente: aplicación de estadística descriptiva, mediante distribución de frecuencias y porcentajes, a lo cual Hernández, Fernández, C y Baptista lo define como “un conjunto de puntuaciones ordenadas en sus respectivas categorías” (p.350).

Se realizó una comunicación por escrito a las autoridades del hospital, con la finalidad de informar sobre la investigación a realizar, y solicitar la correspondiente autorización para aplicar los cuestionarios del mismo a los usuarios.

A los usuarios se les explicó el objeto del estudio y se les aplicó el cuestionario una vez obtenido su consentimiento informado por escrito.

El instrumento fue aplicado a los usuarios de la unidad de pie diabético que asistieron a la consulta en un lapso de 15 días, a los cuales se les prestó apoyo personalizado.

Plan de tabulación y análisis:

Para el análisis estadístico se utilizaron la distribución de frecuencia, con el fin de interpretar los resultados numéricos del instrumento aplicado.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este capítulo, se presentan los resultados obtenidos en la investigación y se describen el análisis e interpretación de los resultados siguiendo los procedimientos pertinentes para este estudio.

Presentación de resultados

A continuación se presentan los resultados, los cuales se procesaron en relación a los elementos que se desarrollan en el estudio.

Para lo cual se presentan en primer lugar los cuadros estadísticos correspondientes a cada dimensión de las variables en estudio, en segundo lugar se analizan los datos, estableciendo el análisis desde el contexto teórico y finalmente se presentan los gráficos con la finalidad de ilustrar los datos obtenidos.

CUADRO N° 1

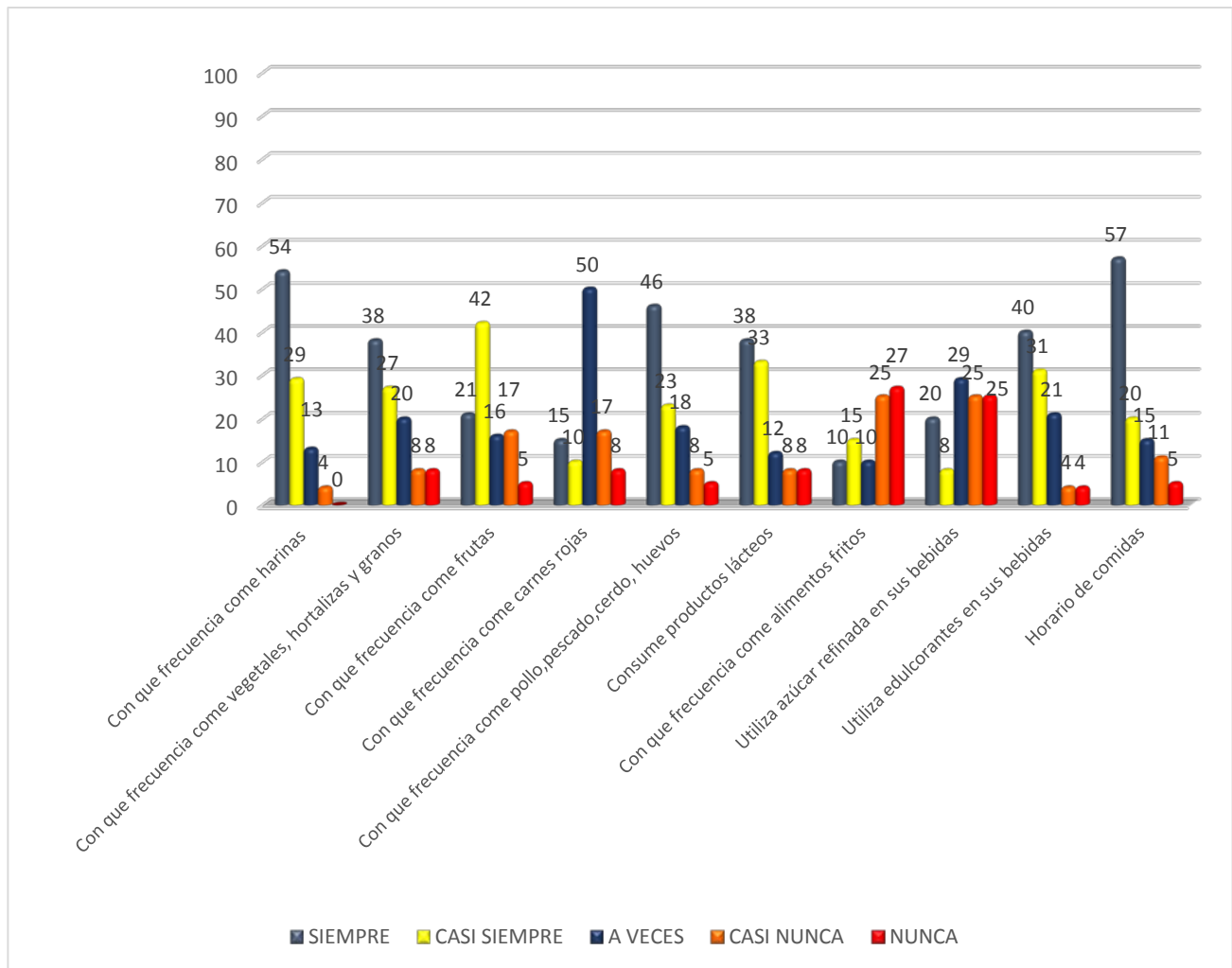
Distribución en frecuencia y porcentaje de las respuestas emitidas por los usuarios que asisten a la unidad de pie diabético. Hospital Dr°Victorino Santaella Ruiz. En relación a conducta de autocuidado en la alimentación. 2014.

SUBINDICADORES	S		CS		A V		CN		N	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%
1 Con que frecuencia come harinas (arepas, pan, pasta, arroz)	65	54	35	29	15	13	5	4	0	0
2 Con que frecuencia come vegetales, hortalizas y granos?	45	38	32	27	24	20	10	8	8	7
3 Con que frecuencia come frutas?	18	15	12	10	60	50	20	17	10	8
4. Con que frecuencia come carnes rojas?	55	46	28	23	22	18	9	8	6	5
5. Con que frecuencia come pollo, pescado, cerdo, huevos?	45	38	40	33	22	18	7	6	6	5
6. Consume productos lácteos?(leche descremada, yogur, quesos)	45	38	40	33	15	12	10	8	11	9
7 Con que frecuencia come alimentos fritos	20	10	18	15	20	10	30	25	48	40
8 Utiliza azúcar refinada en sus bebidas	15	20	10	8	36	30	12	10	30	25
9. Utiliza edulcorantes en sus bebidas	48	40	37	31	25	21	5	4	5	4
10. Sigue usted diariamente un horario regular de comidas (desayuna, come, cena, merienda; aproximadamente a las mismas horas	68	57	15	20	18	15	13	11	6	5
TOTAL (promedio)		35,6		22,9		20,7		10,1		10,8

Fuente: Instrumento aplicado (Seminario 2015)

GRÁFICO N° 1.

Distribución en frecuencia y porcentaje de las respuestas emitidas por los usuarios que asisten a la unidad de pie diabético. Hospital Dr'Victorino Santaella Ruiz. En relación a conducta de autocuidado en la alimentación. 2014.



Fuente: Cuadro N°1

Análisis:

En el gráfico 1 se aprecia las respuestas de los usuarios que fueron encuestados para conocer su conducta de autocuidado sobre sus hábitos alimenticios, se pudo evidenciar a

través de esas respuestas que el 54% consumen harinas siempre, un 29% casi siempre, un 13% a veces consume harinas y un porcentaje muy pequeño 4% casi nunca consumen harinas.

En relación a la frecuencia del consumo de vegetales, hortalizas y granos, los usuarios encuestados respondieron en un 38% que siempre las consumen, el 27% casi siempre, un 20% a veces consume este tipo de alimentos, un porcentaje muy discreto 8% respondió que casi nunca y el 7% nunca consumen este tipo de alimentos.

En cuanto a la frecuencia con que consumen frutas un 50% de los encuestados respondió que a veces las comen, un 17% casi nunca, el 15% siempre las consumen y un 8% que nunca consumen frutas.

En cuanto a la frecuencia del consumo de carnes rojas el 46% respondió que siempre las comen, el 23% casi siempre las utiliza en su dieta, un 18% a veces, un 8% y 5% casi nunca y nunca las consumen.

Con respecto al consumo de pollo, pescado y huevos el 38% siempre las introduce en su dieta, el 33% casi siempre, un 18% a veces las consume, y un 8% y 5% casi nunca y nunca respectivamente.

En lo que se refiere a la frecuencia que consumen lácteos, leche descremada, yogurt, y quesos el 38% siempre los consume, el 33% casi siempre, un 12% a veces las consume y un 8% casi nunca y nunca consumen ese tipo de alimentos.

Con respecto al uso o consumo de grasas o frituras el 27% de los usuarios encuestados respondió que nunca consumen frituras o alimentos grasosos, el 25% casi nunca, el 10% a veces y siempre consumen frituras, el 15% casi siempre consumen alimentos con grasas.

En cuanto al consumo de azúcar refinada y sus derivados como papelón, melaza, panela, el 29% de los encuestados contestó que a veces consumen azúcar con sus bebidas, un 25% dijo que casi nunca y nunca consumen azúcar; el 20% siempre consumen azúcar refinada, y un 8% endulza casi siempre sus bebidas con azúcar.

Y en relación al uso de edulcorantes en las bebidas el 40% de los usuarios encuestados refirió que siempre usan edulcorantes, el 31% casi siempre los utiliza, el 21% los utiliza y un porcentaje del 4% respondió que casi nunca y nunca utilizan edulcorantes para endulzar sus bebidas.

En cuanto al ítem 10 sobre las tomas de alimentos y el horario de comidas el 15% de los usuarios a quienes se les preguntó dijeron que siempre tienen un horario fijo para sus comidas, hacen al menos 5 comidas al día; el 11% respondió que casi siempre tienen su horario de comidas y un 5% refirió que a veces.

Estos resultados son de gran importancia, ya que como lo afirma Olivares, P.Rico, E, E, E, (2013) “la atención del paciente diabético debe ser integral, organizada e individualizada de acuerdo a sus necesidades. Es de suma importancia considerar dentro del tratamiento, la educación nutricional proporcionada por un profesional con experiencia en esa área.”(p. 33).

CUADRO N° 2

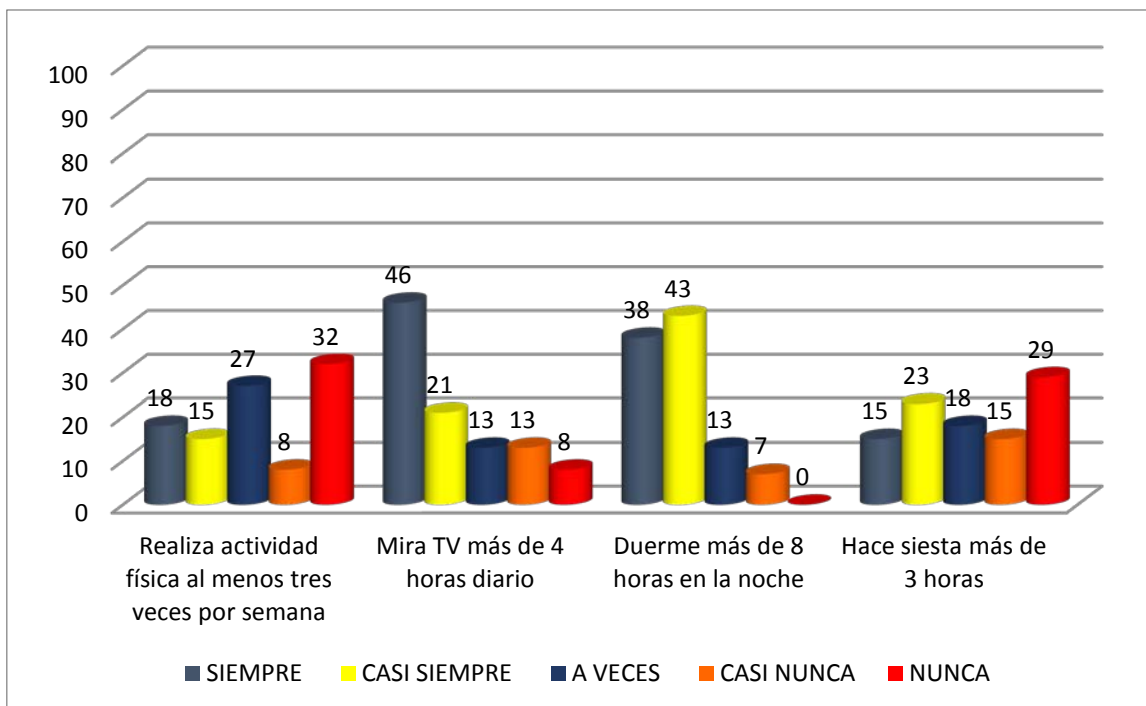
Distribución en frecuencia y porcentaje de las respuestas emitidas por los usuarios que asisten a la unidad de pie diabético. Hospital Dr°Victorino Santaella Ruiz. En relación a conducta de autocuidado en la Actividad-ejercicio-recreación descanso y sueño. 2014

SUBINDICADORES	S		CS		A V		CN		N	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%
11.Realiza actividad física al menos tres veces por semana (caminata, trote,paseo,baile)	22	18	18	15	32	27	10	8	38	32
12.Mira TV más de 4 horas diario	55	46	25	21	15	13	15	13	10	8
13.Duerme más de 8 horas en la noche	45	38	52	43	15	13	8	7	0	0
14.Hace siesta más de 3 horas	18	15	28	23	21	18	18	15	35	29
TOTAL		29.3		25.5		17.8		10.8		17.3

Fuente: Instrumento aplicado (Seminario 2015)

GRÁFICO N° 2

Distribución en frecuencia y porcentaje de las respuestas emitidas por los usuarios que asisten a la unidad de pie diabético. Hospital Dr°Victorino Santaella Ruiz. En relación a conducta de autocuidado en actividad ejercicio descanso sueño y recreación 2014.



Fuente: Cuadro N° 2

Análisis:

En el siguiente gráfico se pudo evidenciar a través de las respuestas de los usuarios consultados con respecto a si realizan actividad por lo menos tres veces por semana el 32% de los encuestados nunca realiza actividad física, el 27% a veces realiza actividad física al menos tres veces por semana, el 18% siempre realiza y el 15% casi siempre realiza actividad física. En relación como pasan el tiempo libre o las horas de ocio el 46 % siempre mira o ve la televisión por más de 4 horas, haciéndose sedentario, el 21% casi siempre ve televisión, hay un 13% que a veces ve la TV y un 13% que casi nunca la ve y un 8% que nunca ve la televisión.

En cuanto al descanso y sueño duerme más de 8 horas en la noche los usuarios respondieron en un 38 y 43% respectivamente que siempre y casi siempre duermen más de 8 horas durante la noche, un 13% a veces duerme las 8 horas y un 7% casi nunca duerme 8 horas seguidas durante la noche. Con relación a si toma siesta 29% respondió que nunca hace siesta más de tres horas, el 23% casi siempre hace siesta, el 18% a veces realiza siesta de más de tres horas y un 15% casi nunca hace siesta y el 15% siempre hace siesta.

Tomando en cuenta lo que refieren Balmaceda, M, Navarro,L (2013) en cuanto a la actividad y reposo, “los pacientes presentan dificultades a la hora de realizar ejercicios y tomar tiempo para ellos, lo que podría estar relacionado con la falta de motivación, el desconocimiento de la importancia de estos para la salud o dedicarse exclusivamente a las labores cotidianas y no prestar la suficiente atención a las medidas de autocuidado”(p.676).

CUADRO N° 3

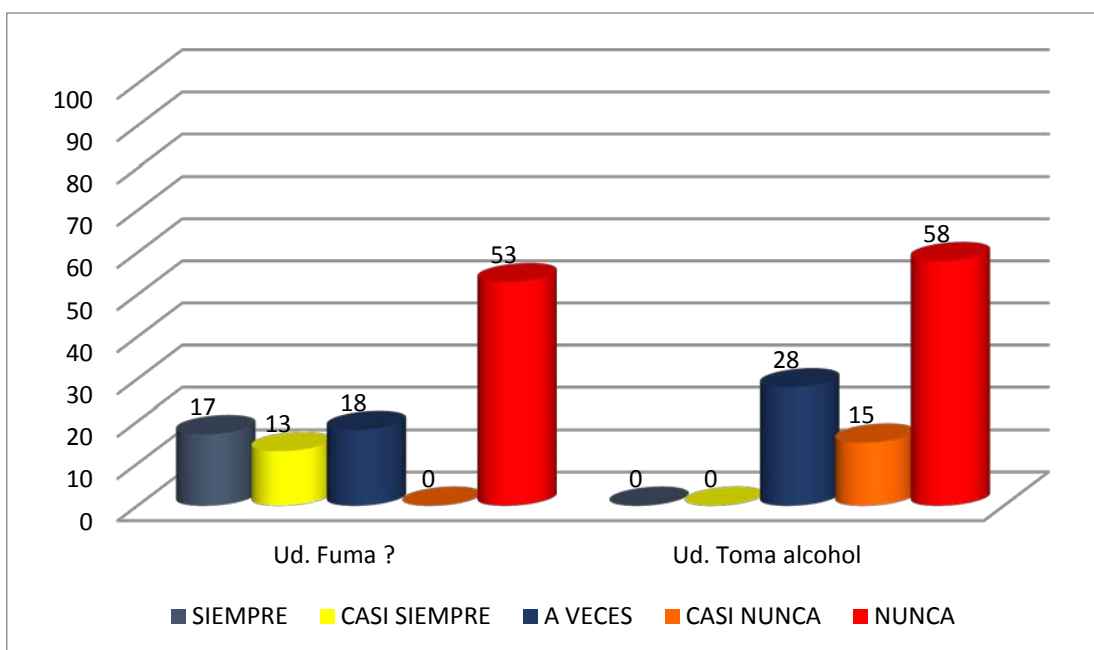
Distribución en frecuencia y porcentaje de las respuestas emitidas por los usuarios que asisten a la unidad de pie diabético. Hospital Dr'Victorino Santaella Ruiz. En relación a conducta de autocuidado Hábitos tóxicos. 2014.

SUBINDICADORES	S		CS		A V		CN		N	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%
15. Ud. Fuma?	20	17	15	13	22	18	0	0	63	53
16. Ud. Toma alcohol_?	0	0	0	0	33	28	18	15	69	58
TOTAL		8.5		6.5		23		7.5		55.5

Fuente: Instrumento aplicado (Seminario 2015)

GRÁFICO N° 3

Distribución en frecuencia y porcentaje de las respuestas emitidas por los usuarios que asisten a la unidad de pie diabético. Hospital Dr. Victorino Santaella Ruiz. En relación a conducta de autocuidado Hábitos tóxicos. 2014.



Fuente: Cuadro N° 3

Análisis

En cuanto al ítem 15 en la opción siempre el 17% de los usuarios respondieron que siempre fuman, un 18% respondió que fuman a veces; y un 53% respondió que no fuman y un 3% refirió que casi siempre fuman. Sobre el ítem 16 a la pregunta Ud. Toma o consume alcohol el 58% respondió que nunca han consumido alcohol, el 28% respondió que a veces toman alcohol y un 15% dijo que casi nunca consumen alcohol.

CUADRO N° 4

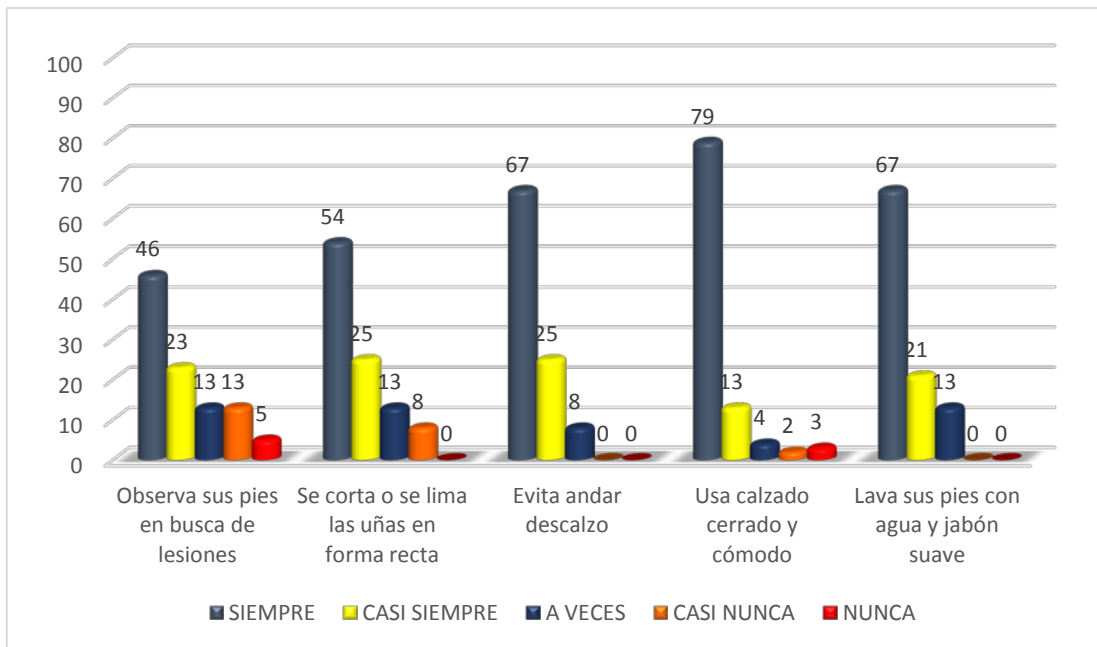
Distribución en frecuencia y porcentaje de las respuestas emitidas por los usuarios que asisten a la unidad de pie diabético. Hospital Dr°Victorino Santaella Ruiz. En relación a conducta de autocuidado sobre cuidado de los pies. 2014.

SUBINDICADORES	S		CS		A V		CN		N	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%
17. Observa sus pies en busca de lesiones?	55	46	28	23	15	13	16	13	6	5
18. Se corta o se lima las uñas en forma recta?	65	54	30	25	15	13	10	8	0	0
19. Evita andar descalzo?	80	67	30	25	10	8	0	0	0	0
20. Usa calzado cerrado y cómodo?	95	79	15	13	5	4	2	2	3	3
21. Lava sus pies con agua y jabón suave?	80	67	25	21	15	13	0	0	0	0
TOTAL		62.6		21.4		10.2		4.6		1.6

Fuente: Instrumento aplicado (Seminario 2015)

GRÁFICO N° 4

Distribución en frecuencia y porcentaje de las respuestas emitidas por los usuarios que asisten a la unidad de pie diabético. Hospital Dr. Victorino Santaella Ruiz. En relación a conducta de autocuidado sobre cuidado de los pies. 2014.



Fuente: Cuadro N° 4

Análisis:

En cuanto a al autocuidado de los pies los usuarios encuestados se evidenció que el 46% siempre observa sus pies en busca de lesiones o callosidades, un 23% casi siempre revisa sus pies, el 13% a veces lo realiza, igualmente un 13% casi nunca lo hace y hay un 5% de estos usuarios que nunca revisan sus pies, con respecto al cuidado de las uñas en su corte o limado el 54% contestó que siempre corta sus uñas en forma recta, 25% casi siempre lo hace, el 13% a veces lo realiza y un 8% casi nunca lo hace.

En relación a que si evita andar descalzo en la casa el 67% respondió que siempre evita andar descalzo el 25% casi siempre lo evita un 8% a veces lo evita andar descalzo, y con el uso de calzado cómodo el 79% respondió que siempre lo usa, 13% casi siempre, 4% a veces lo usa, el 2% casi nunca usa zapatos cómodos y un 3% que nunca usa zapatos cómodos y cerrados. En los ítems si lavan sus pies con agua y jabón suave o neutro el 67% afirmó que si lo realiza, un 21% casi siempre lo hace, el 13% a veces lava sus pies.

De estos resultados se desprende que hay que hacer hincapié en estos autocuidados en el usuario que sufre de diabetes mellitus tipo dos; Brunner menciona que también se deben revisar los pies en busca de cualquier signo de enrojecimiento, ampollas, fisuras, callosidades, úlceras; se puede utilizar un espejo para revisar la planta de los pies o pedir a un miembro de la familia que lo haga. No debe usar zapatos apretados, porque favorecen la formación de ampollas; importante usar siempre usar zapatos o pantuflas. No andar descalzo, ni siquiera en casa. Si se tiene la piel seca, se debe untar crema lubricante después de lavarse los pies y secarlos. No se debe poner crema lubricante entre los dedos de los pies.

Se debe cortar las uñas de los pies una vez por semana, cuando están suaves después del baño, siguiendo el contorno del dedo y procurando que no queden demasiado cortas. No cortar las orillas porque podría cortarse la piel. Si las esquinas quedan filosas, puede infectarse.

CUADRO N° 5

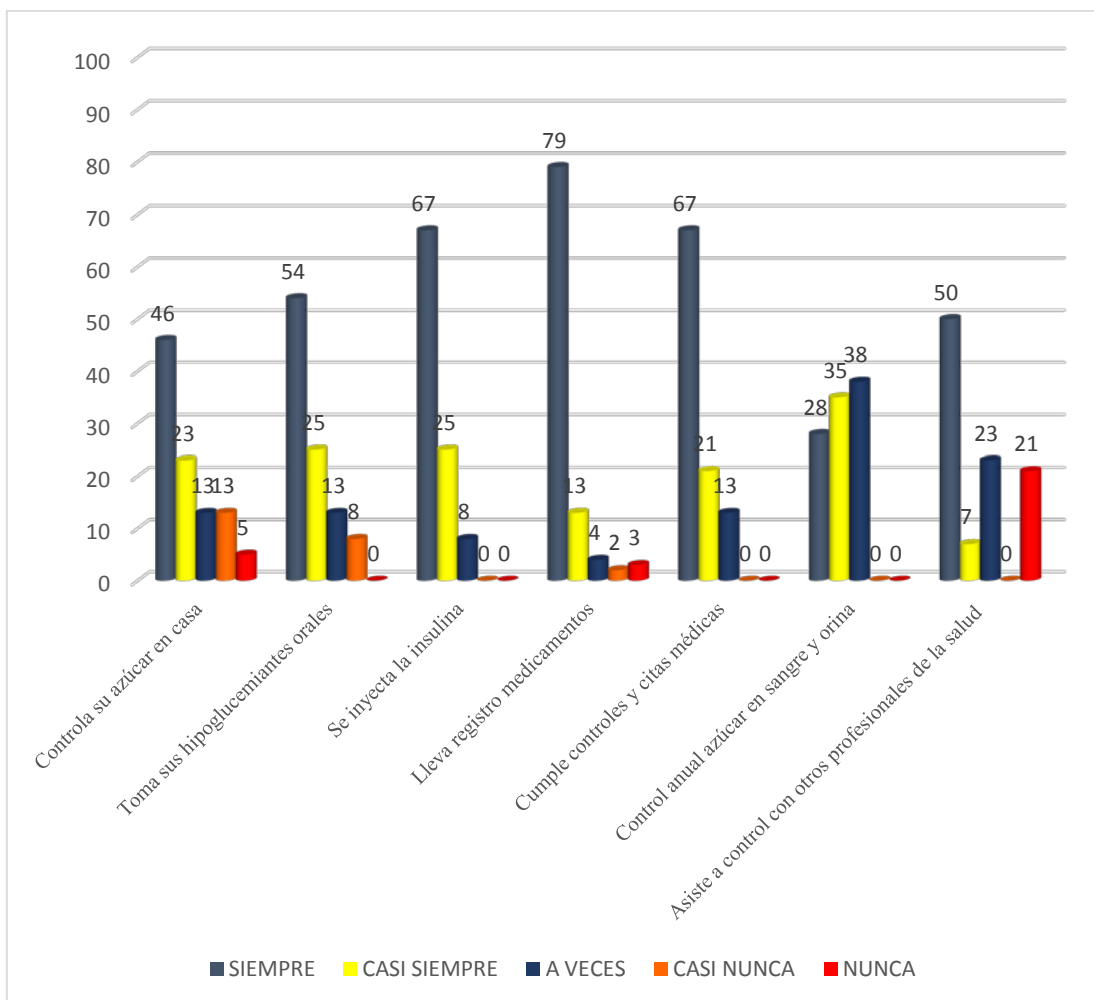
Distribución en frecuencia y porcentaje de las respuestas emitidas por los usuarios que asisten a la unidad de pie diabético. Hospital Dr'Victorino Santaella Ruiz. En relación a conducta de autocuidado sobre Autocontrol de la glucemia y tratamiento.2014.

SUBINDICADORES	S		CS		A V		CN		N	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%
22. Controla su azúcar en casa	55	46	28	23	15	13	16	13	6	5
23. Toma sus hipoglucemiantes orales?	65	54	30	25	15	13	10	8	0	0
24. Se inyecta la insulina?	80	67	30	25	10	8	0	0	0	0
25. Lleva registro medicamentos	95	79	15	13	5	4	2	2	3	3
26. Cumple controles y citas médicas?	80	67	25	21	15	13	0	0	0	0
27. Control anual azúcar en sangre y orina	33	28	42	35	45	38	0	0	0	0
28. Asiste a control con otros profesionales de la salud (nutricionista, internista, cardiólogo)	60	50	8	7	27	23	0	0	25	21
TOTAL		62.6		21.4		10.2		4.6		1.6

Fuente: Instrumento aplicado (Seminario 2015)

GRÁFICO N° 5

Distribución en frecuencia y porcentaje de las respuestas emitidas por los usuarios que asisten a la unidad de pie diabético. Hospital Dr. Victorino Santaella Ruiz. En relación a conducta de autocuidado sobre Autocontrol de la glucemia y tratamiento. 2014.



Fuente: Cuadro N° 5

Análisis:

En relación al autocontrol de la glucosa el 46% de los usuarios respondió que siempre controla su glicemia en casa, un 23% casi siempre lo hace, un 13% a veces se la controla

igualmente un 13% casi nunca lo hace y existe un 5% que nunca realiza controles de glicemia en su hogar. Con respecto si toma los hipoglucemiantes orales prescritos para controlar su diabetes el 54% contestó que siempre toma sus hipoglucemiantes prescritos, el 25% los toma casi siempre, el 13% a veces los toma y un 8% casi nunca los toma. Con el caso de si se inyectan insulina los usuarios respondieron en un 67% siempre, 25% casi siempre se inyecta la insulina, el 13% respondió que a veces se inyecta insulina y un 8% casi nunca se inyecta la insulina. Con respecto a que si llevan un registro de los medicamentos que consumen el 79% contestó que siempre lo hacen, 13% casi siempre lleva el registro, el 4% a veces lo realiza, el 2 y % casi nunca y nunca llevan registro de sus medicamentos que toman.

En relación al ítem cumple con sus controles y citas médicas el 67% de los usuarios que asisten a la unidad de pie diabético afirmó que siempre asisten a sus controles, el 21% casi siempre, el 13% a veces asisten a sus controles médicos.

Con respecto al control anual de la glucemia en sangre y en orina un 28% respondió que siempre se realizan control anual de su glicemia, un 35% casi siempre, y un 38% a veces lo realiza.

Al ítem si asiste a controles médicos con otros profesionales de la salud como médico internista, nutricionista, odontólogos, oftalmólogos etc, el 50% respondió que siempre asisten a consulta con otros especialistas para cuidar de su salud; el 7% casi siempre, el 23% a veces visita a otros especialistas y hay un 21% que nunca van a control con otros especialista.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el siguiente capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones derivadas del análisis e interpretación de los resultados y objetivos planteados en la investigación

Conclusiones

En cuanto a la conducta que siguen los usuarios con respecto a la alimentación hay una alta proporción de personas con diabetes mellitus tipo 2 que consumen los alimentos recomendados, como verduras, hortalizas, frutas de forma habitual. Sin embargo hay un número importante 96% que siempre consumen carbohidratos (harinas, pasta, arroz) consumen en un 85% carnes blancas como pescado, pollo, cerdo y huevos; un 87% consumen carnes rojas, el 83% consume lácteos, con respecto al consumo de frituras solo el 10% las consume, el 66% de los usuarios consultados consumen azúcar refinada, el 92% utiliza edulcorantes; el 92% de los encuestados sigue un horario regular de comidas.

Siendo la actividad física un aspecto importante del régimen terapéutico que implica mayor cambio en los hábitos y estilo de vida, como componente del autocuidado los participantes del estudio presentan bajo déficit de autocuidado pues el 40% nunca y casi nunca hace o realiza actividad física, seguido del 60% de los consultados que dijeron que si realizan alguna actividad física, en lo que concierne a la recreación (mira la TV más de 4 horas al día 20%,nunca o casi nunca ve televisión, el 80% mira la TV más de 4 horas al día.

Una porcentaje importante de los encuestados 94% duerme más de 8 horas diarias, y el 56% mencionó que toman una siesta de entre media hora y dos horas diarias.

Con relación con el consumo de cigarrillos o tabaco por personas con diabetes mellitus tipo 2 este debe ser un aspecto a tener siempre presente en la valoración de riesgo de padecer complicaciones vasculares y neuropatías y por ende de desarrollar pie diabético; el 53% refirió no fumar cigarrillos o tabaco, el 17% si fuma.

El 58% de los encuestados nunca toma alcohol, el 15% casi nunca, pero hay una pequeña muestra de los encuestados 28% que a veces toma alcohol, y mantienen esta conducta nociva para su salud.

En cuanto al cuidado de los pies los usuarios pueden ser competentes en su autocuidado en un 100% en el aspecto de evitar andar descalzos (siempre 67%, casi siempre 25% y 8% a veces). Usar calzado cerrado y cómodo en un 96% (siempre 79%, casi siempre 13% y un 4% a veces); en cuanto cortar o limar las uñas el 54 % siempre lo hace, el 25% casi siempre y un 13% que a veces corta sus uñas y un 8% que nunca realiza esta actividad de autocuidado.

Lavado de los pies con jabón neutro y agua el 100% refirió cumplir con su autocuidado.

Se evidencia que los usuarios cumplen en su autocuidado de los pies.

La presente investigación demuestra que el cumplimiento de las conductas de autocuidado no es similar en los distintos componentes del plan terapéutico. Un paciente puede cumplir bien alguno de los componentes de autocuidado, pero no cumplir otros, el estudio constata

que la mayor parte de los usuarios son adherentes al tratamiento farmacológico y, en cambio presentan en diferentes medidas déficit en el resto de los integrantes del tratamiento no farmacológico.

A pesar de constatar que el autocuidado que llevan a cabo las personas con diabetes mellitus tipo 2, se enfoca principalmente en cumplir con el tratamiento y controles, como medio principal de intentar mantener la glucemia de parámetros de normalidad, existe suficiente evidencia de que el tratamiento farmacológico por sí mismo no es capaz de generar el necesario equilibrio para controlar la enfermedad y evitar o retardar a corto, medio y largo plazo la aparición de complicaciones derivadas de la misma.

Para este fin, es necesario que el paciente realice de manera organizada y constante las prescripciones que se recomiendan en los distintos componentes del tratamiento no farmacológico (alimentación, actividad, ejercicio, recreación, cuidado de los pies, evitar hábitos nocivos como el fumar y tomar alcohol)

Recomendaciones

En base a los resultados y las conclusiones se formulan las siguientes recomendaciones:

- ✓ Informar a las autoridades del Hospital Dr. Victorino Santaella Ruíz los resultados de la investigación.
- ✓ Diseñar y poner en práctica programas de educación para la salud dirigidos a los usuarios con diabetes mellitus que permita desde la motivación una conducta de autocuidado.

- ✓ Sugerir a la gerencia de Enfermería del Hospital Dr"Victorino Santaella Ruíz", la realización de talleres vivenciales dirigidos a los enfermos con diabetes mellitus tipo 2, que permita proporcionar herramientas para promover un cambio en el estilo de vida.
- ✓ Incluir a la familia en los planes de información/educación sobre los autocuidado de la DMT2, los miembros de la familia necesitan información, al igual que el paciente, para ayudar a ser posible los cambios requeridos en el estilo de vida y ser el soporte necesario.
- ✓ El control e información de las personas o usuarios con diabetes mellitus tipo 2 y sus familiares por parte del profesional de enfermería, debe realizarse no sólo de forma individual sino también de forma grupal, por su capacidad de favorecer las actitudes óptimas de cambios de hábitos de vida.
- ✓ Desarrollar y validar instrumentos para evaluar conductas de autocuidado específicas que deben realizar las personas con diabetes mellitus tipo 2.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBORNOZ, M. ALEMAN, Y. (2007) **Información que posee el paciente diabético sobre su enfermedad y autocuidado que asisten al distrito sanitario N° II. Ruíz Pineda**. Segunda semestre. Trabajo especial de grado. Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- ARIAS, F. (2006). **El Proyecto de la Investigación. Introducción a la metodología científica**. 5ta edición, editorial Espíteme. Caracas, Venezuela.
- ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE DIABETES (ALAD) 2013
- ASOCIACIÓN AMERICANA DE DIABETES. **Diabetes care**, vol (2011) www.ADA.org
- BALESTRINI, M. (2006). **Como se elabora el proyecto de investigación**. Texto. C.A. Caracas
- BALMACEDA, M, NAVARRO, L (2013). Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa Sincelejo, Colombia. *Investigaciones Andina*. Vol 15, núm.26 2013. Fundación Universitaria del área andina. Pereira Colombia
- BAQUEDANO, I, SANTOS, M, MARTINS, T, ZANETTI, M, (2007) Capacidad de autocuidado de personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad con algunas variables sociodemográficas y clínicas. México
- BAVARESCO, A. (2006) **Proceso metodológico en la investigación**. Universidad del Zulia. Maracaibo. Venezuela.
- CASAL, M, PINAL, F, (2014) Guía de práctica clínica de diabetes mellitus tipo 2. Vol.10 núm. 22. 2014. Archivos de medicina. Venezuela.
- CASTILLO, ROSA ANA, FERNANDEZ, JUAN, CASTILLO, FRANCISCO (2014) Guía práctica clínica en el pie diabético. Vol.10 núm. 2.1 2014. Archivos de medicina. Sevilla. Madrid.

CCOICCA, F. (2013) **Medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la ESN-PCT del centro de salud Conde de la Vega baja.** Trabajo de grado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima Perú.

CHIRINOS, Y SALDO, I, (2005) **Conocimiento que tienen los pacientes diabéticos tipo 2, relacionado con su autocuidado.** Trabajo de grado. Universidad Central de Venezuela. Caracas.

Diabetes normas de diagnóstico y tratamiento consultado el día 11 de Noviembre 2014. <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=82742&uid=548261&fuente=inews>

FERNÁNDEZ, A, CERVANTES, T, LÓPEZ, E (2012). **Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.** Especialidades médico quirúrgicas. Vol.17, (2) (94-99)

FLORES, Y, CADENAS, C (2010) **Capacidades de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.** Universidad Veracruzana. México.

HERNÁNDEZ, R.; FERNÁNDEZ, C. Y BAPTISTA, P. (2010). **Metodología de la investigación.** México, D.F.: McGraw-Hill.

LEY DEL EJERCICIO DE ENFERMERÍA. (2005). Caracas. Venezuela

MARRINER, T, RAILE A, (2008). **Modelos y teorías en enfermería.** 6^a edición. Mosby. Madrid. España.

MERCHÁN, M (2014)

OLIVARES, P, RICO, E (2013) **La atención y educación nutricional en el paciente con diabetes mellitus tipo 2.** Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Año 10, N° 50. Mayo-Agosto 2013.

PALELLA, S. Y MARTINS, F. (2006). **Metodología de la investigación cuantitativa.** Caracas: Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador.

ANEXOS



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



Encuesta aplicada a los señores usuarios objeto de estudio

Presentación

El presente instrumento de recolección de datos es una encuesta que está dirigida a recolectar datos referentes a las **medidas de autocuidado que aplican los usuarios con Diabetes Mellitus tipo 2, que asisten a la unidad de pie diabético.**

La información aquí recogida solo se usará con fines docentes y de investigación

INSTRUCCIONES:

Lea detenidamente cada una de las interrogantes que se le plantea a continuación

Marque en la casilla con una X el recuadro correspondiente a la opción que Ud. escoja (S) Siempre, (CS) Casi siempre, (AV) A veces, (CN) Casi nunca y (N) Nunca.

Recuerde que la información será utilizada únicamente con fines docentes y de investigación, por lo que se le agradece no dejar ninguna sin responder.

Ante cualquier duda pregunte a la persona que le entregó el formulario.

No firme la encuesta es totalmente anónima.

Por su colaboración muchas gracias

Autora:

TSU: Carmen Seminario
C.I: 22.440.311

CUESTIONARIO (ANEXO A)

N°	Conducta de autocuidado	S (5)	CS (4)	AV (3)	CN (2)	N (1)
	Alimentación /nutrición					
1	Con que frecuencia come harinas (arepas, pan, pasta, arroz)					
2	Con que frecuencia come vegetales y hortalizas					
3	Con que frecuencia come frutas					
4	Con que frecuencia come carnes rojas					
5	Con que frecuencia come pollo, pescado, cerdo, huevos					
6	Consume productos lácteos (leche descremada, yogur, quesos)					
7	Con que frecuencia come alimentos fritos					
8	Utiliza azúcar refinada en sus bebidas					
9	Utiliza edulcorantes en sus bebidas					
10	10. Sigue usted diariamente un horario regular de comidas (desayuna, come, cena, merienda; aproximadamente a las mismas horas					
	Actividad-ejercicio-recreación descanso y sueño.					
11	Realiza actividad física al menos tres veces por semana (caminata, trote, paseo, baile)					
12	Mira TV más de 4 horas diario					
13	Duerme más de 8 horas en la noche					
14	Hace siesta más de 3 horas					
	Hábitos Tóxicos					
15	Ud. Fuma					
16	Ud. Toma alcohol					
	Cuidado de los pies					
17	Observa sus pies en busca de lesiones					
18	Se corta o se lima las uñas en forma recta					
19	Evita andar descalzo					
20	Usa calzado cerrado y cómodo					
21	Lava sus pies con agua y jabón suave					

N°	Conducta de autocuidado	S (5)	CS (4)	AV (3)	CN (2)	N (1)
	Control y tratamiento					
22	Controla su azúcar en casa					
23	Toma sus hipoglucemiantes orales					
24	Se inyecta la insulina					
25	Lleva registro de sus medicamentos					
26	Cumple controles y citas médicas					
27	.Lleva Control anual azúcar en sangre y orina					
28	Asiste a control con otros profesionales de la salud (nutricionista, internista, cardiólogo)					

CARTA DE VALIDACION

Yo, _____, en mi carácter de experto en _____ por medio de la presente, certifico que he leído y revisado el instrumento para la recolección de datos de la investigación que desarrolla la T.S.U. Carmen Seminario C.I 22.440.311, realizando las observaciones y sugerencias pertinentes en el trabajo especial de grado titulado: MEDIDAS DE AUTOCUIDADO EN EL USUARIO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, que asiste a la unidad de pie diabético Hospital DR. “Victorino Santaella Ruíz” los Teques. Estado Miranda III TRIMESTRE 2014. En consecuencia, manifiesto que dicho instrumento reúne los requisitos para su validación y aplicación.

Certificado que se expide en Caracas a los ____ días del mes de _____ de _____.

Nombre: _____

C.I N° _____

Fecha: _____

CARTA DE VALIDACION

Yo, _____, en mi carácter de experto en _____ por medio de la presente, certifico que he leído y revisado el instrumento para la recolección de datos de la investigación que desarrolla la T.S.U. Carmen Seminario C.I 22.440.311, realizando las observaciones y sugerencias pertinentes en el trabajo especial de grado titulado: MEDIDAS DE AUTOCUIDADO EN EL USUARIO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, que asiste a la unidad de pie diabético Hospital DR. “Victorino Santaella Ruíz” los Teques. Estado Miranda III TRIMESTRE 2014. En consecuencia, manifiesto que dicho instrumento reúne los requisitos para su validación y aplicación.

Certificado que se expide en Caracas a los ____ días del mes de _____ de _____.

Nombre: _____

C.I N° _____

Fecha: _____

CARTA DE VALIDACION

Yo, _____, en mi carácter de experto en _____ por medio de la presente, certifico que he leído y revisado el instrumento para la recolección de datos de la investigación que desarrolla la T.S.U. Carmen Seminario C.I 22.440.311, realizando las observaciones y sugerencias pertinentes en el trabajo especial de grado titulado: MEDIDAS DE AUTOCUIDADO EN EL USUARIO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, que asiste a la unidad de pie diabético Hospital DR. “Victorino Santaella Ruíz” los Teques. Estado Miranda III TRIMESTRE 2014. En consecuencia, manifiesto que dicho instrumento reúne los requisitos para su validación y aplicación.

Certificado que se expide en Caracas a los ____ días del mes de _____ de _____.

Nombre: _____

C.I N° _____

Fecha: _____

MATRIZ DE CONFIABILIDAD ALPHA DE CRONBACH

SUJ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	T
1	5	4	4	3	4	5	3	2	2	2	4	5	5	3	3	5	2	1	3	3	3	2	1	1	3	3	5	2	88
2	3	3	3	4	4	4	4	2	2	2	2	4	4	5	1	3	2	2	3	3	3	4	1	3	4	4	5	1	85
3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	1	4	4	4	5	3	3	2	3	3	2	4	4	4	1	78
4	3	3	3	4	5	2	1	2	2	2	3	3	4	4	2	3	1	1	2	3	3	4	4	4	4	5	5	2	84
5	5	3	3	3	5	4	2	3	5	5	1	5	3	1	1	2	3	4	1	4	5	2	5	2	4	5	3	2	91
6	5	3	2	2	5	4	1	3	4	2	2	5	4	1	1	2	4	4	3	5	5	5	2	4	2	3	1	1	85
7	5	3	3	3	5	4	2	3	5	5	1	5	3	1	1	1	3	3	3	4	4	5	2	1	1	2	2	2	80
8	1	3	2	2	3	3	3	4	1	3	4	4	5	1	2	2	2	3	3	4	4	4	3	2	2	3	1	1	78
9	5	3	2	2	5	4	1	3	4	2	2	5	4	1	1	2	4	4	3	5	5	5	2	4	2	3	1	1	84
10	1	5	5	1	5	4	1	1	5	5	4	2	5	3	1	1	5	5	1	4	5	5	5	3	5	5	5	5	101
Σ	38	32	29	27	43	37	21	26	33	30	25	40	38	21	17	25	30	32	25	38	39	39	28	26	31	37	32	18	854
X	3.8	3.2	2.9	2.7	4.3	3.7	2.1	2.6	3.3	3.0	2.5	4.0	3.8	2.1	1.7	2.5	3.0	3.2	2.5	3.8	3.9	3.9	2.8	2.6	3.1	3.7	3.2	1.8	85.4

$K = N^{\circ}$ de ítems, $S_i^2 =$ Suma de la varianza de los ítems, $ST^2 =$ Varianza total

$N = 28$ $V_i^2 = 39$ $\alpha = \frac{K}{[1 - \sum (V_i^2)]} = \frac{28}{[1 - (39)]} = 0,9$ $\alpha = 0,9$ Confiabilidad muy alta

INTERPRETACIÓN DEL COEFICIENTE

Rango	Confiabilidad
0,81 -1	Muy alta
0,61-0,80	Alta
0,41- 0,60	Media
0,21-0,40	Baja
0- 20	Muy baja