



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERIA

TESIS
PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE LICENCIADAS EN
ENFERMERIA

TEMA
LA DIABETES Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN
PACIENTES DE 20 A 45 AÑOS QUE SE ATIENDEN EN LA
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON
DE JESUS DE LA CIUDAD DE QUEVEDO EN EL PRIMER
SEMESTRE DEL 2012

AUTORAS:

MOSQUERA GÓMEZ JÉSSICA MARICELA.

GAIBOR VELOZ KATHERINE JAZMIN.

TUTORA:

LIC. SHIRLEY OLAYA SAUHING. MGS.

BABAHOYO – LOS RIOS

2012

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERIA

CARRERA DE ENFERMERÍA

NOMINA DE AUTORIDADES UNIVERSITARIA

Dr. César Augusto Noboa Aquino.

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dr. Wellington Esteban Beltrán Castellón

SUBDECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Ms. Betty Mazacón Roca

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA

Abg. Israel Maldonado Contreras

SECRETARIO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

CERTIFICACIÓN

Lic. Shirley Olaya Sauhing. Mgs.

DIRECTORA DE TESIS.

CERTIFICA:

Haber dirigido y asesorado en todas sus partes, la tesis denominada **LA DIABETES Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 20 A 45 AÑOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS DE LA CIUDAD DE QUEVEDO EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012**, de autoría de **Jéssica Mosquera Gómez y Katherine Gaibor Veloz**.

Además encuentro que este trabajo ha sido realizado de acuerdo a las exigencias Metodológicas – Técnicas exigentes para el nivel de Licenciatura, por lo que autorizo su Presentación, Sustentación y Defensa.

Lic. Shirley Olaya Sauhing. Mgs.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA.

Los contenidos, procedimientos, criterios y propuesta emitidos en esta tesis cuya tema es **LA DIABETES Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 20 A 45 AÑOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS DE LA CIUDAD DE QUEVEDO EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012**, son de exclusiva responsabilidad de sus autoras: **Jéssica Mosquera Gómez y Katherine Gaibor Veloz.**

Autoras:

KATHERINE GAIBOR VELOZ

JÉSSICA MOSQUERA GÓMEZ

DEDICATORIA.

A Dios por brindarme la oportunidad y la dicha de la vida.

A mi padre José Vicente Mosquera, *por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.*

A mi esposo, Darwin Zaldumbide, que ha estado a mi lado dándome cariño, confianza y apoyo incondicional para seguir adelante para cumplir otra etapa en mi vida.

A mis hijos: Bryan y Nicole Zaldumbide, que son el motivo y la razón que me ha llevado a seguir superándome día a día, para alcanzar mis más apreciados ideales de superación, ellos fueron quienes en los momentos más difíciles me dieron su amor y comprensión para poderlos superar, quiero también dejar a cada uno de ellos una enseñanza que cuando se quiere alcanzar algo en la vida, no hay tiempo ni obstáculo que lo impida para poderlo lograrlo.

Jéssica Maricela Mosquera Gomez.

A mis padres, Rosa y Duval, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mis hermanos, Frank y Dubal, las cuales han estado a mi lado, han compartido todos esos secretos y aventuras que solo se pueden vivir entre hermanos y que han estado siempre alerta ante cualquier problema que se me puedan presentar.

A mis tías, Alexandra y Carmen Veloz Benavides, *gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.*

Katherine Jazmin Gaibor Veloz.

AGRADECIMIENTO.

A la Universidad Técnica de Babahoyo en la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería y en ella a los distinguidos docentes quienes con su profesionalismo y ética puesto de manifiesto en las aulas enrumban a cada uno de los que acudimos con sus conocimientos que nos servirán para ser útiles a la sociedad.

A nuestra Directora Licenciada. **Shirley Olaya Sauhing. Mgs**, quien con su experiencia como docente ha sido la guía idónea, durante el proceso que ha llevado el realizar esta tesis, nos ha brindado el tiempo necesario, como la información para que este anhelo llegue a ser felizmente culminada.

Todos aquellos familiares y amigos, gracias por la confianza proyectada, por su gran seguridad y por las tantas sonrisas que hicieron emerger de mí en los momentos más complejos, de este que ha sido un gran proceso con ustedes a mi lado

Jéssica Mosquera Gómez y Katherine Gaibor Veloz.

TEMA DE TESIS

LA DIABETES Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 20 A 45 AÑOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS DE LA CIUDAD DE QUEVEDO EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012

INDICE

Contenidos.	Pág.
Introducción	
Capítulo I	
1. Campo contextual problemático.....	1
1.1 Contexto nacional, regional, local y/o institucional.....	1
1.2 Situación actual del objeto de investigación.....	5
1.3. Formulación del problema.....	6
1.4. Delimitación de la investigación.....	7
1.5. Justificación.....	7
1.6. Objetivos.....	8
Capítulo II	
2. Marco teórico.....	10
2.1. Alternativas teóricas asumidas.....	10
2.2 Categorías de análisis teórico conceptual.....	11
2.2.1. Diabetes.....	11
2.2.1.1. Tipos de Diabetes.....	11
2.2.1.2. Factores de riesgos.....	12
2.2.1.3. Consecuencias frecuentes de la Diabetes.....	17
2.2.1.4. Diagnóstico.....	18
2.2.1.5. Tratamiento.....	19
2.2.1.6. Medidas preventivas.....	20
2.2.2. Calidad de vida en Diabetes.....	21
2.2.3. Intervención de Enfermería.....	23
2.3. Hipótesis.....	31
2.4. Variables.....	32
2.5. Operacionalización de variables.....	33
2.6. Glosario.....	36
Capitulo III	

3. Metodología.....	38
3.1. Tipo de investigación.....	38
3.2. Universo y muestra.....	38
3.3 Métodos y técnicas de recolección de información.....	39
3.4. Plan de procesamiento.....	40
3.5. Procedimiento.....	40
3.6. Recursos.....	41
Capítulo IV	
4. Análisis y discusión de resultados.....	42
4.1. Tabulaciones e interpretaciones de datos.....	42
4.2. Comprobación y discusión de hipótesis.....	69
4.3. Conclusiones.....	69
Capítulo V	
5. Propuesta alternativa.....	71
5.1. Presentación.....	71
5.2. Objetivos.....	72
5.3. Contenidos.....	73
5.4. Descripción de los aspectos operativos de la propuesta.....	76
5.5. Recursos.....	80
5.6. Cronograma.....	81
Bibliografía	82
Anexos	84

ÍNDICE DE CUADROS

Contenidos.	Pág.
Cuadro N°1: Pacientes en tratamiento diabéticos.	6
Cuadro N° 2: Porcentaje de complicaciones diabéticas.	17
Cuadro N°3: Valor del índice glucémico de algunos alimentos.	30
Cuadro N° 4: Operacionalización de variables de la primera hipótesis derivada.	33
Cuadro N° 5: Operacionalización de variables de la segunda hipótesis derivada.	34
Cuadro N° 6: Operacionalización de variables de la tercera hipótesis derivada.	35
Cuadro N° 7: Muestra en relación a la población total.	39
Cuadro N° 8: Presupuesto.	41
Cuadro N°9: Mejores alimentos para diabéticos.	76
Cuadro N° 10: Plan de capacitación.	77
Cuadro N° 11: Cronograma	81

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.

Tablas y gráficos en relación a la encuesta de los pacientes diabéticos y personal de salud de consulta externa del hospital Sagrado Corazón de Jesús, de la ciudad de Quevedo.

Contenidos.	Pág.
Tabla N° 1 y grafico N°1.....	42
Tabla N° 2 y grafico N°2.....	43
Tabla N° 3 y grafico N°3.....	44
Tabla N° 4 y grafico N°4.....	45
Tabla N° 5 y grafico N°5.....	46
Tabla N° 6 y grafico N°6.....	47
Tabla N° 7 y grafico N°7.....	48
Tabla N° 8 y grafico N°8.....	49
Tabla N° 9 y grafico N°9.....	50
Tabla N° 10 y grafico N°10.....	51
Tabla N° 11 y grafico N°11.....	52
Tabla N° 12 y grafico N°12.....	53
Tabla N° 13 y grafico N°13.....	54
Tabla N° 14 y grafico N°14.....	55
Tabla N° 15 y grafico N°15.....	56
Tabla N° 16 y grafico N°16.....	57
Tabla N° 17 y grafico N°17.....	58
Tabla N° 18 y grafico N°18.....	59
Tabla N° 19 y grafico N°19.....	60
Tabla N° 20 y grafico N°20.....	61
Tabla N° 21 y grafico N°21.....	62
Tabla N° 22 y grafico N°22.....	63
Tabla N° 23 y grafico N°23.....	64
Tabla N° 24 y grafico N°24.....	65
Tabla N° 25 y grafico N°25.....	66
Tabla N° 26 y grafico N°26.....	67
Tabla N° 27 y grafico N°27.....	68

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que afecta la calidad de vida de las personas dado a que el tipo de tratamiento a que se someten es de por vida, además de las complicaciones que genera. “La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en el mundo hay más de 220 millones de personas con diabetes. Casi el 80% de las muertes por esta enfermedad se produce en países de ingresos bajos o medios”.¹

Además de tratarse de una enfermedad prevalente, la DM es responsable de elevados índices de morbilidad y mortalidad y de un alto costo económico relacionado, en mayor parte, con las complicaciones crónicas de la enfermedad. Estudios consistentes han demostrado una relación directa entre los niveles de glucosa sanguínea y la aparición de complicaciones como nefropatía, neuropatía y retinopatía y justificado la necesidad del control riguroso de la glucemia como forma de prevención secundaria. Además de eso, la DM es considerada como un factor de riesgo aislado para enfermedades cardiovasculares, especialmente enfermedad arterial coronaria. Por esas características, la DM tipo 1 y tipo 2 tienen un profundo impacto sobre la calidad de vida de sus portadores, constituyendo un problema de salud pública que requiere la atención continuada de un equipo multiprofesional entrenado e interesado en ese asunto.

Por esta razón, se considera que la educación en el caso de los pacientes diabéticos es fundamental, pues hay cuatro factores que deben tomar en cuenta: alimentación, ejercicio, medicación y controles. El objetivo es generar conciencia del problema que supone la diabetes, frente al vertiginoso aumento de casos, y subrayar que la mejor manera de prevenir la enfermedad es cuidando el estilo de vida

¹ Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica ANDES, Día Mundial de la Diabetes, más de la mitad de quienes la padecen no lo saben, noviembre 13/2011

CAPÍTULO I

1. CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO.

1.1. Contexto nacional, regional, local y/o institucional

La Diabetes Mellitus (DM) es una de las enfermedades crónicas más frecuentes de la población que podría afectar la calidad de vida de quienes la padecen; según estadísticas es un problema que abarca entre el 2 y el 5% de la población mundial². Además, se cree que en Latinoamérica la prevalencia de la DM aumentará en un 25% en los próximos 20 años.³

América Latina es una de las regiones que ha incrementado los casos de diabetes en los últimos 10 años, así lo manifiestan los informes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La tendencia en alza se mantiene. Se calcula que en 2000 había 15,2 millones de diabéticos, pero para 2010 serán 22,4 millones, es decir un incremento del 44% mucho mayor que para los países desarrollados. Actualmente, la diabetes es responsable de entre el 30% y el 40% de los nuevos pacientes en diálisis.⁴

Ecuador está ubicado sobre la línea equinoccial en el noroeste de América del Sur. Limita al norte con Colombia y Perú, al este y sur con Perú y al oeste con el océano Pacífico. Con 283.561 kilómetros cuadrados, es el octavo país más grande de Sudamérica y tiene una geografía muy diversa en sus cuatro regiones: Costa, Andes, Amazonía y Galápagos.⁵

² Alpizar M. Guía para el manejo integral del paciente diabético. Rev. El manual moderno, (1), 2001.

³ Mayer-Davis. Obesidad y estilos de vida sedentarios. Factores de riesgo modificables Para prevenir la diabetes tipo 2. Corrent Diabetes Report Latin American; 1(2):167-174.2001

⁴ Diario Hoy, El 70% de diabéticos no recibe tratamiento, Quito, 25 de octubre del 2006

⁵ Turismo del Ecuador. <http://www.redconsejoecuador.gob.ec>

En Ecuador, los casos notificados para diabetes Mellitus (diabetes 2) fueron de 92.629, en 2010. Sin embargo, el número es mucho mayor porque más de la mitad de las personas que la padecen no lo sabe. A ello hay que sumar los enfermos de diabetes 1, cuya cifra total también es desconocida.⁶

Según datos entregados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) durante 2010, en Ecuador 4.017 personas con diabetes fallecieron, cabe recordar que esta es la segunda causa de muerte general en el país.⁷ En muchas ocasiones, las limitaciones de la enfermedad o la ocurrencia de crisis, aumentan la dependencia y provocan frecuentes y prolongados ingresos hospitalarios.

Según la Fundación Ecuatoriana de Diabetes, la prevalencia se registra en el 7% de la población ecuatoriana menor a 45 años, pero desde esa edad sube al 20% y, a partir de los 65, llega al 40%. Otro problema es que la diabetes afecta a personas de bajos recursos económicos.⁸ Ecuador hay 800 000 diabéticos, de los que apenas 100 000 están en tratamiento.⁹

La diabetes tipo 2, que se genera por los malos hábitos de vida, deriva en patologías más complicadas como la insuficiencia renal crónica. Se estima que en Ecuador hay 6 000 personas con esta patología. La mayor parte está amparada por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y el Programa de Protección Social (PPS) del Ministerio de Salud.¹⁰

Costa, esta región del país comprende siete provincias, desde Esmeraldas al norte hasta El Oro en la frontera con el Perú. En medio se ubican Manabí, Santo Domingo, Los Ríos, Guayas y Santa Elena.

⁶ Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica ANDES, Día Mundial de la Diabetes, más de la mitad de quienes la padecen no lo saben, noviembre 13/2011

⁷ Ministerio de Salud Pública, La Diabetes es la segunda causa de muerte general en el país Martes, periódico Mi Salud, publicado el 11 de Octubre de 2011, Ecuador.

⁸ Diario Hoy, El 70% de diabéticos no recibe tratamiento, Quito, 25 de octubre del 2006

⁹ El Comercio. Diabetes afecta a 800.00 personas en Ecuador, Organización Panamericana de la salud, lunes 14 de noviembre del 2011.

¹⁰ <http://www.elcomercio.com/sociedad/Diabetes-afecta-personas-Ecuador>.

Guayaquil, la ciudad más poblada del país y un centro económico principal es el eje comercial, cultural, político y demográfico de la Costa.

Según datos de Vigilancia Epidemiología del Ministerio de Salud Pública. La concentración más alta de pacientes se encuentra en las provincias de la costa con 48.172 casos, que corresponden al 71%. Las provincias con mayor número de casos de diabetes en el año 2009 son en orden descendente: Santa Elena, Cañar, Manabí, El Oro, Los Ríos y Guayas.¹¹

Los Ríos, oficialmente **Provincia de Los Ríos**, es una de las 24 provincias de la República del Ecuador, localizada en la región litoral del país. Su capital es la ciudad de Babahoyo y su localidad más poblada es la ciudad de Quevedo. Es uno de los más importantes centros agrícolas del Ecuador. Con sus 778.115 habitantes, Los Ríos es la cuarta provincia más poblada del país, debido principalmente al reciente desarrollo de la industria.¹²

En referencia al estado de salud, la Dirección Provincial recalcó que a nivel de la provincia hay 1.700 personas viviendo con diabetes¹³

Quevedo, provincia de Los Ríos, cuenta con una población de acuerdo al censo 2010 de 173.575, y un área de extensión de 303 Km², su actividad económica en general está dedicada a la agricultura, ganadería y comercio.¹⁴

En la ciudad de Quevedo, el sistema de salud está regulado por las instituciones del Ministerio de Salud Pública, como es el caso del **Hospital**

¹¹ Jurado Fernández (2010), <http://repositorio.usfq.edu.ec>.

¹² http://es.wikipedia.org/wiki/Provincia_de_Los_Ríos.

¹³ <http://www.elperiodicodeecuador.com>; Diario la Hora: Varias campañas por Día Mundial de la diabetes en Los Ríos, 2012

¹⁴ http://es.wikipedia.org/wiki/Quevedo_Ecuador.

“Sagrado Corazón de Jesús”, el mismo que tuvo su inicio en los años de 1960, cuando la religiosa de nacionalidad española Madre María Feliza Barandearán Directora de la Escuela Nuestra Señora de Fátima, reúne a un grupo de distinguida damas y conforman la Junta parroquial de Caridad.

La principal finalidad de esta junta, fue ayudar a los enfermos de tuberculosis, que en esa época prevalecía en la población, en 1962 un grupo de distinguidas personas se constituyeron en la Junta de Beneficencia, cuya finalidad fue la consecución de un Hospital para Quevedo, y fue el señor Vicente Chang Luey quien donó el terreno para la construcción del Centro de Salud, y es el 28 de abril de 1971 que abre sus puertas con los servicios de Consulta Externa, Emergencia, laboratorio y rayos X, con una plantilla de personal en número de 24 entre médicos, enfermeras y empleados.

En el 1993 el Hospital de Quevedo entra formar parte como área de salud en el proyecto piloto de atención primaria de salud, firmados por los gobiernos de Ecuador y Bélgica, y en el transcurso que duró el convenio ecuatoriano belga remodeló la planta baja y construyó la segunda planta correspondiente al bloque administrativo, donde funciona la UCA, sala de reunión, auditorio y biblioteca.

Actualmente cuenta con las áreas de:

Hospitalización: Pediatría, Cirugía General, Ginecología, Obstetricia, Medicina interna

Consulta Externa: Pediatría, Cirugía General, Traumatología, Ginecología, Obstetricia, Medicina interna, Odontología, Rehabilitación, Epidemiología, Cardiología, Nutricionista.

Emergencia: Cirugía menor, Obstetricia, Observación de cirugía y medicina interna, Observación de obstetricia, Área de legrados y partos eutócicos.

Cirugía: Quirófanos y post operatorio.

Áreas de apoyo: Laboratorio clínico, Gabinete de radiología, Ecografía, Tomografía.

1.2. Situación actual del objeto de investigación.

La calidad de vida en personas con enfermedades crónicas se ve afectada debido a que las condiciones de salud constituyen problemas que persisten en el tiempo; el ser diagnosticado con una afección de este tipo acarrea un sinnúmero de implicaciones en la vida de una persona, en el aspecto psicológico, físico, espiritual y social; pues pueden aparecer de forma inesperada o insidiosa. Asimismo, son permanentes, provocan incapacidades residuales causadas por condiciones patológicas irreversibles, requieren de entrenamiento del paciente para su autocontrol y un largo periodo de supervisión, observación y cuidado.

El aumento de la prevalencia-incidencia de DM1 y 2, tanto en países con alta incidencia, como en aquellos de baja; la DM 1 está aumentando en todo el mundo a un alarmante ritmo del 3% anual y, lo que es más grave hay una epidemia severa de diabetes del tipo 2 en niños incluso de 8 años de edad, sobre todo en etnias de alto riesgo y entre ellas está América Latina, así como las asiáticas, afroamericanos e indios, el factor desencadenante es el sobrepeso y la obesidad.¹⁵

Debido al alto crecimiento del índice de pacientes con esta enfermedad se espera en pocos años más una debacle nacional con el incremento de la prevalencia-incidencia de diabetes mellitus en el país, por cuanto no existirán medios posibles ni profesionales ni económicos para enfrentar la grave pandemia de la diabetes y sus complicaciones, perdiendo lo más importante de la Nación: el capital humano, ante una miopía sin precedentes de toda la sociedad ecuatoriana y un incremento sostenido del precio de los fármacos para tratar la diabetes y patologías asociadas.

En el hospital se han registrado 168 casos de diabetes en tratamiento distribuidos de la siguiente manera:

¹⁵ <http://www.eldiario.com.ec/noticias-manabi-ecuador>, noviembre 2008

Cuadro N°1 Pacientes en tratamiento Diabéticos.

Tratamiento	Sulfonil ureas	Biguanidas	Sulfonil + biguanidas	Insulina sola	Insulina + sulfonil	Insulina + biguanidas	Insulina + sulfonil + biguanidas
Cantidad de pacientes	6	29	95	24	3	2	9

Como podemos observar, de los 168 pacientes registrados se aprecia que el mayor porcentaje de casos (95) que son tratados con glibenclamida (sulfonilureas) y metformin (biguanidas)

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema General.

- ¿Cómo impacta la diabetes en la calidad de vida en pacientes de 20 a 45 años atendidos en la Consulta Externa del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, de la ciudad de Quevedo, en el primer semestre del 2012?

1.3.2. Problemas Derivados.

- ¿Cuáles son los factores de riesgo de los pacientes diabéticos de 20 a 45 años que deterioran su calidad de vida relacionada a la salud?
- ¿Qué medidas preventivas han asumido los pacientes diabéticos de acuerdo a su percepción de calidad de vida?
- ¿Qué actividades realiza el personal de salud para mejorar el bienestar personal y familiar del paciente diabético?

1.4. Delimitación de la investigación

1.4.1. Temporal

Enero – Noviembre 2012

1.4.2. Espacial.

Institución: Hospital “Sagrado Corazón de Jesús”

Ubicación: Parroquia 7 de octubre.

Cantón Quevedo

Provincia de Los Ríos

País Ecuador

1.4.3. Unidades de observación:

Pacientes de 20 a 45 años con patología diabética

Personal de salud del área de Consulta Externa.

1.5. Justificación

Las enfermedades crónicas, su impacto y tratamiento generalmente se han evaluado en términos de morbilidad y mortalidad; sin embargo, en los últimos años se ha despertado el interés de los clínicos e investigadores por evaluar la calidad de vida de las personas, debido a que esta es una importante variable de resultados en las intervenciones del cuidado de la salud.

La Organización Mundial de la Salud OMS define la calidad de vida (CV) como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes. Se trata de

un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, sus relaciones sociales y espirituales.¹⁶

La Diabetes Mellitus, es una enfermedad crónica que afecta la calidad de vida de las personas, dado a que el tipo de tratamiento a que se somete es de por vida, además de las complicaciones que genera, razón por la cual los profesionales sanitarios enfrentan una difícil tarea, que es la de educar. Sólo se alcanza el éxito si todos los implicados en la atención a las personas con Diabetes reconocen la necesidad del componente educacional, por lo que se debe de asumir alguna forma de aprendizaje a través de actividades educativas sobre tratamientos de la diabetes (dietas, fármacos, ejercicio), hipoglucemias, técnicas de autocontrol, cuidados de los pies y complicaciones tardías.

La pertinencia del proyecto corresponde a detectar mediante la investigación el impacto en la calidad de vida de los pacientes, radicando sus bases en la necesidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes con diagnósticos de diabetes, al ser una enfermedad que degrada no solo la parte física sino su estabilidad emocional y social, es además factible por contar con una amplia gama de bibliografía relacionada al tema, beneficiará a la población objeto de estudio y a los lectores, ya que este trabajo pretende dar una percepción de calidad de intervención de enfermería.

1.6. Objetivos de estudio.

1.6.1. Objetivo General.

- Analizar el impacto de la diabetes en la calidad de vida en pacientes de 20 a 45 años atendidos en la Consulta Externa del Hospital

¹⁶ Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006), Calidad de vida. Disponible en: <http://www.encyclopedia.us.es/index.php/calidaddevida>.

Sagrado Corazón de Jesús, de la ciudad de Quevedo, en el primer semestre del 2012

1.6.2. Objetivos Específicos.

- Determinar los factores de riesgos que deterioran la calidad de vida relacionada a la salud en los pacientes diabéticos de 20 a 45 años.
- Establecer las medidas preventivas que asumen los pacientes diabéticos de acuerdo a su percepción de calidad de vida.
- Desarrollar actividades de enfermería para contribuir al bienestar personal y familiar del paciente diabético.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Alternativas teóricas asumidas

La diabetes es una enfermedad por la cual el organismo no produce suficiente insulina o las células ignoran la insulina, que es la hormona necesaria para transformar el azúcar, el almidón y otros alimentos en la energía que se necesita para la vida cotidiana.

Las personas con diabetes se sienten abrumadas por la carga de su enfermedad y el cuidado demandado para su control, las cargas relacionadas con la salud que la enfermedad impone son físicas, emocionales, sociales y familiares, entre otras, de ahí que el impacto de la enfermedad sea un tema de interés para algunos investigadores (Polonsky, 2000 & Rubin, 2000).

En la práctica clínica, nos encontramos con frecuencia con diabéticos que aunque aptos desde el punto de vista intelectual tienen, y revelan grandes dificultades en la gestión de la enfermedad, tanto en el tratamiento médico y autocontrol glicérico, como incluso en banales situaciones de vida, (control de la alimentación), lo que conlleva a frustración social, sentimientos de culpa, auto desprecio y pérdida de auto-estima y consecuentemente menor Calidad de Vida. Se podría decir: se convierten en malos compañeros para ellos mismos.

La diabetes mellitus, es una enfermedad crónica, requiere educación y cuidados de salud continuos para la prevención de complicaciones agudas y reducción del riesgo de complicaciones tardías, manteniendo así la calidad de vida.

2.2. Marco teórico conceptual

2.2.1. Diabetes

La Diabetes es un conjunto de trastornos metabólicos, que afecta a diferentes órganos y tejidos, dura toda la vida y se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa (es la principal fuente de energía para el metabolismo celular¹⁷. Se obtiene fundamentalmente a través de la alimentación, y se almacena principalmente en el hígado) en la sangre: hiperglucemia (aumento de azúcar en la sangre). La causan varios trastornos, siendo el principal la baja producción de la hormona insulina.

La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

Los síntomas principales de la diabetes mellitus son emisión excesiva de orina (poliuria), aumento anormal de la necesidad de comer (polifagia), incremento de la sed (polidipsia), y pérdida de peso sin razón aparente.¹⁸

2.2.1.1. Tipos de diabetes

La diabetes de tipo 1 o insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia, se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona, sus síntomas consisten, entre otros, en excreción excesiva de orina, sed (polidipsia), hambre constante, pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio.

¹⁷ Harrison (2006), Principios de Medicina Interna 16a edición. McGraw-Hill.

¹⁸ Revista Médica IMSS, (2000), Prevención, tratamiento y control de la Diabetes, México.

La diabetes de tipo 2 o no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta, se debe a una utilización ineficaz de la insulina, este tipo representa el 90% de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física, este tipo de diabetes sólo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños.

La diabetes gestacional es un estado hiperglucémico que aparece o se detecta por vez primera durante el embarazo, pero suele diagnosticarse mediante las pruebas prenatales.

2.2.1.2. Factores de riesgo

Es muy importante tener en mente todos los factores de riesgo que en un momento dado son desencadenantes de diabetes tipo 2. Cuantos más factores de riesgo se presenten en una misma persona, más estará en riesgo de desarrollar diabetes.

Factores genéticos.

Ciertos grupos étnicos parecen especialmente expuestos a desarrollar diabetes, como por ejemplo los indios americanos, las comunidades de las islas del Pacífico, las poblaciones del sur de Asia, los aborígenes australianos, los afro-americanos y los hispanos. Se estima que las personas que tienen un hermano o un familiar con diabetes tipo 2 corre un riesgo de un 40% de desarrollar diabetes a lo largo de su vida. Estos factores de riesgo genéticos hasta el momento no se pueden modificar.

Los estudios sobre gemelos aportan evidencias adicionales de la participación de factores genéticos en la diabetes tipo 2. Los informes iniciales mostraron que había una concordancia del 60 al 100% respecto a la enfermedad entre gemelos idénticos (de una única placenta). En

concordancias de menos del 100%, se considera que existe una influencia de los factores no genéticos en el desarrollo de la diabetes tipo 2.

Características demográficas.

Edad. Antes de los 30 años de edad son pocos los pacientes con diabetes tipo 2, pero a medida que incrementa la edad, también incrementan los pacientes con diabetes tipo 2. El promedio de edad al momento del diagnóstico de diabetes tipo 2 es más bajo en grupos raciales (hispanos, entre otros), que tienen una alta carga genética para el desarrollo de diabetes.

Sexo. A pesar de las inconsistencias en los estudios, los datos nacionales indican que la frecuencia de los pacientes diagnosticados con diabetes tipo 2 después de los 20 años de edad es similar entre mujeres y hombres de raza blanca no hispanos, (4.5 % y 5.2% respectivamente).

Raza. Las personas de origen hispano tienen de 2 a 3 veces mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 que las personas de origen caucásico.

Estilo de vida.

Obesidad. Alrededor de un 80% de los pacientes con diabetes tipo 2 son obesos. El riesgo de desarrollar diabetes aumenta de forma progresiva tanto en varones como en mujeres a medida que aumenta el grado de sobrepeso, fenómeno debido, al menos en parte, a la disminución de la sensibilidad a la insulina a medida que el peso se incrementa. El Instituto de Salud de los Estados Unidos de Norteamérica indican que los individuos obesos tienen por lo menos 5 veces más riesgo de desarrollar diabetes que las personas con peso normal.¹⁹

¹⁹ Reyes A, Garduño J, Fajardo A, Martínez C. (1995) La calidad de vida en el paciente diabético II y factores asociados. Revista médica del IMSS; (33), 293-298.

Las personas con una historia familiar de diabetes (ambos padres con diabetes tipo 2) se hacen más resistentes a la acción de la insulina a medida que aumenta el peso corporal que los que no tiene historia familiar de diabetes tipo 2.

El mayor riesgo de diabetes se asocia a la obesidad central o troncal en la que la grasa se deposita a nivel subcutáneo (debajo de la piel) e intraabdominal (entre las vísceras), se puede evaluar con una simple medición de la circunferencia a nivel de la cintura. En hombres no debe ser mayor a 102 cm y en mujeres no mayor de 88 cm.

Inactividad Física. La actividad física disminuye el riesgo de presentar diabetes tipo 2. En un estudio de 8 años de duración realizado con enfermeras en los Estados Unidos de Norteamérica, un grupo de ellas llevaron a cabo actividad física una o más veces a la semana y otro grupo de enfermeras no realizaron ejercicio, el grupo con actividad física presentó una disminución de un 20% en el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, comparado con el grupo sin actividad física.

La realización de ejercicio (caminar a paso rápido de 30 a 45 minutos) 3 veces por semana está asociado con grandes reducciones en el riesgo del desarrollo de diabetes tipo 2, y los beneficios son mayores en aquellas personas con alto riesgo de diabetes tipo 2, por ejemplo aquellos que son obesos, hipertensos (con elevación de la Presión Arterial) o que tengan una historia familiar de diabetes.

El efecto protector del ejercicio puede ser en la prevención de la resistencia a la acción de la insulina, y produciendo una mejor acción de la insulina en los tejidos muscular, adiposo (grasa) y hepático (hígado).

Dieta. La pobre ingesta de calorías durante las guerras, por la escases de alimentos ha sido asociada con una disminución de la frecuencia de

diabetes. Además de la ingesta de calorías, los componentes de la alimentación tales como hidratos de carbono y grasas son factores que influyen en el incremento de peso y desarrollo de diabetes tipo 2. Una alimentación alta en grasas está asociada a obesidad y a una distribución alterada de la grasa en el cuerpo. Por ejemplo, en personas con alteración a los hidratos de carbono, quienes fueron evaluados durante 2 años, con una alimentación de 40 gramos de grasa por día (360 calorías de grasa al día), incrementaron en 7 veces más el riesgo de diabetes comparado con otros factores de riesgo de diabetes.

Tabaquismo. Estudios sobre el efecto agudo del fumar sobre la tolerancia a la glucosa demuestran que la respuesta metabólica en una prueba con carga (toma oral) de glucosa se altera, dando mayor incremento de glucosa en la sangre (hiperglucemia) con el fumar. Así mismo los fumadores suelen presentar un aumento de las concentraciones en la sangre de insulina y poca acción de la insulina en los tejidos musculares, grasos y del hígado, además las personas que fuman tienen elevación del colesterol (grasa) malo (LDL), y esta elevación del colesterol es un factor de riesgo también para el desarrollo de diabetes tipo 2.

Urbanización. Ciertos cambios en el estilo de vida en grupo de población susceptible, pueden incrementar el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. La urbanización es generalmente relacionada a grandes cambios en el estilo de vida, como son la alimentación, la actividad física, así como un incremento en la obesidad, la cual puede incrementar el riesgo de intolerancia a la glucosa y diabetes tipo 2.

El consumo de alimentos con alto contenido de energía como son las grasas y los carbohidratos simples sustituyen a los alimentos tradicionales como las leguminosas y los vegetales. Menor actividad física es otro elemento de las áreas urbanas y aunado al mayor consumo de alimentos de

escaso valor nutricional trae como consecuencia obesidad y una mayor susceptibilidad a diabetes tipo 2.

Alteraciones metabólicas.

Alteración de la a la Glucosa (Pre diabetes). Estudios recientes en diferentes países ha demostrado que en grupos de pacientes con pre diabetes se puede retardar o prevenir la progresión a diabetes tipo 2. Un estudio norte americano llamado Programa de Prevención de Diabetes, que se realizó en 27 centros de investigación, con 3 200 adultos mayores de 25 años de edad, con alteraciones a la glucosa. Este estudio de 3 años de duración, reportó que una modesta disminución de peso, y ligeros cambios en el estilo de vida reduce en un 58 % la presentación de nuevos casos de diabetes tipo 2. Este estudio PPD mostró que es posible prevenir o retardar del desarrollo de diabetes entre los individuos con un alto riesgo de diabetes tipo 2, independientemente de su edad, sexo, y raza.

La Asociación Americana de Diabetes recomienda que todas las personas con pre diabetes, con sobrepeso y edad mayor de 45 años, deben ser considerados candidatos para prevención de diabetes, igual que personas menores de 45 años de edad, con sobrepeso, pre diabetes y otros factores de riesgo.

Resistencia a la Acción de la Insulina. Sin lugar a dudas la resistencia a la acción de la insulina es el elemento central que habrá que tomarse en cuenta en toda persona como parte de los factores de riesgo no sólo para diabetes tipo 2 sino en general como elemento de riesgo para las enfermedades cardiovasculares.²⁰

²⁰ Beare y Myers. (2002), Enfermería Medicoquirúrgica. (3 a Edición) Volumen No. 2 Madrid España.

Algunos estudios indican que la resistencia a la acción de la insulina aparece antes que la alteración de la secreción (producción) de insulina por el páncreas.

Ambas alteraciones conllevan a una elevación en la sangre de glucosa y cuando esta elevación en ayuno es igual o mayor a 126 mg/dl se establece el diagnóstico de diabetes.

Embarazo. Hay una relación directa entre el número de embarazos con la probabilidad de desarrollar diabetes mellitus tipo 2; a mayor número de embarazos mayor probabilidad de desarrollar diabetes. Además, la mujer que presenta diabetes gestacional (diabetes durante el embarazo, es decir, antes del embarazo la mujer no tenía diabetes) y que normaliza su glucosa (azúcar) después del embarazo tiene un riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 de aproximadamente 5 a 10% cada año, en otras palabras 5 a 10 pacientes que tuvieron diabetes gestacional, después del parto cada año presentarán diabetes.

2.2.1.3. Consecuencias frecuentes de la diabetes

Con el tiempo, la diabetes puede dañar el corazón, los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios.

Cuadro N°2.- Porcentaje de complicaciones diabéticas.

Consecuencias	Porcentaje
Cardiopatía y accidente vascular	50%
La neuropatía de los pies	50%
La retinopatía diabética (ceguera)	2% de los pacientes se quedan ciegos. 10% sufren un deterioro grave de la visión.
Insuficiencia renal	10 a 20%

El diagnóstico se puede establecer tempranamente con análisis de sangre relativamente.

El tratamiento de la diabetes consiste en la reducción de la glucemia y de otros factores de riesgo conocidos que dañan los vasos sanguíneos. Para evitar las complicaciones también es importante dejar de fumar.

2.2.1.4. Diagnóstico de la diabetes.

- Síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia y pérdida inexplicada de peso) y una glucemia ocasional en plasma venoso superior a 200mg/dl. Se define ocasional en cualquier momento del día, sin tener en cuenta el tiempo transcurrido tras la última comida.
- Glucemia en ayunas en plasma venoso = 126 mg/dl. Consideramos ayuno como no aportación calórica en las últimas 8 horas.
- Glucemia a las 2 horas de una sobrecarga oral de glucosa = 200 mg/dl.
- (Según la OMS la sobrecarga oral de glucosa se realizara con una disolución de 75grs. de glucosa en agua).

Es necesario realizar una segunda confirmación del diagnóstico unos días después de haber realizado la primera prueba a no ser que la persona presente síntomas claros de hiperglucemia y descompensación aguda.

La prueba diagnóstica de elección es la glucemia en ayunas en plasma venoso. La sobrecarga oral de glucosa no se recomienda como prueba rutinaria sino que se aconseja su utilización tras una glucemia basal alterada o con glucemia basal normal pero con factores de riesgo de padecer diabetes.

Existen dos categorías diagnósticas con un alto riesgo de desarrollo futuro de diabetes y enfermedades vasculares que son:

- Glucemia basal alterada: Se define cuando la glucemia tras una determinación de glucosa basal en plasma venoso se encuentra entre 110 y 125mg/dl.
- Intolerancia hidrocarbonada: Se define cuando la glucemia a las 2 horas tras una sobrecarga oral de glucosa se encuentra entre 140 y 199mg/dl

2.2.1.5. Tratamiento.

El tratamiento de la diabetes mellitus se basa en tres pilares: dieta, ejercicio físico y medicación. Tiene como objetivo mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de la normalidad para minimizar el riesgo de complicaciones asociadas a la enfermedad.²¹ En muchos pacientes con diabetes tipo II no sería necesaria la medicación si se controlase el exceso de peso y se llevase a cabo un programa de ejercicio físico regularmente. Sin embargo, es necesario con frecuencia una terapia sustitutiva con insulina o la toma de fármacos hipoglucemiantes por vía oral.

- **Fármacos hipoglucemiantes orales.** Se prescriben a personas con diabetes tipo II que no consiguen descender la concentración de azúcar en sangre a través de la dieta y la actividad física, pero no son eficaces en personas con diabetes tipo I.
- **Tratamiento con insulina.** En pacientes con diabetes tipo I es necesario la administración exógena de insulina ya que el páncreas es incapaz de producir esta hormona. También es requerida en diabetes tipo II si la dieta, el ejercicio y la medicación oral no consiguen controlar los niveles de glucosa en sangre. La insulina se administra a través de inyecciones en la grasa existente debajo de la piel del brazo, ya que si se tomase por vía oral sería destruida en aparato digestivo antes de pasar al flujo sanguíneo. Las necesidades de insulina varían en función de los alimentos que se ingieren y de la actividad física que se realiza.

²¹ <http://www.dmedicina.com/enfermedades/digestivas/diabetes>

Las personas que siguen una dieta estable y una actividad física regular varían poco sus dosis de insulina. Sin embargo, cualquier cambio en la dieta habitual o la realización de algún deporte exigen modificaciones de las pautas de insulina. La insulina puede inyectarse a través de distintos dispositivos:

- **Jeringuillas tradicionales**, de un solo uso, graduadas en unidades internacionales (de 0 a 40).
- **Plumas para inyección de insulina**. Son aparatos con forma de pluma que tienen en su interior un cartucho que contiene la insulina. El cartucho se cambia cuando la insulina se acaba, pero la pluma se sigue utilizando.
- **Jeringas precargadas**. Son dispositivos similares a las plumas, pero previamente cargados de insulina. Una vez que se acaba la insulina se tira toda la jeringa. El nivel de glucosa en sangre depende de la zona del cuerpo en que se inyecta la insulina. Es aconsejable que se introduzca a través del abdomen, los brazos o muslos. Penetra más rápidamente si se inyecta en el abdomen. Se recomienda inyectar siempre en la misma zona, aunque desplazando unos dos centímetros el punto de inyección de una vez a otra. Hay que evitar las inyecciones en los pliegues de la piel, la línea media del abdomen y el área de la ingle y el ombligo.

2.2.1.6. Medidas preventivas.

La Diabetes no se controla sólo con la toma de medicamentos. Como otras enfermedades requiere de un estilo de vida desde la alimentación, la actividad física, y la permisividad del estrés.

Para su alimentación el diabético necesita consultar a un dietista. Si padece del tipo uno se le orientará tomar los alimentos a la misma hora y de

forma tal que no aumenten o disminuyan los niveles de glucosa en la sangre. Para el tipo dos es recomendable una dieta balanceada y baja en grasas.

Otra forma de controlar la Diabetes es el ejercicio. Este dependerá de la edad y la salud actual del paciente. Se sabe que un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular es más común en diabéticos con vida sedentaria. Aunque la actividad física intensa puede exigir un cambio en las dosis del medicamento y en la dieta.

También es significativo el cuidado de los pies. Se sabe que el 75% de las amputaciones a diabéticos se hubieran evitado con las siguientes medidas: revisar cuidadosamente los pies todos los días e informar inmediatamente al médico si se encuentra alguna lesión.²²

Del mismo modo se deben lavar con agua tibia y un jabón suave, luego suavizarlos con alguna vaselina. Es importante usar zapatos cómodos que cubran completamente el pie, y hacer ejercicios para la circulación de los mismos.

2.2.2. Calidad de vida en diabetes

Actualmente en el área de la salud, se vuelve cada vez más importante la preservación de la calidad de vida de los pacientes por medio de la prevención o tratamiento de las enfermedades. La calidad de vida es un concepto multidimensional que incluye una diversidad de factores, de entre los cuales el estilo de vida, morada, satisfacción con el trabajo, la situación económica, el acceso a los servicios públicos, las comunicaciones, la urbanización, la criminalidad, entre otros que la componen el contexto social y que influyen el desarrollo humano de una comunidad. Definir completamente calidad de vida, sin embargo, es una tarea difícil y aún no

²² ASOCIACIÓN ANDALUZA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA (ASANEC). (2003) Guía de Atención Enfermera a Personas con Diabetes. (1a Edición) Andalucía, Madrid.

concluida en el medio científico. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), calidad de vida corresponde a la “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, modelos y preocupaciones”.

En relación a la enfermedad, la diabetes puede afectar profundamente a la calidad de vida en términos de bienestar psicológico y social, de la misma forma que en términos físicos. Un estudio español comparando diabéticos hospitalizados con la población en general evidenció una peor percepción de esos pacientes con relación a su calidad de vida. Ese impacto, vivido por muchos pacientes después del diagnóstico de la enfermedad, puede estar ligado también al tratamiento, comúnmente compuesto de una rutina rígida de dieta, ejercicios físicos, automonitorización y administración de medicamentos.

La diabetes puede afectar negativamente al bienestar físico por la aparición de complicaciones agudas y crónicas y por los síntomas físicos y exigencias del tratamiento. En diabéticos tipo 2, las complicaciones parecen afectar la calidad de vida, pero no las acciones que intentan un control intensivo de la glucemia o presión arterial. Desde el punto de vista psicológico, la cronicidad de la enfermedad y su difícil control pueden afectar al humor y a la auto-estima, generando frustración y síntomas ligados a la depresión y ansiedad. Socialmente, la relación con familiares y amigos puede verse afectada frecuentemente por las imposiciones de la enfermedad. Restricciones dietéticas o sexuales pueden llevar a conflictos, contribuyendo para la bajada del bienestar del paciente²³.

La calidad de vida en la diabetes puede ser afectada por acciones clínicas como el control de la glucemia. Guttman-Bauman y col, observaron que en adolescentes diabéticos tipo 1, un mejor control glucémico estaba asociado a una mejor calidad de vida. Otros autores sugieren un aumento de

²³ Gamboa Terrones Juana, (2004), Calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

la calidad de vida asociada a la automonitorización y mayor autonomía del paciente. Algunos estudios comprobaron que, incluso en pacientes con diabetes tipo 2, complicaciones crónicas, como neuropatía, nefropatía, enfermedad cardíaca e infarto afectan negativamente a la calidad de vida.

La calidad de vida en pacientes con diabetes ha sido un importante indicador de medida de los resultados del tratamiento, además de contribuir para decisiones terapéuticas y de distribución de recursos en la política de salud.

2.2.3. Intervención de enfermería²⁴

A todo paciente que acude a consulta, una vez diagnosticado de Diabetes Mellitus, se le debe realizar una valoración de enfermería. La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Se propone realizar la valoración según los patrones de Marjory Gordon, con la cual se busca la determinación del perfil funcional del individuo y la localización de aquellos Patrones Funcionales que están alterados, o en peligro de alteración, en alguna medida, para posteriormente determinar un diagnóstico enfermero que describa esa situación.

1. Valoración de enfermería:

Consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

²⁴ Consejo General de Enfermería, (2011), Atención de Enfermería al paciente Diabético – protocolo, Madrid.

Patrón 1. Percepción/ manejo de la salud: Determinar las percepciones sobre la salud, el manejo y las actuaciones que realiza para mantener la salud.

- Saber cómo se encuentra y las enfermedades que padece (diagnósticos médicos).
- Conocimiento y percepción que tiene sobre la enfermedad.
- Antecedentes familiares de DM, enfermedad cardiovascular, enfermedad renal, HTA y/o dislipidemias.
- Antecedentes personales (si DM diagnosticada con anterioridad, valorar antigüedad, síntomas, grado evolutivo o complicaciones y tratamiento de las mismas).
- Signos y síntomas de hiperglucemia y/o hipoglucemia.
- Medicamentos que toma, ya sean para el control de la diabetes como de otras patologías, prestando especial interés por aquellos que puedan alterar las cifras de glucemia (ADO, diuréticos, corticoides, etc.).
- Alergias, vacunas, prácticas perjudiciales para la salud (alcohol, tabaco, drogas, etc.).

Patrón 2. Nutricional/metabólico: Valorar el estado nutricional del paciente. Se incluye en este patrón la valoración de la piel y la ingesta de líquidos.

- Número de comidas y horarios (si tiene prescrita alguna dieta especial, disfagia creciente, deglución dolorosa, sensación de plenitud, náuseas y/o vómitos, dentición, pirosis, etc.). Gustos y preferencias.
- Distribución y tipos de hidratos de carbono en las distintas comidas.
- Estado de hidratación. Cuantificación de líquidos/día. Signo del pliegue cutáneo, sensación de sed.
- Examen de piel, boca, piernas, pies, y zonas de inyección. hábitos de ducha y/o baño, frecuencia.
- Peso, talla, IMC y/o perímetro abdominal, glucemia.

Patrón 3. Eliminación: Valorar la eliminación a través de las diferentes vías renal, digestiva, cutánea y respiratoria. Incluye la valoración de cantidad y calidad.

- Patrón habitual de evacuación: estreñimiento o diarrea, frecuencia, hemorroides.
- Urinaria: poliuria, características de la orina.
- Sudoración: excesiva, con fuerte olor.
- Es portador el paciente de ostomía, drenaje o sonda. Presencia o no de signos y/o síntomas de alteraciones.

Patrón 4. Actividad/ejercicio: Valorar el estado respiratorio y cardiaco, el tipo de actividad que desarrolla, su movilidad, estado de las articulaciones, musculatura

- Autocuidados: necesidad de ayuda para higiene, alimentación, vestido, movilidad en general. Presenta debilidad, cansancio.
- Práctica de ejercicio regular aeróbico. Tipo de ejercicio y horarios. Limitaciones.
- Presión arterial y respiración.

Patrón 5. Descanso/sueño: Valorar el ritmo de descanso y la satisfacción que este descanso produce.

- Valoración de signos y síntomas de sueño insuficiente: nerviosismo, irritabilidad, letargia, apatía, bostezos y cambios posturales frecuentes.
- Toma medicamentos para dormir.
- Valoración de factores que afecten el sueño: internos (nicturia, tos, regurgitaciones, etc.). Externos (cambios ambientales, sociales, etc.).

Patrón 6. Cognitivo/perceptivo: Valorar el estado de los sentidos, la percepción de dolor y todas aquellas situaciones que pueden significar un riesgo para el paciente.

- Capacidad para leer y escribir.

- Alteraciones sensoriales que pueden influir en el manejo de la diabetes y su tratamiento, como la disminución de la capacidad visual, audición, memoria, reflejos.
- Conocimientos sobre la enfermedad y su tratamiento (alimentación, ejercicio y farmacoterapia). También complicaciones y el uso de los servicios sanitarios.
- Siente dolor o malestar físico, como lo mejora.

Patrón 7. Autopercepción/autoconcepto: Valorar los sentimientos que experimenta en relación con las circunstancias que vive y la percepción que tiene de sí mismo

- Sentimientos que ha generado el diagnóstico de DM y su influencia en la vida diaria, alteración de la autoestima, temor.
- Capacidad para expresar emociones y miedos.

Patrón 8. Rol/relaciones: Valorar la situación social, su relación con el núcleo familiar, el desarrollo de su papel en el grupo social donde vive, etc.

- Relaciones familiares, vive solo o en familia. Presencia de cuidador. Como acepta la familia la enfermedad actual.
- Trabajo/actividad. Participa en las actividades comunitarias.

Patrón 9. Sexualidad/reproducción: Valorar la fertilidad del sujeto, estado de su aparato reproductor, satisfacción sexual de la persona, aceptación de la sexualidad.

- Cuestionar por problemas sexuales. Hombre: problemas de próstata. Mujer: menstruación, menopausia. Utilización de métodos anticonceptivos.

Patrón 10. Adaptación/tolerancia al estrés: Valorar la adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas

de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

- Afrontamiento de la enfermedad, alteración en los patrones de comunicación.
- Cambios significativos en su vida y como lo ha vivido. Alguien cercano a quien contarle sus problemas.
- Capacidad para reconocer síntomas de hiperglucemia o hipoglucemia, y para corregirlos.

Patrón 11. Valores/Creencias: Valorar cuáles son los valores y creencias y las dificultades que en determinadas circunstancias puede tener para poder satisfacerlos.

- ✓ Interferencias de la enfermedad en prácticas religiosas habituales o creencias, tradiciones familiares, cultura.

2. Diagnósticos de enfermería²⁵:

Entrevista

- Evaluar el cumplimiento del tratamiento farmacológico, y los posibles efectos adversos e interacciones.
- Valorar el cumplimiento en cuanto a restricciones dietéticas (azúcares, grasas, “productos para diabéticos”, etc.).
- Valorar la presencia o ausencia de conductas generadoras de salud (práctica de ejercicio, dieta, hábitos tóxicos, etc.), así como la motivación del paciente y su respuesta ante la enfermedad.
- Valorar registros de la libreta de autoanálisis del paciente, así como la incidencia de cuadros de híper/hipoglucemia.
- Evaluar la presencia de signos y/o síntomas de complicaciones (cambios en la agudeza visual, dolor torácico con esfuerzo o en reposo, claudicación intermitente, impotencia, parestesias, etc.)

²⁵ Mary Ann Lavin, SCD, RN, CS, ANP Y FAAN. (2005), Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2,003-2,004 NANDA Internacional (3a Edición) Madrid, España.

Según la valoración realizada con cada paciente en distintas atenciones se han podido encontrar una serie de diagnósticos enfermeros; que como es lógico, van a diferir de unos pacientes a otros.

Entre los más frecuentes según la bibliografía consultada, destacan los que se enuncian a continuación, de acuerdo a la Taxonomía NANDA (North American Nurses Diagnostics Association).

A partir de ellos se inicia una serie de criterios de resultados (O), intervenciones (I) y de actividades enfermeras. Para ello se ha utilizado la taxonomía de la NANDA, y los objetivos e intervenciones según NOC y NIC.

Diagnósticos más frecuentes

- ✓ Alteración de la nutrición relacionada con el aporte excesivo de nutrientes.
- ✓ Alteración de la perfusión tisular periférica relacionado con el deterioro de la circulación arterial.
- ✓ Alteración del mantenimiento de la salud por déficit de conocimientos relativo al cuidado de la diabetes.
- ✓ Alteraciones sensoriales y de la percepción relacionadas con la perfusión tisular alterada.
- ✓ Disfunción sexual relacionada con la neuropatía asociada a la enfermedad.
- ✓ Impotencia relacionada con la pérdida del control personal.
- ✓ Incumplimiento del tratamiento relacionado con las restricciones en el estilo de vida y los cambios en la dieta, la medicación y el ejercicio.
- ✓ Manejo ineficaz del régimen terapéutico relacionado con la complejidad del mismo.
- ✓ Riesgo de alteración de la integridad cutánea relacionado con la pérdida de la percepción del dolor en las extremidades.

- ✓ Riesgo de infección relacionado con la hiperglicemia, la cicatrización incorrecta y los cambios circulatorios.

Intervención de enfermería.- Educación para la salud

A pesar de todos los avances en el tratamiento de la diabetes, la educación del paciente sobre su propia enfermedad sigue siendo la herramienta fundamental para el control de la diabetes. La gente que sufre de diabetes, a diferencia de aquellos con muchos otros problemas médicos, no puede simplemente tomarse unas pastillas o insulina por la mañana, y olvidarse de su condición el resto del día. Cualquier diferencia en la dieta, el ejercicio, el nivel de estrés, u otros factores puede afectar el nivel de azúcar en la sangre. Por lo tanto, cuanto mejor conozcan los pacientes los efectos de estos factores, mejor será el control que puedan ganar sobre su condición.

DIETA

El tratamiento dietético es un pilar fundamental en el manejo de la DM y en muchas ocasiones es probablemente la única intervención necesaria. En líneas generales, la dieta debe ir orientada hacia la consecución y mantenimiento de un peso aceptable y de unos niveles óptimos de glucosa, lípidos y tensión arterial. La proporción de nutrientes no será distinta a la recomendada en la población general, debiendo comer suficientes hidratos de carbono en cada comida y evitar los azúcares solubles y sus derivados por su rápida absorción que eleva la glucemia post-prandial. Se recomienda que el total de calorías consumidas a lo largo del día se repartan en 4 ó 5 comidas.

En el diabético tipo 1 la dieta se mostrará de una forma positiva, haciéndole ver que no tendrá que modificar la mayoría de sus hábitos alimentarios. En los diabéticos obesos (generalmente tipo 2) será necesaria una dieta hipocalórica hasta la consecución de un peso aceptable, lo que

obligará a evitar los alimentos grasos y reducir el consumo de aquellos con un contenido calórico medio, como los ricos en hidratos de carbono y proteínas, permitiendo comer libremente aquellos alimentos de bajo contenido calórico, como los vegetales o las infusiones sin azúcar.

En los pacientes en tratamiento con insulina es importante que exista una regularidad tanto en los horarios como en la cantidad y composición de las comidas, y una sincronía adecuada entre éstas y la farmacocinética del tipo de insulina que se utilice, aunque en los diabéticos en tratamiento intensivo es posible una mayor flexibilidad.

Finalmente la dieta también debe servir para la prevención y tratamiento de las complicaciones agudas del tratamiento de la DM (hipoglucemia) y de las complicaciones crónicas. Es muy importante que el diabético en tratamiento farmacológico sepa perfectamente que, ante síntomas típicos de hipoglucemia, debe tomar inmediatamente 3-4 terrones de azúcar o una bebida azucarada (por ejemplo zumo de frutas) y que debe llevar siempre consigo este tipo de alimentos.

Cuadro Nº 3.- Valor del índice glucémico de algunos alimentos

Pan blanco 100	
Pan de centeno 90-95	Puré de patata 100
Patata hervida 80	Plátano 85
Zumo de naranja 70	Naranja 60
Manzana 55	Arroz blanco (15 min. de cocción) 80
Pastas alimentarias (índice medio) 50	15 min. de cocción 60
5 min. de cocción 45	Garbanzos 50
Habichuelas 40-50	Lentejas 30-40
Leche y yogur enteros 50	Leche descremada 45

Recomendaciones para la dieta por intercambio de raciones:

- La sustitución de una ración por otra debe hacerse siempre en la misma comida.

- Los alimentos que contienen hidratos de carbono no pueden ser suprimidos ni acumulados en la siguiente comida.
- Las frutas y farináceos deben pesarse o medirse (vaso medidor).
- Las sustituciones deben hacerse sólo dentro del mismo grupo de alimentos.
- Las raciones asignadas no deben ser necesariamente del mismo alimento. Así, cuatro raciones de farináceos pueden ser tres de arroz y una de pasta.

2.3. Hipótesis

2.3.1. Hipótesis General.

- La diabetes por sus complicaciones tiene un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes de 20 a 45 años atendidos en la Consulta Externa del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, de la ciudad de Quevedo, en el primer semestre del 2012

2.3.2. Hipótesis Derivadas.

- Los factores de riesgos genéticos, demográficos y estilos de vida de los pacientes diabéticos de 20 a 45 años son causas que deteriora su calidad de vida relacionada a la salud.
- Las medidas preventivas de control alimentario, ejercicio y cuidado de pies que asumen los pacientes diabéticos están acorde a la percepción de su calidad de vida.
- El desarrollo de actividades educativa de enfermería está contribuyendo al bienestar personal y familiar del paciente diabético.

2.4. Variables:

2.4.1. Variables independientes:

- Diabetes
- Factores de riesgos
- Medidas preventivas
- Actividades de enfermería

2.4.2. Variables dependientes:

- Calidad de vida
- Calidad de vida relacionada a la salud
- Percepción de su calidad de vida
- Bienestar personal y familiar

2.5. Operacionalización de las variables.

- Los factores de riesgos genéticos, demográficos y estilos de vida de los pacientes diabéticos de 20 a 45 años son causas que deteriora su calidad de vida relacionada a la salud.

Cuadro Nº 4.- Operacionalización de variable de la primera hipótesis derivada.

Concepto	Variables	Indicadores	Ítems.
Toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad	Factores de riesgos	Factor genético. Estilo de vida	De sus familiares quien padece de Diabetes. Padres. Hermanos. Abuelos. Tíos Ninguno Usted se considera una persona con un peso Normal. Delgado. Sobrepeso Realiza usted algún tipo de deporte. Caminata. Bailoterapia. Gimnasia Otras. Ninguno. Es usted un fumador. Diario. Semanal. Ocasional. No fuma.
Bienestar, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida.	Calidad de vida relacionada a la salud	Perfiles sociodemográficos Perfiles educativos Perfil clínico	Cuál es su edad Sexo: Femenino Masculino. Cuál es su nivel de instrucción educativa. Primaria. Secundaria. Bachiller. Universitaria. Profesional. Ninguna. Tiempo de padecer la diabetes Meses. 1 a 3 años. 4 años y más

- Las medidas preventivas de control alimentario, ejercicio y cuidado de pies que asumen los pacientes diabéticos están acorde a la percepción de su calidad de vida.

Cuadro Nº 5.- Operacionalización de variable de la segunda hipótesis derivada.

Concepto	Variables	Indicadores	Ítems.
Acciones para prevenir que ocurra algún acontecimiento desagradable de cualquier índole.	Medidas preventivas	Alimentación. Cuidados de los pies. Control de glucosa	<p>Considera usted que cumple con la dieta establecida por el médico bajas en grasas. Si. No. De vez en cuando.</p> <p>Conoce usted a cerca de las frutas que pueden control los niveles de glucosa para nivelar la diabetes. Si. No.</p> <p>Presenta lesiones en miembros inferiores. Si. No.</p> <p>Posee usted un glucómetro en casa (aparato para medir la glucosa en domicilio). Si. No.</p>
Representación consciente del entorno en que vive.	Percepción de su calidad de vida	Complicaciones. Síntomas.	<p>Presencia de complicaciones. Retinopatías. Nefropatías. Neuropatías. Cardiopatías.</p> <p>Qué tan frecuente siente hormigueo, entumecimiento o ardor en sus pies Nunca Algunas veces Con frecuencia Siempre</p>

- El desarrollo de actividades educativa de enfermería está contribuyendo al bienestar personal y familiar del paciente diabético.

Cuadro Nº 6.- Operacionalización de variable de la tercera hipótesis derivada.

Concepto	Variables	Indicadores	Ítems.
Acciones o procedimientos encaminados a satisfacer las necesidades de los pacientes.	Actividades de enfermería	Atención. Directa. Educativa.	El personal de enfermería utiliza formulario de valoración en expediente clínico. Si. No. El personal de enfermería maneja protocolo de atención propio de diabetes. Si. No. Los diagnósticos de enfermería son difundidos por el personal al equipo de salud Si. No. Manejan una guía propia alimentaria para pacientes diabéticos. Si No.
Conjunto de factores que participan en la calidad de la vida de la persona y su familia.	Bienestar personal y familiar	Apoyo familiar	¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere con su vida sexual? Nunca Algunas veces Con frecuencia Siempre ¿Cuánto apoyo recibe de su familia? Mucho Poco Nada Con qué frecuencia encuentra que su diabetes limita sus relaciones sociales y con amistades Nunca Algunas veces Con frecuencia Siempre

2.6. Glosario.

1. **Calidad de Vida.**- es la experiencia personal del paciente diabético sobre los efectos de su enfermedad y tratamiento en los ámbitos físico, emocional y social (Jacobson et al., 1988).
2. **Sintomatología.**- Son las manifestaciones físicas, psicológicas y sociales que el paciente refiere tener como consecuencia de la diabetes e inadecuada atención y control de la misma.
3. **Impacto.**- Es el resultado de la sintomatología derivada de la diabetes, que se manifiesta con limitación de actividades, que en condiciones normales la persona realizaría como parte de su vida diaria. El impacto es a nivel fisiológico, psicológico y social.
4. **Bienestar.**- Hace referencia al conjunto de aquellas cosas que se necesitan para vivir bien.
5. **Valoración.**- Es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
6. **Diagnóstico de Enfermería.**- Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
7. **Planificación.**- Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
8. **Ejecución.**- Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
9. **Evaluación.**- Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos
10. **Entrevista.**- Es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son
 - Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
 - Facilitar la relación enfermera/paciente.
 - Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.

- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.
- 11. Retinopatía diabética.-** Es una complicación ocular de la diabetes, causada por el deterioro de los vasos sanguíneos que irrigan la retina del fondo del ojo. El daño de los vasos sanguíneos de la retina puede tener como resultado que estos sufran una fuga de fluido o sangre. Cuando la sangre o líquido que sale de los vasos lesiona o forma tejidos fibrosos en la retina, la imagen enviada al cerebro se hace borrosa.
 - 12. Neuropatía diabética:** neuropatía o trastorno neuropático a los cuales se asocian diabetes mellitus. Estos estados se piensan para resultar de lesión microvascular diabética que involucra los vasos sanguíneos menores que suministra los nervios de los vasos. Los estados relativamente comunes que se pueden asociar a neuropatía diabética incluyen tercera parálisis del nervio; mononeuropatía; mononeuropatía múltiple; amiotrofia diabética; polineuropatía dolor; neuropatía autonómica; y neuropatía toracoabdominal
 - 13. Angiopatía diabética.-** Es una enfermedad de los vasos sanguíneos relacionada con el curso crónico de la diabetes mellitus, la principal causa de insuficiencia renal a nivel mundial. La angiopatía diabética se caracteriza por una proliferación del endotelio, acumulo de glicoproteínas en la capa íntima y espesor de la membrana basal de los capilares y pequeños vasos sanguíneos. Ese espesamiento causa tal reducción de flujo sanguíneo, especialmente a las extremidades del individuo, que aparece gangrena que requiere amputación, por lo general de los dedos del pie o el pie mismo. Ocasionalmente se requiere la amputación del miembro entero. La angiopatía diabética es la principal causa de ceguera entre adultos no ancianos en los Estados Unidos. En Cuba, la tasa de angiopatías periféricas en la población diabética alcanzan los 19,5 por cada 100 mil habitantes

CAPITULO III

3. METODOLOGIA.

3.1. Tipo o nivel de investigación.

Descriptiva: consiste en conocer la relación de ambas variables de estudio como son la diabetes y la calidad de vida para lo cual se formula la hipótesis respectiva, sustentada con fuentes científicas y técnicas para la recolección de los datos, lo que permite la descripción, análisis e interpretación de los datos obtenidos en términos claros y precisos.

Explicativa: porque busca el porqué de los hechos a través del análisis científico de las diversas teorías y la comprensión de los resultados del estudio de campo que determiné la comprobación de la hipótesis, para la emisión de los resultados y conclusiones.

3.2. Universo y muestra.

La población sujeta a investigar son los pacientes con diagnóstico de Diabetes de 20 a 45 años, que asisten a Consulta externa del Hospital “Sagrado Corazón de Jesús”, de la ciudad de Quevedo (168), y al personal de salud que son (17).

Para determinar la muestra de los pacientes objeto en estudio, se utiliza la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N}{e^2(N-1)+1}$$

n= muestra.

N= Población total.

E= margen de error.

$$n = \frac{168}{0.07^2 (168-1)+1}$$

$$n = \frac{168}{0.0049 (167)+1}$$

$$n = \frac{168}{1.8183} = 92 \text{ pacientes.}$$

La muestra será de 92 pacientes con Diagnósticos de Diabetes de 20 a 45 años de edad.

Cuadro Nº 7.- Porcentaje de la muestra en relación a la población total.

Grupos	Población	Muestra	Porcentaje
Pacientes	168	92	55%
Personal de Salud	15	15	100%

3.3. Métodos y técnicas de recolección de información

Método.

Método descriptivo.

Utilizado con el propósito de describir cómo son y cómo se manifiestan los hechos o fenómenos observados en el problema de la diabetes y su impacto en la calidad de vida.

Método Estadístico.

Usado en la recopilación, elaboración, interpretación de datos numéricos por medio de la búsqueda de la información a través del estudio de campo.

Técnicas:

La observación.

Se basó en la observación de los pacientes que acudieron a consulta durante el ejercicio preprofesional de pasantía en dicho Hospital, detectándose el problema, lo que determinó el interés para plantear un alternativa preventiva promocional

La encuesta

Se obtiene información de los sujetos de estudios, a través de un formulario de preguntas para cada grupo humano.

3.4. Procedimiento para la obtención de datos.

- Aplicación de encuesta a los grupos involucrados en el estudio.
- Para obtener la información y tener la fundamentación teórica y práctica del trabajo investigativo fue necesario acudir a fuentes de consulta tomando como base textos que constan en la biblioteca respectiva de internet.

3.5. Procesamiento de datos.

- Revisión crítica de la información recogida es decir limpieza de la eliminación defectuosa, incompleta, etc.
- Luego se procederá a realizar la tabulación respectiva para después representarlos mediante gráficos.
- Aplicación de programa Excel y de sus herramientas estadísticas.

- Aplicación de la prueba estadística de frecuencia y porcentaje cuya fórmula es número x la cantidad de porcentaje a obtener / (dividido) entre 100, aplicando el sistema operativo de Excel para la tabulación y la graficación.

3.6. Recursos.

Recurso humano

- ◇ Investigadoras
- ◇ Directora de tesis
- ◇ Personal que labora en el área de Consulta Externa del Hospital.
- ◇ Pacientes con diagnóstico de Diabetes atendidos en Consulta Externa del Hospital.

Recurso material

Carpetas, suministros de oficina, computadora, tinta para impresora, xerocopia, textos, pendriver, CD, cuaderno de nota.

Cuadro Nº 8.- Presupuesto

RUBROS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	SUBTOTAL
• Suministro de oficina	1000 hojas	4,00	8,00
• Xerocopia	500 copias	0,05	25,00
• Servicio de Internet	15 horas	1,00	15,00
• Pendriver	1	14,00	14,00
• Transporte	12 visitas	4,00	96,00
• Digitación	350 hojas	1,00	350,00
• Impresión	500 hojas	0,25	125,00
• Anillado	6	2,00	12,00
• Empastado	3	12,00	36,00
• Lunch	24 almuerzos	2,50	60,00
Subtotal			741,00
• Imprevisto 5%			37,00
TOTAL			778,00

Son: Setecientos setenta y ocho dólares, los mismos que son financiados por las investigadoras.

CAPITULO IV

4. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.

4.1. Tabulación e interpretación de datos.

Resultados de la encuesta a los pacientes asistidos en el área de consulta externa del hospital “Sagrado Corazón de Jesús”

Edad.

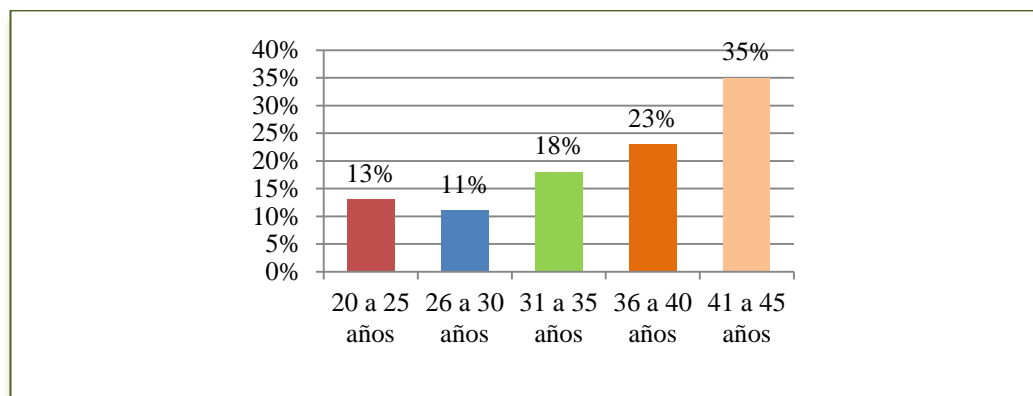
TABLA N°1

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 a 25 años	12	13%
26 a 30 años	10	11%
31 a 35 años	17	18%
36 a 40 años	21	23%
40 a 45 años	32	35%
TOTAL	92	100%

Fuente: Pacientes diabéticos, área Consulta Externa Hospital Quevedo, año 2012

Investigadoras: Jéssica Mosquera Gómez y Katherine Gaibor Véloz.

GRÁFICO N°1



Discusión de datos.

El mayor porcentaje de encuestados se ubica en las edades de 41 a 45 años de edad con un 35%, y el menor número entre 26 a 30 años con un 11%.

Sexo:

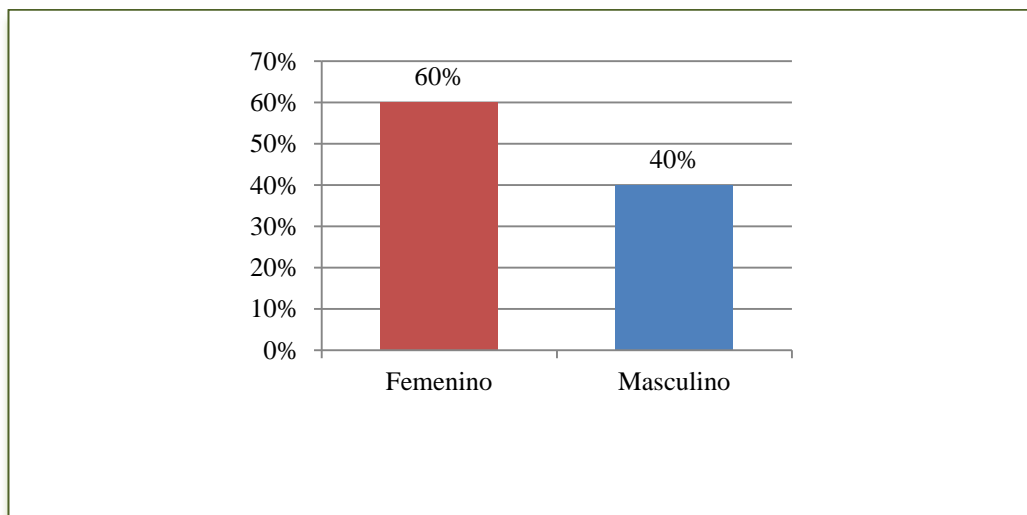
TABLA N°2

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	55	60%
Masculino	37	41%
TOTAL	92	100%

Fuente: Pacientes diabéticos, área Consulta Externa Hospital Quevedo, año 2012

Investigadoras: Jéssica Mosquera Gómez y Katherine Gaibor Véloz.

GRÁFICO N°2



Discusión de datos.

El 60% de los encuestados son de sexo femenino mientras que el 40% de sexo masculino, se concluye que el género con mayor incidencia de diabetes esta en el sexo femenino.

Pregunta N° 1 ¿Cuál es su nivel de instrucción educativa?

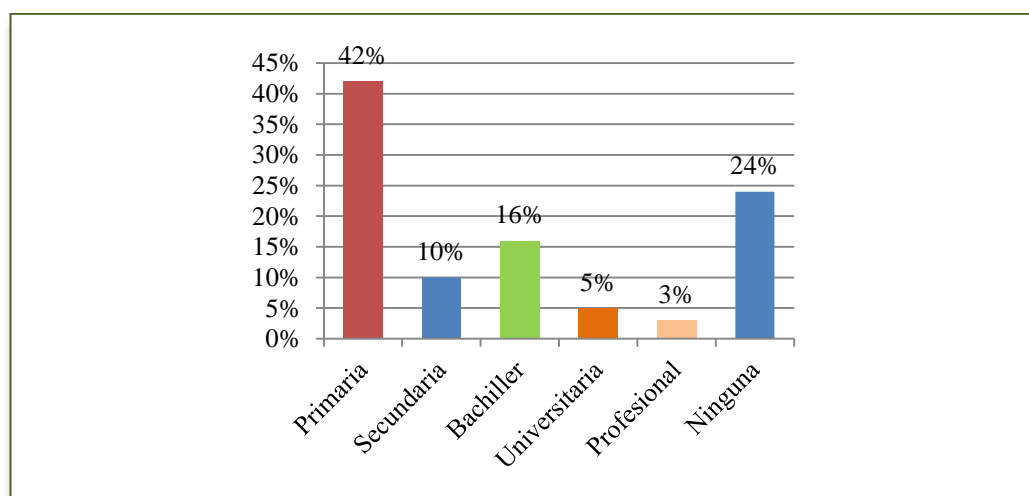
TABLA N°3

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	39	42%
Secundaria	8	10%
Bachiller	15	16%
Universitaria	5	5%
Profesional	3	3%
Ninguna	22	24%
TOTAL	92	100%

Fuente: Pacientes diabéticos, área Consulta Externa Hospital Quevedo, año 2012

Investigadoras: Jéssica Mosquera Gómez y Katherine Gaibor Véloz.

GRÁFICO N°3



Discusión de datos.

El 42% de los encuestados con diagnóstico de diabetes tienen una instrucción primaria, el 24% no tiene instrucción, el 16% son bachilleres, el 10% están cursando la secundaria o han dejado de estudiar, el 5% son universitarios y el 3% son profesionales, se concluye que la demanda de pacientes con esta patología mantiene un nivel educativo básico.

Pregunta N° 2 ¿Tiempo de padecer la diabetes?

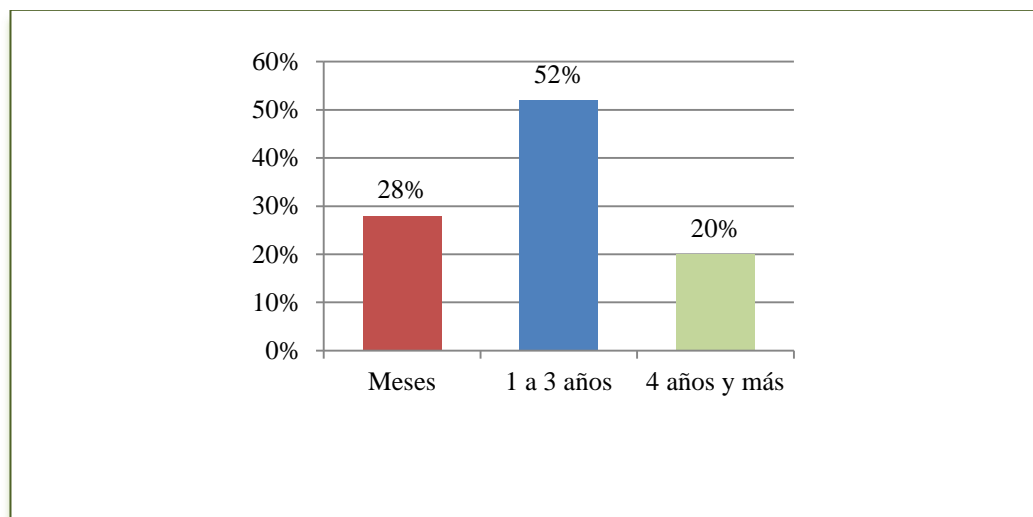
TABLA N°4

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Meses	26	28%
1 a 3 años	48	52%
4 años y más	18	20%
TOTAL	92	100%

Fuente: Pacientes diabéticos, área Consulta Externa Hospital Quevedo, año 2012

Investigadoras: Jéssica Mosquera Gómez y Katherine Gaibor Véloz.

GRÁFICO N°4



Discusión de datos.

El 52% de los pacientes con diagnóstico de diabetes mantienen la enfermedad desde hace 1 a 3 años, el 28% solamente meses y el 20% más de 4 años, se concluye que la diabetes es una enfermedad degenerativa crónica de larga duración.

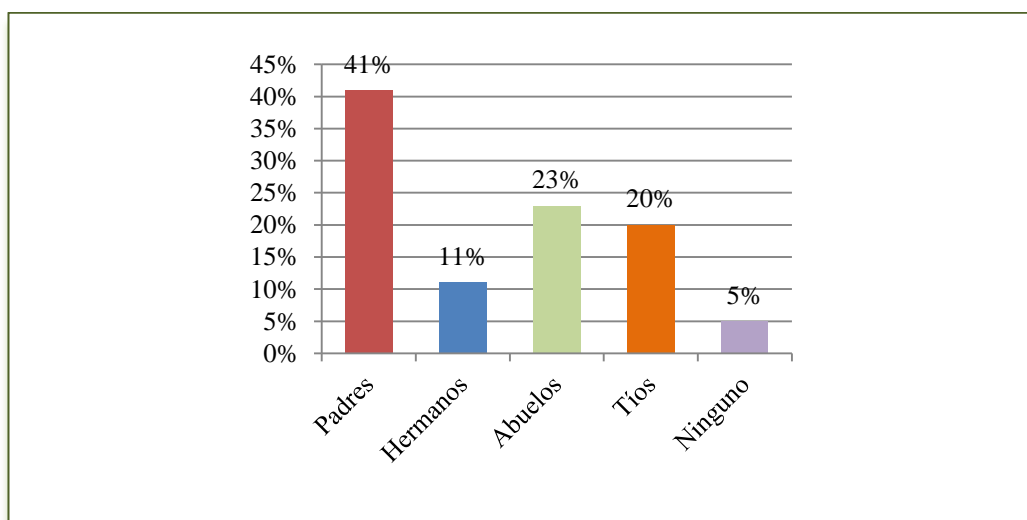
Pregunta N° 3 ¿De sus familiares quien padece de Diabetes?

TABLA N°5

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Padres	38	41%
Hermanos	10	11%
Abuelos	21	23%
Tíos	18	20%
Ninguno	5	5%
TOTAL	92	100%

Fuente: Pacientes diabéticos, área Consulta Externa Hospital Quevedo, año 2012
Investigadoras: Jéssica Mosquera Gómez y Katherine Gaibor Véloz.

GRÁFICO N°5



Discusión de datos.

El 41% de los encuestados manifiestan que los padres son diabéticos, el 23% los abuelos, el 20% los tíos, el 11% son sus hermanos y el 5% ninguno, se concluye que la cadenas genéticas de herencia de la patología es en línea directa con los padres.

Pregunta N° 4 ¿Usted se considera una persona con un peso?

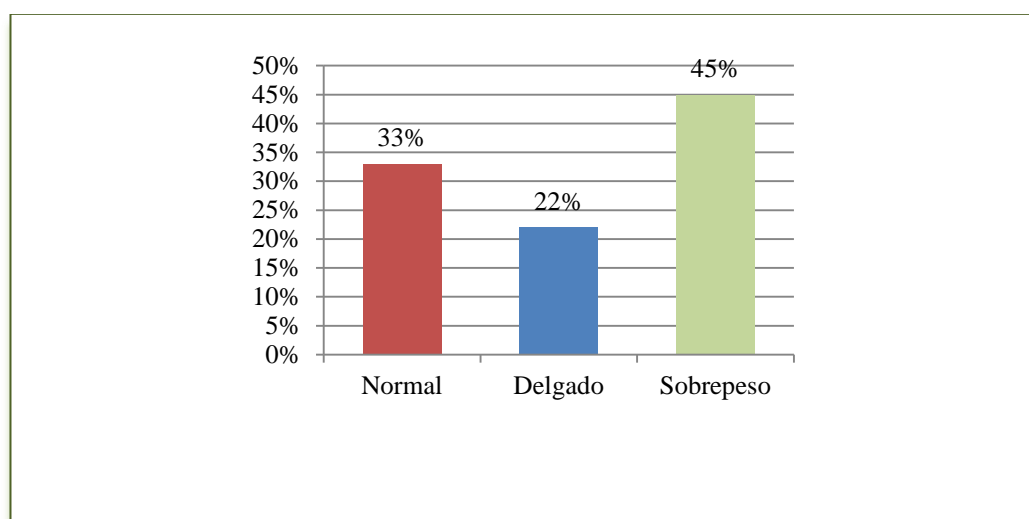
TABLA N°6

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Normal	30	33%
Delgado	21	22%
Sobrepeso	41	45%
TOTAL	92	100%

Fuente: Pacientes diabéticos, área Consulta Externa Hospital Quevedo, año 2012

Investigadoras: Jéssica Mosquera Gómez y Katherine Gaibor Véloz.

GRÁFICO N°6



Discusión de datos.

El 45% de los encuestados manifiestan que tiene una estructura de peso ubicado en sobrepeso, el 33% es normal y el 22% es delgado, se concluye que la diabetes se presenta con mayor frecuencia en pacientes con sobrepeso, lo que desmejora su calidad de vida.

Pregunta N° 5 ¿Realiza usted algún tipo de deporte?

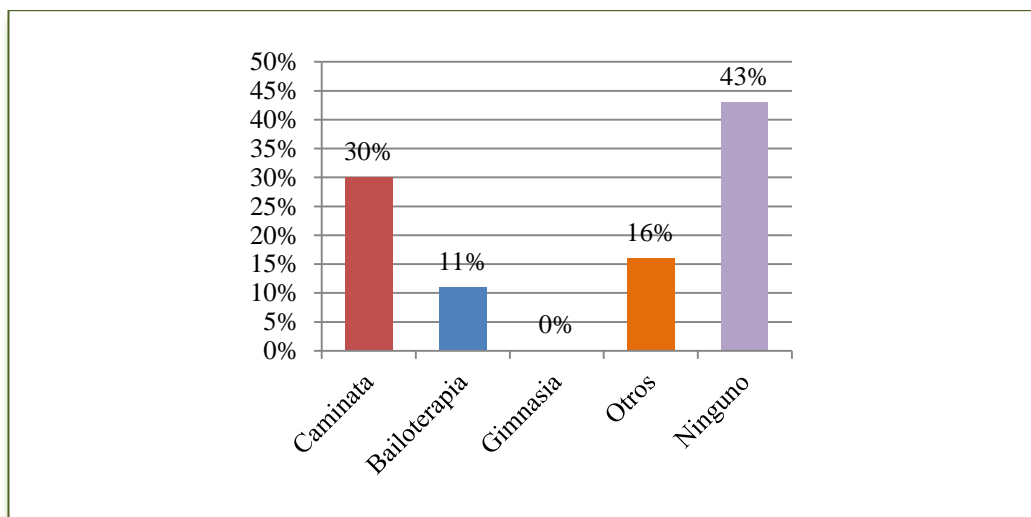
TABLA N°7

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Caminata	28	30%
Bailoterapia	10	11%
Gimnasia	0	0%
Otros	15	16%
Ninguno.	40	43%
TOTAL	92	100%

Fuente: Pacientes diabéticos, área Consulta Externa Hospital Quevedo, año 2012

Investigadoras: Jéssica Mosquera Gómez y Katherine Gaibor Véloz.

GRÁFICO N°7



Discusión de datos.

El 43% de los pacientes diabéticos no practican ningún deporte, el 30% realiza en cambio caminatas, el 16% practican otros tipos de deportes de los estipulados en los diferentes ítems de la pregunta, el 11% bailoterapia, se concluye que los usuarios con patología diabética, no realizan actividad física necesaria para controlar los valores de glicemia en el organismos.

Pregunta N° 6 ¿Es usted un fumador?

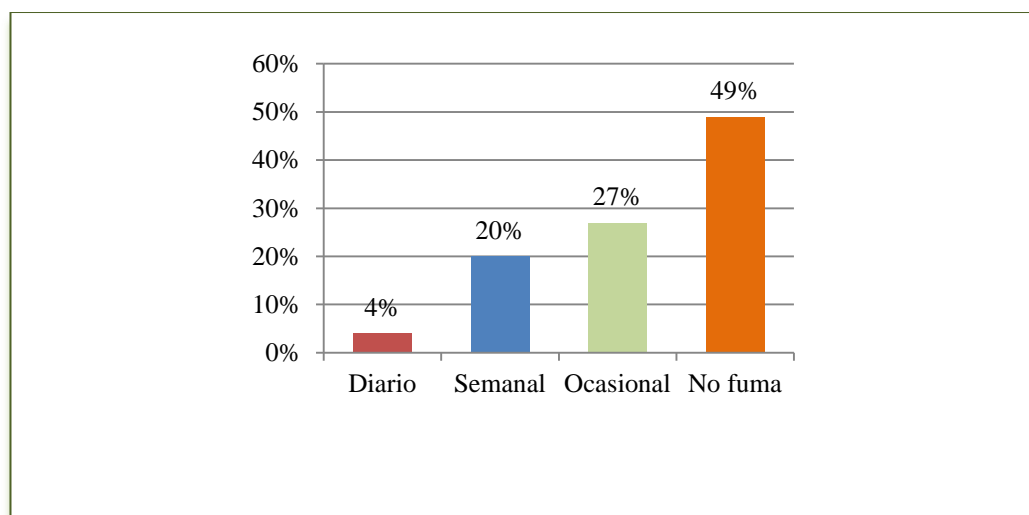
TABLA N°8

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Diario	4	4%
Semanal	18	20%
Ocasional	25	27%
No fuma	45	49%
TOTAL	92	100%

Fuente: Pacientes diabéticos, área Consulta Externa Hospital Quevedo, año 2012

Investigadoras: Jéssica Mosquera Gómez y Katherine Gaibor Véloz.

GRÁFICO N°8



Discusión de datos.

El 49% de los pacientes diabéticos manifiestan que no fuman, el 27% que su hábito de fumar es ocasional, el 20% semanal y 4% diario, se concluye que los encuestados contribuyen a mejorar su calidad de vida en referencia al este hábito negativo a la salud.

Pregunta N° 7 ¿Considera usted que cumple con la dieta establecida por el médico bajas en grasas?

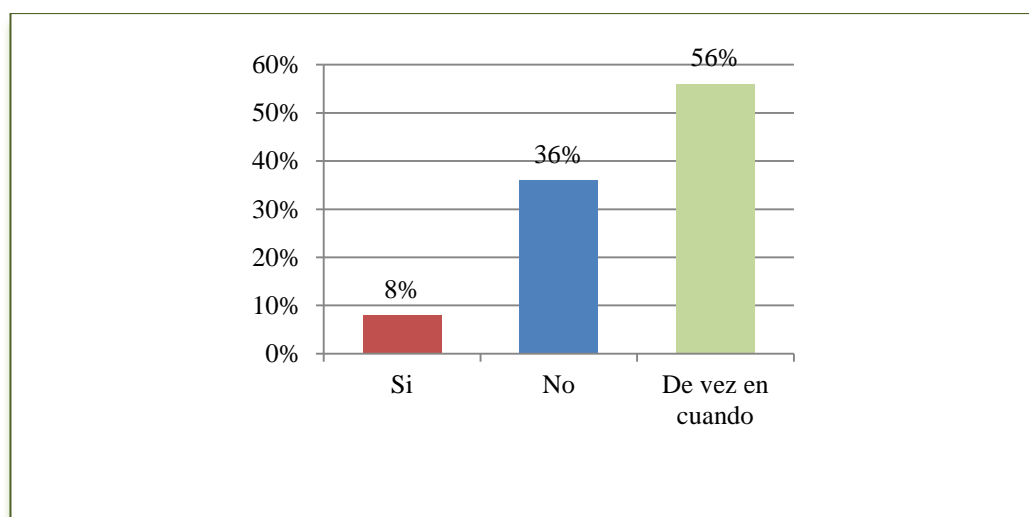
TABLA N°9

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	7	8%
No	33	36%
De vez en cuando	52	56%
TOTAL	92	100%

Fuente: Pacientes diabéticos, área Consulta Externa Hospital Quevedo, año 2012

Investigadoras: Jéssica Mosquera Gómez y Katherine Gaibor Véloz.

GRÁFICO N°9



Discusión de datos.

El 56% de los encuestados manifiestan que cumplen de vez e cuando con la dieta alimentaria baja en grasas, el 36% que no cumple y solo el 8% que si cumple, se deduce que la vida laboral y las costumbres son factores que condicionan el estilo nutricional, además los pacientes no hacen conciencia de la necesidad del régimen alimentario como prevención para evitar complicaciones de la enfermedad.

Pregunta Nº 8 ¿Conoce usted a cerca de las frutas que pueden control los niveles de glucosa para nivelar la diabetes?

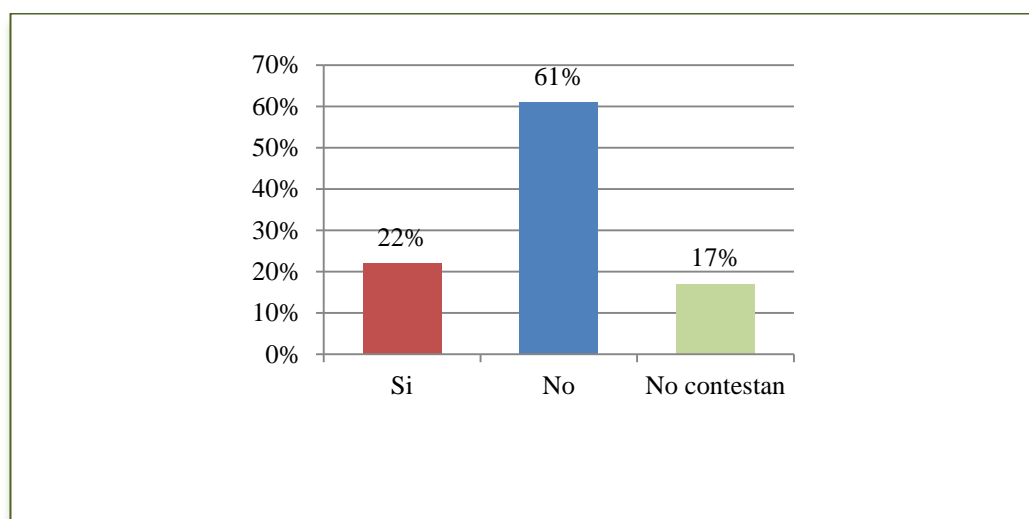
TABLA Nº10

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	20	22%
No	56	61%
No contestan	16	17%
TOTAL	92	100%

Fuente: Pacientes diabéticos, área Consulta Externa Hospital Quevedo, año 2012

Investigadoras: Jéssica Mosquera Gómez y Katherine Gaibor Véloz.

GRÁFICO Nº10



Discusión de datos.

El 61% de los pacientes manifiestan que no conocen a cerca de las frutas que pueden control los niveles de glucosa para nivelar la diabetes, el 22% que si y el 17% no respondieron al ítems, se concluye que existe un desconocimiento de la alimentación frutal que deben consumir para mejorar su estilo nutricional y su calidad de vida.

Pregunta N° 9 ¿El personal de salud le informa y le entrega guía alimentaria para control de diabetes?

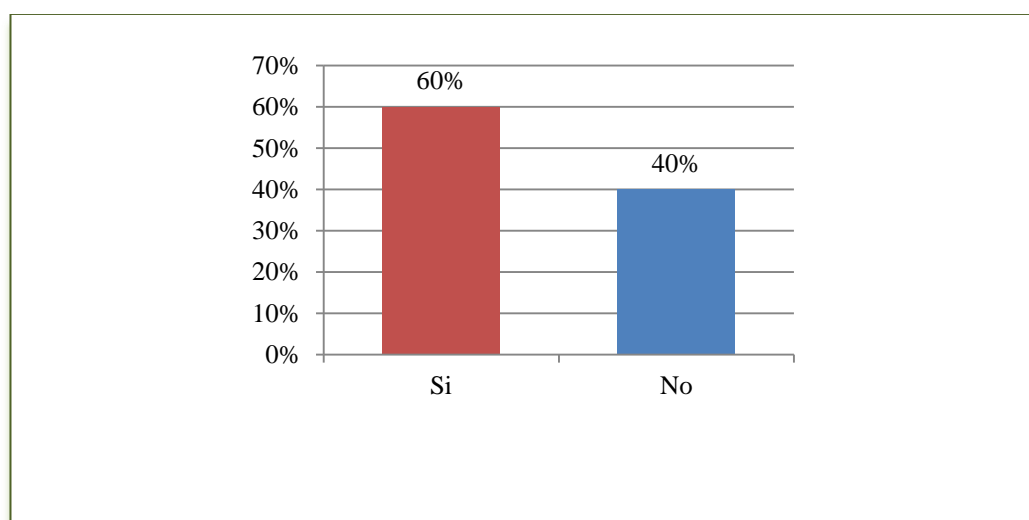
TABLA N°11

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	55	60%
No	37	40%
TOTAL	92	100%

Fuente: Pacientes diabéticos, área Consulta Externa Hospital Quevedo, año 2012

Investigadoras: Jéssica Mosquera Gómez y Katherine Gaibor Véloz.

GRÁFICO N°11



Discusión de datos.

El 60% de los pacientes manifiestan que el personal de salud si le informa y le entrega guía alimentaria para control de diabetes, el 40% restante que no, se concluye que los profesionales cumplen con la función educativa pero los pacientes incumple con la asesoría nutricional, lo que repercute en su calidad de vida incrementando el riesgo a las complicaciones propias de la enfermedad.

Pregunta N° 10 ¿Presenta lesiones en miembros inferiores?

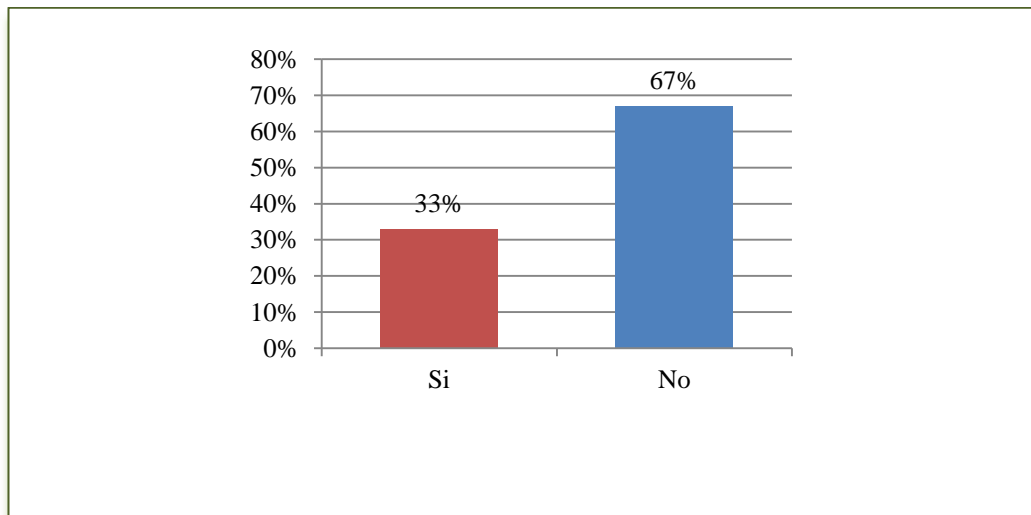
TABLA N°12

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	30	33%
No	62	67%
TOTAL	92	100%

Fuente: Pacientes diabéticos, área Consulta Externa Hospital Quevedo, año 2012

Investigadoras: Jéssica Mosquera Gómez y Katherine Gaibor Véloz.

GRÁFICO N°12



Discusión de datos.

El 67% de los pacientes manifiesta que no presentan lesiones de miembros inferiores, mientras que el 33% que si, se concluye que los diabéticos son constantes en su tratamiento médico.

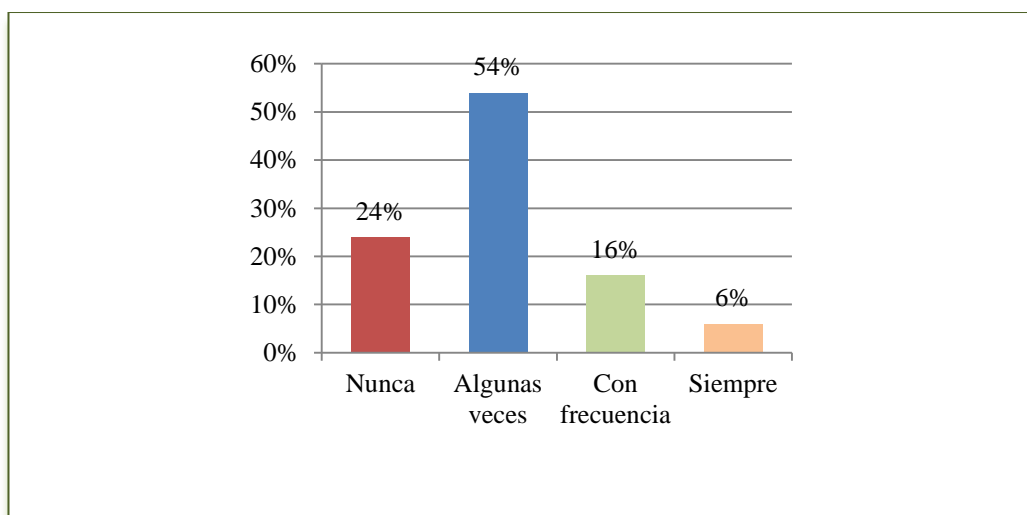
Pregunta N° 11 ¿Qué tan frecuente siente hormigueo, entumecimiento o ardor en sus pies?

TABLA N°13

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	22	24%
Algunas veces	50	54%
Con frecuencia	15	16%
Siempre	5	6%
TOTAL	92	100%

Fuente: Pacientes diabéticos, área Consulta Externa Hospital Quevedo, año 2012
Investigadoras: Jéssica Mosquera Gómez y Katherine Gaibor Véloz.

GRÁFICO N°13



Discusión de datos.

El 54% de los encuestados manifiestan que la presencia de hormigueo, entumecimiento o ardor en sus pies lo sienten algunas veces, el 24% que nunca, el 16% que con frecuencia y el 6% que siempre, se concluye que por el inadecuado hábito alimentario los pacientes pueden tener complicaciones propia de la diabetes.

Pregunta N° 12 ¿Posee usted un glucómetro en casa (aparato para medir la glucosa en domicilio)?

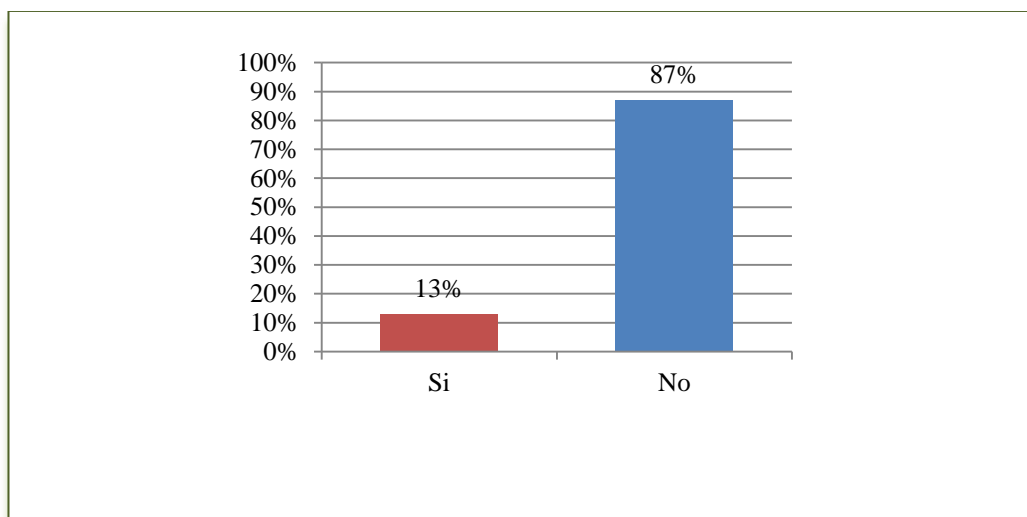
TABLA N°14

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	12	13%
No	80	87%
TOTAL	92	100%

Fuente: Pacientes diabéticos, área Consulta Externa Hospital Quevedo, año 2012

Investigadoras: Jéssica Mosquera Gómez y Katherine Gaibor Véloz.

GRÁFICO N°14



Discusión de datos.

El 87% de los encuestados manifiestan que no poseen un glucómetro en casa, mientras que solo el 13% que si, se concluye que por su condición educativa y económica no cuenta con dispositivo manual teniendo que llevar su control en centro hospitalario.

Pregunta N° 13 ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere con su vida sexual?

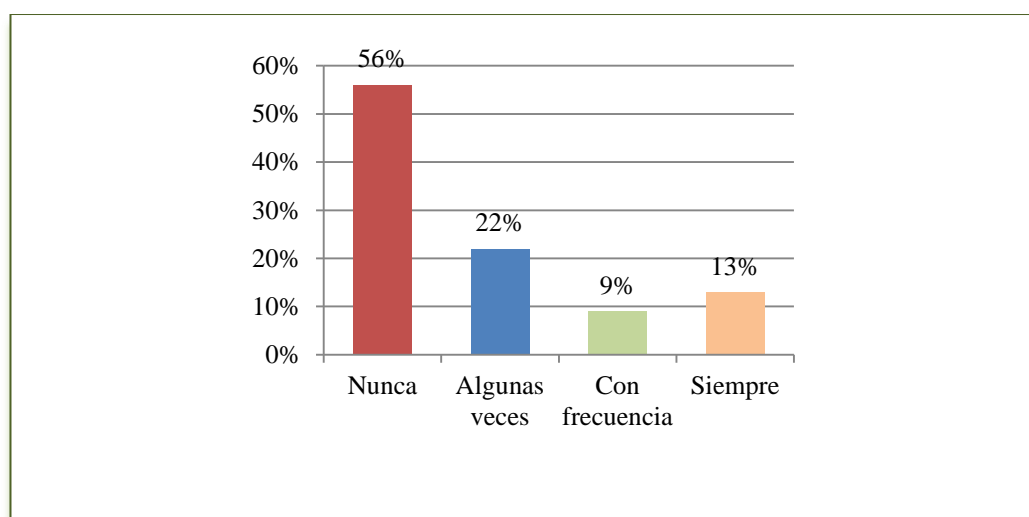
TABLA N°15

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	52	56%
Algunas veces	20	22%
Con frecuencia	8	9%
Siempre	12	13%
TOTAL	92	100%

Fuente: Pacientes diabéticos, área Consulta Externa Hospital Quevedo, año 2012

Investigadoras: Jéssica Mosquera Gómez y Katherine Gaibor Véloz.

GRÁFICO N°15



Discusión de datos.

El 56% de los encuestados manifiestan que su enfermedad nunca ha interferido con la actividad sexual, el 22% algunas veces, el 13% siempre y el 9% con frecuencia, se concluye que por estar en edades sexualmente activa (20 a 45 años) no han presentado problemas en este aspecto.

Pregunta N° 14 ¿Cuánto apoyo recibe de su familia?

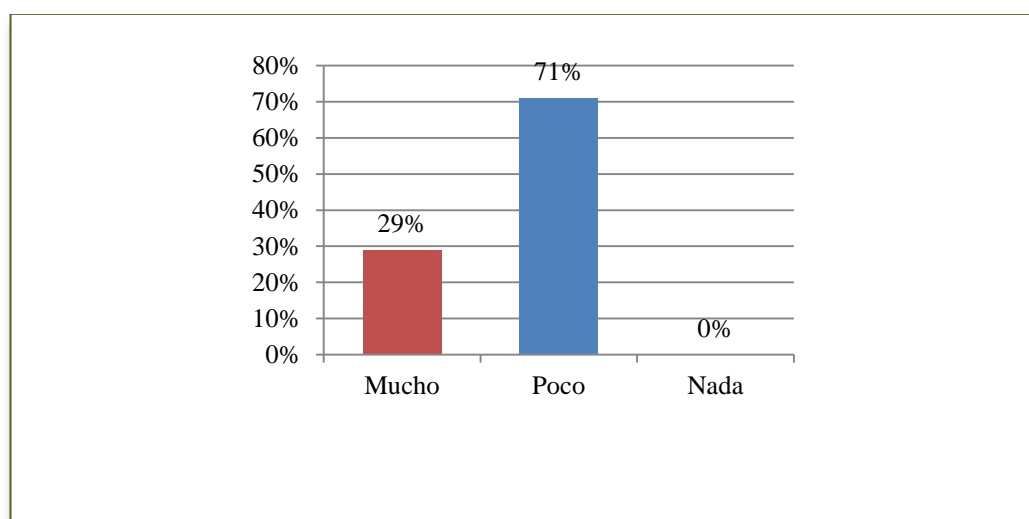
TABLA N°16

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mucho	27	29%
Poco	65	71%
Nada	0	0%
TOTAL	92	100%

Fuente: Pacientes diabéticos, área Consulta Externa Hospital Quevedo, año 2012

Investigadoras: Jéssica Mosquera Gómez y Katherine Gaibor Véloz.

GRÁFICO N°16



Discusión de datos.

El 71% de los encuestados manifiestan que recibe poca ayuda familiar, mientras que solo el 29% que mucho, se concluye que la mayoría de los pacientes tienen una vida independiente tanto familiar como laboral, por lo que el costo de la enfermedad no le permite mejorar su calidad de vida.

Pregunta Nº 15 ¿Con qué frecuencia encuentra que su diabetes limita sus relaciones sociales y con amistades?

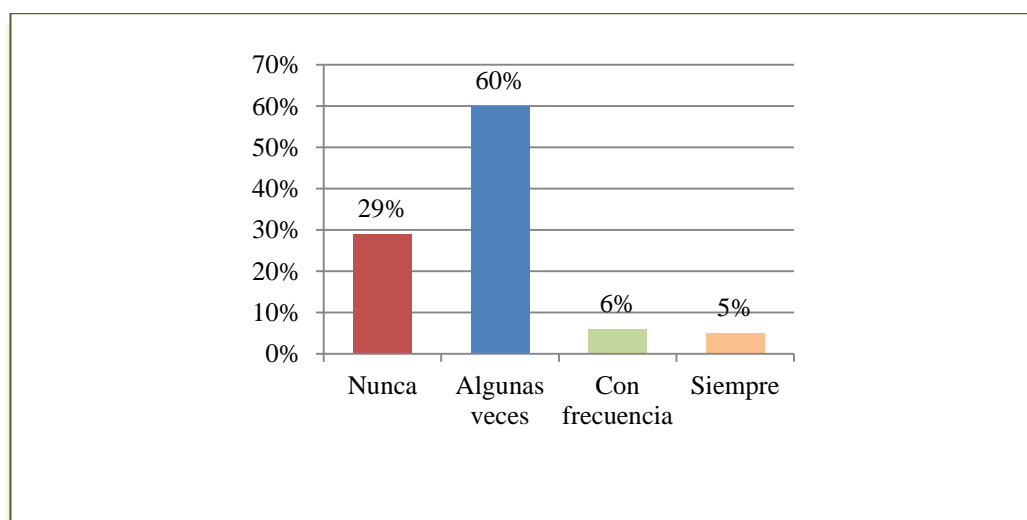
TABLA Nº17

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	27	29%
Algunas veces	55	60%
Con frecuencia	5	6%
Siempre	5	5%
TOTAL	92	100%

Fuente: Pacientes diabéticos, área Consulta Externa Hospital Quevedo, año 2012

Investigadoras: Jéssica Mosquera Gómez y Katherine Gaibor Véloz.

GRÁFICO Nº17



Discusión de datos.

El 60% de los pacientes manifiestan que su enfermedad algunas veces limita sus relaciones de amistad y social, el 29% que nunca, el 6% que con frecuencia y el 5% siempre, se concluye que la depresión que se asume por la enfermedad es un condicionante de limitación social.

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE PREGUNTAS AL PERSONAL DE SALUD DEL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL

Pregunta Nº 1 ¿Cuál de las complicaciones es la más usual en los pacientes diabéticos?

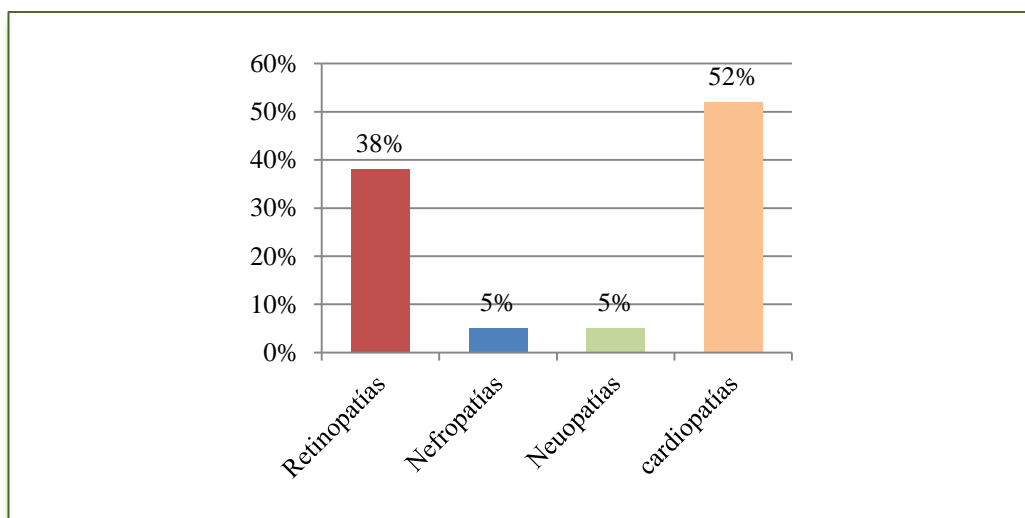
TABLA Nº18

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Retinopatías	8	38%
Nefropatías	1	5%
Neuropatías	1	5%
Cardiopatías	11	52%
TOTAL	21	100%

Fuente: Personal de Salud, área Consulta Externa Hospital Quevedo, año 2012

Investigadoras: Jéssica Mosquera Gómez y Katherine Gaibor Véloz.

GRÁFICO Nº18



Discusión de datos.

De los 15 recurso humano encuestado, el 52% manifiestan que la complicación más usual en los pacientes diabéticos es la cardiopatías, el 38% retinopatías, el 5% restante esta en nefropatías y neuropatías, se concluye que la patología agregada producto de sus complicaciones son las cardiopatías.

Pregunta N° 2 ¿Considera usted que los pacientes diabéticos cumple con la dieta establecida por el médico bajas en grasas?

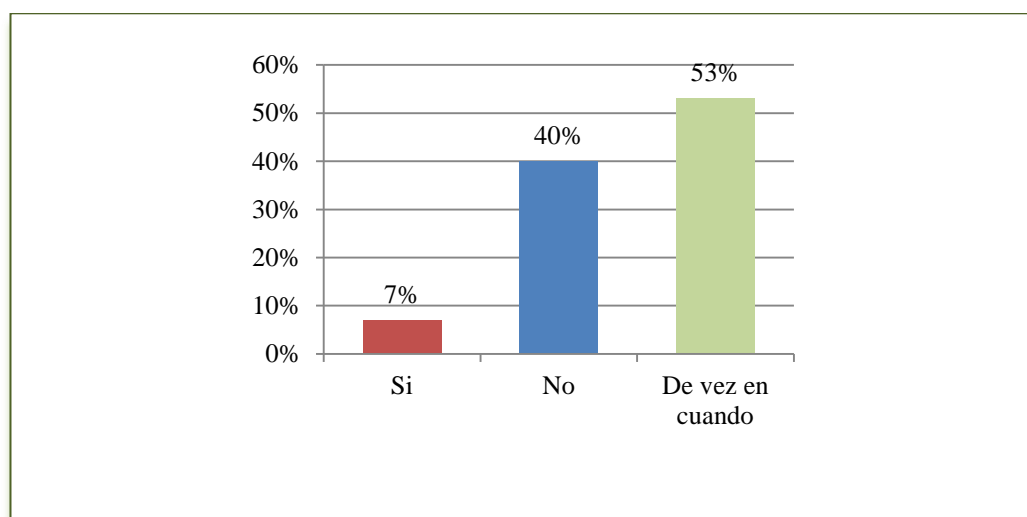
TABLA N°19

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	1	7%
No	6	40%
De vez en cuando	8	53%
TOTAL	15	100%

Fuente: Personal de Salud, área Consulta Externa Hospital Quevedo, año 2012

Investigadoras: Jéssica Mosquera Gómez y Katherine Gaibor Véloz.

GRÁFICO N°19



Discusión de datos.

El 53% del personal encuestado manifiesta que los pacientes de vez en cuando cumplen con la dieta establecida por el médico, el 40% no la cumple y solo el 7% si la cumple, se concluye que los pacientes diabéticos no hacen conciencia de la necesidad de un régimen alimentario adecuada.

Pregunta N° 3 ¿Considera usted que el nivel de percepción de la enfermedad en los pacientes diabéticos es?

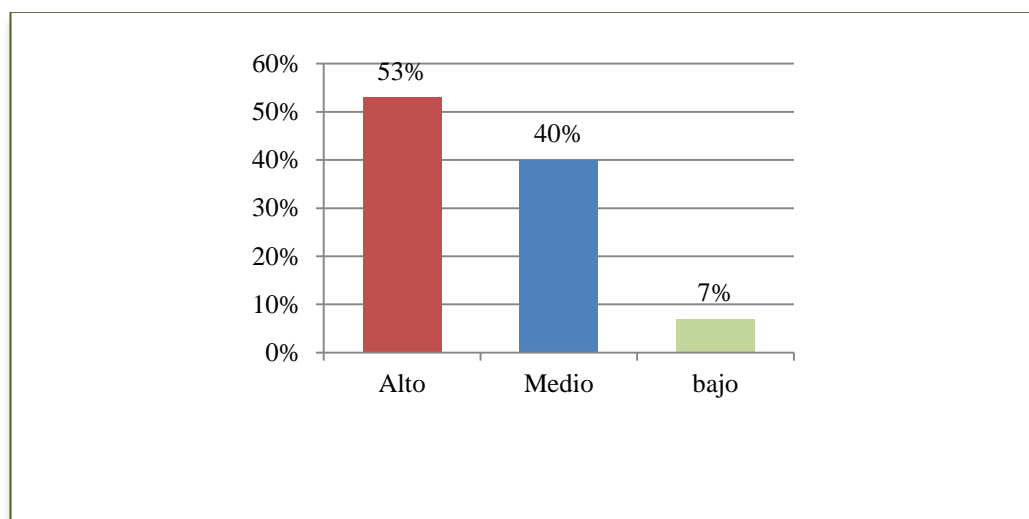
TABLA N°20

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	8	53%
Medio	6	40%
Bajo	1	7%
TOTAL	15	100%

Fuente: Personal de Salud, área Consulta Externa Hospital Quevedo, año 2012

Investigadoras: Jéssica Mosquera Gómez y Katherine Gaibor Véloz.

GRÁFICO N°20



Discusión de datos.

El 53% de los encuestados manifiestan que el nivel de percepción de la enfermedad es alto, el 40% medio y el 7% bajo, se concluye que los pacientes tiene conocimiento de la enfermedad y sus complicaciones, pero su estilo de vida no les permite mejorar su calidad de vida.

Pregunta N° 4 ¿Con que frecuencia los pacientes diabéticos asistidos en el área presentan sintomatología depresiva?

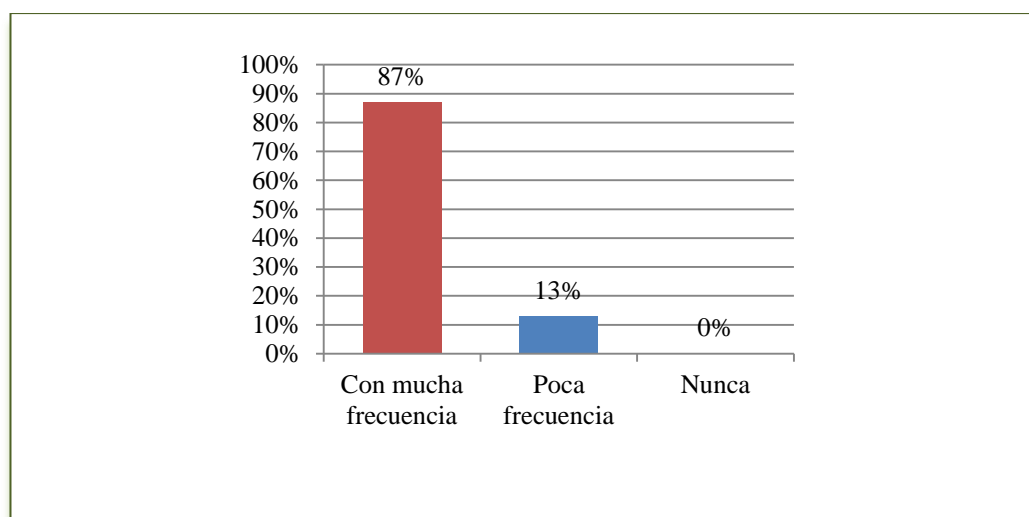
TABLA N°21

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Con mucha frecuencia	13	87%
Poca frecuencia	2	13%
Nunca	0	0%
TOTAL	15	100%

Fuente: Personal de Salud, área Consulta Externa Hospital Quevedo, año 2012

Investigadoras: Jéssica Mosquera Gómez y Katherine Gaibor Véloz.

GRÁFICO N°21



Discusión de datos.

El 87% del personal encuestado manifiesta que los pacientes diabéticos presentan con mucha frecuencia estados depresivos, el 13% con poca frecuencia, se concluye que la diabetes por ser una enfermedad degenerativa produce depresión en los pacientes desmejorando su calidad de vida.

Pregunta N° 5 ¿En el hospital el personal de enfermería utiliza formulario de valoración como documentos de expediente clínico?

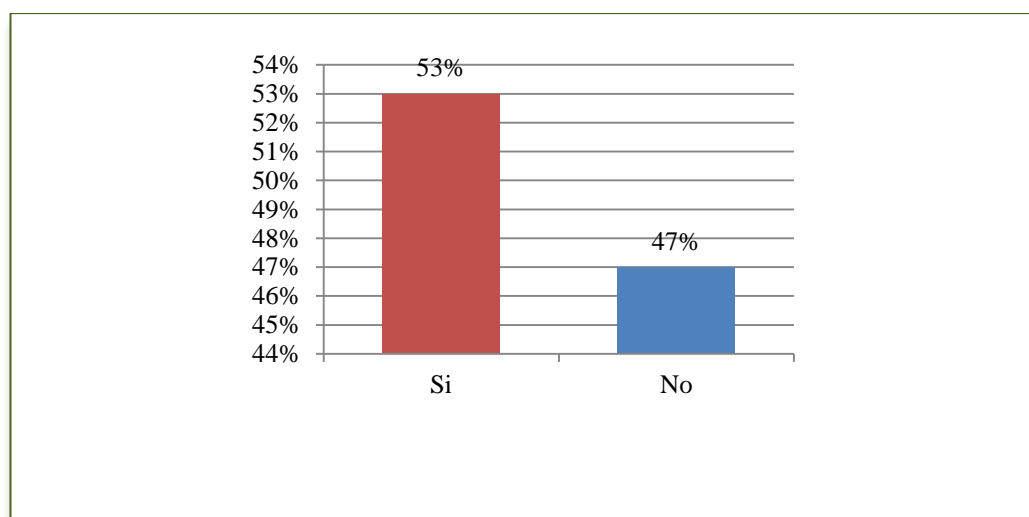
TABLA N°22

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	8	53%
No	7	47%
TOTAL	15	100%

Fuente: Personal de Salud, área Consulta Externa Hospital Quevedo, año 2012

Investigadoras: Jéssica Mosquera Gómez y Katherine Gaibor Véloz.

GRÁFICO N°22



Discusión de datos.

El 53% de los encuestados manifiestan que el personal de enfermería si llevan formulario de valoración del PAE, mientras que el 47% que no, se concluye que de haber el documento no esta totalmente socializado con los profesionales de la salud para reconocimiento del personal de enfermería.

Pregunta N° 6 ¿En el hospital el personal de enfermería maneja protocolo de atención propio de diabetes?

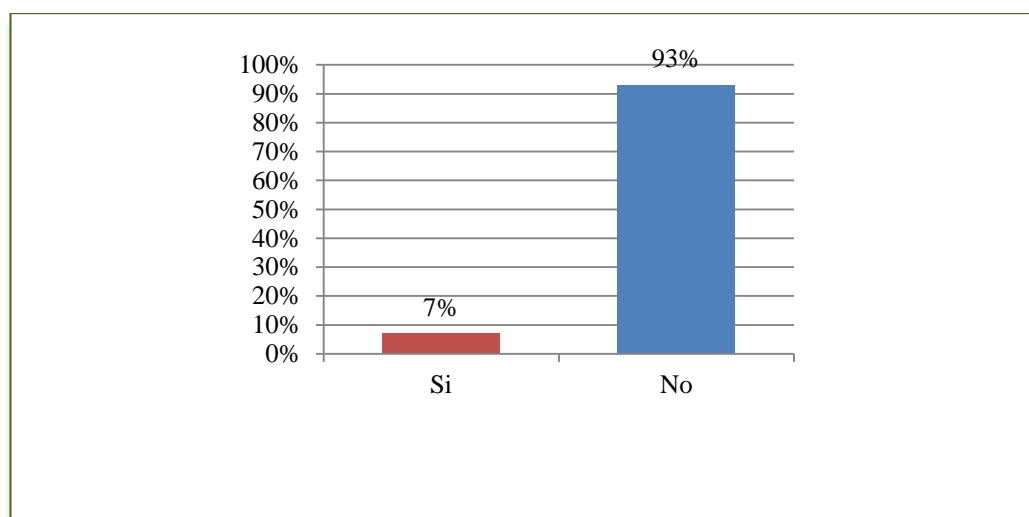
TABLA N°23

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	1	7%
No	14	93%
TOTAL	15	100%

Fuente: Personal de Salud, área Consulta Externa Hospital Quevedo, año 2012

Investigadoras: Jéssica Mosquera Gómez y Katherine Gaibor Véloz.

GRÁFICO N°23



Discusión de datos.

El 93% de los encuestados manifiestan que el personal de enfermería no manejan protocolos de atención propio de diabetes, mientras que solo el 7% que si, se concluye no es una actividad aplicada por dicho personal y de haberlo no esta socializada, se recomienda su implementación y socialización.

Pregunta N° 7 ¿Los diagnósticos de enfermería son difundidos por el personal al equipo de salud?

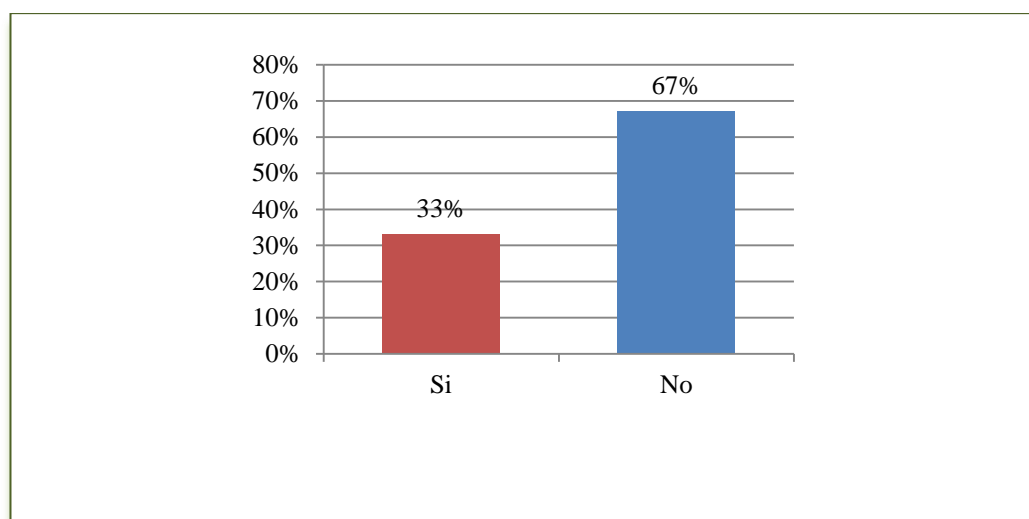
TABLA N°24

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	5	33%
No	10	67%
TOTAL	15	100%

Fuente: Personal de Salud, área Consulta Externa Hospital Quevedo, año 2012

Investigadoras: Jéssica Mosquera Gómez y Katherine Gaibor Véloz.

GRÁFICO N°24



Discusión de datos.

El 67% del personal de salud manifiesta que los diagnósticos de enfermería no son difundidos al equipo de salud, mientras que solo el 33% que si, se aprecia niveles de deficiencia comunicacional en el equipo de salud, y la carencia de documentos de soporte de la actividad del personal de enfermería en las historias clínicas de los pacientes diabéticos.

Pregunta N° 8 ¿Manejan una guía propia alimentaria para pacientes diabéticos?

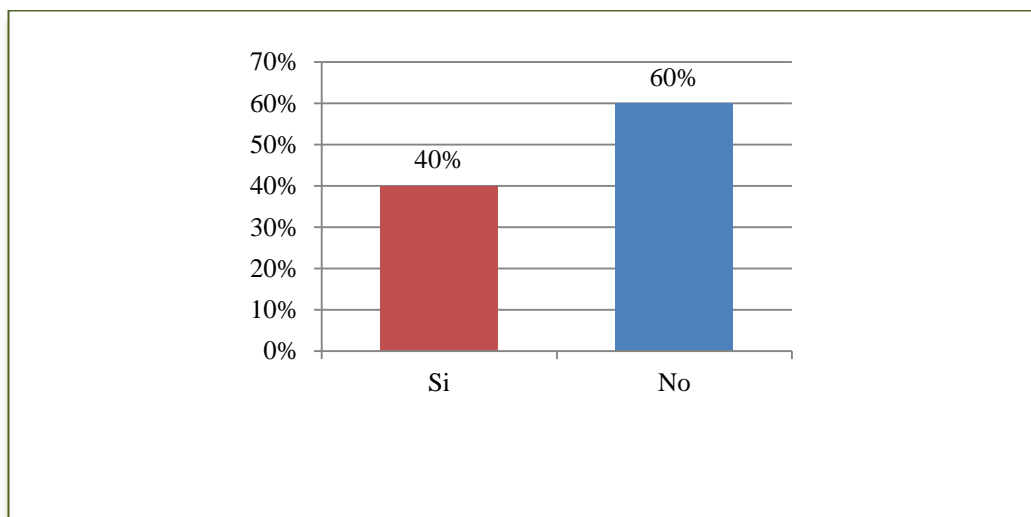
TABLA N°25

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	6	40%
No	9	60%
TOTAL	15	100%

Fuente: Personal de Salud, área Consulta Externa Hospital Quevedo, año 2012

Investigadoras: Jéssica Mosquera Gómez y Katherine Gaibor Véloz.

GRÁFICO N°25



Discusión de datos.

El 60% de los encuestados manifiestan que no existe una guía propia alimentaria para pacientes diabéticos, mientras que el 40% restante que si, se concluye que la guía alimentaria es proporcionada por los estudiantes durante su pasantía, pero que no existe como reproducción institucional.

Pregunta Nº 9 ¿Con que frecuencia realizan estudio de casos en relación a la diabetes?

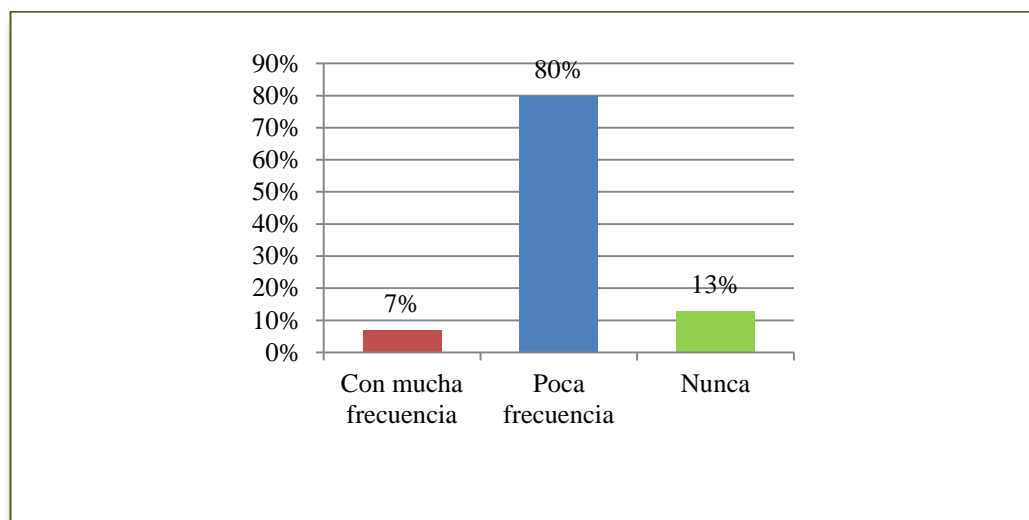
TABLA Nº26

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Con mucha frecuencia	1	7%
Poca frecuencia	12	80%
Nunca	2	13%
TOTAL	15	100%

Fuente: Personal de Salud, área Consulta Externa Hospital Quevedo, año 2012

Investigadoras: Jéssica Mosquera Gómez y Katherine Gaibor Véloz.

GRÁFICO Nº26



Discusión de datos.

El 80% de los encuestados manifiestan que con poca frecuencia realizan estudios de casos en relación a la diabetes, el 13% que nunca y el 7% con mucha frecuencia, se concluye que es una actividad poco usual entre los profesionales de la salud.

Pregunta N° 10 ¿Participa de las campañas preventivas para el control de la diabetes?

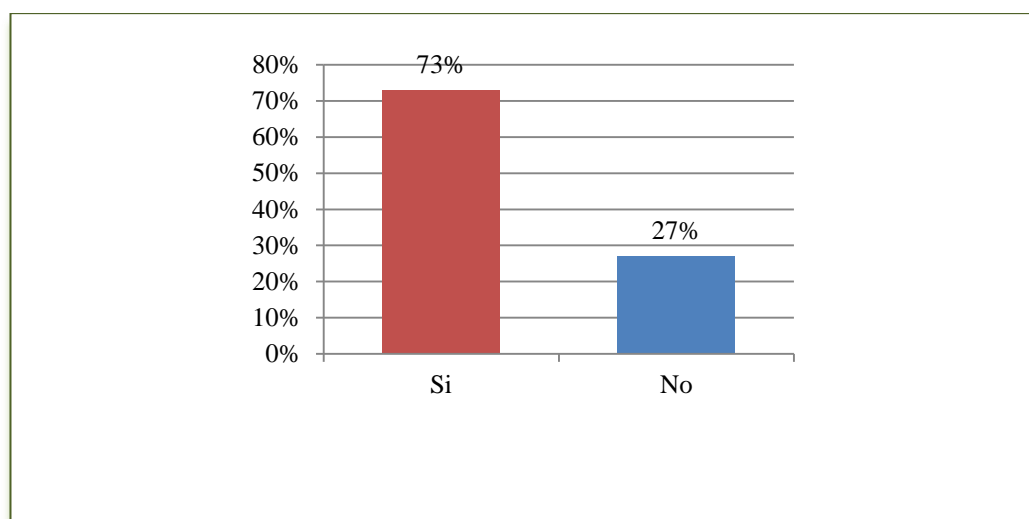
TABLA N°27

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	11	73%
No	4	27%
TOTAL	15	100%

Fuente: Personal de Salud, área Consulta Externa Hospital Quevedo, año 2012

Investigadoras: Jéssica Mosquera Gómez y Katherine Gaibor Véloz.

GRÁFICO N°27



Discusión de datos.

El 73% de los encuestados manifiestan que si participan de las campañas preventivas para el control de la diabetes, mientras que el 27% que no, se concluye que el hospital promueve acciones en beneficio de la comunidad.

4.2. Comprobación y discusión de hipótesis.

Los resultados del estudio de campo demuestran que la hipótesis es afirmativa, ya que la diabetes por sus complicaciones si tiene un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes de 20 a 45 años atendidos en la Consulta Externa del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, de la ciudad de Quevedo, en el primer semestre del 2012, en esta investigación se identificó que la calidad de vida de los pacientes adultos con diabetes es baja, que el tratamiento preventivo como la dieta y el ejercicio no son aspectos de cumplimiento adecuada, lo que conlleva a un descontrol metabólico en la población de estudio

4.3. Conclusiones.

- La presencia de pacientes con diagnóstico de diabetes por consulta es en su mayoría de sexo femenino, la edad más ponderante (35%) es el grupo de 41 a 45 años, un nivel de escolaridad primaria (42%), y un tiempo promedio de padecimiento de la enfermedad de 1 a 3 años (52%).
- Los pacientes presentan riesgos genéticos en un 41% de cadena genética de padres seguido de un 23% por los abuelos, comprobándose los postulados teóricos de la diabetes en relación a los factores de riesgo de la enfermedad.
- En relación a los estilos de vida en los pacientes que forman parte de la muestra encontramos que es un condicionante que limita el mejoramiento de la calidad de vida, al incumplir con las reglas alimentarias de asesoría médica o por ignorancia de la misma, lo que está generando el incremento de las complicaciones de la diabetes.
- El estado nutricional es otro de los factores de riesgo, la mayoría de los pacientes presentan sobrepeso (45%), lo que perjudica su calidad

de vida y salud acompañado a la inactividad física (43%) al no practicar ningún deporte o ejercicios.

- A pesar del trabajo que realiza el personal de salud en relación a la función educativa los pacientes no aplican correctamente los aprendizajes, al no modificar las conductas de riesgos, justificándose por la situación económica y el nivel educativo de los pacientes diabéticos.
- Se aprecia un desconocimiento de la alimentación a base de frutas que controlan o previene la diabetes.
- La patología agregada con mayor porcentajes (52%) son las cardiopatías y el 87% presentan estados depresivos, complicaciones que interfieren en su calidad de vida, disminuyendo su capacidad funcional.
- El personal de enfermería aplica el proceso de atención, pero la poca difusión de los mismos ante el equipo de salud no permite visualizar un reconocimiento de la actividad, además no se incorpora en las historias clínicas los documentos de soporte del PAE.
- El hospital no cuenta con una guía alimentaria ni con protocolos de atención de enfermería para diabéticos, además el estudio de casos es aplicado escasamente por los profesionales, es recomendable proponer la elaboración de guía, protocolos, planes de capacitación, planes de control y seguimiento a los pacientes para contribuir al bienestar personal y familiar del diabético.

CAPITULO V

5. PROPUESTA ALTERNATIVA

Guía alimentaria complementaria a base de vegetales y frutas para pacientes diabéticos del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, de la ciudad de Quevedo.

5.1. Presentación.

El control de la diabetes está estrechamente relacionado con la alimentación. Por lo general, cuando una persona es diagnosticada con esta enfermedad, se enfrenta ante al problema de cambiar sus hábitos alimenticios.

Sin embargo, la alimentación que una persona con diabetes requiere es la misma que cualquier persona con intenciones de llevar una vida sana debe tener. Así la alimentación se convierte en una de las partes fundamentales en el tratamiento de la diabetes. En este sentido, es de gran importancia tener un amplio conocimiento alimentario y especialmente de aquellos alimentos que contienen hidratos de carbono, ya que tienen una acción más directa sobre los valores de glucosa en sangre. Además, es necesario establecer un cierto control de la cantidad de hidratos de carbono ingeridos, la cual tiene que ser pautada en relación a diferentes factores individuales como el tratamiento farmacológico o la práctica de actividad física, y tiene que estar adaptada al estilo de vida de cada individuo.

Esta información nutricional es imprescindible para aquellos pacientes que siguen tratamiento con insulina rápida antes de cada comida o con infusor de insulina, ya que las dosis de insulina pautadas se pueden modificar con un aprendizaje específico según sea la cantidad total de hidratos de carbono incluidos en cada comida.

En cambio, aquellos pacientes que no puedan modificar sus dosis de insulina, o aquellos tratados con medicación oral o simplemente con tratamiento dietético, deberán mantener estable la cantidad de hidratos de carbono dentro de cada comida del día. Se pueden variar los alimentos pero no la cantidad o raciones de hidratos de carbono.

La guía permitirá determinar si un alimento es una buena o mala opción. Escoger bien los alimentos le ayudará a mantener una buena salud, controlar sus niveles de azúcar en la sangre y mantenerlos lo más cerca posible de los niveles normales.

5.2. Objetivos.

5.2.1. Objetivo General.

- Elaborar una guía de alimentación complementaria a base de vegetales y frutas para pacientes diabéticos del hospital Sagrado Corazón de Jesús, de la ciudad de Quevedo.

5.2.2. Objetivos específicos.

- Desarrollar la guía de alimentación complementaria a base de vegetales y fruta según las prioridades de las personas con diagnóstico de diabetes.
- Organizar planes de capacitación para instruir a los pacientes diabéticos y sus familiares de la combinación adecuada de los alimentos.
- Socializar la guía para su difusión interna y externa en el hospital Sagrado Corazón de Jesús, de la ciudad de Quevedo.

5.3. Contenidos.

Alimentación.

La alimentación es sumamente importante en el tratamiento de la diabetes, ya que puede prevenir distintas complicaciones, de aquí radica la importancia de elegir correctamente los alimentos.

Además de comer los alimentos adecuados, comer a tiempo y en la cantidad adecuada es parte de una **dieta para diabetes tipo 2**. Puesto que la ausencia de la insulina hace que el cuerpo sea incapaz de regular los niveles de azúcar, hay que determinar la cantidad de glucosa que la insulina es capaz de manejar en un momento determinado.

Plan de Alimentación.

El plan de alimentación deberá contener alimentos pertenecientes a los cuatro grupos, en cantidades que promoverán un buen control de la diabetes, a la vez que proveerán energía adecuada y material con el cual reparar y mantener el cuerpo.

Aquellas personas que sufren de **diabetes** ven drásticamente modificada su **dieta alimenticia**. Por eso mismo, es recomendable, además de evitar los alimentos prohibidos (azúcares, grasas, etc.), focalizarse únicamente en aquellos que hacen bien al organismo y que incluso pueden colaborar con el control de la enfermedad. Son cuatro los grupos aconsejables.

Alimentos con azúcares de absorción lenta. En este grupo se encuentran vegetales y frutas con alto contenido de fibras, cereales integrales o legumbres, entre otros.

Alimentos ricos en proteínas y con pocas grasas. Estos son ideales para evitar el colesterol y perder peso, bastante perjudiciales para esta

enfermedad. Carnes magras (aves, pescados), lácteos desnatados, queso de soya o legumbres son algunos de ellos.

Alimentos estimuladores de la producción de insulina. Algunos tienen esta especial capacidad, como ser las judías, la verdolaga, el germen de trigo o la levadura de cerveza.

Alimentos ricos en ácidos grasos omega 3. Estos son fundamentales para mejorar la circulación y bajar los niveles de colesterol, ambos aliados para mejorar la diabetes. Los pescados azules son los que mayor concentración tienen de estos ácidos grasos.

Los objetivos específicos de la alimentación para personas con diabetes son:

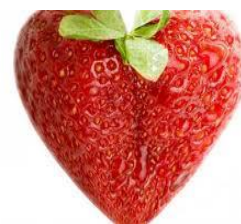
- Mejorar los valores de glucemia (la cantidad de azúcar presente en la sangre), la grasa en la sangre y de la tensión arterial
- Reducir el peso en caso de sobrepeso
- Evitar las complicaciones de la diabetes (daños a los órganos)

Frutas

Las frutas contienen carbohidratos, vitaminas, minerales y fibra. Son naturalmente bajas en grasa a excepción de los aguacates y sodio. Las frutas contienen a menudo más carbohidratos que los que se encuentran en los vegetales.

Beneficios de las frutas

1. Facilitan la eliminación de toxinas.
2. Lo mantienen hidratado.
3. Corrigen el estreñimiento.
4. Previenen el colesterol, la diabetes.
5. Evitan la obesidad.
6. Ayudan a prevenir la aparición de cálculos en la vesícula biliar.



7. Le aportan a su organismo antioxidantes que le mejoran su sistema nervioso y cardiovascular.

Errores

1. Mezclar las frutas con leche o yogurt. Sobre todo para aquellos que tienen deficiencia a la lactosa.
2. Consumir frutas de noche. Estas pueden no saciar su hambre. Algunos organismos tampoco asocian muy bien los ácidos en horas de la noche, pues puede generarles algún tipo de dolencia o afectar su gastritis.
3. Mezclar frutas acidas con frutas dulces.
4. Consumir frutas minutos antes de las comidas principales como el almuerzo o la cena.
5. Extraer de la naranja la fibra y consumir sólo su jugo.

Frutas para diabetes

- Melocotón: 2 unidad mediana
- Ciruelas: 2 unidades grandes
- Arándanos: 1 taza.
- Frambuesas: 1 taza
- Fresas: 1 taza
- Moras: 1 taza
- Granadas: 1 taza
- Manzana: 1 unidad mediana
- Pera: 1 unidad mediana
- Aguacate: 1 unidad mediana



foto: rysta (DE VACACIONES)

Las **frutas** son fundamentales en el tratamiento del paciente diabético, por eso es importante seleccionarlas correctamente. Es posible consumir hasta **3 unidades diarias**, distribuidas en las diferentes comidas.

Cuadro N°9.- Mejores alimentos para diabéticos.

Alimentos básicos bajo en azúcar		Vegetales bajo en azúcar		Frutas bajo en azúcar	
Cebada	1 cucharada	Esparrago.	½ taza	Fresas.	1 taza
Leche descremada	1 taza	Brotos de frijol.	½ taza	Mandarinas.	1 Unidad
Yogur natural.	1 taza	Brócoli.	½ taza	Tomate.	1 Taza
Albaricoque secado	2 unidades	Col.	½ taza	Cerezas.	12 Unidades
Manzana fresca y secada	1 Unidad.	Coliflor.	½ taza	Manzanas.	1 Unidad
Pera y Melocotón.	2 Unidades	Apio.	1 Taza	Albaricoque (fresca y secó)	2 Unidades
Toronja.	½ unidad	Pepino.	1 Taza	Toronja.	½ unidad
Frijoles negros.	½ taza	Endibia.	1 Taza	Guayaba.	½ taza
Garbanzo.	½ taza	Lentejas.	½ taza	Frambuesa.	1 taza
Maní.	11 unidades	Rábano.	1 Taza	Limón.	1 Unidad
		Espinaca.	½ taza	Ciruelas	5 Unidades
		Berro.	1 Taza	pasas.	
		Bruselas.	½ taza	Melocotón.	2 Unidades
		Verduras.	1 Taza	Pera.	1 Unidad
		Puerros.	½ taza	Ciruela.	2 Unidades
		Cebolla.	½ taza	Arándolas	1Taza
		Perejil.	1 Taza		
		Pimientos.	½ taza		
		Nabo.	1 Taza		

5.4. Descripción de los aspectos operativos de la propuesta.

Cuadro Nº 10: PLAN DE CAPACITACIÓN

OBJETIVOS	TEMÁTICAS	ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	CRONOGRAMA		RECURSOS
				Días	Hora	
Aumentar el nivel de conocimientos y la capacidad de <u>autocuidado</u> del paciente diabético.	<p>Tema Nº 1 Plan alimentario para personas con diabetes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentos bajos en azúcar. <p>Tema Nº 2 Preparación de alimentos a base de frutas para diabéticos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fantasía de frutas. - Smoothie de fresas, naranja y limón. <p>Tema Nº 3 Soluciones caseras para enfermos de diabetes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infusiones de perejil, eucalipto. - Infusiones combinadas. toronjil, perejil, apio, zumo de limón y ortiga 	<p><u>MOTIVACION:</u> Se realizará mediante preguntas al auditor.</p> <p><u>EJECUCION:</u> Se lo realizará mediante ejecución del contenido con la ayuda de los trípticos.</p> <p><u>FIJACION:</u> Al finalizar la charla se hará un resumen de todo el contenido con los auditores.</p> <p><u>VERIFICACION:</u> Se hará mediante preguntas aceptadas o no por los auditores.</p> <p><u>METODOS:</u> Expositivos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dominio conceptual de las temáticas. ➤ Elaboración de menú con alimentos adecuados para diabéticos. ➤ Manejo de soluciones caseras. 	Diciembre del 2012 Lunes, miércoles y viernes de la tercera semana del mes	14h00 a 1 5h30	Pizarra líquida. Marcador tiza líquida. Papel periódico. Marcadores. Documento de apoyo. Guía alimentaria. Alimentos. Registro de asistencia

ESCUELA DE ENFERMERÍA
Guía alimentaria complementaria
para pacientes diabéticos a base
de frutas.

Objetivos de la guía:

- Aprender a seleccionar las frutas que ayuden a controlar los niveles de glucosa.
- Mezclar las frutas de manera que aporten los niveles de energía necesario al cuerpo y controlen los valores de glucosa en el organismo.

Fruta	Gramos en carbohidratos
Ciruela (mediana)	7,5
Mandarina (mediana)	10
Kiwi (unidad)	11
Sandía (1 taza en cubos)	12

Melón (1 taza en cubos)	12
Fresas (1 taza en trozos)	13
Melocotón (1 mediano/grande)	16
Manzana (1 mediana con cáscara)	23

Fresas.



Son un alimento muy beneficioso para el cuerpo, no solo por el alto poder antioxidante **que** retrasa el envejecimiento celular, sino por su accionar depurativo e hipotensor, así como nivelador del azúcar en sangre.

Es una excelente fuente de vitaminas A, E y C, de la que posee más cantidad que muchos cítricos, lo que

ayuda a proteger contra el cáncer y prevenir artritis, además de tener un gran poder antioxidante.

Son ricas en agua por lo que tienen un efecto diurético, aportan potasio, fibra y una cantidad importante de ácido fólico cuya carencia está asociada a problemas cardiovasculares y anemia, además de ser necesario en el embarazo porque favorece el crecimiento celular.

Es conveniente para las personas con Diabetes consumir fresas, ya que además de tener un índice glucémico bajo, su fibra soluble mantiene constantes los niveles de glucosa en la sangre. También

incrementa las defensas y previene ciertos tipos de cáncer.

Fantasías de frutas tropicales.

Ingredientes:



8 onzas de yogur de naranja sin azúcar y sin grasa

5 fresas medianas cortadas en mitades

3 onzas de melón cantalupo cortado en rebanadas (ó ½ taza de melón cortado en cubos)

1 mango pelado y sin semillas cortado en cubitos

1 papaya pelada y sin semillas cortada en cubitos

3 onzas de sandía sin semillas y cortada en rebanadas (ó ½ taza de sandía cortada en cubitos)

2 naranjas sin semillas y cortadas en rebanadas

½ taza de jugo de naranja sin endulzar

Instrucciones:

- Vacíe el yogur en un recipiente y mezcle cuidadosamente todas las frutas.
- Vierta el jugo de naranja sobre la mezcla de frutas.
- Mezcle bien y sirva una porción de ½ taza como postre.

Smoothie de fresa, naranja y limón.

Ingredientes

4 personas:

Fresas **12 u medianas**
Naranja **4 u**
Limón **2 u**



Elaboración:

1. Trocear las fresas y los gajos de limón.
2. Congelar.
3. Exprimir las naranjas.
4. Mezclar con las fresas y los gajos de limón congelado.
5. Triturar todos los ingredientes antes de servir para que esté frío.

5.5. Recursos.

Recurso Humano

- ❖ Personal de Salud del Hospital de Quevedo.
- ❖ Equipo Investigativo
 - 2 Investigadores Estudiantes de Enfermería
 - 1 Director de Tesis
 - 1 Digitador
 - Personal de Enfermería que labora en el área de Consulta Externa.
 - Pacientes que asistirán a la capacitación.

Recursos materiales

- Resma de papel de Hojas A4 75gr
- Bolígrafos
- Pendriver
- Xerocopias
- Textos
- Cartuchos de Tinta Hp
- Internet
- Marcadores.
- Papel periódico.
- Equipo audiovisual.
- Carpetas.
- Equipo informático.
- Pizarra acrílica.
- Marcador de tiza líquida.
- Materiales de oficinas.
- Frutas.
- Insumos de limpieza para frutas.

5.6. Cronograma de ejecución de la propuesta.

Cuadro N° 11

N°	Actividad	Cronograma						Presupuesto	Recursos
		Noviembre			Diciembre				
		2	3	4	1	2	3		
1	Análisis, revisión y aprobación de la propuesta ante las autoridades del Hospital.							\$. 50,00	Materiales: Laptos, Infocus. Vídeos. Papel periódico. Marcadores. Marcador tiza líquida. Equipo de audio. Alimentos: frutas y vegetales. Tríptico de la Guía alimentaria complementaria Humanos. Personal de Salud. Pacientes diabéticos. Familiares de pacientes diabéticos.
2	Elaborar plan de capacitación alimentaria para diabéticos.							-----	
3	Elaboración del tríptico de la guía de alimentación complementaria para diabéticos a base de frutas y su difusión							\$. 500,00	
4	Socializar el tríptico con el personal de salud para asesoría en consulta.							\$. 100,00	
5	Establecer horarios adecuado para la exposición del tríptico y charla							-----	
6	Ejecución del tema N°1: Plan alimentario para personas con diabetes - Alimentos bajos en azúcar.							\$. 150,00	
7	Ejecución del Tema N° 2: Preparación de alimentos a base de frutas para diabéticos - Fantasía de frutas. - Smoothie de fresas, naranja y limón.							\$. 150,00	
8	Ejecución del tema N°3: Soluciones caseras para enfermos de diabetes. - Infusiones de perejil, eucalipto. - Infusiones combinadas: toronjil, perejil, apio, zumo de limón y ortiga							\$. 150,00	
9	Clausura del evento.							\$. 100,00	
								\$. 1.200,00	

BIBLIOGRAFIA

- Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica ANDES, Día Mundial de la Diabetes, más de la mitad de quienes la padecen no lo saben, noviembre 13/2011
- Alpizar M. Guía para el manejo integral del paciente diabético. Rev. El manual moderno, (1), 2001.
- ASOCIACIÓN ANDALUZA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA (ASANEC). (2003), Guía de Atención Enfermera a Personas con Diabetes. (1a Edición) Andalucía, Madrid.
- Beare y Myers. Enfermería Medicoquirúrgica. (3 a Edición) Volumen No. 2 Madrid España 2002.
- Braunwald, fauci, Kasper. Mcgraw-Hill. Interamericana. Traducción de Medicina Interna de Harrison. (15a Edición) Volumen No 2. Madrid 2001
- Consejo General de Enfermería, (2011), Atención de Enfermería al paciente Diabético – protocolo, Madrid.
- Daniel Figuerola. Diabetes. 3ra ed. Editorial MASON. 1999
- Diario Hoy, El 70% de diabéticos no recibe tratamiento, Quito, 25 de octubre del 2006
- El Comercio. Diabetes afecta a 800.00 personas en Ecuador, Organización Panamericana de la salud, lunes 14 de noviembre del 2011.
- Enfermería (CRE) (2a Edición) Madrid, España 2002
- Gamboa Terrones Juana, (2004), Calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Harrison (2006), Principios de Medicina Interna 16a edición. McGraw-Hill.
- <http://www.dmedicina.com/enfermedades/digestivas/diabetes>
- <http://www.elcomercio.com/sociedad/Diabetes-afecta-personas-Ecuador>.

- Joanne McCloskey Dochterman y.... Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). (4 a Edición) Madrid, España 2005
- Marion Johnson, Meridean Maas y... Clasificación de Resultados de
- Mary Ann Lavin, SCD, RN, CS, ANP Y FAAN. (2005), Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2,003-2,004 NANDA Internacional (3a Edición) Madrid, España.
- Mayer-Davis. Obesidad y estilos de vida sedentarios. Factores de riesgo modificables Para prevenir la diabetes tipo 2. Corrent Diabetes Report Latin American; 1(2):167-174.2001
- Ministerio de Salud Pública, La Diabetes es la segunda causa de muerte general en el país Martes, periódico Mi Salud, publicado el 11 de Octubre de 2011, Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública, La Diabetes es la segunda causa de muerte general en el país Martes, periódico Mi Salud, publicado el 11 de Octubre de 2011, Ecuador.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006), Calidad de vida. Disponible en: <http://www.encyclopedia.us.es/index.php/calidaddevida>.
- Revista Médica IMSS, (2000), Prevención, tratamiento y control de la Diabetes, México.
- Reyes A, Garduño J, Fajardo A, Martínez C. (1995) La calidad de vida en el paciente diabético II y factores asociados. Revista médica del IMSS; (33), 293-298.
- Turismo del Ecuador. <http://www.redconsejoecuador.gob.ec>

CAPITULO VI

ANEXOS

ENCUESTA A LOS PACIENTES ASISTIDOS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL “SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS”

Mucho agradecerá. Sírvase llenar el siguiente cuestionario, solo marque una sola alternativa.

Edad:.....

Sexo: Femenino ()

Masculino. ()

¿Cuál es su nivel de instrucción educativa?

Primaria. ()

Secundaria. ()

Bachiller. ()

Universitaria. ()

Profesional. ()

Ninguna. ()

¿Tiempo de padecer la diabetes?

Meses. ()

1 a 3 años. ()

4 años y más ()

¿De sus familiares quien padece de Diabetes?

Padres. ()

Hermanos. ()

Abuelos. ()

Tíos ()

Ninguno ()

¿Usted se considera una persona con un peso?

Normal. ()

Delgado. ()

Sobrepeso ()

¿Realiza usted algún tipo de deporte?

Caminata. ()

Bailoterapia. ()

Gimnasia ()

Otras. ()

Ninguno. ()

¿Es usted un fumador?

Diario. ()

Semanal. ()

Ocasional. ()

No fuma. ()

¿Considera usted que cumple con la dieta establecida por el médico bajas en grasas?

Si. ()

No. ()

De vez en cuando. ()

¿Conoce usted a cerca de las frutas que pueden control los niveles de glucosa para nivelar la diabetes?

Si. ()

No. ()

El personal de salud le informa y le entrega guía alimentaria para control de diabetes.

Si. ()

No. ()

¿Presenta lesiones en miembros inferiores?

Si. ()

No. ()

¿Qué tan frecuente siente hormigueo, entumecimiento o ardor en sus pies?

Nunca ()

Algunas veces ()

Con frecuencia ()

Siempre ()

¿Posee usted un glucómetro en casa (aparato para medir la glucosa en domicilio)?

Si. ()

No. ()

¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere con su vida sexual?

Nunca ()

Algunas veces ()

Con frecuencia ()

Siempre ()

¿Cuánto apoyo recibe de su familia?

Mucho ()

Poco ()

Nada ()

¿Con qué frecuencia encuentra que su diabetes limita sus relaciones sociales y con amistades?

Nunca ()

Algunas veces Con frecuencia ()

Siempre ()

CUESTIONARIO DE PREGUNTAS AL PERSONAL DE SALUD DEL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL

Cuál de las complicaciones es la más usual en los pacientes diabéticos.

Retinopatías. ()

Nefropatías. ()

Neuropatías. ()

Cardiopatías. ()

Considera usted que los pacientes diabéticos cumple con la dieta establecida por el médico bajas en grasas.

Si. ()

No. ()

De vez en cuando. ()

Considera usted que el nivel de percepción de la enfermedad en los pacientes diabéticos es:

Alto. ()

Medio. ()

Bajo. ()

Con que frecuencia los pacientes diabéticos asistidos en el área presentan sintomatología depresiva.

Con mucha frecuencia. ()

Poca frecuencia. ()

Nunca. ()

En el hospital el personal de enfermería utiliza formulario de valoración como documentos de expediente clínico.

Si. ()

No. ()

En el hospital el personal de enfermería maneja protocolo de atención propio de diabetes.

Si. ()

No. ()

Los diagnósticos de enfermería son difundidos por el personal al equipo de salud

Si. ()

No. ()

Manejan una guía propia alimentaria para pacientes diabéticos.

Si. ()

No. ()

Con que frecuencia realizan estudio de casos en relación a la diabetes.

Con mucha frecuencia. ()

Poca frecuencia. ()

Nunca. ()

Participa de las campañas preventivas para el control de la diabetes.

Si. ()

No. ()

EVIDENCIA FOTOGRAFICA DEL TRABAJO DE CAMPO.



Momentos de aplicación de la encuesta al personal de salud.



Momentos de aplicación de la encuesta a los pacientes diabéticos en consulta.



En diálogo para la aplicación de la encuesta a los pacientes diabéticos en consulta.



Momentos de aplicación de la encuesta a los pacientes diabéticos en consulta.