



UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
UNIDAD DE ESTUDIOS A DISTANCIA
MODALIDAD SEMIPRESENCIAL
CARRERA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
TESIS DE GRADO:

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

TEMA

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA DISMINUIR EL
ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE DIABETES MELLITUS
TIPO 2 EN PACIENTES ADULTOS DEL HOSPITAL
SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS DE QUEVEDO, DURANTE
EL PRIMER SEMESTRE DEL 2013.**

AUTORA

KAREN MACÍAS SÁNCHEZ

DIRECTORA

LCDA. NANCY LÓPEZ GARCÍA

**QUEVEDO – ECUADOR
2013**

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, **MACÍAS SÁNCHEZ KAREN GABRIELA**. Declaro que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

La Universidad Técnica Estatal de Quevedo, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su Reglamento y por la normatividad institucional vigente.

MACÍAS SÁNCHEZ KAREN GABRIELA

CERTIFICACIÓN

La suscrita, **LCDA. NANCY LÓPEZ GARCÍA**, Docente de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo certifica, que la Egresada **MACÍAS SÁNCHEZ KAREN GABRIELA**, realizó la Tesis de Grado previo a la obtención del título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA con la tesis de grado titulada **“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA DISMINUIR EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PACIENTES ADULTOS DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS DE QUEVEDO, DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2013”**, bajo mi dirección, habiendo cumplido con las disposiciones reglamentarias establecida para el efecto.

DIRECTORA DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
UNIDAD DE ESTUDIOS A DISTANCIA
TESIS DE GRADO

TEMA:

“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA DISMINUIR EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PACIENTES ADULTOS DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS DE QUEVEDO, DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2013.”

Presentado al Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de: **LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

Aprobado:

LCDA RAMONA MONTES VELEZ
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE TESIS

LCDA. GLORIA GOYBURO FUENTES
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE TESIS

LCDA. MÓNICA ACOSTA GOIBURO
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE TESIS

QUEVEDO – LOS RIOS – ECUADOR
2013

AGRADECIMIENTO

A Dios

Por darme fe y guiarme durante todos estos años.

A mi Tutora

Por su apoyo incondicional y su constante estímulo para seguir adelante.

A mis Maestros

Gracias por su paciencia y brindarnos la luz de sus conocimientos.

A los Pacientes

A todos ellos que otorgaron el privilegio de permitirnos prestarle atención.

DEDICATORIA

A mis Padres y Hermano:

Con todo el amor y respeto porque siempre me apoyaron con abnegación, esfuerzo, comprensión, y nos impulsaron a superarnos en todos los momentos de mi vida.

A mi Hija:

Traviesa e inteligente, con su ternura y amor supieron darme valor y apoyo para seguir adelante por ser el motivo de mi inspiración y superación.

A mi Esposo:

Por su apoyo incondicional en cada etapa de mi vida, sabiendo guiarme para vencer todas las dificultades y salir victoriosa.

Karen

ÍNDICE GENERAL

TITULO O PORTADA.....	i
CERTIFICADO AUTORA DE TESIS.....	ii
CERTIFICADO DEL TUTOR.....	iii
CALIFICACIÓN DEL TRIBUNAL.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
DEDICATORIA.....	vi
INDICE GENERAL.....	vii
RESUMEN.....	xi
ABSTRAC.....	xii

Nº	CONTENIDO	Pág.
	CAPITULO I: MARCO CONTEXTUAL DE LA INVESTIGACIÓN	
1.1.	Introducción.....	2
1.2	Planteamiento del problema.....	3
1.2.1	Diagnostico.....	3
1.2.2	Problema general.....	4
1.2.3	Problemas derivados.....	4
1.3	Justificación.....	4
1.4.	Objetivos.....	6
1.4.1	General.....	6
1.4,2	Específicos.....	6
1.5	Hipótesis.....	6
1.5.1	Hipótesis General.....	6
1.5.2	Hipótesis Especifica.....	7

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.	Fundamentación Conceptual.....	9
2.1	Fundamentación Teórica.....	10
2.1.1	Diabetes Mellitus Tipo 2.....	10
2.1.2	Etiología.....	10
2.1.3.	Causas.....	13
2.1.4.	Síntomas.....	14
2.1.5.	Prevención.....	17
2.1.6.	Complicaciones.....	17
2.1.7	Seguimiento y tratamiento.....	18
2.1.8	Insulina.....	20
2.1,9	Dieta.....	25
2.1.10	Proceso de Atención de Enfermería.....	29
2.1.11	Diagnóstico de Enfermería.....	38
2.1.12	Intervenciones de Enfermería.....	39
2.1.13	Guía de Atención Enfermera.....	44
2.2	Fundamentación Legal.....	46

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1	Tipo de estudio.....	50
3.2	Universo y Muestra.....	50
3.2.1	Universo.....	50
3.2.2	Muestra.....	50
3.3	Métodos y Técnicas de recolección de información	51
3.3.1	Métodos.....	51
3.3.2	Técnicas.....	51
3.4	Procedimiento.....	52

	CAPITULO IV :ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	
4.1	Tabulación e interpretación de resultados.....	55
4.2	Comprobación y Discusión de la Hipótesis.....	61
	CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1	Conclusiones.....	63
5.2	Recomendaciones.....	64
	CAPITULO VI: PROPUESTA	
6.1.	Presentación.....	66
6.2.	Objetivos.....	67
6.2.1.	Objetivo General.....	67
6.2.2.	Objetivos Específicos.....	67
6.3.	Descripción de la Propuesta.....	67
6.4.	Recursos.....	68
6.4.1.	Recursos Humanos.....	68
6.4.2.	Recursos Materiales y financieros.....	69
7.	CAPITULO VII: BIBLIOGRAFÍA	71
	Bibliografía.....	
	CAPITULO VIII: ANEXOS	
8.1	Anexo N° 1 Encuesta.....	73
8.2	Anexo N° 2 Matriz de problema objetivos e hipótesis...	78
8.3	Anexo N° 3 Tríptico para el paciente diabético.....	80
8.4	Anexo N° 4 Cronograma.....	81
8.5	Anexo N° 5 Fotos del Charla y encuesta al paciente....	

RESUMEN

La diabetes es una enfermedad crónica, caracterizada por el aumento del nivel de glucosa (azúcar) en la sangre por encima de los niveles normales. Los azúcares conjuntamente con las grasas se utilizan como fuente de energía. Para utilizarla el organismo necesita de la Insulina, es una hormona segregada por el páncreas, cuando se produce un déficit de insulina aparece la diabetes. Las personas con Diabetes tienen una esperanza de vida reducida y una mortalidad 2 veces mayor que la población general, teniendo complicaciones micro-vasculares (nefropatía y retinopatía) y macro-vasculares (enfermedades coronarias, cerebro-vasculares y vasculares periféricas) ya que la edad y la duración de la Diabetes son los principales factores de riesgo no controlables. El estudio del trabajo realizado estima que las mujeres son de mayor incidencia al abandono del tratamiento en un 74% y proceden del sector urbano, teniendo poco conocimiento sobre la enfermedad, siendo la causa del abandono del tratamiento el descuido. Se realizó un estudio descriptivo y explicativo la población escogida para el estudio fue de ciento cincuenta pacientes enfocándose en pacientes adultos con Diabetes Mellitus Tipo 2 que acuden al HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS utilizando encuestas directas a los pacientes. El resultado fue de 127 pacientes que no cumplen con el tratamiento considerado en un porcentaje el 85%, esto demostró que la charla educativa es la mejor solución para disminuir el abandono del tratamiento. La aportación de este tema para la comunidad es mejorar el estilo de vida del paciente diabético evitando futuras complicaciones.

ABSTRACT

Diabetes is a chronic disease characterized by increased levels of glucose (sugar) in the blood above normal levels. The sugars together with the fats are used as a power source. To use the body needs Insulin is a hormone secreted by the pancreas, where insulin deficiency diabetes occurs appears. People with diabetes have a reduced life expectancy and 2 times higher mortality than the general population, with microvascular complications (nephropathy and retinopathy) and macrovascular (peripheral vascular brain-vascular heart disease, y) since age and the duration of diabetes is not the major controllable risk factors. The study estimated the project realized that women are most prevalent in discontinuation by 74% and come from urban areas, having little knowledge of the disease, being the cause of treatment discontinuation neglect. A descriptive and explanatory study chosen for the study population was a hundred and fifty patients focusing on adult patients with Type 2 Diabetes Mellitus attending the HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS using direct patient surveys was conducted. The result was 127 patients who did not comply with treatment considered on a percentage 85%, which showed that the educational talk is the best solution to reduce treatment dropout. The contribution of this issue for the community is to improve the lifestyle of the diabetic patient to avoid future complications.

CAPITULO I

MARCO CONTEXTUAL DE LA INVESTIGACIÓN

1.1Introducción

Diabetes Mellitus es al momento un importante problema de salud pública en el mundo y en especial en la región de las Américas. En el Ecuador, en un período relativamente corto, diabetes ha emergido como una de las principales causas notificadas de muerte.

La diabetes es una enfermedad crónica degenerativa de alto costo que aqueja a todos sin distinguir edades o niveles socioeconómicos. En 1984, no figuraba entre las diez primeras causas de mortalidad general. En 1998, diabetes fue la cuarta causa de muerte en mujeres y la novena causa de muerte en hombres. La tasa de mortalidad por diabetes ha ascendido de 15.4 por cien mil habitantes en 1996 a 18 millones en el año 2000.

La diabetes mellitus es una enfermedad causada por la deficiencia en la producción de insulina, se caracteriza por que el cuerpo del paciente es incapaz de usar y almacenar apropiadamente la glucosa.

La importancia epidemiológica de diabetes mellitus obedece a su elevado impacto en la salud de los individuos y a su elevado impacto sobre los gastos nacionales en salud. Ambos efectos son consecuencia del desarrollo de complicaciones crónicas de la enfermedad.

Si el paciente diabético se mantiene bien controlado con el tratamiento adecuado no debe afectarse el desarrollo, pero está bien establecida la relación entre el desarrollo de complicaciones (retinopatías, nefropatía, cataratas y baja talla) y el control metabólico; por ello, los médicos deben animar a sus pacientes para que alcancen el mejor control metabólico con el fin de lograr el bienestar psicológico, social, físico y emocional de los mismos.

La educación diabetológica es la formación continuada y constante del diabético y su familia, que tiene como objetivo permitir un estilo de vida saludable.

En el presente trabajo se realiza un estudio de las posibles causas por las que el paciente diabético abandona su tratamiento, ya sea farmacológico, dietético o la participación en el Programa de Control de la Diabetes en el cual están inscritos.

1.2. Planteamiento del problema

El reconocimiento de la Diabetes como una enfermedad que afecta millones de personas en el mundo, ha motivado la búsqueda de diversos ámbitos de atención de salud que favorezcan un acercamiento real al problema principalmente en relación con los conocimientos, las preocupaciones, las actitudes los temores y la práctica de los pacientes en el contexto familiar y de la comunidad

El abordaje de un problema de salud tan importante, frecuente y de no fácil solución como es mantener controlado metabólicamente al paciente Diabético, siguiendo el continuo tratamiento con la atención médica a través de un equipo interdisciplinario donde la intervenciones de las enfermeras son fundamental así como de la familia, por lo que se plantea el problema de investigación.

1.2.1 Diagnóstico

En nuestro país la prevalencia de Diabetes Mellitus es de alrededor del 6%, ocupando la cuarta posición en las causas de muerte directa en nuestra población. Constituye esta enfermedad una patología de gran trascendencia social debido a su gran morbi mortalidad, su larga duración,

el elevado número de incapacidades que originan, la carga económica que representa para la sociedad, desde el punto de vista laboral como de los costos derivados de su asistencia, así como de la repercusión psíquica que tiene sobre los pacientes y la familia.

1.2.2 Problema general

¿Cómo las intervenciones de enfermería son determinantes para reducir el abandono del tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en pacientes adultos del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo, durante el primer semestre del 2013?

1.2.3 Problemas Derivados

¿Cuáles son los factores que contribuyen en la alta tasa de abandono del tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos del Hospital Sagrado Corazón de Jesús durante el primer trimestre del 2013?

¿Por qué es importante elaborar una campaña educativa al paciente diabético y a la familia que ayude a disminuir el abandono del tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo 2?

1.3 Justificación

La Diabetes Mellitus es una enfermedad común que afecta al 6% de la población. La frecuencia aumenta con la edad, de modo que por encima de los 30 años la padecen el 15% o más de las personas.

La Organización Mundial de Salud prevé que la diabetes se convierta en el año 2030 en la séptima causa mundial de muerte, se calcula que las muertes por diabetes aumentarán más de un 50% en los próximos 10 años. La diabetes de tipo 2 es mucho más frecuente que la de tipo 1, el

tipo 2 representa aproximadamente un 90% de los casos mundiales de diabetes. Un 50% a 80% de las muertes de pacientes diabéticos se deben a causas cardiovasculares

La diabetes se ha convertido en una de las causas principales de enfermedad y muerte prematura en la mayoría de los países, sobre todo debido al aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares. Teniendo esto por consecuencia el abandono del tratamiento.

Las estimaciones revelan que 3,4 millones de personas fallecieron por exceso de azúcar en la sangre, plantea que las alteraciones de la salud producen también alteraciones de relaciones entre los miembros de la familia y a su vez pueden tener repercusión médico sociales o económicas sobre los miembros o sobre la función del conjunto de la familia.

En nuestro país la Diabetes Mellitus ocupa la cuarta posición en las causas de muerte directa en nuestra población. Constituye esta enfermedad una patología de gran trascendencia social debido a su gran morbi mortalidad, su larga duración, el elevado número de incapacidades que originan, la carga económica que representa para la sociedad, desde el punto de vista laboral como de los costos derivados de su asistencia, así como de la repercusión psíquica que tiene sobre los pacientes y la familia.

Los beneficios que se obtienen de este estudio es lograr un buen control a corto y largo plazo, prevenir complicaciones, favorecer la rehabilitación social del enfermo, que le permita su desarrollo, facilite las relaciones entre pacientes, familiares y representantes del equipo de salud. Es importante investigar el tema, con ello se pretende que el paciente tome conciencia y tome con seriedad el tratamiento para mejorar su calidad de vida.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General:

Establecer las intervenciones de enfermería para disminuir el abandono del tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes adultos del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, durante el primer semestre del 2013.

1.4.2 Objetivos Específicos:

- Determinar las causas que influyen al abandono del tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes adultos del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, durante el primer semestre del 2013.

- Elaborar una campaña educativa para reducir el abandono del tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes adultos del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, durante el primer semestre del 2013.

1.5 Hipótesis

1.5.1 Hipótesis General:

- Al determinar las Intervenciones de Enfermería disminuiría el abandono del tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo 2 en pacientes adultos del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, durante el primer trimestre del 2013.

1.5.2 Hipótesis Específicas

- Al identificar los factores que contribuyen al abandono al tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes adultos mejoraría aplicación del tratamiento en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús, durante el primer semestre del 2013.
- Podrá una campaña educativa para los pacientes adultos con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, disminuiría la tasa de abandono del tratamiento.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2. Fundamentación Conceptual

La diabetes es un desorden del metabolismo, el proceso que convierte el alimento que ingerimos en energía. La insulina es el factor más importante en este proceso. Durante la digestión se descomponen los alimentos para crear glucosa, la mayor fuente de combustible para el cuerpo. Esta glucosa pasa a la sangre, donde la insulina le permite entrar en las células. (La insulina es una hormona segregada por el páncreas, una glándula grande que se encuentra detrás del estómago).

Los cuidados de enfermería para los pacientes deben planearse basándose en las prioridades de los diagnósticos enfermeros, debido a la necesidad urgente de atención que amerita este padecimiento.

El 90% de los pacientes con diabetes presenta la diabetes mellitus tipo 2. El 10% restante corresponde a la Diabetes Mellitus tipo 1. La prevalencia total de la Diabetes Mellitus tipo 2 se estima en un 6% y aumenta de forma significativa en relación con la edad. Alcanza cifras entre el 10-15% en la población mayor de 65 años y hasta el 20% si consideramos sólo a los mayores de 80 años.

En la mayoría de los países desarrollados la diabetes ocupa del cuarto al octavo lugar de las causas de defunción. En España representa la tercera causa en mujeres y la séptima en varones.

Alrededor del 70% de los fallecimientos de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 se deben a la cardiopatía coronaria. Aproximadamente el 20% de los pacientes presenta angina de pecho y corre un riesgo de infarto de miocardio similar al de una persona no diabética que ya ha tenido un infarto previo.

2.1 Fundamentación Teórica

2.1.1 Diabetes Mellitus Tipo 2

La diabetes mellitus es actualmente una verdadera epidemia mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), hoy día hay alrededor de 347 millones de personas con diabetes. Esta cifra podría duplicarse en los próximos 10 años. Se estima que un 50% de los casos permanece sin diagnosticar; por cada persona con diabetes conocida hay una con diabetes desconocida. En el presente trabajo se aborda la etiología y el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, así como su creciente incidencia en niños y adolescente, y su relación con la menopausia.

2.1.2 Etiología

La etapa inicial de la Diabetes Mellitus tipo 2 acostumbra a ser asintomática y puede pasar inadvertida durante varios años antes de ser diagnosticada. La mayoría de los pacientes presenta alteraciones en las vías metabólicas. Los órganos más afectados son los islotes pancreáticos, el hígado y el tejido periféricos, como el musculo esquelético y el tejido adiposo. Los síntomas iniciales son la polidipsia (mucho sed), la poliuria (mucho orina), la polifagia (mucho hambre) y la pérdida de peso.

Los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 presentan resistencia a la insulina. La insulina, que produce el páncreas, no es reconocida por las células para permitir que la glucosa entre, para producir energía, y da lugar a hiperglucemia.

ORGANIZACION MUNDIAL DE SALUD. Directrices para el desarrollo de un programa nacional para la diabetes mellitus Ginebra OMS, 1995

Para compensar, el páncreas produce más insulina. Las células sienten este torrente de insulina y se tornan más resistentes, lo que ocasiona un círculo vicioso de valores altos de glucosa y frecuentes valores altos de insulina.

Con el paso de los años, las concentraciones altas de glucosa en sangre dañan los nervios y los vasos sanguíneos. Se desarrollan enfermedades del corazón, ceguera, enfermedades renales, problemas en los nervios y en las extremidades, entre otras complicaciones.

Por lo general, la Diabetes Mellitus tipo 2 ocurre gradualmente, en el momento del diagnóstico, la mayoría de los pacientes presenta obesidad. Sin embargo, también puede desarrollarse en personas delgadas, especialmente de edad avanzada.

También las mujeres embarazadas que desarrollan diabetes, aunque normalmente desaparece después de la gestación, tienen más probabilidades de que en el futuro desarrollen Diabetes Mellitus tipo 2.

La Diabetes Mellitus tipo 2 es una enfermedad multifactorial, donde intervienen factores ambientales y genéticos. Los antecedentes familiares de la enfermedad son un factor de riesgo. Sin embargo, factores como un nivel bajo de actividad, una dieta deficiente y un peso excesivo (especialmente alrededor de la cintura) aumentan significativamente el riesgo de una persona a desarrollar diabetes tipo 2.

Se conocen otros factores de riesgo, como la raza o etnia (las poblaciones afroamericanas, hispanoamericanas y nativos americanos tienen índices altos de diabetes), la edad superior a los 45 años, la intolerancia a la glucosa, la hipertensión y los antecedentes de diabetes gestacional.

Contrariamente a la diabetes tipo 1 (de origen hereditario) la diabetes tipo 2 se puede prevenir. El problema es que los síntomas progresan lentamente y el paciente la descubre cuando está avanzada.

La causa principal de la diabetes tipo 2 está relacionada con el tipo de vida. Es decir, la mala alimentación que lleva a la obesidad, la falta de ejercicio y la vida sedentaria.

La nutrición, el ejercicio y el tratamiento médico son los pilares básicos en los que debe apoyarse el tratamiento de esta enfermedad crónica. El control de la glucemia, la hemoglobina, los lípidos, la presión arterial y la función renal son esenciales para evaluar el estado nutricional del paciente y su progreso.

El objetivo principal de toda terapia nutricional para la diabetes es lograr un mejor control metabólico a través de cambios en el estilo de vida (como la actividad física) y en los hábitos alimentarios.

Esta enfermedad crónica desarrolla a lo largo de su evolución una serie de complicaciones que determinan un alto grado de morbilidad y mortalidad. Representa un número muy importante de consultas médicas, hospitalizaciones, pensiones de invalidez y muerte.

La alta incidencia de la Diabetes Mellitus tipo 2 causa un impacto muy fuerte en los sistemas de salud de los distintos países. Por ello, encontrar nuevas estrategias para su prevención, control y tratamiento será prioritario en los próximos años.

Las complicaciones microvasculares, como las retinopatías, las nefropatías y las neuropatías, están presentes en un alto porcentaje de los pacientes con Diabetes Mellitus. En el momento del diagnóstico clínico algunos pacientes presentan estas enfermedades en un grado avanzado y de muy difícil tratamiento. De este modo, los expertos creen que los

esfuerzos más útiles, desde el punto de vista de la salud pública, deben dirigirse a la prevención primaria de la enfermedad y al diagnóstico temprano en personas aparentemente sanas.

El tratamiento principal para la diabetes tipo 2 es el ejercicio y la dieta. También se pueden administrar antidiabéticos orales y determinados casos pueden requerir insulina

2.1.3 Causas

La diabetes es causada por un problema en la forma como el cuerpo produce o utiliza la insulina. La insulina es necesaria para mover el azúcar en la sangre (glucosa) hasta las células, donde ésta se almacena y se usa posteriormente como fuente de energía.

Cuando usted tiene diabetes tipo 2, la grasa, el hígado y las células musculares normalmente no responden a dicha insulina. Esto se denomina resistencia a la insulina. Como resultado, el azúcar de la sangre no entra en las células con el fin de ser almacenado para obtener energía.

Cuando el azúcar no puede entrar en las células, se acumulan niveles anormalmente altos de éste en la sangre, lo cual se denomina hiperglucemia.

Por lo general, la diabetes tipo 2 se desarrolla lentamente con el tiempo. La mayoría de las personas con esta enfermedad tienen sobrepeso en el momento del diagnóstico. El aumento de la grasa le dificulta al cuerpo el uso de la insulina de la manera correcta.

La diabetes tipo 2 puede presentarse también en personas delgadas y es más común en los ancianos.

Los antecedentes familiares y los genes juegan un papel importante en la diabetes tipo 2. Un bajo nivel de actividad, una dieta deficiente y el peso

corporal excesivo (especialmente alrededor de la cintura) aumentan el riesgo. Ver también: diabetes tipo 2 para conocer una lista de factores de riesgo.

2.1.4 Síntomas

Con frecuencia, las personas con diabetes tipo 2 no presentan síntoma alguno al principio y es posible que no tengan síntomas durante muchos años.

Los síntomas iniciales de la diabetes pueden abarcar:

- Infección en la vejiga, el riñón, la piel u otras infecciones que son más frecuentes o sanan lentamente
- Fatiga
- Hambre
- Aumento de la sed
- Aumento de la micción

El primer síntoma también puede ser:

- Visión borrosa
- Disfunción eréctil
- Dolor o entumecimiento en los pies o las manos

2.1.5 Prevención

La prevención de la diabetes y sus complicaciones implica un conjunto de acciones adoptadas para evitar su aparición o progresión.

Esta prevención se puede realizar en tres niveles:

Prevención primaria

Tiene como objetivo evitar la enfermedad. En la práctica es toda actividad que tenga lugar antes de la manifestación de la enfermedad con el propósito específico de prevenir su aparición.

Se proponen dos tipos de estrategias de intervención primaria:

1. En la población general para evitar y controlar el establecimiento del síndrome metabólico como factor de riesgo tanto de diabetes como de enfermedad cardiovascular. Varios factores de riesgo cardiovascular son potencialmente modificables tales como obesidad, sedentarismo, dislipidemia, hipertensión arterial, tabaquismo y nutrición inapropiada.

Puesto que la probabilidad de beneficio individual a corto plazo es limitada, es necesario que las medidas poblacionales de prevención sean efectivas a largo plazo.

Las acciones de prevención primaria deben ejecutarse no sólo a través de actividades médicas, sino también con la participación y compromiso de la comunidad y autoridades sanitarias, utilizando los medios de comunicación masivos existentes en cada región (radio, prensa, TV, etcétera).

2. En la población que tiene un alto riesgo de padecer diabetes para evitar la aparición de la enfermedad. Se proponen las siguientes acciones:

Educación para la salud principalmente a través de folletos, revistas, boletines, etcétera.

Prevención y corrección de la obesidad promoviendo el consumo de dietas con bajo contenido graso, azúcares refinados y alta proporción de fibra.

Precaución en la indicación de fármacos diabéticos como son los corticoides estimulación de la actividad física

Prevención secundaria

Se hace principalmente para evitar las complicaciones, con énfasis en la detección temprana de la diabetes como estrategia de prevención a este nivel.

Tiene como objetivos:

Procurar la remisión de la enfermedad, cuando ello sea posible.

Prevenir la aparición de complicaciones agudas y crónicas

Retardar la progresión de la enfermedad.

Las acciones se fundamentan en el control metabólico óptimo de la diabetes.

Prevención terciaria

Está dirigida a evitar la discapacidad funcional y social y a rehabilitar al paciente discapacitado.

Tiene como objetivos:

Detener o retardar la progresión de las complicaciones crónicas de la enfermedad

Evitar la discapacidad del paciente causada por etapas terminales de las complicaciones como insuficiencia renal, ceguera, amputación, etcétera.

Impedir la mortalidad temprana.

Las acciones requieren la participación de profesionales especializados en las diferentes complicaciones de la diabetes.

2.1.6 Complicaciones

Hay tres tipos de complicaciones:

Agudas

- **Hipoglicemia:** es la baja presencia de azúcar en la sangre y un factor esencial en las personas con diabetes. Algunos de los indicios de la hipoglucemia son: temblores, mareos, sudoraciones, dolores de cabeza, palidez, cambios repentinos en estados de ánimo, entre otros.
- **Hiperglicemia:** es la alta presencia de azúcar en la sangre y también es un factor influyente en las personas que tiene diabetes y deberá mantenerse controlada, debido que la continua mantención de este padecimiento traera complicaciones crónicas a largo plazo. Algunos síntomas incluyen aumento de sed, de hambre, respiración acelerada, náusea o vómito, visión borrosa y resequedad de la boca.

Crónicas

Las complicaciones a largo plazo, entre otras, son:

- **Retinopatía diabética (enfermedad de los ojos):** El riesgo de retinopatía aumenta considerablemente en pacientes con niveles de glucosa en ayunas entre 109 a 116 mg/dL (6.05 a 6.45 mmol/L) o cuando el resultado de una glucosa posprandial está entre 150 y 180 mg/dL (8.3 a 10.0 mmol/L)⁴
- **Nefropatía diabética (enfermedad de los riñones)**
- **Neuropatía diabética (daño de los nervios)**

- Enfermedad vascular periférica (daño en los vasos sanguíneos/circulación)
- Colesterol alto (dislipidemia), hipertensión arterial, aterosclerosis y arteriopatía coronaria.

2.1.7 Seguimiento y Tratamiento

Una persona con diabetes de tipo 2 debe visitar a su médico periódicamente, con intervalos de tiempo variables, dependiendo de la evolución de la enfermedad y del grado de control, así como realizarse un examen completo que incluye:

- Hemoglobina glicosilada (HbA1c): es un promedio trimestral del nivel de glucosa en la sangre. Esta prueba mide cuánta glucosa se ha estado adhiriendo a los glóbulos rojos y a otras células. Un nivel alto de HbA1c es un indicador de riesgo de sufrir complicaciones a largo plazo. Actualmente, la Asociación Estadounidense para la Diabetes (ADA, por sus siglas en inglés) recomienda un nivel de HbA1c menor a 7% para protegerse de complicaciones. Esta prueba se debe realizar cada tres meses
- Control de la presión arterial
- Examen de pies y piel 18
- Oftalmoscopia o retinografía para examinar la retina, previa dilatación de la pupila.
- Examen neurológico

Las siguientes evaluaciones se deben llevar a cabo al menos una vez al año:

- Microalbúmina aleatoria (análisis de orina para detectar proteínas)
- BUN y creatinina sérica
- Colesterol, HDL y triglicéridos en suero
- ECG

El primer objetivo del tratamiento es eliminar los síntomas y estabilizar los valores de glucosa en sangre. A largo plazo se pretende prolongar la vida y prevenir complicaciones, para mejorar la calidad de vida del paciente.

El tratamiento principal para la diabetes tipo 2 es el ejercicio y la dieta. También se pueden administrar antidiabéticos orales y determinados casos pueden requerir insulina.

De todos modos, es importante insistir en que el pilar del tratamiento consiste en hacer ejercicio y seguir una dieta adecuada. Hay que tener en cuenta que uno de los principales factores que predisponen a la aparición de diabetes tipo 2 es la obesidad.

La Asociación Americana de la Diabetes (ADA) recomienda una restricción moderada de las calorías, entre 250-500 Kcal menos que el promedio de la ingesta diaria. Además, aconseja un plan de alimentación equilibrado, con una reducción de la grasa total y particularmente de las grasas saturadas.

Estos cambios en la dieta deberían ir acompañados por un incremento de la actividad física. Cuando se utilizan dietas hipocalóricas se estabiliza la

glucemia y hay una mayor sensibilidad a la insulina. Pero no se produce pérdida de peso. Hay estudios que demuestran que una pérdida de peso de entre 5-9 kg reduce la incidencia de dislipemia, hiperglucemia e hipertensión.

2.1.8 Insulina

La insulina es una hormona del aparato digestivo que tiene la misión de facilitar que la glucosa que circula en la sangre penetre en las células y sea aprovechada como energía.

La insulina se produce en el páncreas, concretamente en las células beta pancreática. El páncreas es una glándula situada detrás del estómago, al mismo nivel que el hígado, pero en la parte izquierda de la cintura. Cuando se empieza a comer alimentos que contienen hidratos de carbono, se activan unos sensores y el páncreas empieza a producir insulina que libera directamente a la sangre.

Para que la insulina sea efectiva deben cumplirse dos condiciones:

1. que el páncreas segregue insulina en cantidad suficiente
2. que las células la identifiquen y permitan su acción.

El páncreas, entre otras sustancias, segrega la insulina y también el glucagón. El glucagón es otra hormona que tiene el efecto exactamente contrario al de la insulina. Es hiperglucemiante (hace subir los niveles de glucosa en la sangre).

Hoy en día todas las insulinas del mercado son insulinas humanas sintetizadas por ingeniería genética (DNA recombinante). Las insulinas de origen bovino o porcino han desaparecido prácticamente del mercado. Todas ellas están muy purificadas y tan solo contienen proteínas de

insulina y no contaminaciones de otro tipo. El único factor que las diferencia es la duración de acción.

Como la insulina sólo se mantiene activa en la sangre durante períodos cortos (menos de 15 minutos), se han utilizado diversas maneras para retardar su liberación y por ello su acción.

Estos sistemas se basan en preparaciones inyectables que retardan la liberación:

Mediante la unión a otras proteínas (protamina).

Mediante una cristalización: se añade Zinc y como las partículas son más grandes tardan en hacerse solubles, por lo que va liberándose poco a poco.

Dependiendo de cada sistema de retardo de su acción las insulinas pueden ser rápidas, intermedias y lentas.

Todas las insulinas retardadas deben inyectarse vía subcutánea, y sólo la no retardada se puede administrar vía endovenosa.

Administración de Insulinas

La vía usual de administración de insulinas es la subcutánea. Excepcionalmente (coma diabético) se recurre a la vía IV.

El método más corriente de administración es mediante jeringuillas especiales graduadas en unidades de insulina. Han alcanzado aceptación los aparatos inyectoros en forma de pluma estilográfica, que facilitan los regímenes de varias inyecciones al día.

Existen también jeringas precargadas capaces de dosificar con precisión en incrementos de 2 UI y útiles para varias aplicaciones (cambiando la aguja).

Las bombas de infusión que administran de forma continúa una dosis basal de insulina vía SC, suplementada por dosis extra antes de las comidas. Están menos difundidas: son útiles sobre todo para pacientes muy motivados. Se les adscribe con un cierto aumento de frecuencia de episodios de cetoacidosis, tal vez relacionados con fallos de funcionamiento.

Las insulinas españolas para administración por jeringuilla están estandarizadas a la dosis de 40 UI/ml en viales de 10 ml. Los cartuchos para inyectores y bombas de infusión tienen una concentración de 100 UI/ml y el volumen está ajustado a las características técnicas del aparato.

Dosificación

La difusión de la idea de que el control estricto de la glucemia puede prevenir las complicaciones a largo plazo de la diabetes (recientemente demostrada por ensayos clínicos) ha creado una tendencia a usar pautas posológicas orientadas a ajustar lo más estrechamente que se pueda la administración de insulina a las variaciones diurnas de la glucemia.

Esto implica regímenes de varias inyecciones diarias y control de glucemia por el propio enfermo. Las pautas más utilizadas en la actualidad son:

Dos dosis (antes del desayuno y por la tarde), de una mezcla de insulina intermedia e insulina rápida. La popularidad de este régimen explica la difusión de los preparados de insulinas bifásicas.

Una dosis diaria de insulina de acción prolongada (por la mañana o por la noche, sustituida a veces por una dosis de insulina intermedia al acostarse) y tres inyecciones de insulina rápida al día antes de las principales comidas. Las inconveniencias de este régimen disminuyen si se usa un inyector tipo estilográfica. En cualquier caso necesita pacientes motivados, pero tiene la ventaja de permitir horarios de comidas más flexibles.

Se recomienda la lectura del artículo Tipos de Insulinas para más detalles sobre tipos y formas de dosificación.

Vía de Administración

La insulina es administrada por inyección subcutánea (cuando se toma por boca, el sistema digestivo destruye la hormona antes de que el cuerpo la utilice). Es importante que este simple procedimiento se haga correctamente:

Suelte la tapa de la aguja. Arrastre el émbolo hasta la marca de la jeringa que corresponda a la dosis exacta que usted quiera.

Sujete el tubo de insulina boca abajo con una mano, introduzca la aguja y empuje el émbolo hacia dentro del tubo para vaciar la jeringa de aire.

Arrastre el émbolo otra vez hacia atrás hasta llegar a la marca, asegurándose de que se ha llenado de líquido, no de aire.

Saque todo el aire que haya podido entrar en la jeringa hasta que el líquido este justo en la marca de la dosis y saque la aguja de la botella.

Limpie el área de la inyección con algodón y alcohol o con agua y jabón .

Sujete la jeringa como un bolígrafo en una mano. Con la otra mano, coja un pellizco y pinche a unos 45 grados.

Empuje la aguja dentro del tejido subcutáneo. Sujete la jeringa con la otra mano y con la que queda libre empuje hacia fuera el émbolo 3 ó 4 unidades. Si no aparece sangre en la jeringa, empuje el émbolo hacia abajo por completo y después saque la aguja. No inyecte nunca si aparece sangre. En este caso saque la aguja, tírela y prepare otra dosis, inyectándola en otro sitio.

Después de inyectar la insulina cubra el pinchazo con un algodón y alcohol y apriete suavemente unos segundos, pero no lo raspe o apriete demasiado pues esto puede producir que la insulina se absorba dentro del flujo sanguíneo demasiado pronto.

Bomba de insulina

Las bombas de insulina administran insulina a través de un tubo pequeño y una cánula (denominados equipo de infusión) que se implantan bajo la piel.

Las bombas de insulina son dispositivos pequeños y portátiles que administran insulina de acción rápida las 24 horas del día. Con un tamaño similar al de un teléfono móvil, las bombas de insulina administran la insulina a través de un tubo pequeño (catéter) y una cánula (denominados equipo de infusión) que se implanta bajo la piel. La cantidad de insulina administrada se puede ajustar para satisfacer las necesidades de cada paciente.

Puede programar la bomba de insulina de modo que administre la insulina automáticamente las 24 horas del día (lo que se conoce como tasa basal) para controlar la glucosa en sangre entre las comidas y durante el sueño.

En respuesta a la comida, el paciente se administra una dosis de bolus de insulina cuando come. Puede determinar el tamaño del bolus usando una función de las bombas de insulina que ayuda a calcular los bolus adecuados basándose en la cantidad de carbohidratos ingerida, la insulina remanente en el paciente y la tasa de glucemia antes de la ingesta.

Aunque se use una bomba de insulina, sigue siendo necesario monitorizar los niveles de glucemia a lo largo del día. Establecerá las dosis de insulina y las ajustará en función de la ingestión de alimentos y del programa de ejercicio que siga. Tendrá que cambiar el equipo de infusión cada 2 o 3 días.

La terapia con bomba de insulina está indicada para personas de todas las edades con diabetes tipo 1. Está financiada por el Sistema Nacional de Salud. No obstante, su médico le indicará su idoneidad para esta terapia.

2.1.9 Dieta

Si usted tiene diabetes tipo 2, el enfoque primordial a menudo está en el control del peso, ya que la mayoría de las personas con esta enfermedad tienen sobrepeso. Usted puede mejorar los niveles de azúcar (glucosa) en la sangre siguiendo un plan de comidas que tenga:

Pocas calorías

Una cantidad igual de carbohidratos (30 a 45 gramos por comida)

Grasas monoinsaturadas saludables

Los ejemplos de alimentos ricos en grasas monoinsaturadas incluyen maní o mantequilla de maní, almendras y nueces. Usted puede sustituir estos alimentos por carbohidratos, pero conserve las porciones pequeñas

debido a que estos alimentos son ricos en calorías. Aprenda a leer las etiquetas nutricionales para que le ayuden a hacer mejores elecciones.

Con frecuencia, usted puede mejorar significativamente el control de la diabetes tipo 2 bajando de peso (aproximadamente 10 libras) y aumentando la actividad física (por ejemplo, 30 minutos de caminata al día). Además de hacer cambios en el estilo de vida, algunas personas necesitarán tomar pastillas o inyecciones de insulina para controlar su azúcar en la sangre.

Planificación de las comidas

Uno de los aspectos de mayor desafío en el manejo de la diabetes es la planificación de las comidas. Trabaje de la mano con el médico y el nutricionista para diseñar un plan de comidas que mantenga los niveles de azúcar (glucosa) en la sangre cerca de lo normal. El plan de comidas debe proporcionarle al paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 la cantidad apropiada de calorías para mantener un peso corporal saludable.

El hecho de tener diabetes no significa que el diabético tengan que renunciar por completo a algún alimento, pero sí cambia los tipos de alimentos que consume debe comer rutinariamente. Escoja alimentos con cantidades moderadas de carbohidratos (aproximadamente 30 a 45 gramos por comida) para ayudar a mantener los niveles de azúcar en la sangre en buen control. Los alimentos también deben suministrar las calorías suficientes para mantener un peso saludable. El monitoreo regular en el hogar del nivel de azúcar (glucosa) en la sangre le ayudará a aprender cómo diferentes alimentos afectan los niveles de glucosa en la sangre.

Recomendaciones

Un nutricionista certificado puede ayudarle a decidir cómo balancear los carbohidratos, la proteína y la grasa en su dieta. A continuación se presentan algunas pautas generales:

La cantidad de cada tipo de alimento que usted debe comer depende de:

Su dieta, Su peso, La frecuencia para hacer ejercicio ,Otros riesgos para la salud

Todos tenemos necesidades individuales. Trabaje de la mano con su médico y, posiblemente, un nutricionista para desarrollar un plan de comidas que funcione en su caso.

La pirámide de alimentos para la diabetes, que se parece a la vieja pirámide de los grupos básicos de alimentos del Ministerio de Agricultura de los EE.UU., divide los alimentos en seis grupos en un rango de tamaño de las porciones. En la pirámide de alimentos para la diabetes, los grupos de alimentos se basan en el contenido de carbohidratos y proteína en lugar del tipo de alimento. Una persona con diabetes debe comer más de los alimentos que se encuentran en el fondo de la pirámide (granos, legumbres, verduras u hortalizas) que los que están arriba (grasas y dulces). Esta dieta le ayudará a mantener el corazón y los sistemas corporales saludables.

Otro método, similar al nuevo "plato" de la guía de alimentos del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA), invita a comer porciones más grandes de verduras (la mitad del plato) y porciones moderadas de proteína (un cuarto del plato) y almidones (un cuarto del plato).

Granos, legumbres y verduras con almidón (6 o más porciones al día)

Alimentos como el pan, los granos, las legumbres, el arroz, la pasta y las verduras con almidón están en el fondo de la pirámide debido a que deben servir como base de su alimentación. Como grupo, estos alimentos son ricos en vitaminas, minerales, fibra y carbohidratos saludables.

Es importante, sin embargo, consumir alimentos con bastante fibra. Escoja alimentos integrales como pan o galletas integrales, tortillas, salvado de cereal, arroz integral o legumbres. Use harinas de trigo integral u otras harinas integrales para cocinar y hornear. Escoja panes más bajos en grasa, como tortillas, panecillos ingleses y pan de pita.

Verduras (hortalizas) (3 a 5 porciones por día)

Escoja verduras frescas o congeladas sin salsas, grasas ni sal agregadas. Opte por hortalizas de color verde más oscuro y amarillo profundo, como la espinaca, el brócoli, la lechuga romana, las zanahorias y los pimentones.

Frutas (2 a 4 porciones por día)

Escoja las frutas enteras con más frecuencia que los jugos, ya que tienen más fibra. Las frutas cítricas, como las naranjas, las toronjas y las mandarinas son las mejores. Tome jugos de frutas sin edulcorantes ni jarabes agregados.

Leche (2 a 3 porciones por día)

Escoja leche o yogur con bajo contenido de grasa o descremados. El yogur contiene azúcar natural, pero también puede contener azúcar o edulcorantes artificiales agregados. El yogur con edulcorantes artificiales tiene menos calorías que el yogur con azúcar agregado.

Carne y pescado (2 a 3 porciones por día)

Consuma pescado y carne de aves con más frecuencia. Retire la piel del pollo y el pavo. Seleccione cortes magros de carne de res, ternera, carne de cerdo o animales de caza. Recorte toda la grasa visible de la carne. Hornee, tueste, ase a **la parrilla o hierva en lugar de freír**.

Grasas, alcohol y dulces

En general, usted debe limitar su ingesta de alimentos grasos, sobre todo aquellos ricos en grasa saturada como las hamburguesas, el queso, el tocino y la mantequilla.

Si decide tomar alcohol, limite la cantidad y tómelo con una comida. Verifique con su médico acerca de la forma como el alcohol afectará su azúcar en la sangre y de cómo determinar una cantidad segura para usted.

Los dulces son ricos en grasa y azúcar, así que mantenga los tamaños de las porciones pequeños. A continuación se presentan algunos consejos para ayudar a evitar comer demasiados dulces:

Solicite cucharas y tenedores adicionales y divida su postre con otras personas. Coma dulces que sean libres de azúcar, siempre pida la porción de tamaño pequeño.

2.1.10 Proceso De Atención De Enfermería

A todo paciente que acude a consulta, una vez diagnosticado de Diabetes Mellitus tipo 2, 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.

La introducción del proceso de enfermería como método de abordaje de los problemas de enfermería, se han desarrollado rápidamente durante la última década. El proceso de enfermería se deriva del método científico y en su forma actual es análogo a los métodos utilizados por otros grupos profesionales, como los trabajadores sociales. Aunque la terminología cambia ligeramente, el proceso ha sido incorporado en el enfoque de la enfermería. Existe aún alguna resistencia al “papeleo”, pero el personal de enfermería que pueda comprender la utilidad de este método llegará muy lejos en la asistencia de las pacientes.

El papel de la enfermería incluye de manera creciente la organización de la asistencia y los esfuerzos de coordinación para prestar una asistencia integral. Una coordinación de esa clase tiene que utilizar el principio organizativo de anticiparse a los problemas en lugar de reaccionar ante ellos después de que aparezcan. Esos mismos principios se practican ampliamente en la organización de los negocios actualmente.

En el caso ideal, cuando se presentan problemas de colaboración, el personal médico y el personal de enfermería deberían identificar los objetivos de la asistencia, puesto que, ambos participan en el análisis, monitorización, registro y evaluación de la evolución de la paciente. Cuando existe superposición, la situación se comenta en el epígrafe tratamiento clínico.

Fase de valoración: recogida de datos

A partir de estas fuentes, se identifican todos los problemas de asistencia de la paciente que requieren actuación de enfermería.

Los datos se obtienen mediante los métodos:

1. Entrevista.
2. Exploración física.
1. Observación.
2. Revisión de registros e informes diagnósticos.
3. Colaboración con los compañeros.

La recogida de datos se centra en la identificación en el cliente de:

- Estado de salud presente y pasado.
- Patrones de afrontamiento presentes y pasados (capacidades y limitaciones).
- Estado funcional presente y pasado.
- Respuesta al tratamiento (de enfermería, médico).
- Riesgo de problemas potenciales.
- Deseo de un mayor nivel de bienestar

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.

Los patrones son configuraciones de comportamientos contruidos desde las descripciones del cliente y las observaciones de la enfermera que tiene cierta estabilidad a lo largo del tiempo, describen una serie de 11 áreas relativas a la salud con un enfoque funcional de desarrollo y cultura que permite su aplicación a todos los ámbitos, especializados por edad y son

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/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.
- 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.
- Alteraciones sensoriales que pueden influir en el manejo de la diabetes y su tratamiento, como la disminución de la capacidad visual, audición, memoria, reflejos.

Fase de análisis: Diagnóstico de enfermería

Los problemas que pueden ser atendidos mediante actuaciones de enfermería se seleccionan, se clasifican y se ordenan en función de las prioridades. Los problemas que necesitan ser enjuiciados por otros profesionales sanitarios se remiten a consulta a los departamentos correspondientes. Nuestra tarea más complicada será la de analizar los datos e identificar el enunciado diagnóstico de enfermería que corresponde al problema. Es importante conocer las características definitorias del problema porque algunos diagnósticos parecen coincidir en parte.

Se ha hecho un esfuerzo constante para definir los diagnósticos. Desde 1973, el congreso sobre clasificación de diagnósticos de enfermería se reúne cada dos años para estudiar y reafirmar las clasificaciones. Este grupo de trabajo es la North American Nursing Diagnosis Association

(NANDA). Este texto utiliza la lista de diagnósticos de la NANDA publicada en 1992. En la asistencia de la maternidad, los diagnósticos de enfermería orientados a problemas no siempre son aplicables. Las conductas sanitarias positivas, la capacidad de superación suficiente y las pacientes informadas no encajan en el esquema. Por ello es importante estar informados de un nuevo enfoque basado en las tareas de desarrollo. Starn y Neiderhauser (1990) utilizan el modelo de adaptación de Roy para cimentar los diagnósticos y los planes de enfermería. Otros diagnósticos relacionados con la sanidad están en proceso de desarrollo.

Cada enunciado tiene que ser individualizado añadiendo un componente etiológico o factores que influyan sobre el problema sanitario o lo desencadenen. La segunda parte del enunciado, «en relación con», son factores que pueden ser influidos mediante la actividad de enfermería. Los diagnósticos no orientarán la asistencia de enfermería como se pretende si incluyen causas que exigen la intervención de servicios médicos, económicos o sociales. El enunciado no debe ponerse en relación con factores inmodificables. Por ejemplo, duelo disfuncional en relación con la muerte del lactante». La muerte es un hecho; nadie puede hacer nada. En lugar de ello, este diagnóstico de enfermería podría enunciarse de varias formas, en función de la situación de la paciente: «duelo disfuncional en relación con la falta de apoyo de otras personas importantes de la familia, esperanzas irreales de ella misma o cólera no resuelta». No debemos poner nuevos nombres a las etiologías médicas, ni ser demasiado vagos en el enunciado etiológico del diagnóstico de enfermería.

LYN JUALL CARPENITO NANDA. Diagnostico Enfermería. Aplicación a la práctica clínica. Novena edición 2003.

2.1.11 Diagnósticos de Enfermería

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, intervenciones y de actividades enfermeras. Para ello se ha utilizado la taxonomía de la NANDA, y los objetivos e intervenciones según NOC y NIC. Debido a la necesidad urgente de atención que necesitan los pacientes con CAD, los cuidados de enfermería deben implementarse de manera rápida y eficiente basándose en las prioridades de los diagnósticos enfermeros.

- Déficit de volumen de líquidos relacionado con la diuresis osmótica secundaria a la hiperglucemia.
- Disminución del gasto cardíaco relacionado con disminución de la precarga secundaria a déficit de volumen de líquidos.
- Alteración de la nutrición / Por defecto relacionado con la disfunción orgánica.
- Ansiedad relacionada con la pérdida de la integridad biológica, psicológica y/o social.
- Autocuidado de la diabetes mellitus relacionado con la ausencia de información previa a la exposición.
- 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.
- Alto riesgo de lesión relacionado con la evolución de la enfermedad manifestada por mal control metabólico.
- Mantenimiento de la salud alterado relacionado con el déficit de conocimientos manifestado por falta de prácticas saludables.
- Miedo relacionado con la evolución desfavorable de su enfermedad/ lesión manifestado verbalmente por el individuo.

2.1.12 Intervenciones De Enfermería

Los cuidados de enfermería para los pacientes deben planearse basándose en las prioridades de los diagnósticos enfermeros, debido a la necesidad urgente de atención que amerita este padecimiento

Normalizar la glucosa sanguínea

La vigilancia de la glucosa en sangre debe realizarse cada hora con determinaciones de laboratorio o utilizando un glucómetro capilar durante la etapa de tratamiento con insulina. Deben evaluarse cuidadosamente las alteraciones relacionadas con hiperglucemia e hipoglucemia. La insulinoterapia debe observarse estrictamente en conjunto con las indicaciones médicas, de acuerdo a la respuesta del paciente.

Optimizar el equilibrio hídrico

La hidratación sin sobrecarga circulatoria es un aspecto que debe vigilarse constantemente. Los pacientes con deshidratación se encuentran taquicárdicos y con cifras bajas de TA, PVC, PAP, GC, por este motivo las enfermeras (os) deben mantener una estrecha vigilancia de estas constantes incluyendo ritmo cardiaco y resto de factores hemodinámicos.

La rápida administración de volumen y su expansión puede provocar sobrecarga circulatoria, especialmente en los pacientes con función limítrofe renal, cardíaca o ambas. La aparición de disnea, la baja saturación de oxígeno (SaO₂), el aumento de la FC y FR, PAP y PVC, acompañadas de ruidos crepitantes pulmonares y distensión de venas yugulares señalan una sobrecarga de líquidos. Esto ameritará una disminución de la velocidad de infusión de las soluciones intravenosas elevación de la cabecera de la cama y administración de O₂ hasta que las constantes vitales se normalicen.

Vigilancia de la diuresis

La cuantificación horaria del volumen urinario es indispensable para el cálculo de las soluciones que se administrarán y para la valoración de la función renal. La determinación de glucosa, cetonas y densidad urinarias son datos importantes para la vigilancia de la evolución y respuesta al

tratamiento. La colocación de una sonda vesical debe ser valorada meticulosamente por el médico tratante por el riesgo que conlleva de agregar infecciones secundarias.

Control de electrolitos

El paciente con CAD tiene un riesgo muy elevado de presentar hiperpotasemia durante la fase aguda de acidosis; en un monitor de cabecera se observa como ondas T grandes y acuminadas, ondas P planas y ensanchamiento del QRS, puede observarse bradicardia e incluso fibrilación ventricular. Otras manifestaciones de hiperpotasemia pueden manifestarse con trastornos gastrointestinales como náusea y diarrea o síntomas neuromusculares como debilidad, alteraciones musculares y parálisis flácida.

Conservación de la higiene oral

Es de gran valor la utilización de esponjas o gasas húmedas para la higiene e hidratación de la cavidad oral, acompañadas de cremas labiales para mantener lubricada el área. Estos cuidados tienen el propósito de eliminar las bacterias que aumentan en la boca ante la débil defensa de la saliva que disminuye su producción por la deshidratación. El cepillado dental y el uso de enjuagues bucales ayuda de manera significativa en este riesgo de infección.

Mantenimiento de la integridad de la piel

La piel es un órgano que puede verse seriamente afectado en los pacientes con CAD, la deshidratación, la hipovolemia y la fosfatemia alteran el transporte de oxígeno a nivel celular provocando dificultad en la perfusión y lesión tisular. Se recomienda el uso de un colchón neumático con cambios de posición al menos cada dos horas para disminuir la presión capilar, así como la protección de las prominencias óseas y la

estimulación de la circulación por medio de masajes y lubricación de la piel, sobre todo en pacientes bajos de peso.

Prevención de infecciones

Las infecciones son un riesgo constante en los pacientes con CAD y pueden representar la complicación agregada más grave que desencadenen incluso la muerte. Es de suma importancia mantener una asepsia estricta con técnicas estériles en la instalación de vías intravenosas y vigilar metódicamente los puntos de inserción en busca de datos de inflamación, flebitis o infiltración durante su permanencia. Criterios que deben seguirse ante cualquier procedimiento invasivo incluidos el manejo de la vía aérea y la inserción de sonda vesical.

Educación al paciente y su familia

Los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 necesitan tener un alto grado de conocimientos sobre su padecimiento que les permita realizar el autocuidado con seguridad y tener un estilo de vida de la manera más normal posible. En los pacientes con diabetes de reciente aparición debe proporcionarse información que reúna instrucciones completas sobre el proceso fisiopatológico, los efectos de la farmacología incluyendo los efectos nocivos, signos de alarma y cuidados específicos. Durante la fase aguda de la Diabetes Mellitus tipo 2 debe ponerse mayor énfasis en reducir la ansiedad y el temor del paciente y su familia asociados al medio ambiente de la unidad de cuidados críticos donde suele manejarse este padecimiento. Este aspecto amerita la intervención del equipo de salud multidisciplinario compuesto por enfermeras (os), educadores especializados en diabetes, nutriólogos psicoterapeutas y médicos. En los pacientes con enfermedad diabética ya conocida se debe investigar el grado de conocimiento sobre su enfermedad y la calidad del autocuidado que llevan, para reforzar los puntos débiles y eliminar las conductas inadecuadas.

Evaluación

Se lleva a cabo basándose en los criterios de resultado de acuerdo a los diagnósticos de enfermería identificados:

- El paciente muestra cifras de glucemia dentro de los límites aceptables (100 mg/dl).
- La acidosis metabólica se ha resuelto y las cifras de pH se encuentran en 7.35.
- La signología vital muestra datos de estabilidad hemodinámica.
- Los datos de laboratorio de electrolitos revelan que se encuentran en rangos normales.
- Se observa un estado de hidratación aceptable y el gasto urinario se ha modificado hasta alcanzar volúmenes normales.
- Las alteraciones del estado de conciencia han desaparecido y el paciente se encuentra orientado y alerta.
- El paciente inicia su etapa de convalecencia y rehabilitación integral.
- Se observa un nivel de conocimiento, comprensión y aceptación de la responsabilidad para el autocuidado en su enfermedad, congruente a su situación y estilo de vida.

Plan de cuidados del pie diabético

Debido a las graves complicaciones que la diabetes puede ocasionar en los individuos que la padecen, la prevención y la educación son pilares fundamentales en la buena evolución de la enfermedad. Se hace indispensable el cuidado de los pies ya que entre el 40 y el 70% de todas las amputaciones de los miembros inferiores están

relacionadas con la diabetes, y de éstas, el 85% comienza con úlceras en los pies.

Las probabilidades de padecer una úlcera aumentan después de una larga evolución de la diabetes, con el consiguiente riesgo de haber desarrollado neuropatía y enfermedad vascular periférica, así como deformidades y traumatismos menores del pie debido a la edad.

Por lo que para evitar su aparición se necesita un enfoque multifactorial (control de la glucemia, aseo adecuado, conocer signos y síntomas de alarma, entre otros) y un equipo multidisciplinar que aborde todos los problemas identificados, consiguiendo junto a la educación sanitaria tanto del paciente como de los profesionales, que la tasa de amputación se reduzca entre un 49 y un 85%.

Los cuidados prestados deben tener muy presente la prevención de las complicaciones que nos llevan a padecer pie diabético, no sólo por su difícil resolución e incremento del gasto sanitario, sino también por las consecuencias en la salud y bienestar de la persona que las padece.

2.1.13 Guía De Atención De Enfermería

Según la Organización Mundial de la salud, la diabetes Mellitus es un proceso crónico compuesto por un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por la hiperglucemia resultante de defectos en la secreción y/o acción de la insulina.

La diabetes constituye un problema personal y de salud pública de enormes proporciones. Siendo una de las principales causas de invalidez y muerte prematura en la mayoría de los países desarrollados y es motivo de un importante deterioro en la calidad de vida de las personas

afectadas. Existe una gran variabilidad en la prevalencia de la diabetes en los distintos países del mundo, del 1 al 50%, dependiendo de los factores de riesgo en cada población y de la metodología empleada para su determinación.

En los estudios epidemiológicos de calidad que ponen de manifiesto la prevalencia real de la Diabetes Mellitus tipo 2. Prácticamente todos estos estudios están realizados con los criterios de diabetes existentes antes de 1997. En este año, la American Diabetes Association (ADA) propuso unos nuevos criterios diagnósticos, descendiendo el nivel de glucemia basal para el diagnóstico de diabetes de 140 a 126 mg/dl. Estos mismos criterios son los recomendados por la OMS en 1992

La distribución de los costos directos producidos por la diabetes tipo 2 en está presidida por los gastos de hospitalización (32%), cuya duración media es de 8,1 días; la atención ambulatoria (25,6%), el uso de antidiabéticos orales (4,6%) y el uso de otros fármacos como la insulina y los dedicados a tratar las complicaciones, como los cardioprotectores, gastrointestinales o antiinfecciosos (25,6%). La mayoría de estudios sobre costes económicos en el ámbito de la Diabetes Mellitus parecen coincidir en que la mayor parte de los recursos directos se emplean en el tratamiento de las complicaciones crónicas en régimen hospitalario, sobrepasando el 50% del total del gasto de la enfermedad.

Cuando las enfermeras nos encontramos frente a una persona que tiene diabetes, tenemos que tener en cuenta.

- ¿Qué **actitudes** tiene y que **respuestas** está desarrollando esa persona ante la enfermedad?
- ¿Tiene esa persona y su familia **los conocimientos, la fuerza y la voluntad** para satisfacer las necesidades que su situación les plantea?

Una enfermedad crónica puede ser definida como “aquel trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación del estilo de vida de la persona y es probable que persista durante largo tiempo.

2.2. Fundamentación Legal

Esta investigación esta defendida con la Constitución Política de la República del Ecuador el cual manifiesta:

El Estado garantizara el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO

Capítulo Segundo:

Derechos del buen vivir

Sección Séptima: Salud

Art. 32 : La salud es un derecho que garantiza el estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustenten el buen vivir.

El Estado garantizara este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente,

oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de la salud se regirá por los principios de equidad, eficiencia, eficacia, precaución, y bioética, con enfoque de género y generacional.

Capítulo Segundo:

Personas con enfermedades catastróficas.

Sección Séptima: Salud

Art. 50: El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente.

Capítulo Tercero:

Derecho de las personas y grupos de atención prioritaria.

Sección Cuarta: Mujeres Embarazadas

Art. 43: El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos de:

- 1.- No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativos, social y laboral.
- 2.- La gratuidad de los servicios de salud materna.

Título VII: Régimen del buen vivir

Capítulo Primero: Inclusión y Equidad

Sección Segunda: Salud

Art. 360: El sistema garantizará a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud: articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estables, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestara a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales y complementarias. Los servicios de salud serán seguros de calidad y calidez, y garantizaran el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos.

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de Estudio

Los tipos de investigación que se emplearon son: descriptivas y explicativas.

Descriptivas, por cuanto a través de la información obtenida se clasifican elementos y estructuras para caracterizar la realidad.

Explicativa, porque permitió el análisis del fenómeno para su rectificación.

3.2. Universo y Muestra

3.2.1. Universo

La población o universo estudiado corresponde a 410 pacientes mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

3.2.2. Muestra

Fórmula para calcular el tamaño de la muestra quedando como muestra a 150 pacientes.

SIMBOLOGIA

n.- Tamaño de la muestra

m.- Tamaño de la población

e. - Error admisible

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

$$N = \frac{410}{0.05^2 = 0.01 (150 - 1) + 1} = \frac{410}{0.0025 (69.4) + 1}$$

$$N = \frac{410}{1.73 + 1} = \frac{410}{2.73} = 150.18 = 150$$

3.3. Métodos y Técnicas De La Recolección De La Información

3.3.1. Métodos

Descriptivo

Este estudio se fundamentó en la combinación de un modelo de investigación descriptivo con el estudio de casos. Es una investigación descriptiva ya que se le da gran importancia a la realidad de una manera flexible tal como es vivida y percibida, en donde modelos de conducta y fenómenos culturales, sociales son susceptibles a la descripción y al análisis. Es decir de manera minuciosa los hechos e interpreta lo que es.

Es así, que el estudio considerado como descriptivo trata de analizar detalladamente la realidad existente en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús, para la interpretación de los datos y de los resultados obtenidos, poder generar una estrategia que conduzca al mejoramiento del problema objeto de investigación.

Aplicada:

Este trabajo de investigación se llevó a efecto en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús, en la cual se aplicó encuesta directa al paciente adulto con diabetes Mellitus Tipo 2.

3.3.2. Técnicas

Las técnicas que utilizaron fueron: La entrevista permitió tener un acercamiento al paciente, para determinar objetivamente las preguntas

previamente establecidas en un patrón predefinido y permitió obtener información mediante el diálogo entre dos o más personas.

La encuesta ayudó a obtener información a través de un cuestionario a las personas involucradas en la investigación que son los pacientes adultos con Diabetes Mellitus Tipo 2, que permitió recoger las respuestas de todos los componentes de la población involucrada.

3.4. Procedimiento

Se inició la fase de recolección de datos a través de la encuesta directa al paciente, siguiendo a la fase de ordenamiento, consolidación y presentación de los datos que se recogerán, mediante los instrumentos que se aplicarán para la obtención de la información sobre los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

La información que se utilizó comprende en fuentes primarias y secundarias.

Fuentes primaria: Se obtuvo con los datos recolectados del paciente adulto con Diabetes Mellitus Tipo 2 que acude al Hospital Sagrado Corazón de Jesús

Fuentes secundarias: Por medio de investigación bibliográfica de documentos, guías de atención de enfermería para pacientes diabéticos.

Se realizó el siguiente procedimiento:

- Encuestas pacientes adultos
- Charla educativas
- Entrega de folletos.

- El tipo de procesamiento: estadístico, Cuadros de frecuencia, y formatos de datos como instrumentos técnicos, que acumularon los datos originales y que facilitaron la obtención de las particularidades estadísticas y sus cuadros respectivos.

CAPITULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

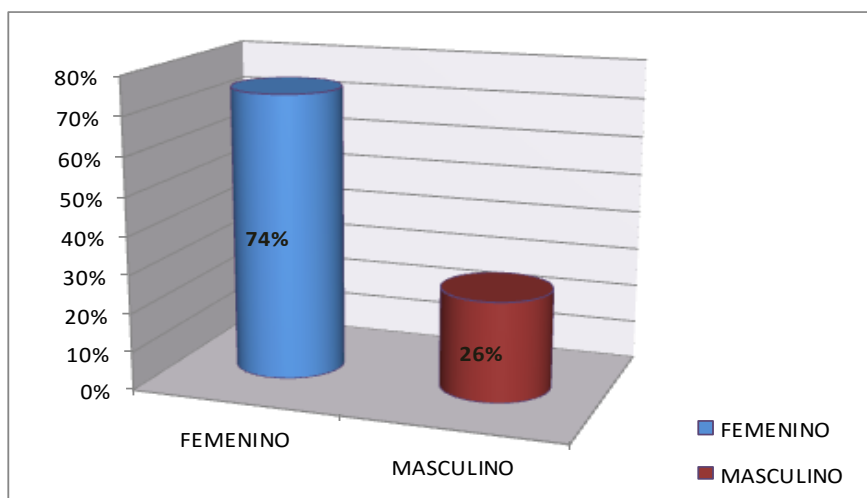
4.1. TABULACIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS

CUADRO N° 1 RESULTADOS DE SEXO DEL PACIENTE DIABÉTICO

SEXO	PACIENTES	PORCENTAJES
FEMENINO	105	74%
MASCULINO	45	26%
TOTAL	150	100%

GRAFICO N° 1

DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y SU INCIDENCIA DEL SEXO FEMENINO



Fuente: Encuesta aplicada al paciente Diabético del Hospital Sagrado Corazón de Jesús
Elaborado por: Karen Macías Sánchez

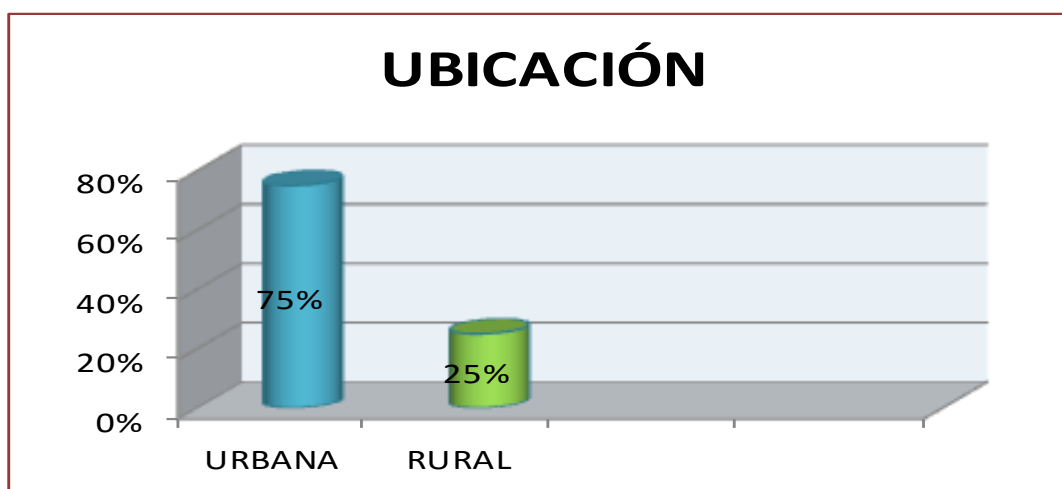
En el presente estudio se encontró una incidencia de DIABETES MELLITUS TIPO 2 en sexo femenino con el 74% y la cantidad del 26%; que corresponde al sexo masculino.

CUADRO N° 2: RESULTADO DE UBICACIÓN GEOGRÁFICA

MUESTRA	PACIENTES	PORCENTAJES
URBANA	112	75%
RURAL	38	25%
TOTAL	150	100%

GRAFICO N° 2

UBICACIÓN DEL LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2



Fuente: Encuesta aplicada al paciente Diabético del Hospital Sagrado Corazón de Jesús

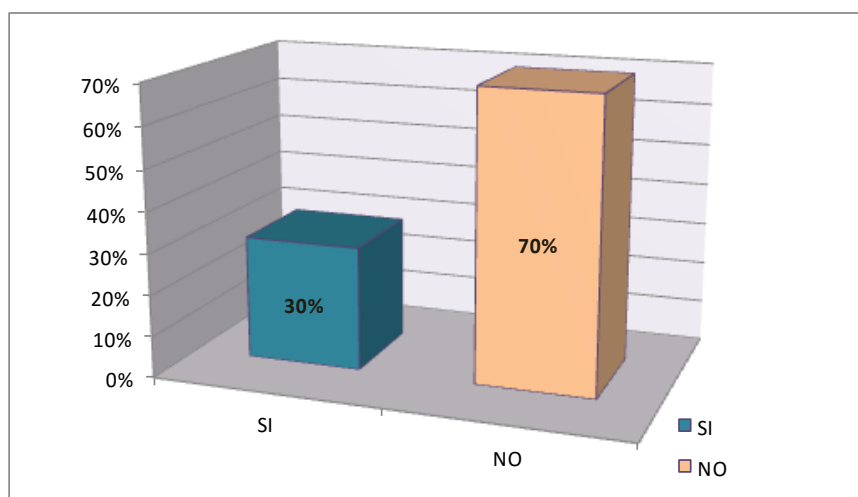
Elaborado por: Karen Macías Sánchez

En el grafico 2 se demuestra que los pacientes con DIABETES MELLITUS TIPO 2 pertenecen en un 75 % del sector urbano y una poca cantidad del sector rural con un 25%.

CUADRO N° 3 RESULTADOS DE CONOCIMIENTOS DE DIABETES

CONOCIMIENTOS	PACIENTES	PORCENTAJES
SI	45	30%
NO	105	70%
TOTAL	150	100%

GRAFICO N° 3
CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES MELLITUS TIPO 2



Fuente: Encuesta aplicada al paciente Diabético del Hospital Sagrado Corazón de Jesús

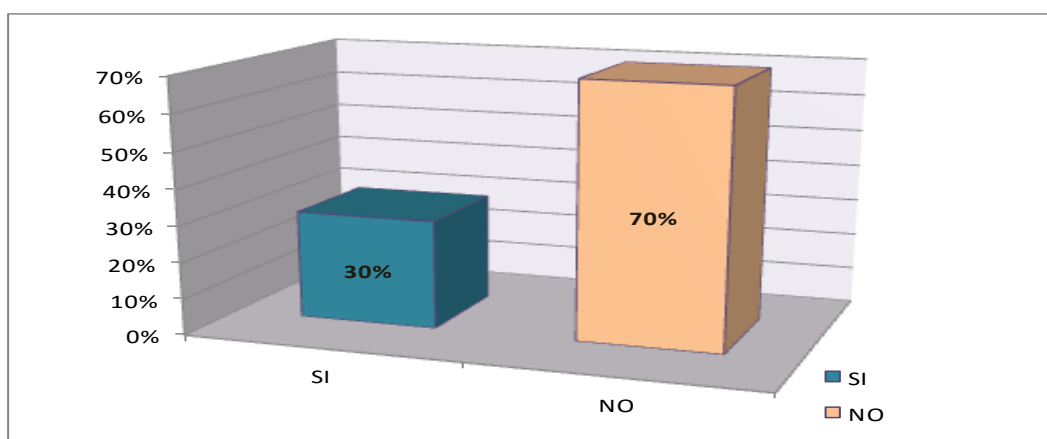
Elaborado por: Karen Macías Sánchez

El resultado obtenido es que el 30 % de los pacientes tienen conocimientos sobre Diabetes Mellitus Tipo 2 y el 70 % de los pacientes no tienen conocimientos sobre la enfermedad.

CUADRO N° 4 RESULTADOS DE CONTROLES MÉDICOS

CONTROLES MÉDICOS	PACIENTES	PORCENTAJES
SI	45	30%
NO	105	70%
TOTAL	150	100%

GRAFICO N° 4
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ASISTEN A
CONTROLES MÉDICOS



Fuente: Encuesta aplicada al paciente Diabético del Hospital Sagrado Corazón de Jesús

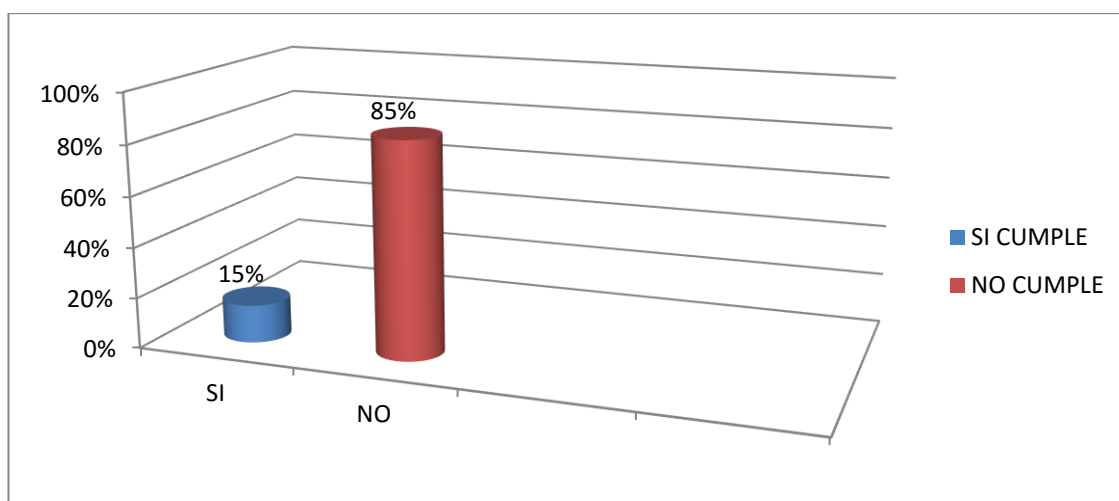
Elaborado por: Karen Macías Sánchez

El resultado obtenido es que el 30 % de los pacientes DIABÉTICOS realizan controles médicos mientras que el 70 % de los pacientes no realizan los controles médicos.

GRAFICO N° 5: RESULTADO DEL TRATAMIENTO

CUMPLE EL TRATAMIENTO	PACIENTES	PORCENTAJES
SI	23	15%
NO	127	85%
TOTAL	150	100%

**GRAFICO N° 5
PACIENTES DIABÉTICOS QUE CUMPLEN CON EL TRATAMIENTO**



Fuente: Encuesta aplicada al paciente Diabético del Hospital Sagrado Corazón de Jesús

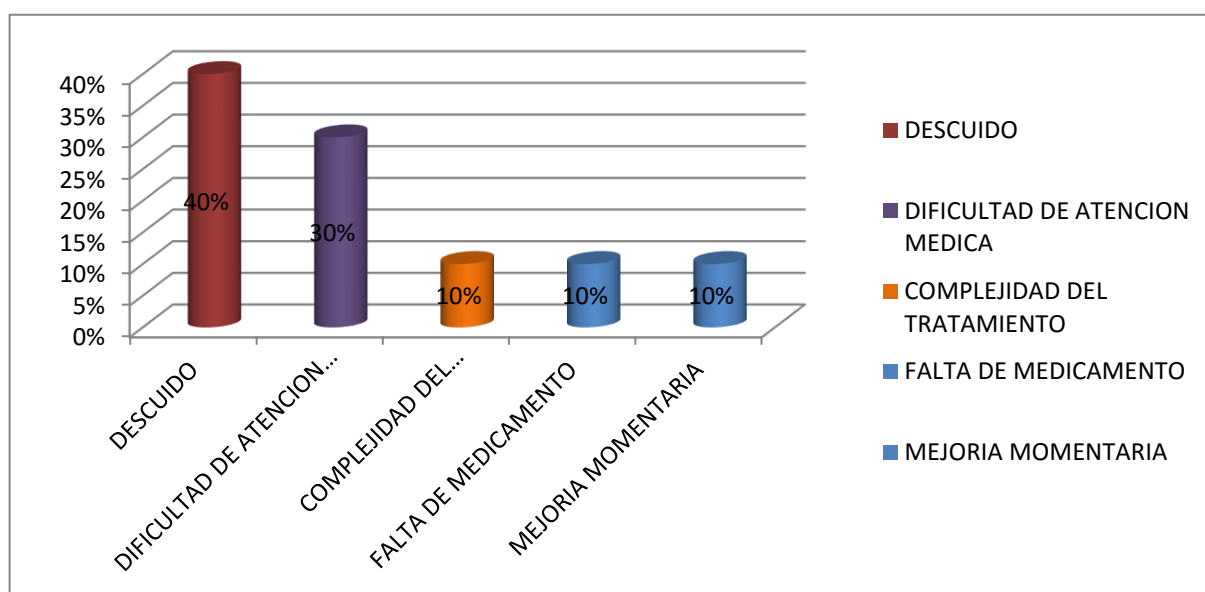
Elaborado por: Karen Macías Sánchez

Se demuestra que los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 abandonan el tratamiento en un 85% mientras que el 15 % cumplen con dicho tratamiento.

CUADRO N° 6 RESULTADOS DEL ABANDONO DEL TRATAMIENTO

MOTIVOS DEL ABANDONO	PACIENTES	PORCENTAJES
DESCUIDO	60	40%
DIFICULTAD DE ATENCIÓN MEDICA	45	30%
COMPLEJIDAD DEL TRATAMIENTO	15	10%
FALTA DE MEDICAMENTO	15	10%
TOTAL	150	100%

GRAFICO N°6 MOTIVOS DEL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE



Fuente: Encuesta aplicada al paciente Diabético del Hospital Sagrado Corazón de Jesús

Elaborado por: Karen Macías Sánchez

El resultado obtenido de los motivos del abandono del tratamiento es por descuido en un 40% siendo de mayor incidencia por dificultad de atención un 30% continuando por complejidad del tratamiento un 10% falta de medicamento un 10%;mejoría momentánea un 10%.

4.2 COMPROBACIÓN Y DISCUSIÓN DE HIPÓTESIS

Una vez que se realizara la tabulación y analizada los resultados se evidencia el abandono del tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo 2 motivos que se dieron para realizar la investigación con el tema de Intervenciones de enfermería para disminuir el abandono del tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes adultos del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo.

De igual manera la encuesta realizada a los pacientes diabéticos que acuden a la consulta externa del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo, demuestra que no asisten a las consultas médicas y no tienen conocimientos claros de la enfermedad.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Al terminar la investigación se puede decir que:

- La frecuencia del abandono al tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2 fue del 85% en los pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden a la consulta en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo.
- El motivo del abandono del tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2 es de mayor frecuencia el descuido por parte del paciente en un 40% continuando con: Dificultad para obtener una cita médica el 30%, Complejidad del tratamiento con el 10%, Falta de medicamento con el 10%, Mejoría momentánea con un 10%.
- Los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 que acuden a la consulta en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús hay una prevalencia del sexo femenino y proceden del sector Urbano.
- Los pacientes encuestados no tienen los suficientes conocimientos sobre la enfermedad y la atención recibida por el personal de salud no es de total satisfacción para el paciente.

5.2 Recomendaciones

- Promover acciones educativas para brindar mayor información durante la consulta médica tanto al paciente como a él familiar.
- Crear un grupo de apoyo con un personal de salud especializada dirigido al paciente Diabético para disminuir las causas del abandono del tratamiento evitando así complicaciones futuras.
- Implementar un CHECK LIST en las historias clínicas de los pacientes diabéticos.
- Desarrollar las habilidades de comunicación y enseñanza del personal de salud sobre el proceso de la Diabetes Mellitus Tipo 2 y procedimiento del tratamiento.

CAPITULO VI

PROPUESTA

TÍTULO DE LA PROPUESTA

Programa de Charlas educativas para disminuir el abandono del tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo 2 en pacientes mayores que acuden a la consulta externa del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo provincia de Los Ríos.

6.1. Presentación de la Propuesta

Los procesos educativos son claves en las intervenciones preventivas en la comunidad, dirigido a la adquisición de CONOCIMIENTOS, TÉCNICAS y HABILIDADES que modificando actitudes y hábitos, mejoran la calidad de vida de las personas que tienen diabetes donde el personal de salud comparte sus conocimientos con el paciente y sus familiares.

En la diabetes el tratamiento no puede ser efectivo si el paciente no conoce las medidas preventivas (control glicémico, dieta adecuada, ejercicio etc.), de lo anterior se desprende que ninguno de los objetivos que se proponen para llevar con éxito el tratamiento podrá cumplirse a menos que se desarrollen programas efectivos de educación y estos fundamentalmente en el nivel primario de atención

Con frecuencia esta patología es irreversible cuando se diagnostica, siendo solo factible la prevención secundaria y terciaria. En cambio los sujetos con alteraciones intermedias, entre la normalidad y la diabetes son todavía candidatos a las posibles intervenciones de prevención primaria no farmacológica (dieta y ejercicio físico). Se ha constatado que la educación en salud no mejora únicamente los conocimientos y la toma de decisiones, sino que además reduce el costo sanitario y social de la enfermedad.

6.2. Objetivos

6.2.1. Objetivo General

Promover un programa de Charlas educativas para disminuir el abandono del tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo 2 para mejorar el estilo de vida de los pacientes diabéticos mayores que acuden a la consulta externa del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo provincia de Los Ríos.

6.2.2. Objetivos Específicos

- Elevar el conocimiento sobre Diabetes Mellitus en los pacientes y familiares.
- Contribuir a aumentar la calidad de vida en estos pacientes diabéticos.
- Capacitar al equipo de salud para lograr el desarrollo de programas efectivos de Educación diabetológica
- Manejo adecuado del control metabólico por influencias positivas del medio familiar.

6.3. Descripción de los Aspectos Operativos de la Propuesta

Promover un programa de Charlas educativas para disminuir el abandono del tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo 2 para mejorar el estilo de vida de los pacientes diabético mayores que acuden a la

consulta externa del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo provincia de Los Ríos se sintetiza en esta propuesta

Así se tiene que los componentes de esta propuesta son:

- Presentación y aprobación de la propuesta
- Coordinar acciones con el personal de enfermería
- Elaboración y preparación del material didáctico
- Elaboración de cronogramas de charlas educativas
- Ejecución de propuesta

6.4 Recursos

6.4.1. Recursos Humanos

- Personal de enfermería.
- Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 que acude al Hospital Sagrado corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo.
- Equipo gestor de la investigación.

6.4.2. Recursos Materiales y Económicos

RECURSOS MATERIALES:	RECURSOS ECONÓMICOS:
Computadora	Computadora
Papel	1 resma de Papel
Impresora	1 Impresora
Cámara	1 Cámara
Papelotes	10 Papelotes
Marcadores	5 Marcadores
Fomix	5 Fomix
Tijera	1 Tijera
Silicona	1 Silicona
Cinta	1 Cinta
Alfileres	1 caja de alfileres
Trípticos	100 Trípticos
Internet	5 horas Internet
Libros, Revistas, Periódico	
Copias	100 Copias
Impresiones	100 Impresiones

CAPITULO VII

BIBLIOGRAFÍA

7. Bibliografía

ASOCIACIÓN ANDALUZA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

(ASANEC). Guía de Atención Enfermera a Personas con Diabetes. (1a Edición) Andalucía, Madrid 2003.

CALDERÓN RICARDO. Panorama actual de la Diabetes Mellitus tipo II. Editorial Acad. 2001.

DANIEL FIGUEROLA. Diabetes. 3ra ed. Editorial MASON. 1999

GUÍA DE ATENCIÓN ENFERMERÍA A PERSONAS CON DIABETES.

Segunda edición 2010.

LYNDA JUALL CARPENITO. NANDA. Diagnósticos Enfermería. Aplicación a la práctica clínica. . Novena edición. 2002.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Programa Nacional de Enfermedades Crónicas.

PLAN MUNDIAL CONTRA LA DIABETES. Federacion Internacional de Diabetes 2011-2012.

RULL JA, ZORRILLA E, JADZINSKI MN, SANTIAGO JV.

Diabetes Mellitus, complicaciones crónicas. Editorial McGraw Hill, Mexico. 1992

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Métodos

poblacionales e individuales para la prevención y el tratamiento de la Diabetes y la Obesidad. Washington D.C. : OPS, 2010.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD .Directrices para el desarrollo de un programa nacional para la diabetes mellitus Ginebra OMS, 1995.

CAPITULO VIII

ANEXOS

8.1. Anexo N° 1 Encuesta



UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
UNIDAD DE ESTUDIOS A DISTANCIA
CARRERA DE ENFERMERÍA

ENCUESTA AL PACIENTE DIABÉTICO

Nombre de paciente: _____

Sexo: Masculino _____ Femenino _____ Edad _____

Estado civil: Soltero _____ Casado _____ Divorciado _____ Viudo _____ Unión libre _____

1) ¿Dónde vive?

Sector: Urbano _____ Rural _____

2) ¿Sus estudios alcanzados fueron de nivel?

Superior _____ Secundario _____ Primaria _____ Ninguna _____

3) ¿Actualmente usted trabaja? Si _____ No _____

4) ¿En que usted trabaja?

Chofer _____ Mecánico _____ Albañil _____ Ama de casa _____ Empleado _____

Comerciante _____ Otros _____

5) ¿Su ingreso Económico es? Diario _____ Semanal _____ Mensual _____

6) ¿Tiene conocimiento acerca de la diabetes? Si _____ No _____

7) ¿Conoce que tipo de Diabetes padece en la actualidad? Sí _____ No _____

8) ¿Recuerda usted hace que tiempo le diagnosticaron la diabetes?

De 1 a 5 años _____ De 6 a 10 años _____ De 11 a 20 años _____ No recuerda _____

9) ¿Ha asistido a realizarse controles médicos? Si _____ No _____

10) ¿Con que frecuencia asiste a los chequeos médicos?

Mensual _____ Anual _____ Solo cuando se siente mal _____

11) Para controlar su enfermedad que clase de medicamento utiliza?

Medicamentos orales _____ Insulina _____ Ninguno _____

12) ¿Usted cumple con el tratamiento? Si _____ No _____

13) ¿Por qué no cumple con el tratamiento?

Descuido _____ Dificultad de atención medica _____ Complejidad del
tratamiento _____ Falta del medicamento _____ Mejoría momentánea _____

14) ¿Cómo es la atención que percibe por parte del personal de salud?

Excelente _____ Muy buena _____ Buena _____

15) ¿Su familia se involucra en el tratamiento de su enfermedad?

Siempre _____ Casi siempre _____ Nunca _____

16) La información y consejería en las entidades de salud es:

Oportuna, adecuada, completa _____ Inadecuada, incompleta sin
comprensión _____

ANEXO N° 2 MATRIZ DE RELACIONES DE PROBLEMAS, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL
¿Cómo las intervenciones de enfermería son determinantes para reducir el abandono del tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en pacientes adultos del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo, durante el primer semestre del 2013?	Establecer las intervenciones de enfermería para disminuir del abandono del tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes adultos del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, durante el primer semestre del 2013.	Al establecer las Intervenciones de Enfermería disminuiría el abandono del tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo 2 en pacientes adultos del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, durante el primer trimestre del 2013.
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECIFICAS
¿Cuáles son las causas que influyen en el abandono del tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos del Hospital Sagrado Corazón de Jesús durante el primer trimestre del 2013? ¿Por qué es importante elaborar una campaña educativa para reducir el abandono del tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo 2 en adultos del Hospital Sagrado Corazón de Jesús durante el primer semestre del 2013?	Determinar las causas que influyen en el abandono del tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes adultos del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, durante el primer semestre del 2013. Elaborar una campaña educativa para reducir el abandono del tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes adultos del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, durante el primer semestre del 2013.	Al identificar las causas que influyen en el abandono del tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes adultos mejoraría aplicación del tratamiento en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús, durante el primer semestre del 2013. Podrá una campaña educativa para los pacientes adultos con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, disminuiría la tasa de abandono del tratamiento.

HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLES	INDICADORES
Al determinaran las Intervenciones de Enfermería disminuiría el abandono del tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo 2 en pacientes adultos del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, durante el primer trimestre del 2013	Intervenciones de Enfermería	-Educación del paciente diabético y familiares. -Corregir y reforzar los conocimientos de la Diabetes Mellitus Tipo 2. -Planificar Campaña educativa. -Motivar la adaptación de conductas saludables y apoyo familiar. -Prevenir o reducir el riesgo de complicaciones.
	Abandono del tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes adultos.	-Atención medica -Horario de atención médica. -Falta de personal médico. -Tiempo de espera -Calidad de atención -Desconocimiento -Mala información -Poca importancia

HIPÓTESIS ESPECIFICA 1	VARIABLES	INDICADORES
Al determinar las causas que aumentan el abandono al tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes adultos mejoraría aplicación del tratamiento en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús, durante el primer semestre del 2013.	Causas que aumentan al abandono del tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo 2	-Descuido -Dificultad de atención médica -Complejidad del tratamiento -Falta del medicamento -Mejoría momentánea
	Aplicación del tratamiento	-Mejoría del paciente

HIPÓTESIS ESPECIFICA 2	VARIABLES	INDICADORES
Podrá una campaña educativa para los pacientes adultos con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, disminuiría la tasa de abandono del tratamiento.	Campaña educativa de Diabetes Mellitus Tipo 2 para adultos mayores.	- Trípticos - Papelotes - Capacitación didáctica - Prevención - Actualización
	Cumplimiento del tratamiento	-Dieta -Tratamiento -Ejercicio

8.3 Anexo N° 3 Tríptico para los Pacientes Diabéticos.



UNIVERSIDAD TÉCNICA
ESTATAL DE QUEVEDO

UNIDAD DE ESTUDIOS A
DISTANCIA

LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA



MELLITUS TIPO 2

DIRIGIDO POR:

KAREN MACÍAS SÁNCHEZ

DIABETES MELLITUS TIPO 2

Es una enfermedad crónica de por vida en la cual hay niveles altos de azúcar en la sangre.

FACTORES DE RIESGOS



Historia familiar



Sedentarismo



Dieta no saludable



Sobrepeso

DIAGNOSTICO

Examen de glicemia en ayunas para confirmarlo.

Mayor a 120 mg/dl



DIABETES CONOCE LOS SÍNTOMAS



SI PADECES ALGUNO, ACUDE AL MÉDICO.

TRATAMIENTO

- Dieta
- Actividad física
- Medicamentos



Las complicaciones mas frecuentes son a nivel cardiovascular, lesiones nerviosas, enfermedades del riñón, ceguera o retinopatía

En el mundo hay mas 347 millones de personas con Diabetes.

LA PREVENCIÓN ES EL MEJOR TRATAMIENTO

8.4 ANEXO N° 4 CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	6
Seleccionar el tema	X					
Concurrir al lugar de la investigación	X					
Realiza el anteproyecto	X					
Presentar el anteproyecto		x				
Inicio de trabajo del campo			x			
Tabulación de los datos				X		
Análisis e interpretación de los resultados				X		
Conclusiones y recomendaciones					X	
Propuesta					x	
Bibliografía y anexos						X

8.4 Anexo N° 4 Fotos de Charla y Encuesta al Paciente





