



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERÍA

TESIS

PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA/O EN ENFERMERÍA

TEMA:

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN
PACIENTES AMBULATORIOS QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL
CANTÓN TENA, PROVINCIA DE NAPO - ECUADOR. ABRIL - SEPTIEMBRE 2013

AUTORES:

Kléver Eduardo Chacha Coles
Sonia Rebeca Tenelema Morocho

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Eduardo Calles LLanos

GUARANDA – ECUADOR

2014

I. DEDICATORIA

Este trabajo de investigación representa un esfuerzo de superación para nuestras vidas tanto profesional como personal, se lo dedicamos:

A Dios y cada uno de esos pilares que nos mantuvieron siempre firme en todo el proceso, creemos en la vitalidad de las lenguas indígenas de las distintas comunidades, personas mayores, jóvenes y niños que siguen comunicándose en su propia lengua y nos dan la seguridad de que efectivamente la recuperación integral de las mismas con gran esfuerzo y sacrificio. Pensamos que aún queda mucho por hacer y podemos continuar mejorando día a día.

Muy especialmente con todo amor a nuestros padres quienes nos han dado su apoyo incondicional y a quienes debemos este triunfo profesional, por todo su trabajo y dedicación para darnos una formación académica, espiritual y sobre todo humanista.

A nuestras familias en general, porque nos han brindado apoyo incondicional y por compartir con nosotros buenos y malos momentos.

Kléver
Sonia

II. AGRADECIMIENTO

A nuestra querida Institución la “UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR” a las Autoridades Universitarias de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano a los Directivos quienes conforman la carrera de Enfermería por darnos la oportunidad de ser profesionales.

A nuestros maestros universitarios por el inmenso apoyo y sabio conocimiento y consejos recibidos, quienes fueron los que nos formaron para el desenvolvimiento en nuestra vida profesional.

Especial agradecimiento al Dr. Eduardo Calles quien colaboró para la realización de este trabajo investigativo ya que con sus valiosas aportaciones, nos ayudaron a crecer como personas y como profesionales.

Kléver

Sonia

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERÍA

III. CERTIFICADO DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Tesis presentado por las estudiantes **Kléver Eduardo Chacha Coles**, con CI **020149155-2**, **Sonia Rebeca Tenelema Morocho**, con CI **020230385-5**, para optar el Título en Licenciada/o en Enfermería cuyo título es: “CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PACIENTES AMBULATORIOS QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, PROVINCIA DE NAPO - ECUADOR. ABRIL - SEPTIEMBRE 2013”, considero que dicha tesis reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la Ciudad de Guaranda a los 19 días del mes de Mayo de 2014.

Dr. Eduardo Calles LLanos
CI. 0200364065

IV. ÍNDICE DE CONTENIDOS

I. DEDICATORIA.....	I
II. AGRADECIMIENTO	II
III. CERTIFICADO DEL TUTOR.....	III
IV. ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	IV
V. LISTA DE CUADROS Y GRÁFICOS.....	VII
VI. LISTA DE ANEXOS	XI
1. TEMA.....	1
2. INTRODUCCIÓN.....	2
3. JUSTIFICACIÓN	3
4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
5. OBJETIVOS	6
5.1. OBJETIVO GENERAL	6
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	6
6. HIPÓTESIS	7
7. VARIABLES.....	7
7.1. VARIABLE INDEPENDIENTE	7
7.2. VARIABLE DEPENDIENTE.....	7
8. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	8
CAPÍTULO I.....	15
1. MARCO REFERENCIAL	15
1.2 MARCO TEÓRICO	18
1.2.1. CALIDAD DE VIDA.....	18
1.2.3 ESTILOS DE VIDA	18
1.2.3. CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2).....	19
1.2.4. EL PACIENTE CON DIABETES SI PUEDE TENER UNA BUENA CALIDAD DE VIDA	22
1.2.5. NUTRICIÓN	23

1.2.6. VIGILANCIA.....	23
1.2.7. EDUCACIÓN.....	23
1.2.8. EJERCICIO	23
1.2.9. EL AUTOCUIDADO.....	23
1.3. DÉFICIT DEL AUTO-CUIDADO	24
1.4. NECESIDADES BÁSICAS SEGÚN MASLOW	25
1.5. ANTECEDENTES DE LA DIABETES	26
1.5.1. CONCEPTO	26
1.5.2. EPIDEMIOLOGÍA.....	26
1.5.3. ETIOLOGÍA.....	28
1.5.4. FISIOLÓGÍA DE PÁNCREAS.....	28
1.6. TIPOS DE DIABETES	29
1.6.1. DIABETES TIPO 1	29
1.6.2. DIABETES TIPO 2	29
1.6.3. DIABETES GESTACIONAL.....	30
1.6.4. CARACTERÍSTICAS DE LA DIABETES TIPO 1 Y TIPO 2	31
1.6.5. OTROS TIPOS ESPECÍFICOS DE LA DIABETES	31
1.7. FISIOPATOLOGÍA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	32
1.7.1. FACTORES DE RIESGO	34
1.7.2. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	35
1.8. DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES MELLITUS	35
1.8.1. GLUCEMIA EN AYUNAS	36
1.8.2. PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA ORAL.....	36
1.8.3. GLUCEMIA ALEATORIA SIN AYUNAR.....	36
1.8.4. ÍNDICE DE MASA CORPORAL (I.M.C).	36
1.9. TRATAMIENTO	37
1.9.1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO INSULINA.....	37
1.9.2. LOS TIPOS DE INSULINA SE CLASIFICAN	38
1.9.3. VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE LA INSULINA.	39
1.9.4. ANTIDIABÉTICOS ORALES	39
1.9.5. NO FARMACOLÓGICO.....	39

1.9.6. EXÁMENES QUE DEBE REALIZARSE PERIÓDICAMENTE UN PACIENTE DIABETICO:.....	40
1.9.8. HEMOGLOBINA GLICOCILADA	40
1.10. COMPLICACIONES	41
1.10.1. CETOACIDOSIS DIABÉTICA.....	41
1.10.2. HIPOGLICEMIA	41
1.10.3. COMA HIPEROSMOLAR NO CETÓICO.....	42
1.11. COMPLICACIONES CRÓNICAS.....	42
1.12. CUIDADOS DEL PACIENTE DIABÉTICO.....	43
1.12.1. LA ALIMENTACIÓN	43
1.12.2. ACTIVIDAD FÍSICA.	44
1.12.3. VENTAJAS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA	44
CAPITULO II.....	45
2. DISEÑO METODOLÓGICO	45
2.1. TIPO DE ESTUDIO.....	45
2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	45
2.3. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTOS, ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	46
CAPITULO III	47
3.1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	47
3.2. CONCLUSIONES.....	71
3.3. RECOMENDACIONES	72
4.1. TITULO DE LA PROPUESTA	73
4.2. INTRODUCCIÓN.....	74
4.4. OBJETIVOS.....	76
4.5. ENTIDAD EJECUTORA.....	76
4.6. COBERTURA Y LOCALIZACIÓN	76
4.7. METODOLOGÍA.....	77
4.8. RESPONSABLES	77
4.9. BENEFICIARIOS	77
4.10. SUSTENTACIÓN DE LA PROPUESTA	78

4.11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	86
4.12. RECURSOS Y PRESUPUESTO	86
4.13. FACTIBILIDAD	88
4.14. RESULTADOS	88
BIBLIOGRAFÍA	89
ANEXOS	90

V. LISTA DE CUADROS Y GRÁFICOS

CUADROS

TABLA N°. 1 DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABETICO DEL CANTON TENA ABRIL-SEPTIEMBRE 2013.....	47
TABLA N°. 2 DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA ABRIL-SEPTIEMBRE 2013.....	49
TABLA N°. 3 DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, ABRIL-SEPTIEMBRE 2013.....	50
TABLA N°. 4 DISTRIBUCIÓN SEGÚN AUTODEFINICIÓN DE ETNIA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, ABRIL- SEPTIEMBRE 2013	51
TABLA N°. 5 DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, ABRIL- SEPTIEMBRE 2013	52
TABLA N°. 6 DISTRIBUCIÓN SEGÚN OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, ABRIL-SEPTIEMBRE 2013.....	53

TABLA N°. 7 DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO ECONÓMICO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, ABRIL-SEPTIEMBRE 2013.....	54
TABLA N°. 8 DISTRIBUCIÓN SEGÚN TENENCIA DE LA VIVIENDA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, ABRIL- SEPTIEMBRE 2013	55
TABLA N°. 9 DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A SI REALIZAN O NO ACTIVIDAD LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA ABRIL- SEPTIEMBRE 2013.....	56
TABLA N°. 10 DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A TIPO DE EJERCICIOS FISICO QUE REALIZA LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, ABRIL- SEPTIEMBRE 2013	57
TABLA N°. 11 DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL TIEMPO QUE REALIZA LA ACTIVIDAD FÍSICA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, ABRIL- SEPTIEMBRE 2013.....	58
TABLA N°. 12 DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA FRECUENCIA QUE REALIZA LOS EJERCICIOS FISICOS DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, ABRIL- SEPTIEMBRE 2013.....	59
TABLA N°. 13 DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA IMPORTANCIA DE LA NUTRICIÓN ADECUADA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, ABRIL-SEPTIEMBRE 2013.....	60
TABLA N°. 14 DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A TIPOS DE ALIMENTOS QUE MAS CONSUMEN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, ABRIL- SEPTIEMBRE 2013	61
TABLA N°. 15 DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL CONOCIMIENTO POR LA CUAL ADQUIRIÓ DIABETES LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, ABRIL- SEPTIEMBRE 2013.....	62
TABLA N°. 16 DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, ABRIL- SEPTIEMBRE 2013	63

TABLA N°. 17	DISTRIBUCIÓN SEGÚN LAS COMPLICACIONES QUE PRESENTARON LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, ABRIL- SEPTIEMBRE 2013	64
TABLA N°. 18	DISTRIBUCIÓN SEGÚN LOS ANTECEDENTES FAMILIARES DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, ABRIL- SEPTIEMBRE 2013.....	65
TABLA N°. 19	DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A TIPO DE MEDICACIÓN QUE RECIBE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, ABRIL- SEPTIEMBRE 2013	66
TABLA N°. 20	DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA PERSONA QUE ADMINISTRA LA MEDICACIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, ABRIL- SEPTIEMBRE 2013.....	67
TABLA N°. 21	DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA FRECUENCIA DE LA TOMA DE MEDICACIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, ABRIL- SEPTIEMBRE 2013	68
TABLA N°. 22	DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL TIEMPO QUE TOMA MEDICAMENTOS LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, ABRIL- SEPTIEMBRE 2013	69
TABLA N°. 23	DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA FRECUENCIA DE CONTROL MEDICO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, ABRIL- SEPTIEMBRE 2013.....	70

GRÁFICOS

GRÁFICO N°. 1	Cuál es su estado civil.....	49
GRÁFICO N°. 2	Cuál es su lugar de procedencia.....	50
GRÁFICO N°. 3	Cómo se auto identifica Ud.....	51
GRÁFICO N°. 4	Cuál es su nivel de instrucción.....	52

GRÁFICO N°. 5 Cuál es su ocupación. 53

GRÁFICO N°. 6 Cuál es su ingreso económico mensual.	54
GRÁFICO N°. 7 Tenencia de su vivienda.....	55
GRÁFICO N°. 8 Usted realiza actividad física	56
GRÁFICO N°. 9 Que tipo de ejercicio es el que más realiza usted.....	57
GRÁFICO N°. 10 Usted qué tiempo realiza la actividad física.	58
GRÁFICO N°. 11 Con qué frecuencia realiza la actividad física.....	59
GRÁFICO N°. 12 Sabe usted la importancia de una nutrición adecuada.	60
GRÁFICO N°. 13 Entre este tipo de alimentos usted cual es el que más consume.	61
GRÁFICO N°. 14 Subraye una opción por la cual Ud. adquirió la diabetes.....	62
GRÁFICO N°. 15 Cuánto tiempo padece esta enfermedad.....	63
GRÁFICO N°. 16 Ud ha tenido algunas de estas complicaciones a causa de la diabetes....	64
GRÁFICO N°. 17 Usted conoce algún miembro de su familia que tenga diabetes.	65
GRÁFICO N°. 18 Qué tipo de medicamento toma para su enfermedad.	66
GRÁFICO N°. 19 Persona que administra su medicación	67
GRÁFICO N°. 20 Con qué frecuencia toma la medicación.	68
GRÁFICO N°. 21 Cuánto tiempo toma el medicamento.....	69
GRÁFICO N°. 22 Cada que tiempo realiza el control médico.....	70

VI. LISTA DE ANEXOS

ANEXO N. 1 GLOSARIO	93
ANEXO N. 2 PORTADA PRINCIPAL DE LA CASA DEL DIABETICO – TENA	95
ANEXO N. 3 APLICACIÓN DE LA ENCUESTA.....	96
ANEXO N. 4 PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA AL PERSONAL DE LA CASA DEL DIABETICO CANTON TENA.....	98
ANEXO N. 5 REALIZACION DE BAILOTERAPIA	99
ANEXO N. 6 CHARLAS EDUCATIVAS	100
ANEXO N. 7 CERTIFICACION DE LA REALIZACION DE PROPUESTA	102
ANEXO N. 8 REGISTRO DE CAPACITACION.....	104
ANEXO N. 9 FORMULARIO DE ENCUESTA.....	107
ANEXO N. 10 TRÍPTICO UTILIZADO EN LA CAPACITACIÓN	110
ANEXO N. 11 GIGANTOGRAFIA DE PIRÁMIDE NUTRICIONAL PARA LA DIABETES.....	111
ANEXO N. 12 PRESUPUESTO DE LA TESIS	112
ANEXO N. 12 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	113

1. TEMA

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA DIABETES MELLITUS TIPO 2
EN PACIENTES AMBULATORIOS QUE ACUDEN A LA CASA DEL
DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, PROVINCIA DE NAPO – ECUADOR. ABRIL
- SEPTIEMBRE 2013**

2. INTRODUCCIÓN

La diabetes es una enfermedad crónica degenerativa con importante prevalencia en todo el país, una enfermedad que por falta de información, educación y mala nutrición de las personas está atacando a más personas en la actualidad. A diferencia de muchos padecimientos que pueden curarse por completo con el tratamiento adecuado.

La diabetes tipo 2 es la forma más común de diabetes y está presente en 90% de todos los casos, hasta hace poco tiempo la diabetes tipo 2 se conocía como la diabetes de adulto, porque ocurría con mayor frecuencia a partir de los 35 años de edad. En el mundo hay más de 320 millones de personas con diabetes que solo en el año 2009 se estimó 1,1 millones de personas fallecieron por esta patología, el 50% corresponde a personas menos de 70 años de las cuales el 55% pertenece a género femenino.¹

En el Ecuador más de 6% del total de la población es decir alrededor de 840.000 personas padecen diabetes y se estima que miles de personas sufren un estado de pre diabetes sin saberlo.²

Muchas de las complicaciones a largo plazo de la diabetes están muy relacionados con los altos niveles de azúcar (glucosa) en la sangre, lo cual puede desarrollar complicaciones oculares, enfermedad renal, daño en los nervios, enfermedades cardiacas, derrame cerebral. La razón del tratamiento de la diabetes no es tanto controlar el azúcar en sangre, sino disminuir la tasa de mortalidad, hay que individualizar objetivos de tratamiento aunque hay algunas medidas generales y comunes para todos los pacientes.

En el presente estudio se pretende identificar en un grupo de diabéticos, aquellos hábitos y estilos de vida que influyen negativamente en la evolución de la enfermedad, y con ese conocimiento elaborar una estrategia educativa tendiente a disminuir el o los daños o complicaciones clínicas y funcionales en dichos pacientes.

¹ Cumbre Latinoamericana para la Diabetes Disponible en: www.esmas.aumenta-diabetes-americalatina.Htm

² INEC Instituto Nacional de Estadística y Censos 2010

3. JUSTIFICACIÓN

La diabetes se ha convertido en una de principales causas de muerte y discapacidad en la región de las Américas y, si la tendencia actual continúa, la carga de esta enfermedad crecerá sustancialmente en las próximas dos décadas, señalan los expertos de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

La OPS/OMS estima que alrededor de 62,8 millones de personas en las Américas padecen diabetes (dato de 2011). Si la tendencia actual continúa, se espera que este número aumente a 91,1 millones para 2030. En América Latina, se calcula el número de personas con diabetes podría subir de 25 millones a 40 millones para el año 2030, y en Norteamérica y los países no hispanos del Caribe este número puede ascender de 38 a 51 millones durante este mismo período.³

La diabetes mellitus es la segunda causa de muerte en el Ecuador, la primera en mujeres y la cuarta en hombres, señalan estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC 2011), por esta razón el país ha priorizado la estrategia nacional de control y atención de las enfermedades crónicas.

El Ministerio de Salud (MSP) indica que la diabetes es una enfermedad controlable y con un diagnóstico oportuno se evitarían muchas complicaciones como ceguera, insuficiencia renal, accidentes cerebro vascular, infarto del miocardio y pie diabético.

La Atención Primaria de Salud sugiere la integración de la familia y comunidad en el procedimiento de cuidados de los pacientes que sufren diabetes mellitus tipo 2, incentivando la modificación de los hábitos alimentarios y estilos de vida, lo que llevara a mejorar la calidad y modo de vida para así prevenir potenciales complicaciones.

De acuerdo a los datos proporcionados de la Dirección Provincial de Salud de Napo la diabetes ha incrementado notablemente en los últimos tres años.

³La Diabetes en América Latina; Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <http://www.pahef.org/es/novedades/2-news/244-diabetes-is-cutting-lives-short-in-latin-america-.html>

En el año 2009 los casos reportados de diabetes fueron un total de 2432 que corresponde a un 4% de la población, mientras que para el 2011 el número de casos aumentó en un 2%, que fueron reportados 3648 casos que constituye el 6 % de la población de la ciudad de Tena. Al igual que el resto del país, la diabetes se encuentra entre las 10 primeras causas de morbilidad. La prevalencia más alta de pacientes se encuentra en las provincias de la costa con 48.172 casos, que corresponden al 71% y las provincias de la sierra con 17.905 casos que equivale al 26% del total. ⁴

De acuerdo a los datos brindados por el estadístico de la casa de diabético del cantón Tena, entre Abril a Septiembre de 2013 fueron atendidos 108 pacientes diabéticos, de estos 65 son pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que corresponde 61% de los cuales 43% (28) son de sexo masculino y 57% (37) de sexo femenino. De los cuales 21 pacientes que corresponde a 32% no realizan ningún tipo de actividad física para poder conllevar de mejor manera su enfermedad.⁵

Por las razones mencionadas esta investigación se hizo necesaria para hacer frente a los problemas relacionados con la Diabetes, incorporando Charlas educativas a los pacientes y sus familiares de la Casa del Diabético del Cantón Tena para lograr una participación activa y mejorar estilo de vida, de esta manera disminuir el grado de afectación y sus complicaciones a largo plazo.

⁴ Salud en el adulto mayor; Ministerio de Salud Pública. Disponible en: <http://www.msp.gob.ec/index.php>

⁵ Estadística Casa del Diabético del Cantón Tena

4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo influye la calidad de vida en los pacientes ambulatorios con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la Casa del Diabético del Cantón Tena, Provincia de Napo – Ecuador. Abril - Septiembre 2013?.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad de vida y su relación con diabetes mellitus tipo 2 en los pacientes ambulatorios que acuden a la Casa del Diabético del Cantón Tena, Provincia de Napo – Ecuador. Abril - Septiembre 2013.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer las características sociodemográfica de los pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la casa de diabéticos del Cantón Tena.
- Identificar la calidad de vida y hábitos alimentarios de los pacientes ambulatorios que acuden a la Casa de los diabéticos del Cantón Tena.
- Identificar los principales daños y complicaciones en el grupo de pacientes en estudio.
- Diseñar y ejecutar charlas educativas con la finalidad de fomentar hábitos y estilos de vida saludables en las personas con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la Casa del diabético del Cantón Tena.

6. HIPÓTESIS

La inadecuada calidad de vida y hábitos alimentarios, incrementan el riesgo de desarrollar complicaciones en los pacientes ambulatorios con diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la Casa del Diabético del Cantón Tena periodo Abril - Septiembre 2013.

7. VARIABLES

7.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

- ❖ Calidad de vida

7.2. VARIABLE DEPENDIENTE

- ❖ Complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2

8. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Calidad de vida	La calidad de vida es un concepto multidimensional que incluye factores tales como el estilo de vida, lugar de residencia, satisfacción básica de necesidades en el trabajo, situación económica, acceso a los servicios básicos públicos, las comunicaciones, la urbanización, entre otros; que componen la sociedad y que influyen en el desarrollo de una comunidad.	Aspectos Sociodemográficos	Edad Sexo Estado civil Procedencia	Años cumplidos Hombre Mujer Soltero/a Unión Libre Casado/a Viudo/a Urbano Rural

			<p>Etnia</p> <p>Nivel de instrucción</p> <p>Ocupación</p> <p>Cuál es su ingreso económico mensual</p>	<p>Blanco</p> <p>Mestizo</p> <p>Indígena</p> <p>Afroamericano</p> <p>Primaria</p> <p>Secundaria</p> <p>Superior</p> <p>Ninguna</p> <p>Empleado Publico</p> <p>Empleado Privado</p> <p>Jubilado</p> <p>Quehaceres domésticos</p> <p>Otros</p> <p>Menos de salario básico</p> <p>Salario básico</p> <p>Más de salario básico</p>
--	--	--	---	--

			Tenencia de vivienda	Propia Arrendada Prestada
		Actividad física	Realiza la actividad física	Si No
			Qué tipo de actividad física realiza	Caminata Natación Bailo terapia Otra Ninguna
			Que tiempo realiza	30 minutos 1 hora No realiza

			Con que frecuencia realiza la actividad física	Diario. Tres veces a la semana Una vez a la semana Nunca
		Nutrición equilibrada	Sabe usted la importancia de una nutrición adecuada. Tipo de alimento que más consumen.	Si No Dulces y Grasas Lácteos Frutas y Verduras Proteínas Carbohidratos

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2	Son complicaciones que aparecen de cinco o más años por inadecuado control de la diabetes.	Condición de Salud Enfermedad.	<p>Conoce la causa por la cual adquirió la diabetes</p> <p>Cuanto tiempo esta con esta enfermedad.</p> <p>Ud. ha tenido algunas de estas complicación a causa de la diabetes</p>	<p>Obesidad</p> <p>Sedentarismo</p> <p>Mala alimentación</p> <p>Antecedentes familiares</p> <p>< de 1 año</p> <p>1 a 5 años</p> <p>6 a 9 años</p> <p>10 años y más</p> <p>Coma diabético</p> <p>Daño ocular</p> <p>Daño renal</p> <p>Pie diabético</p> <p>Otros</p> <p>Ninguno</p>

		<p>Factores predisponentes</p>	<p>Conoce usted que en su familia existe familiares que tienen diabetes.</p>	<p>Padre Madre Hermano/a Otros Ninguno</p>
		<p>Medicación</p>	<p>Qué tipo de medicamento se administra para su enfermedad.</p>	<p>Insulina Hipoglucemiantes orales Combinada Ninguno</p>
			<p>Persona que le administra su medicación.</p>	<p>Profesional Personalmente Familiar Ninguno</p>
			<p>Con que frecuencia toma la medicación.</p>	<p>Diario 2-3 veces a la semana Ninguno</p>

			<p>Cuanto tiempo toma el medicamento.</p> <p>Cada que tiempo se realiza el control médico.</p>	<p>< de 1 año</p> <p>1 a 5 años</p> <p>6 a 9 años</p> <p>10 años y más</p> <p>Cada mes..</p> <p>Cada tres meses</p> <p>Cada seis meses</p> <p>Cada año</p>
--	--	--	--	---

CAPÍTULO I

1. MARCO REFERENCIAL



RESEÑA HISTORICA DE LA ASOCIACION DE DIABETICOS E HIPERTENSOS DE LA PROVINCIA DE NAPO

Un 2 de Noviembre de 2002 un conjunto de actores sociales, pacientes diabéticos y profesionales inspirados, constituyen una pre asociación de diabéticos cuyo presidente inicial fue el Sr. Luis Pumares, con la finalidad de mejorar su calidad y cantidad de vida, crear una infraestructura para cubrir atención médica, tratamiento holístico, recreación, capacitación, orientación, gastronomía, para el control de la diabetes.

El 21 de septiembre del 2003 se aprueban los estatutos en Asamblea, en tres instancias de análisis y participación, teniendo como insumo de base de guía y orientación, los estatutos de la asociación de diabéticos e hipertensos de Pastaza, con el apoyo del Dr. Edgar Mora Coordinador Médico y el Sr. César Sarmiento como Presidente.

En este proceso de evolución histórica social de la asociación, el Hospital José María Ibarra de Tena ha sido el facilitador y conductor permanente para que dicha organización siga

adelante y logre sus objetivos propuestos, con el apoyo permanente de su personal e internas Rotativas de Enfermería de diversas promociones y universidades.

La casa del diabético es una unidad de Salud Pública, está ubicado al Sur de la ciudad de San Juan de los dos Ríos del Tena en la ciudadela Eloy Alfaro, está ubicado dentro de la zona urbana de la ciudad, con fácil accesibilidad por encontrarse sobre una de las avenidas principales, sus límites son:

Al norte: Calle Ambato

Al sur: Calle Eloy Alfaro

Al este: Calle Gabriel Espinosa

Al oeste: Avenida 15 de Noviembre

ESTRUCTURA FISICA

Planta Baja:

- 1 consultorio médico
- 1 consultorio odontológico
- 1 Consultorio de nutricionista
- Estadística
- Sala de preparación
- Sala de espera
- Farmacia
- Baño

Planta Alta:

- Una sala de reuniones
- Sala de cocina - comedor.
- Baño

TALENTO HUMANO

En la casa del diabético cuenta con:

- 1 Médico Especialista Endocrinólogo
- 1 Odontólogo
- 2 enfermeras
- 1 Auxiliar de enfermería
- 1 Nutricionista
- 1 Fisioterapista
- 1 Farmacéutica
- 2 personal de estadística
- 1 Conserje

HORARIO DE TRABAJOS ESTABLECIDO EN LA UNIDAD

- Todo el personal labora 8 horas diarias de Lunes a Viernes.

1.2 MARCO TEÓRICO

1.2.1. CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es un concepto multidimensional que incluye factores tales como el estilo de vida, satisfacción básica de necesidades, lugar de residencia, satisfacción con el trabajo, situación económica, acceso a los servicios públicos, comunicaciones, urbanización, logros de metas de vida, autoimagen y la actitud hacia la vida, entre otros; que componen la sociedad y que influyen en el desarrollo de una comunidad.⁶

1.2.3 ESTILOS DE VIDA

Los estilos de vida están determinados por procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y comportamiento de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar la calidad de vida.⁷

Según la OMS calidad de vida es:

“La percepción del individuo de su posición de vida en el contexto de su cultura y sistema de valores que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, modelos y preocupaciones”.

La Calidad de Vida ha sido tomada como un pilar del sistema nacional de salud del Ecuador, así en el artículo 42 de la Carta Magna se dispone que: “El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia”.⁸

⁶ MELCHORS AC (2004). Medidas de evaluación de la calidad de vida en diabetes. Editora Segum Farmacoter, Vol. 2, págs. 1-11

⁷ Glosario de la Promoción de la Salud – OMS

⁸ MSP (2010). Política nacional de la promoción de la salud. Quito - Ecuador

Por tanto la Calidad de Vida de los ecuatorianos, es el fundamento de las políticas de Estado y la Sociedad Civil, adicionalmente en la Constitución 2008. Sección séptima Salud artículo 32 habla sobre el buen vivir:

1.2.3. CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2)

La Diabetes mellitus tipo 2 puede alterar la Calidad de Vida tanto en el ámbito social como psicológico por las alteraciones y sensación de disminución física. En varios estudios realizados en España, Estados Unidos, México, Chile, Cuba, entre otros, se ha concluido que los pacientes diabéticos tienen una peor percepción de su Calidad de Vida, que la población general; se correlaciona con el tratamiento, los regímenes estrictos de dieta, por escaso acceso a productos para diabéticos, ejercicio, auto monitorización y administración de la medicación.⁹

Al ser una enfermedad crónica que afecta el bienestar físico y más aún, cuando se presentan complicaciones agudas, altera el ámbito psicológico, generando frustración, baja autoestima, depresión y ansiedad. En el panorama social, las relaciones familiares y de amigos, entre otras puede afectarse por las restricciones dietéticas y físicas.¹⁰

El soporte familiar es fundamental para el paciente diabético, representa su principal fuente de apoyo afectivo, educativo, cultural, social y muchas veces económico. Se ha identificado en varios estudios que el apoyo de la familia, le permite al paciente lograr un mejor control de su enfermedad.¹¹

La familia del paciente diabético debe tener en cuenta y apoyar en los siguientes puntos:

⁹ LÓPEZ JUAN (2011). Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes. Salud Pública de México.

¹⁰ HERNÁNDEZ ALBERTO (2010). La calidad de Vida del paciente diabético, La Habana: Rev Cubana Med Gen Integr, 2000, Vol. 16, págs. 50-56

¹¹ CUNHA, MADALENA (2008). Calidad de vida y diabetes: variables psico-sociales. Colombia

- Las relaciones personales, el ocio y la movilidad pueden verse influenciadas negativamente por la diabetes.
- En el tratamiento, particularmente la inyección de insulina y en el monitoreo propio, que debe realizar el paciente, ya que resulta incómodo y consume mucho tiempo.
- Apoyar al paciente para que no deje de trabajar, para lo cual se necesita apoyar para que trabaje con eficacia que antes del inicio y diagnóstico de su enfermedad.

El mundo se está enfrentando a una epidemia creciente de diabetes de proporciones potencialmente catastróficas. Su impacto se sentirá más severamente en los países en vías de desarrollo. La Organización Mundial de la Salud y la Federación Internacional de Diabetes trabajan juntas apoyando iniciativas dirigidas a prevenir y manejar la diabetes y sus complicaciones, así como a promover la mejor calidad de vida posible para las personas con diabetes a nivel mundial. Un equipo fundamental de soporte para el paciente diabético, es el personal de los sistemas de salud. Sin embargo, se ha encontrado un deterioro en las relaciones: médico – paciente, enfermera – paciente, personal de apoyo – paciente; lo que trae como consecuencia la disminución de la eficiencia del tratamiento, por fracaso en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, lo que acarrea insatisfacción del paciente.¹²

En los estudios de Calidad de Vida realizados en varios países como Estados Unidos, México, España, Cuba se han encontrado las siguientes relaciones:¹³

- Edad: es un factor de riesgo acumulativo, sin embargo, a mayor edad existe una percepción de ser una persona más saludable por la responsabilidad que puede asumir, que las de menor edad.

¹²MERCÈ FERNÁNDEZ-MIRÓ y ALBERTO GODAY ARNÓ (2008). Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario del Mar. Barcelona.

¹³MATA CASES M., ROSET GAMISANS M., BADIA X., ANTOÑANZAS F., RAGEL J. (2009). Impacto de la diabetes mellitus en la calidad de la vida de los pacientes tratados, Atención Primaria, Vol 31 págs. 493-499.

- Sexo: según datos estadísticos, existen más mujeres con diagnóstico de diabetes que hombres; esto se ha relacionado a las características de la población y es que las mujeres acuden con mayor frecuencia a realizarse controles médicos.
- Estado civil: el mantener una pareja estable, al paciente le da una percepción de mejor Calidad de Vida, por el apoyo que puede tener para convivir con la enfermedad, siempre y cuando, exista una buena comunicación y conocimiento de la diabetes. Porque los cambios físicos, emocionales y sexuales se convierte en una factor de riesgo que conlleva a una mala Calidad de Vida.
- Ocupación: las personas diabéticas por las complicaciones de la enfermedad, por el tratamiento o por una combinación de las dos, pueden verse limitados a realizar ciertas actividades laborales, lo que concluye en una falta de remuneración económica. Esto genera sentimientos de haberse convertido en una carga para la familia y para la sociedad. Este problema se ve más en forma marcado en los hombres, porque un alto porcentaje después del diagnóstico dejan de trabajar. Esto se relaciona con la edad y las complicaciones. La mayoría no reportan las actividades que actualmente realizan porque no reciben una remuneración por ellas. El caso de las mujeres es diferente, porque la mayoría continúa con sus actividades de labores domésticas y de crianza de hijos o nietos, aunque no reciben un pago económico. El problema se acentúa cuando de la madre dependía la economía de la familia.¹⁴
- Nivel socioeconómico: los estratos bajos presentan menor control metabólico, está relacionado con la dificultad de conseguir tratamiento adecuado por los escasos recursos económicos.
- Nivel de instrucción: a menor instrucción académica, menor control metabólico. Se ha relacionado con la dificultad de acceder a la información sobre el control de la enfermedad, seguir las instrucciones médicas y desarrollar las habilidades de autocuidado; lo que desencadena en una deficiente apreciación de Calidad de Vida.

¹⁴ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2010). Reunión sobre la vigilancia de las enfermedades no transmisibles (ECNT): Países miembros del Área Andina (Bogotá, Colombia, 8-9 de junio del 2010). Bogotá : s.n

- Percepción de la enfermedad: a menor tiempo de diagnóstico, peor percepción de Calidad de Vida, ya que el paciente siente que nunca más va estar sano, por ser una enfermedad crónica.
- Discapacidades físicas: cuando llegan a desarrollar complicaciones de la DM2, relacionadas como lesiones microvasculares y macrovasculares, la percepción de Calidad de Vida es peor.
- Control de la enfermedad: las mediciones de niveles glucémicos periódicos y de otros parámetros, tratamiento farmacológico que deben tomar de por vida y controles médicos periódicos, da una percepción de mala Calidad de Vida.
- Cambios de hábitos: mantener horarios para la toma de medicamentos, cambio de tipo de dieta, mantener rutinas de actividad física, aumento de los gastos familiares para cumplimiento del tratamiento, ocasionan cambios en el entorno social por aceptación de la enfermedad.

1.2.4. EL PACIENTE CON DIABETES SI PUEDE TENER UNA BUENA CALIDAD DE VIDA

Hay personas que hacen un buen trabajo con su alimentación y su actividad física, pero aun así necesitan medicamentos. Eso tiene que ver con que su organismo produzca suficiente insulina, que es la hormona que ayuda a regular el nivel de azúcar en la sangre.

Sin embargo, cuando la alimentación es adecuada, se mantiene un peso saludable y se deja atrás el sedentarismo. El caminar al menos 30 minutos cinco días a la semana es recomendable, los/as pacientes de diabetes pueden mantener controlada su enfermedad y evitar complicaciones graves.

El diabético tipo II puede controlar los niveles de glucosa llevando un tratamiento estricto indicado por el equipo médico, lo que conlleva a no requerir de insulina, el tratamiento hipoglicémico es el pilar fundamental para controlar la enfermedad a un más de los siguientes elementos: control médico, nutrición adecuada, vigilancia, educación, ejercicio permanente.

1.2.5. NUTRICIÓN

El paciente diabético puede comer de todo sin excederse, la dieta debe estar basada en 1500 calorías diarias, toda la familia debe comer lo mismo esto servirá de apoyo al paciente para evitar excesos, excepto azúcares y grasas.

1.2.6. VIGILANCIA

Es indispensable que al paciente se le dé seguimiento regular por sus familiares, médicos, enfermeras, para comprobar su evolución contribuyendo en la mejoría del estado de salud. El apoyo por parte de sus familiares es básico ya que también están inmersos en su forma de vida.

1.2.7. EDUCACIÓN

El plan educativo se basa en: proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad, sus complicaciones, el autocuidado que debe mantener para asegurar la consecución de un buen régimen de vida, razón por lo cual se han formado clubes de personas diabéticas en distintas entidades de salud que sirven como apoyo de control e información.

1.2.8. EJERCICIO

La rutina de ejercicios es primordial para mantener el peso adecuado y el bienestar del organismo, el mejor ejercicio es caminar se puede comenzar con una rutina de 15 minutos por día, tiempo que se lo puede aumentar de acuerdo a la capacidad física del individuo. También es recomendable ejercicios aeróbicos como: nadar, trotar y andar en bicicleta y otras formas de ejercicios.

1.2.9. EL AUTOCUIDADO

Auto-cuidado es la práctica de actividades que el individuo inicia y realiza en su propio beneficio para mantener su salud y bienestar.

Es un término que denota responsabilizarse del bienestar propio. Este permite al paciente diabético mejorar su autoestima, solucionar el problema por sí mismo y volver a adquirir un mayor control de su vida.

Los pilares en los que se basa el tratamiento de la Diabetes mellitus tipo 2 son la dieta, actividad física, tratamiento farmacológico, control médico, prevención de complicaciones.

1.3. DÉFICIT DEL AUTO-CUIDADO

Expresada en 1979 como teoría general de enfermería que se compone de tres teorías interrelacionadas:¹⁵

a) Teoría del Auto-cuidado: En la que explica el concepto de auto-cuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia. En el proceso del auto-cuidado se identifican como requisitos que contribuyen a su supervivencia: el aire, el agua, la eliminación, el descanso, la soledad, la interacción social, la prevención, la interacción de la actividad humana. Estos requisitos promueven el desarrollo, mitigan los efectos que el proceso evolutivo produce y son indispensables para la prevención de las situaciones adversas. Se incluyen también aquellos requisitos necesarios para el auto-cuidado en caso de desviación de la salud, los cuales surgen o están vinculados con el mejoramiento.

b) Teoría del déficit de auto-cuidado: En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el auto-cuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

c) Teoría de los sistemas de enfermería: En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo.

¹⁵ OREM, Dorotea, AUTOCUIDADO, disponible en: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEVEFyuuVFUSGkGEse.php>
ERIKSON, Erick, ETAPAS DEL DESARROLLO, disponible en html.rincondelvago.com/etapas-deldesarrollo-humano.html

- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona auto-cuidados.
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de auto-cuidado.

1.4. NECESIDADES BÁSICAS SEGÚN MASLOW



1.5. ANTECEDENTES DE LA DIABETES

La primera referencia por escrito donde aparece mencionada esta enfermedad, corresponde al papiro encontrado por el egiptólogo alemán George Ebers en 1862 (Fragmento del Papiro de Ebers)¹⁶, cerca de las ruinas de Luxor, fechado hacia el 1500 antes de la era Cristiana. Este papiro se conserva hoy en día en la biblioteca de la Universidad de Leipzig (Alemania). Es un rollo de papiro que al desenrollarlo medía 20 cm de largo por 25 cm de ancho y en él está escrito todo lo que se sabía o se creía saber sobre medicina. En un párrafo se habla de un proceso de manifestaciones clínicas propias de la extraña enfermedad, a la que siglos después los griegos llamarían diabetes.

Su autor fue un sacerdote del templo de Imhotep, médico eminente en su época, y en su escrito nos habla de enfermos que adelgazan, tienen hambre continuamente, que orinan en abundancia y se sienten atormentados por una enorme sed.

1.5.1. CONCEPTO

La diabetes mellitus tipo 2 se define como una enfermedad crónica, que se caracteriza por una deficiencia parcial o absoluta en la producción de insulina por el páncreas. Es un conjunto heterogéneo de alteraciones metabólicas, caracterizadas por la elevación de la concentración de glucosa en la sangre, o hiperglucemia.

Normalmente, en la sangre circula cierta cantidad de glucosa, la cual se forma en el hígado a partir de los alimentos ingeridos, hormona de insulina que sintetiza y es segregada por las células beta de los islotes de langerhans del páncreas.¹⁷

1.5.2. EPIDEMIOLOGIA

La obesidad y factores psicológicos son los principales causantes para que se desencadene la Diabetes y, que está dentro de las consideradas como enfermedades crónicas no

¹⁶CERDENA A. (2010). Historia de la Diabetes. Recuperado el 12 de Abril del 2014, de <http://diabetesymas.metropoliglobal.com/BreveHistoria/BreveHistoria.php>

¹⁷CRAMER JA (2010). A systematic review of adherence with medications for diabetes. Diabetes Care.

transmisibles, que por su creciente magnitud, por su impacto en la enfermedad cardiovascular y por ser la primera causa de mortalidad en las sociedades desarrolladas, es catalogada como la epidemia del siglo XXI, convirtiéndose en los más graves problemas sanitarios de nuestro tiempo con un gran aporte de inversión económica para su tratamiento especialmente en sus complicaciones renales cuando estos necesitan hemodiálisis o diálisis peritoneal. Las estimaciones indican que para el año 2030 su prevalencia alcanzará proporciones epidémicas y afectará a 366 millones de personas en todo el mundo. También es notable su incremento en los países en vías de desarrollo su frecuencia sobrepasa inclusive a la desnutrición, es decir que más del 50% de los latinos adultos son afectados por estas enfermedades sin considerar su clase social o económica. (OPS, 2009)

En el Ecuador la frecuencia de la diabetes es que en cada familia hay un miembro con diabetes, su incidencia es de 5.1% de diabéticos en la zona urbana y de 1.9% en la zona rural. (Sociedad de Diabéticos de America Latina, 2009)

En cuanto a prevalencia de enfermedad en población adulta, la OPS reporta que los Indios Pima de Arizona Estados Unidos, tiene la tasa de prevalencia más elevada, seguida por Jamaica con el 17,9%, luego Cuba con el 14,8%; mientras que la más baja es de los indios Aymará en Chile con el 1,6%. Sin embargo, la prevalencia en mujeres es más elevada que en los hombres (OPS, 2006)

En cuanto a la mortalidad asociada a la diabetes, la OPS (2006) habla de que alrededor de 45000 muertes cada año en América Latina y el Caribe son causadas directa o indirectamente por la diabetes, sin tomar en cuenta el problema de subregistro, que considera que el número total de muertes anuales puede llegar a 300 000 personas.

En los últimos 25 años, se ha comprobado en Ecuador un incremento notable en la frecuencia de un grupo de enfermedades de naturaleza crónica, no transmisible, entre las que se destacan la enfermedad cerebro-vascular, la enfermedad isquémica del corazón, los tumores malignos, particularmente el cáncer gástrico y la Diabetes Mellitus tipo 2.¹⁸

¹⁸SÁNCHEZ I. (2008) Fisiología de las enfermedades, Enero, 2014, pg. 88

1.5.3. ETIOLOGÍA

Se han identificado dos factores causantes:

Deficiente liberación de insulina.- La secreción basal de insulina es normal, pero su rápida liberación a continuación de las comidas está obstaculizada, resultando en una metabolización anormal de los carbohidratos.

Resistencia a la insulina - La causa principal es una respuesta defectuosa de los tejidos ante la insulina. Este fenómeno está causado por un receptor deficiente en las células implicadas. La resistencia a la insulina se asocia con la obesidad y el embarazo. En individuos normales que se tornan obesos, o en mujeres embarazadas, las células pancreáticas B secretan mayores niveles de insulina para compensar.¹⁹

1.5.4. FISIOLÓGÍA DE PÁNCREAS

El páncreas es una glándula localizada transversalmente sobre la pared posterior del abdomen. Su longitud oscila entre 15-20cm; tiene una anchura de unos 3.8cm y un grosor de 1.3 a 2.5cm pesa 85gr; está situada junto al intestino delgado y tiene uno o varios conductos excretores que desembocan en el duodeno.

Es un órgano con dos funciones distintas:

1. La primera función, juega un importante papel en la digestión de los alimentos.
2. La segunda función, consiste en producir hormonas que van a la sangre. Las hormonas liberadas son el: glucagón y la insulina.

Hay tres tipos de células que se encuentran en estos agrupamientos.

1. Célula alfa, las cuales secretan la hormona glucagón, juegan un papel crucial en la regulación de la glucemia. Esta hormona contrarresta la hipoglucemia y se opone a

¹⁹ Diabetes Control and Complications Trial Research Group, The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent Diabetes Mellitus, N Engl J Med 1993; 329: 977-86

las acciones de la insulina, estimulando la síntesis hepática de glucosa y la movilización, aumentando las concentraciones de glucosa en la sangre.

2. Células beta, las cuales secretan la hormona insulina que disminuye la concentración de azúcar en la sangre.
3. Células delta, produce una hormona llamada somatostatina, tiene una función muy importante en la regulación de la glucemia (niveles de la glucosa en la sangre), inhibe la producción de glucagón e insulina, inhibe la contracción del músculo liso del aparato digestivo y de la vesícula biliar al terminar la digestión.²⁰

1.6. TIPOS DE DIABETES

La siguiente clasificación le corresponde a la OMS (organización mundial de la salud)

1.6.1. DIABETES TIPO 1

La diabetes de tipo 1 (también llamada insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia). Se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. Se desconoce aún la causa de la diabetes de tipo 1, y no se puede prevenir con el conocimiento actual.²¹

Sus síntomas consisten, entre otros, en excreción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita.

1.6.2. DIABETES TIPO 2

Esta forma de diabetes la cual representa entre el 90 al 95% de la población diabética es la que se le conocía como diabetes no insulino dependiente, diabetes tipo II o diabetes del adulto, que se refiere a individuos con resistencia a la insulina y que presentan un déficit de la secreción de insulina.

²⁰ THE WORLD HEALTH ORGANIZATION (2009), Diabetes mellitus Fact sheet Number 138. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs138/en/>

²¹ OMS-MSP y BS (2009), Manejo de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud, Paraguay

Probablemente, existen diversas causas para este tipo de diabetes. A pesar de que no hay una etiología específica conocida, no ocurre destrucción autoinmune de las células beta. La mayor parte de los pacientes con este tipo de diabetes presentan exceso de peso u obesidad, lo que causa resistencia a la insulina y representa un estado inflamatorio crónico de baja intensidad que puede terminar destruyendo las células beta de los islotes pancreáticos.

Los pacientes con diabetes tipo 2 que no son obesos pueden tener un incremento en el porcentaje de masa corporal distribuido predominantemente en la región abdominal. Frecuentemente, este tipo de diabetes no es diagnosticada por muchos años debido a que la hiperglicemia se desarrolla gradualmente y en sus primeras etapas a menudo no es lo suficientemente severa para que los pacientes presenten los síntomas clásicos de la diabetes.

El riesgo de desarrollar la diabetes mellitus tipo 2 aumenta con la edad, obesidad y sedentarismo. Ocurre más frecuentemente en mujeres con historia de diabetes mellitus gestacional y en individuos con obesidad, hipertensión arterial y dislipidemias. A menudo se asocia con una fuerte predisposición genética. (OMS)

En el sistema de salud pública, la diabetes está clasificada dentro del Grupo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), junto con la hipertensión, insuficiencia renal, obesidad y dislipemia (alteraciones de los niveles de grasa en la sangre).²²

1.6.3. DIABETES GESTACIONAL

Se caracteriza por la presencia de altos niveles de azúcar en la sangre que se desarrolla en cualquier momento durante el embarazo en una mujer que no tiene diabetes, condición médica causada cuando su organismo no puede producir la suficiente cantidad de insulina, evitando que el mismo procese y digiera los alimentos apropiadamente. (OMS)

²² MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR (2011). Salud del Adulto. Disponible en: <http://www.msp.gob.ec/index.php/salud-del-adulto>

1.6.4. CARACTERÍSTICAS DE LA DIABETES TIPO 1 Y TIPO 2

	Diabetes tipo 1 o (insulino dependiente) DID	Diabetes tipo 2 o (no insulino dependiente) DNID
Prevalencia (en % de total de diabéticos)	10 – 20 %	80 – 90 %
Edad de comienzo	Menos de 30 años	Más de 30 años
Peso inicial	No obeso	Obesos
Modo de comienzo	A menudo, brusco	Insidioso
Poliuria y sed	Marcadas	Poco marcada
Polifagia y pérdida de peso	Presentes	Ausentes
Cetoacidosis (sin tratamiento)	Habitual	Ausente
Complicaciones vasculares	Micro angiopatía	Aterosclerosis
Secreción de insulina	Muy disminuida	Normal o poco disminuida
Insulino dependencia	Si	No
Concentración plasmática glucagón	Aumentada	Normal
Riesgo para un hijo de:		
Padre diabético	6%	20 - 50 %
Madre diabético	1 – 2 %	20 - 50 %

Fuente: MSP y BS Paraguay, Contenido Programático para los Equipos de Salud de la Familia, 2010
Elaboración: Interno Rotativo de Enfermería

1.6.5. OTROS TIPOS ESPECÍFICOS DE LA DIABETES

Enfermedades pancreáticas

Cualquier situación que produzca un daño difuso del páncreas puede causar diabetes. Entre estas situaciones adquiridas están: la pancreatitis, trauma, infecciones, pancreatectomía y el carcinoma pancreático.

Endocrinopatías

Diversas hormonas (hormona del crecimiento, cortisol, glucagón, epinefrina) antagonizan la acción de la insulina. Cantidades excesivas de estas hormonas pueden causar diabetes. Esto ocurre generalmente en individuos con fallas preexistentes en la secreción de insulina.

Diabetes inducida por drogas o químicos

Algunas drogas pueden afectar la secreción o la sensibilidad a la insulina. Estas drogas no causan diabetes por si mismas, pero pueden precipitar el desarrollo de la enfermedad en individuos con resistencia a la insulina. Algunos ejemplos incluyen el ácido nicotínico, glucocorticoides, tiazidas, alfainterferon, agonista beta adrenérgicos, antiretrovirales, antipsicóticos atípicos, entre otros.

Síndromes genéticos asociados con diabetes mellitus

Algunos síndromes genéticos están acompañados por un incremento en la incidencia de diabetes mellitus. Entre ellos están el Síndrome de Down, Síndrome de Klinefelter y Síndrome de Turner, entre otros.²³

1.7. FISIOPATOLOGÍA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2.

La diabetes mellitus tipo 2 está relacionada casi que necesariamente a la condición de obesidad y, por lo tanto, con la resistencia a la insulina (RI), pero se requiere adicionalmente de un deterioro de la función de la célula Beta pancreática.

Para vencer la RI, la célula Beta inicia un proceso que termina en el aumento de la masa celular, produciendo mayor cantidad de insulina (hiperinsulinismo), que inicialmente logra compensar la RI, y mantener los niveles de glucemia normales; sin embargo, con el tiempo, la célula Beta pierde su capacidad para mantener la hiperinsulinemia compensatoria, produciéndose un déficit relativo de insulina con respecto a la RI. Aparece finalmente la

²³ Vaxillaire M, Froguel P. Monogenic diabetes in the young, pharmacogenetics and relevance to multifactorial forms of type 2 diabetes. Endocr Rev 2008

hiperglucemia, inicialmente en los estados post-prandiales y luego en ayunas, a partir de lo cual se establece el diagnóstico de DM2²⁴

En estas células, la insulina tiene los siguientes efectos:

1. Transporta y metaboliza la glucosa para el transporte de energía.
2. Estimula el almacenamiento de glucosa en hígado y músculos.
3. Indica al hígado que deje de liberar glucosa.
4. Estimula el almacenamiento de la grasa, dieta en el tejido adiposo.
5. Acelera el transporte de aminoácido a la célula.
6. La insulina también inhibe la degradación de la glucosa, las proteínas y grasas almacenadas.
7. Durante los periodos de ayuno el páncreas libera continuamente pequeñas cantidades de insulina; otra hormona pancreática llamada glucagón se libera cuando disminuye los niveles de glucosa y estimula al hígado para que libere la glucosa almacenada.

El efecto del equilibrio entre la concentración de insulina y la de glucagón, mantiene constantemente la glucemia, mediante la liberación de glucosa a partir del hígado.

Al principio el hígado produce glucosa por la degradación de glucógeno (glucogenolisis) después de 8-12 hora de ayuno el hígado forma nueva glucosa a partir de sustancias no derivadas de carbohidratos incluidos los aminoácidos (gluconeogenesis)

La diabetes mellitus tipo 2 se caracteriza por tres alteraciones fisiopatológicas:

1. Trastorno de la secreción de insulina
2. Resistencia periférica a la insulina
3. Producción hepática excesiva de glucosa.²⁵

²⁴CASTILLO JORGE ALEJANDRO (2008). Fisiopatología de la diabetes mellitus tipo 2. Recuperado el 18 de Abril del 2014, de http://www.endocrino.org.co/files/Fisiopatologia_de_la_Diabetes_Mellitus_Tipo_2_J_Castillo.pdf

²⁵SUAREZ P. (2008). Diabetes al día. Recuperado el 22 de Marzo del 2014, de <http://www.diabetesaldia.com/Default.aspx?SecId=335>

1.7.1. FACTORES DE RIESGO

- ❖ Edad superior a 35 años
- ❖ Diabetes durante un embarazo previo
- ❖ Obesidad
- ❖ Antecedentes familiares de diabetes
- ❖ Estilo de vida sedentario.
- ❖ Alimentación inadecuada
- ❖ Algunos grupos étnicos (particularmente afroamericanos, nativos americanos, asiáticos).

Las etnias con mayor predisposición a desarrollar la diabetes mellitus tipo 2 son:

- ❖ **Los afroamericanos** son 1,7 veces más propensos a tener diabetes que la población general, y la enfermedad se ha diagnosticado a un 25 por ciento de afroamericanos de entre 65 y 74 años.
- ❖ **Los hispanos** son casi dos veces más propensos a desarrollar diabetes de tipo 2, que afecta al 10,6 por ciento de ese grupo de población.
- ❖ **Los nativos americanos** corren un riesgo significativamente alto de desarrollar diabetes, y un 12,2 por ciento de la población sufre la enfermedad. En algunas tribus, hasta un 50 por ciento de sus miembros tienen diabetes.

De todos los factores de riesgo, el peso es el más importante, con más de un 80 por ciento de diabéticos clasificados como con sobrepeso.²⁶

²⁶BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO LA DIABETES EN LAS AMÉRICAS (2009) Recuperado el 2 de Marzo del 2014, de: www.oms.epidemiologias_diabetes_americalatina.spanish.org

1.7.2. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Se manifiesta por algunos síntomas típicos relacionados con la elevación de la azúcar: sed, aumento en el volumen urinario, apetito excesivo, o pérdida del mismo, visión borrosa, escozor o comezón genital, somnolencia después de las comidas.

- **Poliuria:** El aumento exagerado de la diuresis es, quizá, la manifestación clínica más frecuente y precoz. Cuando la hiperglucemia supera el umbral renal para la glucosa (180 mg/dl), aparece la glucosuria que puede ocasionar pérdidas elevadas de glucosa y electrolitos a través de la orina.
- **Polidipsia:** El organismo ante la continua pérdida o eliminación de agua debe reponerla. Por ello se activa el mecanismo de la sed y el paciente diabético siente la necesidad de ingerir grandes cantidades de líquido en cualquier forma. Este síntoma es al que la gente otorga más importancia y lo asocia directamente con la posibilidad de diabetes.
- **Polifagia:** Si falta la insulina no se aprovecha adecuadamente los nutrientes y para el paciente se produce una situación similar a del ayuno, por lo que continuamente busca alimento y tiene una sensación exagerada de hambre.
- **Hiporexia:** También es común que el paciente pierda progresivamente el apetito, por lo que pierde peso aceleradamente, por la pérdida de energía mediada por la glucosuria.
- **Astenia:** El cansancio es consecuencia de la alteración del metabolismo de la glucosa a nivel de las células musculares.²⁷

1.8. DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES MELLITUS

Se puede diagnosticar la diabetes utilizando cualquiera de las siguientes medidas".

²⁷ Smushkin G, Vella A. Genetics of type 2 diabetes. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2010

1.8.1. GLUCEMIA EN AYUNAS

Se diagnostica diabetes si el resultado es mayor de 126 mg/dL en dos oportunidades. Los niveles entre 100 y 126 mg/dL se denominan alteración de la glucosa en ayunas o prediabetes. Dichos niveles se consideran factores de riesgo para la diabetes tipo 2 y sus complicaciones.

1.8.2. PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA ORAL

En ésta se diagnostica diabetes si el nivel de glucosa es superior o mayor a 200 mg/dL., luego de 2 horas después de la comida. Además hay que tomar en cuenta que esta prueba se realiza o se usa más para diagnosticar la diabetes tipo 2.

1.8.3. GLUCEMIA ALEATORIA SIN AYUNAR

Se sospecha la existencia de diabetes si los niveles son superiores a 200 mg/dL y están acompañados por los síntomas clásicos de aumento de sed, micción y fatiga. (Esta prueba se debe confirmar con otra glucemia también en ayunas.).

1.8.4. ÍNDICE DE MASA CORPORAL (I.M.C).

Se utiliza como indicador nutricional para determinar el rango saludable de masa que debe tener una persona. En los diabéticos es importante conocer porque permite evaluar su estado nutricional y coordinar la ingestión calórica con otros aspectos del tratamiento de la diabetes (insulina, ejercicio, adelgazamiento).

El I.M.C resulta de la división de la masa en Kg. entre el cuadrado de la altura expresada en metros.

Es un método práctico para evaluar el grado de riesgo asociado con la obesidad. Siendo la fórmula $I.M.C = \text{Peso en Kg} / \text{Talla}^2$. Considerando un I.M.C menor de 20 desnutriciones,

normal de 21 a 25, sobrepeso de 26 a 30, obesidad de 31 a 35 y obesidad mórbida más de 35.

Ejemplo:

Peso: 54

Talla: 152

IMC: $54/2.31= 23,3$ el IMC se encuentra dentro del valor normal.

1.9. TRATAMIENTO

Tanto en la diabetes tipo 1, tipo 2, y en la gestacional, el objetivo del tratamiento es restaurar los niveles glucémicos normales, entre 70 y 105 mg/dl. En la diabetes tipo 1 y en la diabetes gestacional se aplica un tratamiento sustitutivo de insulina o análogos de la insulina. En la diabetes tipo 2 puede aplicarse un tratamiento sustitutivo de insulina o análogos, o bien, un tratamiento con antidiabéticos orales.

El objetivo principal del tratamiento de la diabetes es: Normalizar las actividades de la insulina y la glucemia para reducir el desarrollo de las complicaciones.

Recomendaciones generales para el tratamiento de la diabetes tipo 2:

- Educación al paciente.
- Plan de alimentación.
- Ejercicio.
- Medicación.
- Técnicas de autocontrol.
- Apoyo familiar.²⁸

1.9.1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO INSULINA

La administración de la insulina está indicada en las siguientes situaciones:

²⁸ MARTIN ZURRO y J.F. CANO PÉREZ (2011). Manual de atención primaria; Organización y pautas de actuaciones en la consulta. Barcelona Doyma, pág. 167-170.

Diabetes Mellitus 1, Diabetes Mellitus gestacional, coma hiperosmolar, cetoacidosis diabética, descompensaciones diabéticas cetósicas o hiperosmolares.

En la Diabetes mellitus tipo 2, siempre que presente alguna de las siguientes circunstancias:

- ❖ Control inadecuado de la glucemia con dosis máximas de antidiabéticos orales.
- ❖ Factores potencialmente desencadenantes, de una descompensación metabólica: traumatismos, intervenciones quirúrgicas, infecciones, etc.
- ❖ Desarrollo de insuficiencia hepática o insuficiencia renal grave.
- ❖ Alergia a los antidiabéticos orales.

1.9.2. LOS TIPOS DE INSULINA SE CLASIFICAN

- ❖ Según su procedencia (humana biosintética y análogos de insulina) o la duración de su efecto.
- ❖ Desde un punto de vista clínico, es preferible clasificarlas, en función de su vida media, en insulina rápida e insulina retardada, que a su vez se subdivide en de acción intermedia (NPH, lenta) o prolongada (ultralenta).

La insulina de acción rápida

Denominada también normal, regular o cristalina, tiene una vida media de 4 a 6 horas. Este tipo de insulina se utiliza fundamentalmente para el tratamiento de las descompensaciones diabéticas agudas hiperglucémicas como la cetoacidosis diabética y coma hiperosmolar, independientemente de la catalogación de la diabetes como tipo 1 o tipo 2, o del fármaco elegido como tratamiento hipoglucemiante previo a la descompensación (insulina o antidiabéticos orales).

La insulina de acción retardada

Se usa para el tratamiento de base de la diabetes con glucemias controladas. Es preferible utilizar insulinas de acción intermedia (duración del efecto <24h), la más usada es la insulina isofánica de acción intermedia (NPH).

Se administra por vía subcutánea en 1-2 dosis, dependiendo de la cantidad total de la insulina necesaria para el control correcto de la diabetes.

1.9.3. VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE LA INSULINA.

La vía subcutánea

Se utiliza para el tratamiento de base del paciente diabético, ya sea con insulina de acción retardada o mezclada con insulina rápida. Las áreas más utilizadas para la aplicación de la inyección subcutánea son los brazos (a nivel del deltoides), los muslos, el abdomen y los glúteos.²⁹

La vía intravenosa

Se reserva para el tratamiento de las complicaciones agudas hiperglucémicas de la diabetes, por lo que sólo se utiliza la insulina de acción rápida, excepto los análogos de la insulina.³⁰

1.9.4. ANTIDIABÉTICOS ORALES

Partiendo de los mecanismos de acción, los antidiabéticos orales (ADO) se dividen en fármacos que aumentan la secreción de insulina, que disminuyen la producción de glucosa o que aumentan la sensibilidad a la glucosa. Entre los fármacos considerados como antidiabéticos orales están: sulfonilureas, biguanidas, meglitinidas, glitazonas e inhibidores de la alfa-glucosidasa.³¹

1.9.5. NO FARMACOLÓGICO

Los componentes principales del tratamiento no farmacológico de la diabetes es tener

- Una dieta sana
- Ejercicio
- Evitar la obesidad y sobrepeso
- No fumar.

²⁹ CORDOBA C.(2008). Educando al Diabético. Recuperado el 23 de Marzo del 2014, de: <http://usuarios.multimania.es/educadiabetes/>

³⁰PAEZ G. (2010). Enfermera virtual. Recuperado el 17 de Marzo del 2014, de:<http://www.infermeravirtual.com/es-es/problemas>

³¹Vilaseca J, Espinoza J, Guia terapéutica en atención primaria basada en la evidencia. Barcelona: SemFYC, 2005

El tratamiento para la diabetes no solo incluye control de la glucosa sanguínea, sino también la reducción de los factores de riesgo que pueden conducir a complicaciones, tales como el control de los niveles de la presión arterial y del colesterol

1.9.6. EXÁMENES QUE DEBE REALIZARSE PERIÓDICAMENTE UN PACIENTE DIABETICO:

- Control de Glucosa
- Hemoglobina glicosilada, cada tres meses.
- Creatinina, Urea: valora su riñón, una vez al año.
- Colesterol, triglicéridos, mínimo cada año.

1.9.7. EN ORINA

- Examen simple, 2 o 3 veces por año.
- Cetonuria, cuando su azúcar en sangre esté sobre los 250 mg.
- Microalbuminuria, 1 o 2 veces por año.

1.9.8. HEMOGLOBINA GLICOCILADA

Es el parámetro de control que nos indica si tenemos controlada nuestra glucemia, el más utilizado para detectar el riesgo de presentar complicaciones de la diabetes.

La hemoglobina glicosilada refleja los niveles medios de glucemia de los últimos 3-4 meses, es un parámetro muy estable, por lo tanto la hemoglobina glicosilada debemos realizarla dos o tres veces al año.

Las cifras aconsejadas son hemoglobinas glicosilada inferiores a 6,5 si su hemoglobina glicosilada es de un 7% significa que la glucosa en las últimas 16 semanas se ha mantenido en una media de 154 y, por tanto, el riesgo de presentar complicaciones crónicas de la diabetes no es alto.

Sin embargo, si su hemoglobina glicosilada es del 10% significa que su glucosa media es de 240 en las últimas 16 semanas y, por tanto, su riesgo de desarrollar complicaciones crónicas de la diabetes es alto.³²

1.9.9. OTROS:

- Control con el oftalmólogo 1 vez cada año.

1.10. COMPLICACIONES

La Diabetes Mellitus es una enfermedad que asocia gran número de complicaciones tanto agudas, como crónicas.

Las complicaciones agudas de la Diabetes Mellitus son:

- ❖ Cetoacidosis diabética
- ❖ Hipoglucemia
- ❖ Coma hiperosmolar no cetósico.

1.10.1. CETOACIDOSIS DIABÉTICA

Es un grave trastorno metabólico determinado por hiperglucemia, hiperosmolaridad y acidosis metabólica. Este último factor es el que diferencia la cetoacidosis metabólica (CAD) del coma hiperosmolar no cetósico (CHG). La CAD se puede prevenir y tratar. Su mortalidad era del 100 por 100 en la era preinsulinica, pero desde que se empezó a utilizar la insulina está disminuyendo de manera constante. Los primeros síntomas que pueden aparecer: polidipsia o resequedad en la boca, poliuria e hiperglicemia.

1.10.2. 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.

³²GALEZ H. (2010). La Diabetes tomado de : Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

1.10.3. COMA HIPEROSMOLAR NO CETÓSICO

Es una complicación cada vez más frecuente de la diabetes mellitus frecuentemente letal, caracterizada por deshidratación (diuresis osmótica), hiperglucemia grave e hiperosmolaridad sin cetoacidosis. Se presenta generalmente en pacientes no insulino dependientes, de edad madura y obesa, con una mortalidad significativamente más elevada que la de la cetoacidosis diabética, pueden manifestar con las siguientes síntomas: poliuria, polidipsia, fatiga, somnolencia, alteración de conciencia, hipotensión y deshidratación.

1.11. COMPLICACIONES CRÓNICAS

La Diabetes puede generar una serie de complicaciones crónicas. Está demostrado que la elevación de glicemia por sobre los valores normales va dañando los diversos tejidos del cuerpo. Es importante informarse de esto, ya que el 50% de los diabéticos no saben que padecen la enfermedad y el diagnóstico de esta patología se hace como resultado de las complicaciones crónicas que se llegan a presentar

Complicaciones crónicas más frecuentes:

- ❖ **Retinopatía:** daño a la retina con aparición de manchas pequeñas y hemorragias microscópicas, que pueden ocasionar ceguera.
- ❖ **Nefropatía:** daño al riñón, primero con pérdida de proteínas en la orina y luego con incapacidad progresiva de eliminar toxinas, además de aumento de creatinina, urea y nitrógeno ureico en la sangre, lo que puede derivar a diálisis.
- ❖ **Neuropatía:** daño de los nervios periféricos, encargados de la transmisión de los impulsos nerviosos y de las sensaciones del tacto, calor, frío, dolor, etc. El compromiso de las fibras nerviosas es responsable de sensaciones alteradas como calambres, hormigueos, sensación de pies y plantas quemadas y/o de frío, dolores nocturnos de piernas (polineuropatía sensitiva de extremidades inferiores, que es la forma más frecuente de presentación). Al estar alterada la capacidad de sentir, pueden aparecer lesiones en los pies, situación conocida como "Pie Diabético".

- ❖ **Arteriopatía de arterias carótidas y cerebrales:** se pueden producir accidentes vasculares cerebrales graves, los que pueden generar parálisis de un lado del cuerpo o pequeños infartos del cerebro que van causando trastornos progresivos de memoria.
- ❖ **Arteriopatía de las coronarias:** se obstruyen las arterias responsables del flujo al corazón, lo que puede generar un Infarto al Miocardio.
- ❖ **Arteriopatía de extremidades inferiores:** disminuye el flujo de sangre a las piernas y al caminar aparece un dolor intenso en las pantorrillas. Esto puede causar Gangrena en los pies.³³

1.12. CUIDADOS DEL PACIENTE DIABÉTICO

1.12.1. LA ALIMENTACIÓN

La dieta que se recomienda para el paciente diabético debe incluir comidas regulares, bien equilibradas, con un contenido calórico apropiado y que permita una adecuada nutrición, logre que la cantidad de azúcar sanguínea se mantenga dentro de los parámetros más cercanos a la normalidad.³⁴

Hay que comer cada 3 a 4 horas (alimentación fraccionada) ya que de esta manera se evita una hipoglucemia o baja en nivel de azúcar en la sangre. El alimento se ajusta a la acción de los medicamentos para el tratamiento de la diabetes, sean estos hipoglucemiantes orales como son las tabletas o la acción de la insulina inyectada.

La alimentación debe ser balanceada que se ajuste a sus necesidades, gustos, nivel de actividad física y estilo de vida. Los horarios, tipos, y cantidad de comida serán planeados y ajustados.

³³ Arteaga A. Maiz A., Olmos P. y Velasco N. Manual de Diabetes y Enfermedades Metabólicas. Depto. Nutrición, Diabetes y Metabolismo. Escuela de Medicina. P. Universidad Católica de Chile.

³⁴ CARMEN QUEZADA TENEZACA(2011).Salud en la edad madura. Recuperado el 11 de Mayo del 2014, de: www.nutriciónycuidado/salud_tercera_edad/

1.12.2. ACTIVIDAD FÍSICA.

Es indispensable el ejercicio físico para un paciente diabético ya que favorece a mejor su calidad de vida. El ejercicio físico favorece el control adecuado de la glucemia, tanto de la Diabetes mellitus tipo 1 como en la Diabetes mellitus tipo 2, con la consecuente disminución de las necesidades de insulina o antidiabéticos orales. La práctica regular favorece el descenso de peso, el nivel de glucosa, los lípidos sanguíneos, la presión arterial y mejora las afecciones cardiovasculares. El programa de ejercicio se lo debe realizar diariamente o al menos tres veces por semana por un lapso de 30 minutos a una hora.

1.12.3. VENTAJAS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

- Aumenta la sensibilidad a la insulina
- Mejora la tolerancia a la glucosa en algunos individuos
- Promueve la pérdida de peso y lo mantiene
- Disminuye los factores de riesgo coronarios
- Puede disminuir la dosis de insulina y de medicación oral
- Aumenta la capacidad de trabajo
- Enriquece la calidad de vida
- Mejora la auto percepción de salud y bienestar.

Se recomienda en caso de paciente obesos, es conveniente la práctica diaria, al tiempo indicado 5 a 10 minutos de ejercicios de estiramiento, movilidad articular antes y después de la práctica principal ejemplo caminar, nadar, remar, bicicleta, gimnasia aeróbica.

CAPITULO II

2. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. TIPO DE ESTUDIO

Observacional: El investigador no manipula las variables.

Retrospectivo: La recolección de la información es en base hechos que han sucedido y se han registrado en los expedientes de la población en estudio.

Descriptivo: Porque permite describir situaciones y eventos como son y se manifiesta determinado fenómeno en su entorno natural.

Transversal: Es Transversal porque el estudio se realiza en un tiempo determinado en el periodo de Abril a Septiembre de 2013.

2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

El universo de estudio es de 65 pacientes ambulatorios con diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus tipo 2, registro total de atención en la casa de diabéticos del cantón Tena, periodo abril 2013 a septiembre 2013, el mismo que fue obtenido del área de Estadística de la mencionada institución.

Técnicas de Recolección de Información

Para la recolección de la información del presente trabajo investigativo se utilizaron las siguientes técnicas:

Fuente Primaria

- ❖ **Encuestas:** Las mismas que se aplicaron a los 65 pacientes que acudieron a la casa de diabéticos del cantón Tena.

Fuente Secundaria

- ❖ Revisión de Historias Clínicas.
- ❖ Revisión Bibliográfica.
- ❖ Internet.

Instrumentos

- ❖ Encuestas.

2.3. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTOS, ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

El procesamiento de datos se efectuó de manera computarizada mediante una base de datos del programa Excel, el respectivo análisis de los resultados se realizó a través de promedios y porcentajes, la presentación será expuesta mediante cuadros gráficos estadísticos, la información se recopiló a través de la aplicación de encuestas dirigidos a 65 pacientes ambulatorios con diagnóstico y tratamiento de diabetes tipo 2 que acudieron a la Casa del Diabético del cantón Tena.

CAPITULO III

3.1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

TABLA N°. 1 DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABETICO DEL CANTON TENA, PERIODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2013

EDAD	SEXO				TOTAL	
	HOMBRE		MUJER			
	N.-	%	N.-	%	N.-	%
35 – 45	5	8%	6	9%	11	17%
46 – 55	13	20%	15	24%	28	43%
56 – 65	8	12%	12	18%	20	31%
66 – 75 y más	2	3%	4	6%	6	9%
TOTAL	28	43%	37	57%	65	100%

Elaborado por: Internos Rotativos de Enfermería.

Fuente: Encuesta.

ANÁLISIS

De los datos recolectados tenemos que el total de los pacientes afectados el 57% son mujeres y el 43% son hombres. La prevalencia de diabetes es más elevada en mujeres (57%) que en hombres.

En pacientes de edades comprendidas entre 35 a 45 años el 8% corresponde a hombres y 9% a mujeres.

En el grupo de edades de 46 a 55 años, es el más afectado, el sexo femenino tiene mayor porcentaje el 24%, frente a 20% en hombres podemos decir que es, en estas edades donde hay mayor incidencia de diabetes tipo 2.

En personas de 56 años a 65 años el porcentaje de diabetes para las mujeres es del 18%, frente al 12% de hombres afectados.

En las edades de 66 años a 75 años y más el porcentaje de los hombres es del 3%, mientras que para la mujer el porcentaje es del 6%.

La frecuencia de pacientes que sufren de diabetes mellitus tipo 2 que acudieron a la casa de diabéticos del cantón Tena se produjo con mayor periodicidad en los grupos de edades de 45 a 55 años, siendo las mujeres en mayor número, lo que podría significar que ellas están más involucradas y consientes en la necesidad de seguir un tratamiento, ya que la diabetes es una enfermedad crónica degenerativa que deteriora su calidad y expectativa de vida.

La diabetes puede ocurrir a cualquier edad, pero se diagnostica con mayor frecuencia en niños, adolescentes o adultos jóvenes. Esto no está demostrado en el presente estudio debido posiblemente a la no afiliación de grupo de edad mencionado

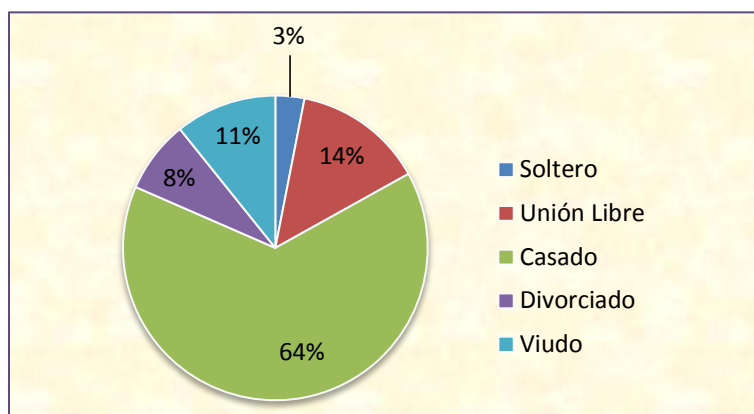
TABLA N°. 2 DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA PERIODO ABRIL SEPTIEMBRE 2013

OPCIONES	F	%
Soltero	2	3%
Unión Libre	9	14%
Casado	42	64%
Divorciado	5	8%
Viudo	7	11%
TOTAL	65	100%

Elaborado por: Interno Rotativos de Enfermería.

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO N°. 1 Cuál es su estado civil



ANÁLISIS

De acuerdo con los datos de esta tabla podemos observar que el 3% de los pacientes son solteros, 14% unión libre, 64% casados; esto es importante para su estado de ánimo ya que esta enfermedad crónica degenerativa puede afectar su salud emocional, pueden encontrar sustento emocional en su familia.

Las personas con diabetes tienen el doble de probabilidades de experimentar depresión en comparación con las personas no diabéticas. Mientras los divorciados y viudos representan un 19%, estas personas no cuentan con el apoyo de una pareja para poder sobrellevar su enfermedad, haciendo que el paciente descuide su control y tratamiento en la mayoría de los casos.

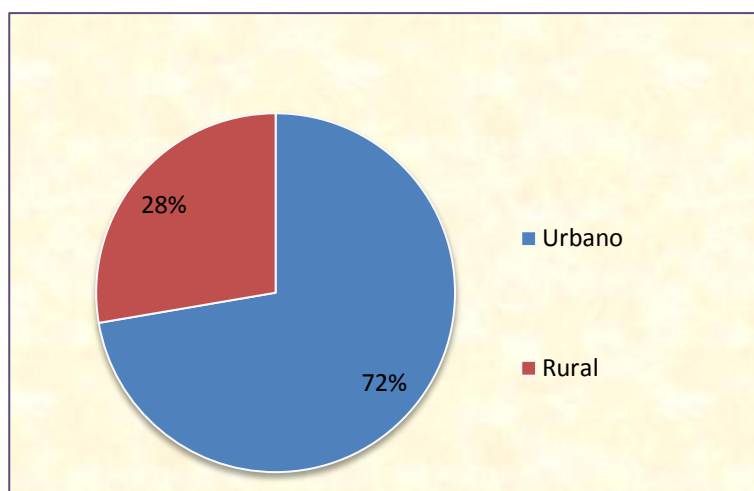
TABLA N°. 3 DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, PERIODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2013

OPCIONES	F	%
Urbano	47	72%
Rural	18	28%
TOTAL	65	100%

Elaborado por: Interno Rotativos de Enfermería.

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO N°. 2 Cuál es su lugar de procedencia



ANÁLISIS

Del 100% de pacientes encuestados con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la Casa del Diabético, el 72% corresponden al área urbana en la que posiblemente sea por mal estilo de vida, lo cual podemos decir que prevalece por consumo de comidas chatarras, con exceso consumo de jugos azucarados y el sedentarismo.

En el sector rural corresponde al 28%, es muy posible que haya un subregistro debido a falta de información y desconocimiento de la necesidad de que esta enfermedad tiene lugar para su asistencia.

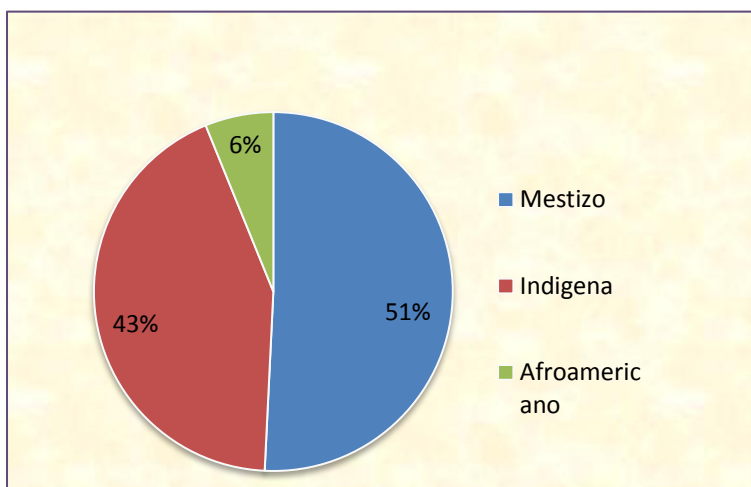
TABLA N°. 4 DISTRIBUCIÓN SEGÚN AUTODEFINICIÓN DE ETNIA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, PERIODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2013

OPCIONES	F	%
Mestizo	33	51%
Indígena	28	43%
Afroamericano	4	6%
TOTAL	65	100%

Elaborado por: Interno Rotativos de Enfermería.

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO N°. 3 Cómo se auto identifica Ud.



ANÁLISIS

Del 100% de los encuestados el 51% de los pacientes son mestizos, 43% indígenas y el 6% restante a afroamericano lo cual concuerda con la predisposición étnica a la diabetes tipo 2. En el Ecuador las mayores concentraciones de población están constituidas por mestizos, lo que hace que los centros de asistencia especializados de salud estén ubicados en estos lugares, haciendo que por situación geográfica se más accesible y menos para los indígenas y afroamericanos.

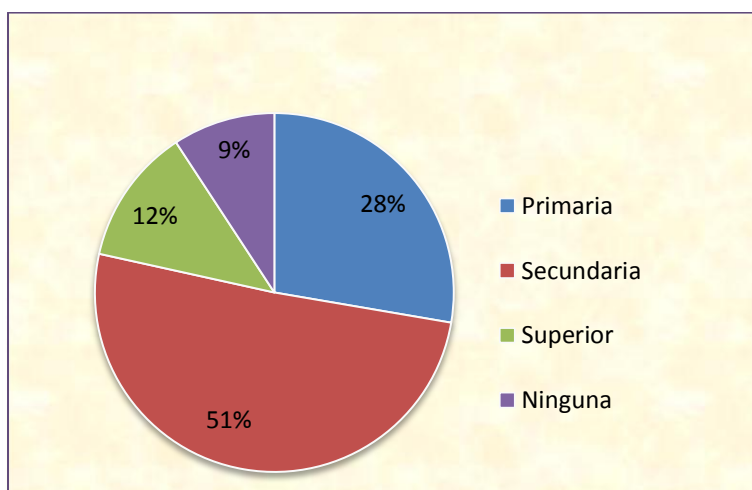
TABLA N°. 5 DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, PERIODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2013

OPCIONES	F	%
Primaria	18	28%
Secundaria	33	51%
Superior	8	12%
Ninguna	6	9%
TOTAL	65	100%

Elaborado por: Interno Rotativos de Enfermería.

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO N°. 4 Cuál es su nivel de instrucción



ANÁLISIS

El 28% de los pacientes tienen instrucción primaria, el 51% corresponde a nivel secundaria, mientras que el 12% tienen una profesión por la cual se encuentra económicamente activo, mientras que 9% no tiene instrucción.

El mayor porcentaje de personas tienen educación secundaria 51% en su mayoría están en el grupo de adolescentes y adultos jóvenes y que posiblemente no lleven un estilo de vida saludable y una alimentación inadecuada esto se debe especialmente a que han tenido que trabajar por no poseer los recursos económicos para optar por una educación superior y también influyen que en su región no existen universidades o están muy lejanas.

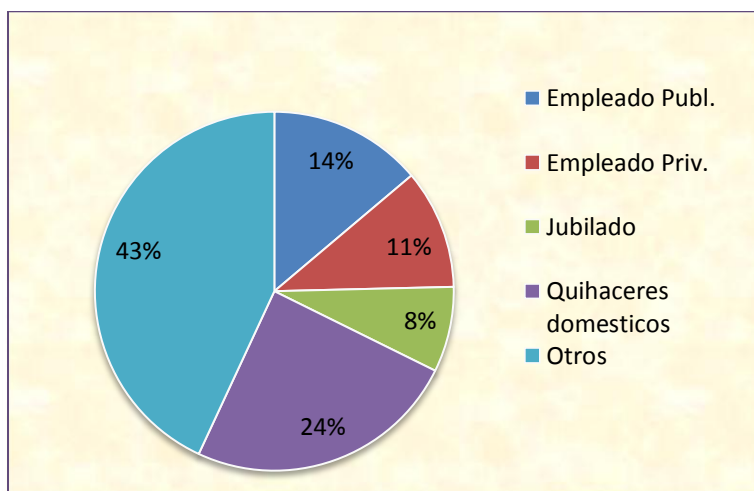
TABLA N°. 6 DISTRIBUCIÓN SEGÚN OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, PERIODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2013

ALTERNATIVAS	F	%
Empleado público	9	14%
Empleado privado	7	11%
Jubilado	5	8%
Quehaceres domestico	16	24%
Otros	28	43%
TOTAL	65	100%

Elaborado por: Interno Rotativos de Enfermería.

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO N°. 5Cuál es su ocupación.



ANÁLISIS

Del 100% encuestados podemos observar que el 14% son empleados públicos que tienen una economía activa por lo tanto puede satisfacer las necesidades básicas y conllevar de mejor forma la enfermedad, 11% corresponde a empleados privados, 8% jubilados, mientras que el 24% tiene ocupaciones en los hogares y el 43% se dedican a realizar diferentes tipos de actividades que ayudan a satisfacer las necesidades básicas.

Es importante que estas personas se encuentren realizando alguna actividad productiva, pues esto fomenta de buena manera a sobrellevar su condición de salud.

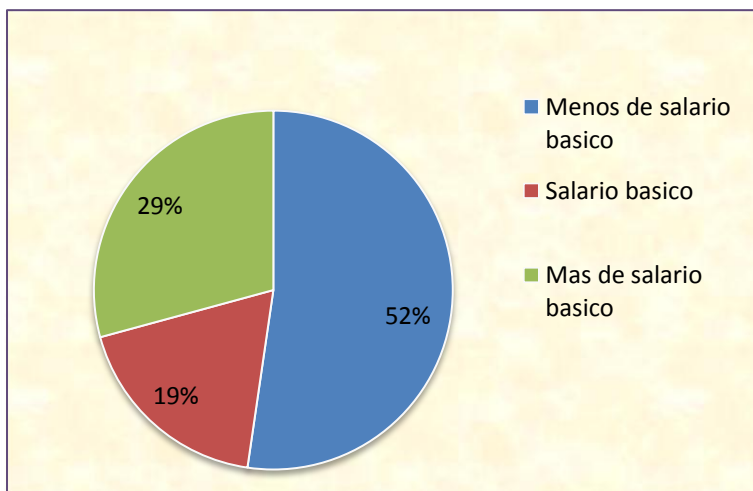
TABLA N°. 7 DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO ECONÓMICO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, PERIODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2013

OPCIONES	F	%
Menos de Salario básico	34	52%
Salario básico	12	19%
Más de salario básico	19	29%
TOTAL	65	100%

Elaborado por: Interno Rotativos de Enfermería.

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO N°. 6 Cuál es su ingreso económico mensual.



ANÁLISIS

La siguiente tabla y gráfico refleja que el 52% de los ingresos económicos que tienen los pacientes no sobrepasan el sueldo básico, y en su minoría 19% de los pacientes tiene un ingreso de salario básico.

Es muy preocupante que la mayoría de personas que tengan ingresos menores que el salario básico, pues toda enfermedad requiere de una economía sólida para evitar repercusiones negativas tanto en la familia como en su persona al no poder solventar su situación de vida.

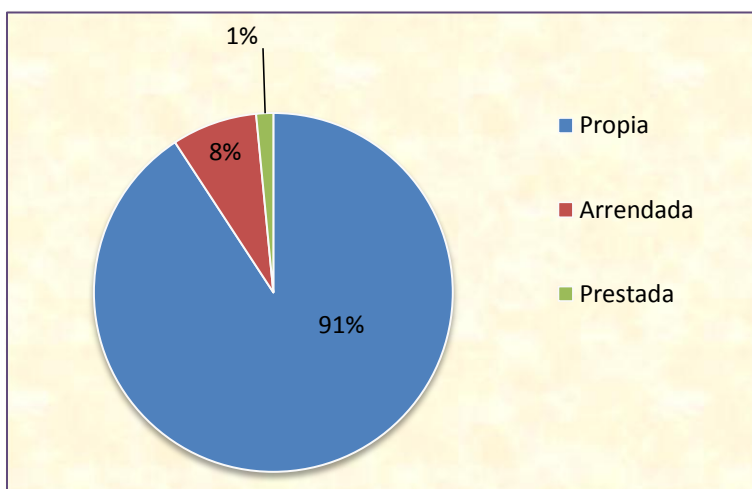
TABLA N°. 8 DISTRIBUCIÓN SEGÚN TENENCIA DE LA VIVIENDA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, PERIODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2013

OPCIONES	f	%
Propia	59	91%
Arrendada	5	8%
Prestada	1	1%
TOTAL	65	100%

Elaborado por: Interno Rotativos de Enfermería.

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO N°. 7 Tenencia de su vivienda



ANÁLISIS

De acuerdo a esta tabla nos indica que 91% de pacientes disponen de casa propia ya que sus ingresos no se verán afectados por el pago del alquiler del inmueble, de igual manera el 1% disponen de un inmueble prestado y el 8% de los pacientes restantes habitan en inmuebles arrendados los que es negativo para su economía.

El poseer casa propia representa una gran ayuda en su estabilidad tanto económica como emocional, lo que por ende repercute positivamente en su estado de salud.

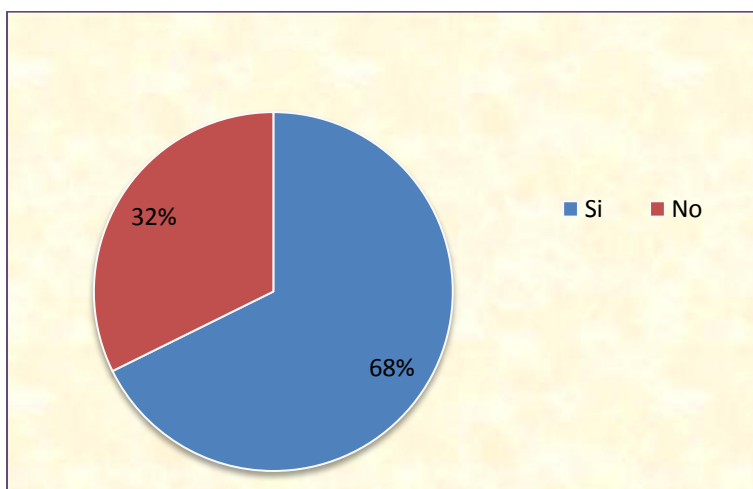
TABLA N°. 9 DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA REALIZACION DE ACTIVIDAD FISICA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, PERIODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2013

OPCIONES	f	%
Si	44	68%
No	21	32%
TOTAL	65	100%

Elaborado por: Interno Rotativos de Enfermería. .

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO N°. 8 Usted realiza actividad física



ANÁLISIS

Total de encuestados en relación a esta pregunta el 68% expresa que si realizan la actividad física, y el 32% no lo realizan actividad física por falta de motivación e interés.

La realización de cualquier actividad física conlleva un gasto energético que se realiza inicialmente sobre la base del consumo de ácidos grasos y glucosa, lo cual en una persona con diabetes mellitus es beneficioso, ya que disminuye la cantidad de ésta en la sangre.

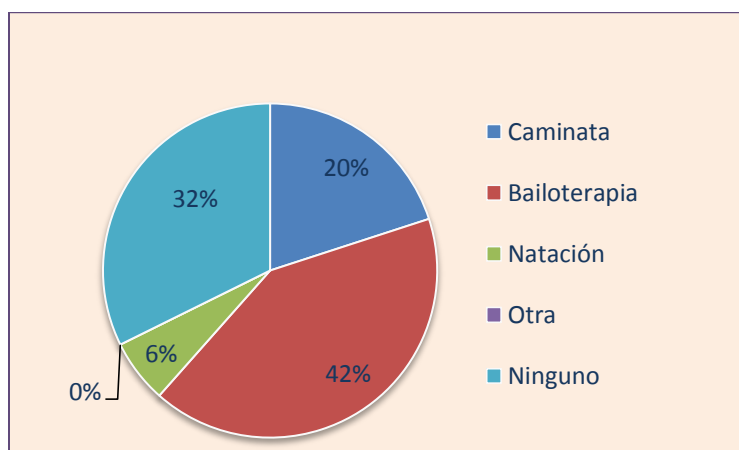
TABLA N°. 10 DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A TIPO DE EJERCICIO FISICO QUE REALIZA LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, PERIODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2013

OPCIONES	F	%
Caminata	13	20%
Bailo terapia	27	42%
Natación	4	6%
Otra	0	0%
Ninguna	21	32%
TOTAL	65	100%

Elaborado por: Interno Rotativos de Enfermería.

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO N°. 9 Que tipo de ejercicio es el que más realiza usted.



ANÁLISIS

Según el gráfico se puede observar que el 20% realizan caminata, y el 42% que optan por bailo terapia, es un porcentaje alto y beneficioso y el 6% de pacientes practican natación, en cambio el 32% no realizan ninguna actividad física.

Los ejercicios son fuentes energéticas que proviene de los ácidos grasos, junto a la glucosa, y que se realiza en presencia de abundancia de oxígeno, y son considerados como ejercicios aeróbicos muy beneficiosos para este tipo de pacientes.

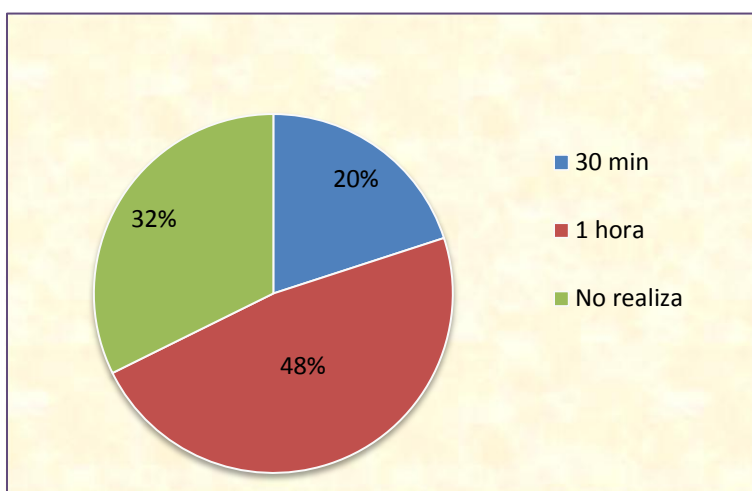
TABLA N°. 11 DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL TIEMPO QUE REALIZA LA ACTIVIDAD FÍSICA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, PERIODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2013

OPCIONES	F	%
30 minutos	13	20%
1 hora	31	48%
No realiza	21	32%
TOTAL	65	100%

Elaborado por: Interno Rotativos de Enfermería.

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO N°. 10 Usted qué tiempo realiza la actividad física.



ANÁLISIS

De acuerdo al gráfico el 48% realiza una hora de actividad física, mientras que el 20% de los pacientes realiza actividad física en promedio de 30 minutos lo cual está indicado para este tipo de pacientes y el 32% de los pacientes no realiza.

Sin embargo se recomienda al diabético no informado, realizar actividades de baja intensidad durante 5 a 10 minutos al inicio del ejercicio, que se irán subiendo paulatinamente hasta realizar una actividad de intensidad moderada durante un máximo de 30 a 60 minutos en pacientes con capacidad cardiopulmonar ya adaptada, por lo cual hay que informales para que no haya sobre esfuerzos.

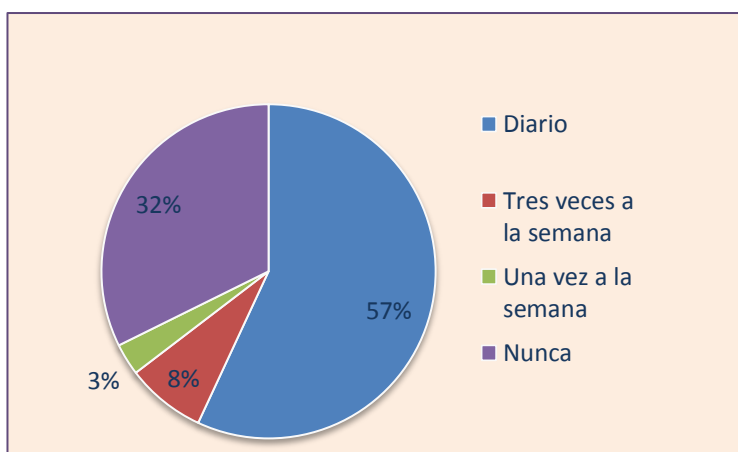
TABLA N°. 12 DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA FRECUENCIA QUE REALIZA LOS EJERCICIOS FISICOS LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, PERIODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2013

OPCIONES	F	%
Diario.	37	57%
Tres veces a la semana	5	8%
Una vez a la semana	2	3%
Nunca	21	32%
TOTAL	65	100%

Elaborado por: Interno Rotativos de Enfermería.

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO N°. 11 Con qué frecuencia realiza la actividad física.



ANÁLISIS

De acuerdo al gráfico podemos observar el 57% de los pacientes realizan actividad física diariamente, mientras que el 31% no realiza por falta de interés o motivación, lo cual puede incidir en su salud.

Es bueno que la mayoría tenga actividad física moderada idealmente todos los días de la semana, ya que el efecto de una sesión de actividad física sobre la sensibilidad a la insulina se mantiene por 24 a 72hs. dependiendo de la intensidad y la duración de la actividad, se recomendará que no haya más de 2 días consecutivos sin actividad física aeróbica.

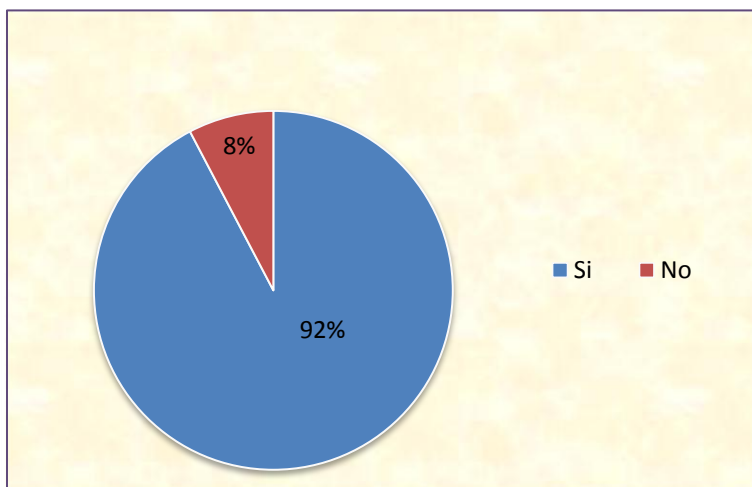
TABLA N°. 13 DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA IMPORTANCIA DE LA NUTRICIÓN ADECUADA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, PERIODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2013

OPCIONES	f	%
Si	60	92%
No	5	8%
TOTAL	65	100%

Elaborado por: Interno Rotativos de Enfermería.

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO N°. 12 Sabe usted la importancia de una nutrición adecuada.



ANÁLISIS

Un 92% de los pacientes conoce sobre una nutrición adecuada, mientras que el 8% de los pacientes desconocen de la misma.

En muy positivo que la mayoría de paciente entienda de lo significativo de la nutrición adecuada, pues cuando una persona tiene diabetes lo más importante en su tratamiento es controlar la glucemia, para ello la alimentación balanceada como frutas, verduras, carbohidratos, proteína tiene un papel importante.

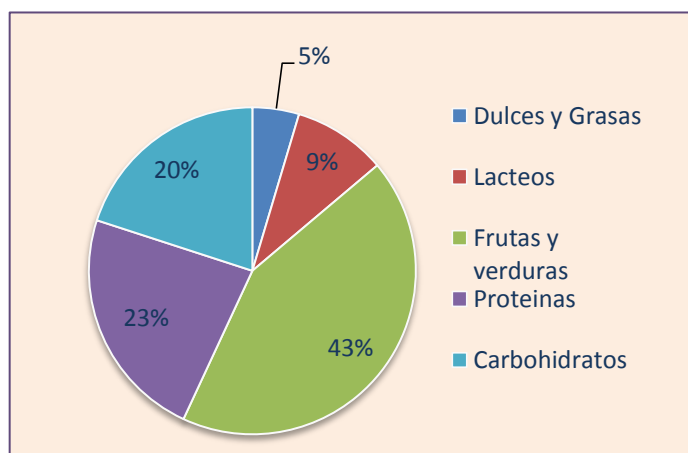
TABLA N°. 14 DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A TIPOS DE ALIMENTOS QUE MAS CONSUMEN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, PERIODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2013

OPCIONES	f	%
Dulces y grasas	3	5%
Lácteos	6	9%
Frutas y verdura	28	43%
Proteínas	15	23%
Carbohidratos	13	20%
TOTAL	65	100%

Elaborado por: Interno Rotativos de Enfermería.

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO N°. 13 Entre este tipo de alimentos usted cual es el que más consume.



ANÁLISIS

Un mayor porcentaje de pacientes 43% manifiestan que consumen frutas y verduras, proteínas con 23%, y seguidamente el consumo de grasas y azúcares representa al 5%.

Las Frutas y verduras constituyen uno de los pilares de la dieta en general, y en especial de la de las personas con diabetes, por su gran valor nutricional y su bajo contenido en hidratos de carbono y azúcares. De ahí su gran utilización es un acierto de la mayoría de personas a la hora de consumir como complemento en las dietas con un control estricto de las calorías.

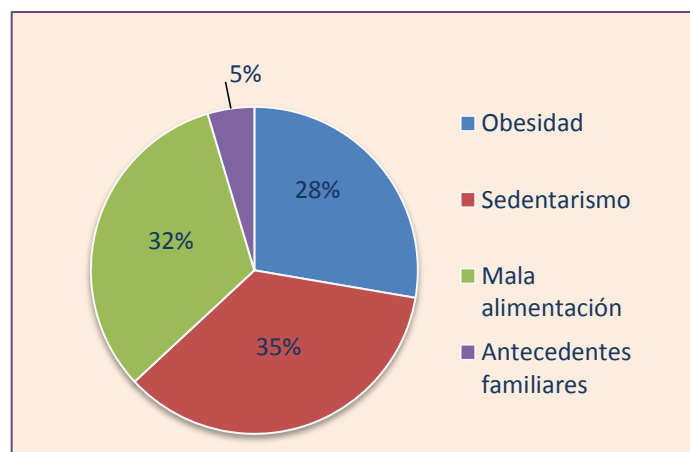
TABLA N°. 15 DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL CONOCIMIENTO POR LA CUAL ADQUIRIÓ DIABETES LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, PERIODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2013

OPCIONES	f	%
Obesidad	18	28%
Sedentarismo	23	35%
Mala alimentación	21	32%
Antecedentes Familiares	3	5%
TOTAL	65	100%

Elaborado por: Interno Rotativos de Enfermería.

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO N°. 14 Subraye una opción por la cual Ud. adquirió la diabetes.



ANÁLISIS

De acuerdo a la tabla y gráfico estadístico el 35% de los pacientes encuestados manifestaron que la diabetes obtuvo por vida sedentaria, en cambio el 28% escogieron la opción correspondiente a la obesidad. Y el 32% eligieron la opción de mala alimentación, estos tres factores tienen valores casi similares, por lo tanto son causas directas para desarrollar esta enfermedad.

La inactividad física incrementa todas las causas de mortalidad y duplica el riesgo de enfermedades como la diabetes.

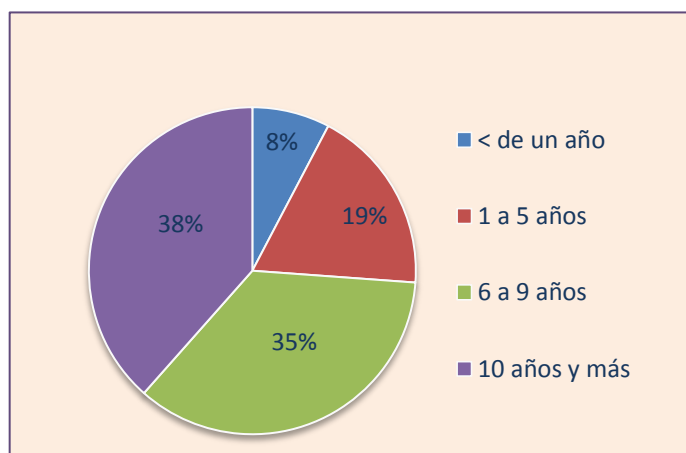
TABLA N°. 16 DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, PERIODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2013

OPCIONES	F	%
< de 1 año	5	8%
1 a 5 años	12	19%
6 a 9 años	23	35%
10 años y más	25	38%
TOTAL	65	100%

Elaborado por: Interno Rotativos de Enfermería.

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO N°.15 Cuánto tiempo padece esta enfermedad.



ANÁLISIS

De acuerdo a los datos recolectados el 38% de los pacientes padecen diabetes diez años y más, mientras que el 8% tienen una evolución de esta enfermedad menos de un año.

La mayoría de pacientes por desconocimiento han dejado que la enfermedad avance pues en gran parte tienen más de 10 años padeciendo o diagnosticado la enfermedad, lo cual no es aconsejable, ya que es difícil tratar a cualquier enfermedad que tiene mucho tiempo para evitar complicaciones.

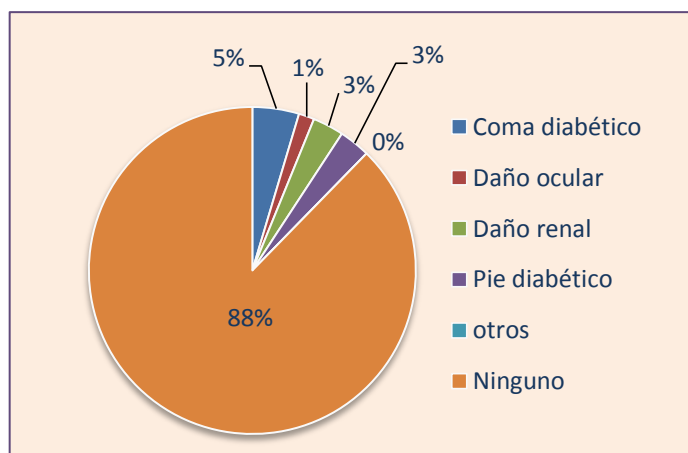
TABLA N°.17 DISTRIBUCIÓN SEGÚN LAS COMPLICACIONES QUE PRESENTAN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, PERIODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2013

OPCIONES	f	%
Coma diabético	3	5%
Daño ocular	1	1%
Daño renal	2	3%
Pie diabético	2	3%
Otros	0	0%
Ninguna	57	88%
TOTAL	65	100%

Elaborado por: Interno Rotativos de Enfermería.

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO N°. 16 Ud ha tenido algunas de estas complicaciones a causa de la diabetes.



ANÁLISIS

Del 100% de los pacientes encuestados el 88% de los pacientes manifiestan que no tienen ninguna complicación, mientras que el 12% de pacientes tienen complicaciones a causa de la diabetes.

Hay que resaltar de manera positiva que casi no existen complicaciones, teniendo en cuenta que en la diabetes se pueden presentar en cualquier momento. Estas complicaciones se desarrollan, en la mayoría de los casos, generalmente por un control deficiente.

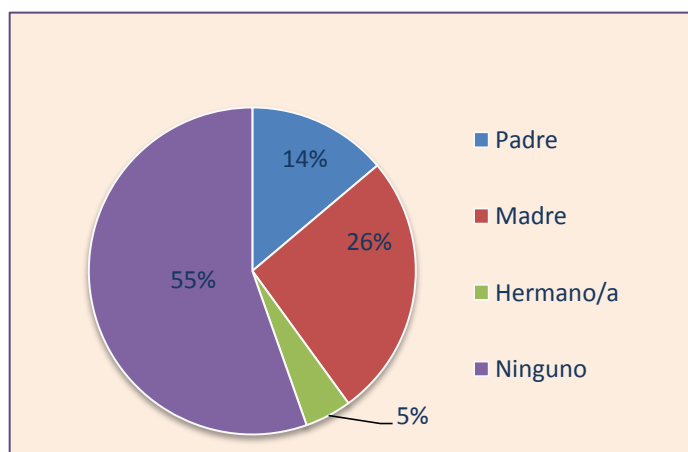
**TABLA N°. 18 DISTRIBUCIÓN SEGÚN LOS ANTECEDENTES FAMILIARES
DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL
CANTÓN TENA, PERIODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2013**

OPCIONES	f	%
Padre	9	14%
Madre	17	26%
Hermano/a	3	5%
Ninguno	36	55%
TOTAL	65	100%

Elaborado por: Interno Rotativos de Enfermería.

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO N°. 17 Usted conoce algún miembro de su familia que tenga diabetes.



ANÁLISIS

De acuerdo a las encuestas aplicadas el 14% de los pacientes tienen antecedentes familiares por parte del padre, el 26% de la madre, en un porcentaje menor 5% por hermanos, mientras que en su mayoría 55% no refiere ningún antecedente familiar.

La mayoría de pacientes no tienen relación familiar con diabetes, lo que significa que la enfermedad que padecen no se presentó por factores genéticos, y es probable que sea por su estilo de vida inadecuada.

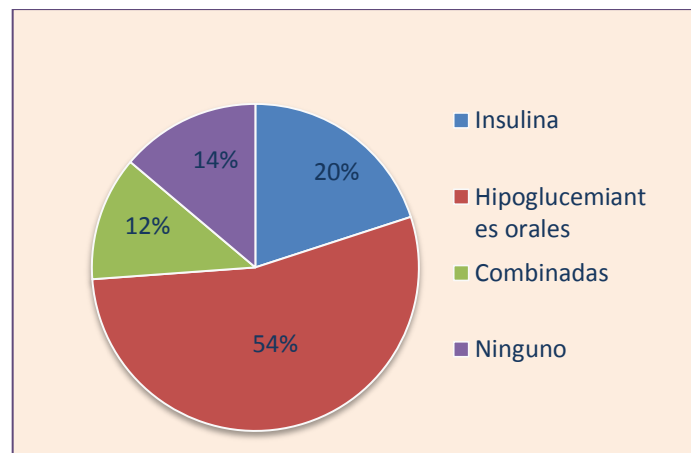
TABLA N°. 19 DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A TIPO DE MEDICACIÓN QUE RECIBE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, PERIODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2013

OPCIONES	f	%
Insulina	13	20%
Hipoglucemiantes orales	35	54%
Combinada	8	12%
Ninguno	9	14%
TOTAL	65	100%

Elaborado por: Interno Rotativos de Enfermería.

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO N°. 18 Qué tipo de medicamento toma para su enfermedad.



ANÁLISIS

Según la tabla y gráfico estadístico el 54% de los pacientes toman medicamento orales, el 20% administra insulina, el 12% en cambio administra la medicación combinada y el 14% de los pacientes no reciben ningún tipo de medicación por su constante actividad física y alimentación adecuada que realizan a diario.

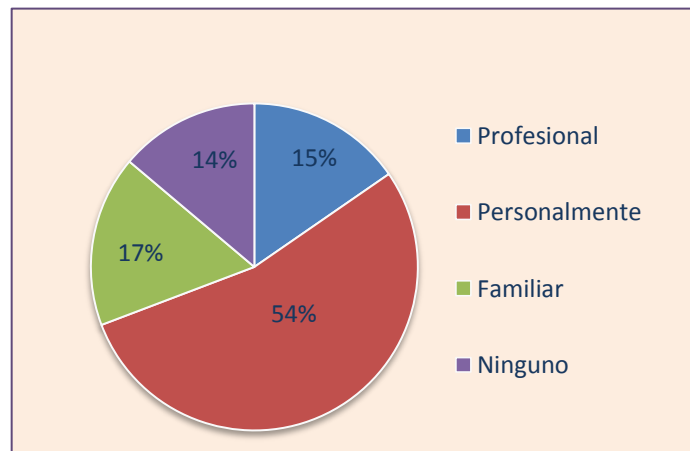
Es muy importante que los pacientes sean valoradas por los médicos los cuales deberán recomendar o no a que tomen medicamentos ya que solo la dieta y el ejercicio ayudan a mantener niveles normales de glucemia, pueden necesitar fármacos que ayudan a bajar los niveles de glucemia.

**TABLA N°. 20 DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA PERSONA QUE
ADMINISTRA LA MEDICACIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA
CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, PERIODO ABRIL –
SEPTIEMBRE 2013**

OPCIONES	f	%
Profesional	10	15%
Personalmente	35	54%
Familiar	11	17%
Ninguno	9	14%
TOTAL	65	100%

Elaborado por: Interno Rotativos de Enfermería. .
Fuente: Encuesta.

GRÁFICO N°. 19 Persona que administra su medicación



ANÁLISIS

Del total de encuestados 54% de los pacientes administra personalmente la medicación, el 17% administra la medicación por un miembro de su familia, 15% restante es administrado por un profesional de salud y el restante 14% no administra ningún tipo de medicación ya que solo la dieta y el ejercicio ayudan a mantener niveles normales de glucemia.

La administración de medicamentos es una acción delicada y siempre con el conocimiento previo de lo que se está haciendo por eso hay que capacitar al paciente para que no cometa errores y sepa cuando y como tomar sus medicinas

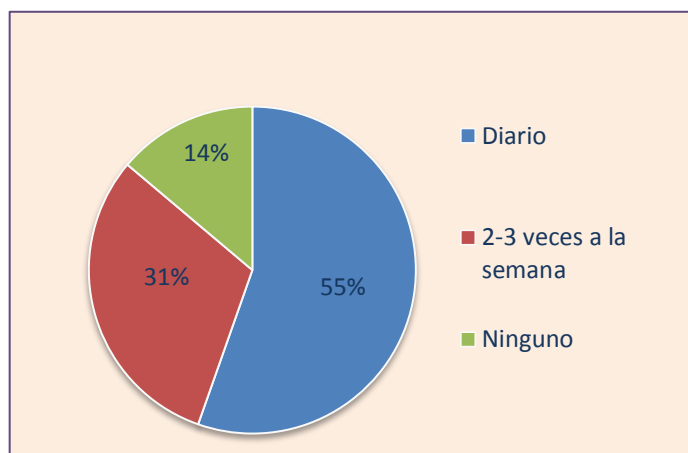
TABLA N°. 21 DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA FRECUENCIA DE LA TOMA DE MEDICACIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, PERIODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2013

OPCIONES	f	%
Diario	36	55%
2 - 3 veces a la semana	20	31%
Ninguno	9	14%
TOTAL	65	100%

Elaborado por: Interno Rotativos de Enfermería.

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO N°. 20 Con qué frecuencia toma la medicación.



ANÁLISIS

De acuerdo a los datos recolectados el 55% de los pacientes diabéticos toman diariamente la medicación, mientras que el 31% de los pacientes administran 2 a 3 veces a la semana la medicación y el restante 14% no recibe ningún tipo de medicación ya que solo la dieta y el ejercicio ayudan a mantener niveles normales de glucemia.

Debido a que según la investigación la mayoría de personas se administran por si mismas la medicación, es bueno que la mayoría de pacientes sigan al pie de la letra los horarios diarios, ya que si hay un desfase en el tratamiento no es nada bueno para la lucha contra la diabetes.

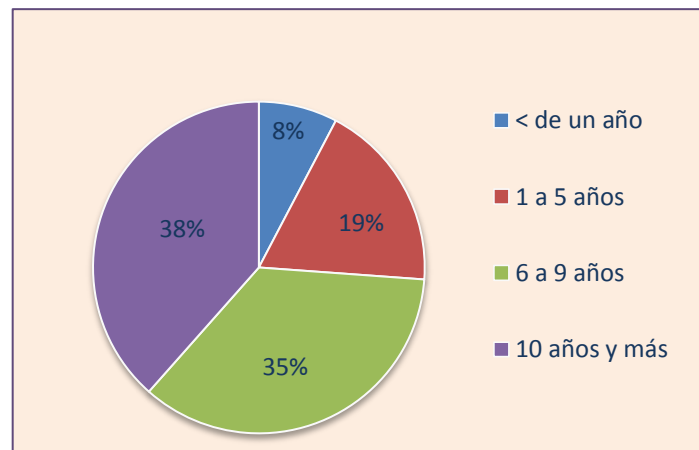
TABLA N°. 22 DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL TIEMPO QUE TOMA MEDICAMENTOS LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, PERIODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2013

OPCIONES	f	%
< de 1 año	5	8%
1 a 5 años	12	19%
6 a 9 años	23	35%
10 años y más	25	38%

Elaborado por: Interno Rotativos de Enfermería.

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO N°. 21 Cuánto tiempo toma el medicamento.



ANÁLISIS

De acuerdo a los datos recolectados el 38% de los pacientes toman medicación más de diez años, mientras que el 8% toman menos de un año.

La mayoría de personas tienen más de 10 años tratando su enfermedad, es muy bueno que lleven el mismo tiempo tomando los medicamentos, lo que representa que el tratamiento se lo ha venido realizando de una manera estricta en bienestar de su salud evitando el riesgo de padecer complicaciones.

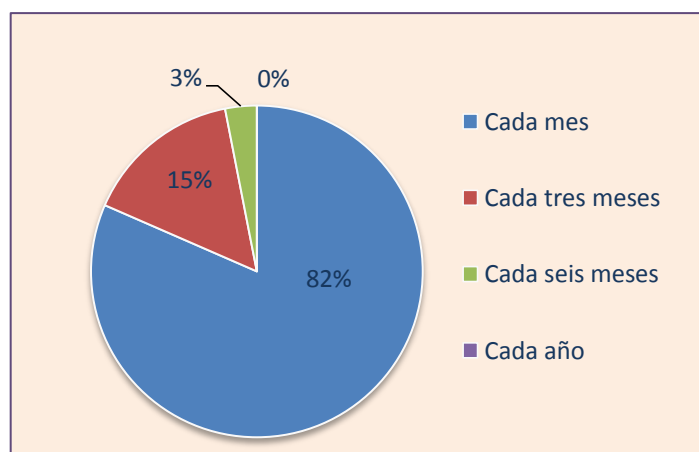
TABLA N°.23 DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA FRECUENCIA DE CONTROL MEDICO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICO DEL CANTÓN TENA, PERIODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2013

OPCIONES	f	%
Cada mes	53	82%
Cada tres meses	10	15%
Cada seis meses	2	3%
Cada año	0	0%
TOTAL	65	100%

Elaborado por: Interno Rotativos de Enfermería.

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO N°. 22 Cada que tiempo realiza el control médico.



ANÁLISIS

Del 100% de los pacientes encuestados el 82% realizan mensualmente el control médico, el 15% cada tres meses y un mínimo de 3% realizan cada 6 meses.

El éxito del control de la diabetes se centra en el equilibrio de tres factores: Los medicamentos que la persona toma, la comida que consume y la cantidad de ejercicio que hace. Los tres deben funcionar de manera sincronizada. La diabetes de una persona puede descontrolarse si el que la sufre no las cumple, por eso es muy bueno que los pacientes vayan al menos una vez cada mes al control médico para verificar el estado en que se encuentran

3.2. CONCLUSIONES

- Los datos sociodemográficos confirman que, las mujeres son más afectas y las que principalmente se encuentran asistiendo a la casa de diabéticos del cantón Tena.
- La edad de la población más afectado son adultos que se ubican en 46 años y más
- El tratamiento más utilizado son hipoglucerniantes orales.
- La evolución de la enfermedad la gran parte la lleva por más de 10 años.
- Aunque se reportan haber adquirido de diferentes maneras la diabetes, los de mayor prevalencia fueron aquellos que se asocian de manera directa al sedentarismo, y la mala alimentación se debe promover que una buena alimentación ayudara a mejorar su estado de salud.
- La diabetes afectaba de manera negativa la calidad de vida de las personas, es claro que la afectación es considerable debido a que su condición hacen que no tengan un trabajo estable por lo cual la mayoría percibe bajos ingresos mensuales lo que hace directamente que afecte su calidad de vida.
- Nuestro trabajo de investigación concluye con la elaboración y ejecución de Charlas educativa para los pacientes que acuden a la Casa de diabéticos del cantón Tena, con la finalidad de fomentar hábitos y estilos de vida saludables.

3.3. RECOMENDACIONES

- Brindar información al paciente diabético sobre su enfermedad de base y sus complicaciones tanto agudas como crónicas.
- Entregar a todos los usuarios trípticos acerca de cómo llevar un estilo de vida adecuado que favorezca su Salud.
- Realizar estudios acerca de la adherencia al tratamiento, para poder ampliar y tomar las medidas promotoras de esta, ya que las enfermedades crónicas están incrementándose mundialmente, teniendo como claro ejemplo la prevalencia de la Diabetes en el Tena
- Sería importante que un profesional de psicología debe retomar el liderazgo en la investigación e intervención en la parte psicológica del paciente ya que en algunos de los casos la terapéutica no está siendo dirigida por el camino correcto teniendo resultados que podrían ser mucho más satisfactorios para los pacientes.

CAPITULO IV

4. PROPUESTA

4.1. TITULO DE LA PROPUESTA

Charlas educativas para los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la Casa del Diabéticos del Cantón Tena, Provincia Napo- Ecuador, con la finalidad de fomentar hábitos y estilos de vida saludables.

4.2. INTRODUCCIÓN

El presente propuesta de charlas educativas va dirigido a los pacientes que acuden a la casa del diabético tiene como objetivo principal: Capacitar sobre alimentación saludable, la importancia de la actividad física y el autocontrol.

Son temas de gran importancia para mejorar la expectativa y la calidad de vida. Es indispensable que los pacientes tengan plena información sobre la enfermedad y medidas de auto cuidado orientadas a la prevención; así también evitar la aparición de las complicaciones agudas y crónicas.

Esperamos mediante las charlas educativas obtener mejoría en la calidad de vida en los usuarios con diabetes que acuden a la casa del diabético para que sean conscientes y consuman alimentos de forma adecuada, evitando al máximo los hábitos tóxicos y tengan mayor interés en realizar las actividades físicas tomando en cuenta que todo esto es en beneficio para la Salud.

4.3. JUSTIFICACIÓN

Mediante el análisis de los datos obtenidos en las encuestas, la elaboración del programa educativo y la repartición de trípticos responde a las necesidades de mejorar el estilo de vida de los pacientes que acuden a la casa del diabético debido a la falta de interés de poner en práctica un adecuado estilo de vida que deben llevar de acuerdo a su patología, entre estos abarca el tipo de alimentación que debe consumir y la importancia de realizar las actividades físicas.

Este programa de educación se realiza con el objetivo de mejorar la calidad de vida y evitar complicaciones futuras, ya que algunos usuarios a pesar de tener conocimiento sobre la importancia de las medidas preventivas, no ponen en práctica en cuanto a la actividad física, alimentación adecuada, asistir con frecuencia al control médico, y medicación oportuna.

Es necesario promover acciones específicas, para lograr una prevención efectiva en su desarrollo y progresión en el control, tratamiento y rehabilitación.

Esperamos que este programa de educación sea ejecutado y que los cambios conductuales en los pacientes que acuden a la casa del diabético del cantón Tena se evidencie de manera paulatina.

4.4. OBJETIVOS

4.4.1. GENERAL

Diseñar y ejecutar charlas educativas para los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la Casa de diabéticos del cantón Tena, Provincia Napo- Ecuador con la finalidad de fomentar hábitos y estilos de vida saludables.

4.4.2. ESPECÍFICOS

- ❖ Mejorar el grado de conocimiento de los pacientes diabéticos y sus familiares sobre el beneficio de los estilos de vida adecuada y la importancia de realizar actividad física que favorezca el mejoramiento de su Salud.
- ❖ Motivar a los pacientes diabéticos a acudir a la Casa de diabético para que conlleve mejor control de su enfermedad y evitar posibles complicaciones.
- ❖ Evaluar el nivel de conocimiento captado durante la presentación de los temas expuestos a través de preguntas y respuestas.

4.5. ENTIDAD EJECUTORA

Universidad Estatal de Bolívar (Interna/o Rotativa/o de Enfermería) periodo 2013-2014.

4.6. COBERTURA Y LOCALIZACIÓN

Ejecutar el programa educativo para los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la Casa de diabéticos del cantón Tena.

4.7. METODOLOGÍA

- **Expositiva.-** La presentación de la temática estará a cargo del y la interno/a rotativo/a de enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar.
- **Explicativa/Participativa.-** Los pacientes y familiares expondrán sus inquietudes sobre los temas tratados.

4.8. RESPONSABLES

- Internos rotativos UEB (Kléver Chacha y Sonia Tenelema)
- Director de la Casa del Diabético (Dr. Mauro Almeida)
- Presidente de la Casa de Diabético (Luis Pérez)

4.9. BENEFICIARIOS

Directos:

- Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la Casa del diabético

Indirectos:

- Familiares de los pacientes diabéticos mellitus tipo 2 que acuden a la casa del diabético del Cantón Tena
- Interno/a Rotativo/a de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar.

4.10. LUGAR

- Sala de reuniones de la Casa del diabético del cantón Tena.

4.10. SUSTENTACIÓN DE LA PROPUESTA

La presente propuesta tiene sustento en el análisis de los datos obtenidos en las encuestas, de lo cual se concluye que una de las estrategias es la aplicación de **CHARLAS EDUCATIVAS PARA LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABÉTICOS DEL CANTÓN TENA, CON LA FINALIDAD DE FOMENTAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

La propuesta está sustentada en la siguiente temática:

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES:

- Alimentación Adecuada
- Ejercicio físico
- Autocontrol

EL PACIENTE CON DIABETES SI PUEDE TENER UNA BUENA CALIDAD DE VIDA

Hay personas que hacen buen trabajo con su alimentación y su actividad física, pero aun así necesitan medicamentos. Eso tiene que ver con que su organismo esté produciendo suficiente insulina, que es la hormona que nos ayuda a regular el nivel de azúcar en la sangre.

El diabético tipo II puede controlar los niveles de glucosa si lleva un tratamiento estricto indicado por el equipo médico, y no van a requerir de insulina, el tratamiento es el pilar fundamental para controlar la enfermedad el cual consiste en los siguientes elementos: control, nutrición, vigilancia, educación, ejercicio.



PLAN DE ALIMENTACIÓN SALUDABLES PARA LA DIABETES

La alimentación es el elemento más importante del plan terapéutico del diabético y en casi la mitad de los diabéticos tipo 2 la única intervención necesaria.

Qué beneficios puede esperar de la dieta adecuada?

- El principal beneficio es que ayuda a controlar los niveles de glucosa.
- Lograr y mantener el peso adecuado para su cuerpo.
- En algunos casos, cuando hay una dieta apropiada se pueden reducir las dosis de los medicamentos.
- La dieta para diabético puede contribuir al control de otras enfermedades como la hipertensión o el colesterol elevado cuando se lleva correctamente.³⁵

LOS ALIMENTOS INDICADOS PARA LA DIABETES



Consumir los lácteos (leche, yogur y queso) siempre descremados, para prevenir las complicaciones cardiovasculares, y en cantidades controladas, ya que aportan “lactosa” (azúcar de la leche). Además son fuente de proteínas de alto valor biológico y de calcio.



³⁵ <http://www.innsz.mx/documentos/diabetes/3.%20La%20dieta%20en%20DM.pdf>

Los vegetales: papa, choclo, la espinaca, el perejil, la col, la acelga por poseer mayor cantidad de hidratos de carbono se incluyen en el grupo de los cereales.



- Consumir carnes magras: (lomo), pollo sin piel y pescados. Son un excelente aporte de hierro y proteínas de alto valor biológico.
- Consumir frutas de todo tipo y color distribuidas durante el día en cantidades controladas ya que aportan “Fructosa (azúcar de la fruta) y además son ricas en vitaminas, minerales y fibras.



- Preferir cereales y derivados integrales (arroz, pan, harinas integrales para preparaciones), legumbres, ya que aportan fibras y vitaminas.



Moderar el consumo de sal

- Ingerir abundante cantidad de líquido: al menos 2 litros diarios, en forma de agua mineral o natural, sodas, caldos, bebidas sin azúcar e infusiones.



- **Grasas y azúcares:** estos alimentos están restringido en la dieta de los diabéticos, es recomienda consumir estos alimentos con moderación.³⁶

LOS ALIMENTOS QUE DEBE EVITAR DE CONSUMIR CON FRECUENCIA

- Azúcar, dulces, mermeladas, porque se absorben rápidamente y pueden aumentar el azúcar en sangre.
- También, evitar fiambres, embutidos (salchichas, chorizo, etc), grasas, manteca, margarina, y otros alimentos con mucha grasa porque pueden dañar tus arterias y tu corazón.³⁷

MENÚ PARA UN DIABÉTICO

- **DESAYUNO:**
 - ℵ Una taza leche, de preferencia descremada, o té endulzada con sacarina
 - ℵ Un pedazo pequeño de queso descremado más dos galletas integrales.
 - ℵ Un vaso pequeño de jugo de frutas o en su lugar una pieza de fruta, de preferencia con cascara.
- **MEDIA MAÑANA:**
 - ℵ Un yogurt o una pieza de fruta
- **ALMUERZO:**
 - ℵ **SOPAS:** Verduras, cremas, consomé, pollo, pescado, granos tiernos o maduros, arroz de cebada, soya, quinua, fideos finos, con zambo, nabo, lechuga, perejil, col.
 - ℵ **CARNES:** Pollo sin piel, pescado; asadas a la plancha, al vapor o cocinadas. Sin sobrepasarse en condimentos o especias, se puede preparar al gusto.
 - ℵ **ENSALADAS:** Librementemente verduras o en su lugar una taza de ensalada de granos tiernos.

³⁶http://www.diabesport.com/PDFs/diabetes_comunidad.pdf

³⁷ <http://www.innsz.mx/documentos/diabetes/3.%20La%20dieta%20en%20DM.pdf>

- **MEDIA TARDE:**

- ℵ Un vaso de leche descremada con té o café, con una tostada o una rodaja de pan integral. Se puede cambiar con una pieza de fruta.

- **MERIENDA:**

- ℵ Un plato de sopa

- ℵ Una pieza de fruta o en su lugar un yogurt descremado.

- ℵ Una taza de agua aromática (puede tomarse a la hora de acostarse).³⁸

IMPORTANCIA DE ACTIVIDAD FÍSICA



La actividad física forma parte de una vida saludable en todas las personas. Mantiene al cuerpo en condiciones físicas adecuadas, mejora el estado físico y mental; y ayuda a controlar varios problemas de salud.

En las personas con diabetes, el ejercicio mejora el metabolismo de la glucosa a varios niveles: páncreas, músculo y tejido graso; ayuda también a controlar el peso, los niveles de glucosa, presión arterial, colesterol y otras alteraciones asociadas a la diabetes. Por lo tanto, en las personas que tienen diabetes o tienen riesgo de padecerla, hacer ejercicio es aún más importante.

La actividad física se considera uno de los elementos esenciales para el control de la diabetes, junto al plan de alimentación y los medicamentos.

CARACTERÍSTICAS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

Tiempo: Debe llegar a realizar 60 minutos o más por sesión.

Frecuencia: 3 o más veces por semana.

Intensidad: moderada.³⁹

³⁸ www.nutricionycuidado/salud_tercera_edad

Es conveniente realizar, ejercicios de calentamiento como andar despacio y estiramientos como sentarse, levantarse inclinaciones hasta la rodilla, etc. durante 5-10 minutos para posteriormente realizar el ejercicio a la intensidad elegida.

Deportes aeróbicos aconsejados

- Caminar
- Nadar
- Remar
- Bicicleta
- Bailo terapia
- Saltar a la cuerda
- Billar
- Tenis.⁴⁰

Beneficios de la actividad física

- Ayuda a disminuir los niveles de glucemia en sangre durante y después de la realización del mismo
- Facilita el trabajo de la insulina, haciéndola más efectiva.
- Disminuye los valores de colesterol y triglicéridos en sangre.
- Reduce la Obesidad.
- Reduce el estrés
- Mejora la calidad de vida.
- Fortalece la actividad cardiaca
- Mejora el estado físico y la autoestima

Antes de comenzar alguna actividad es aconsejable realizar un control médico y contar con la supervisión de alguna persona especializada en actividad física esto es muy importante cuando:

³⁹http://www.escueladepacientes.es/ui/aula.aspx?stk=Aulas/Diabetes_tipo_2

⁴⁰www.nutricion y diabetes.com

- ✓ Más de 35 años
- ✓ Diabetes tipo 2 con más de 10 años de evolución.
- ✓ Factores adicionales de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, colesterol, triglicéridos hábito de fumar obesidad).
- ✓ Dolor de las pantorrillas al caminar (puede ser indicio de obstrucción en las arterias de las piernas).
- ✓ Falta de sensibilidad en las piernas

RECOMENDACIONES PARA HACER ACTIVIDAD FÍSICA CON SEGURIDAD

- Evalúe el azúcar en sangre antes y después de la rutina.
- Tenga a mano algún tipo de hidrato de carbono (leche, jugo, pan, etc.) en caso de que ocurra un episodio de hipoglucemia o bajón de azúcar en sangre.
- Realizar ejercicio después de una comida, idealmente después de desayuno.
- Use ropa cómoda (algodón, colores claros, no utilizar plástico).
- Use una identificación que indique sus condiciones de salud.
- Use zapatos cómodos y adecuados, en especial si ya tiene problemas de los pies.
- Ingiera agua antes, durante y después de realizar actividad física.
- Haga ejercicio en un sitio seguro.

RECUERDE QUE PARA LOGRAR UN MEJOR CONTROL:

- Debe llevar la dieta, hacer ejercicio y tomar los medicamentos.
- Es mejor que lleve una rutina: un horario para tomar medicamentos, comer y hacer una cierta cantidad de ejercicio.
- Acuda al médico si los niveles de glucosa son muy altos o bajos a pesar de sus esfuerzos por controlarlo.
- Recuerde que debe ser atendido por un médico si tiene alguna infección, accidente o algún evento que des controle su glucosa.
- Atienda cualquier otro problema de salud: hipertensión, obesidad, colesterol, etc. Esto ayudará al control de sus niveles de glucosa.
- Revise sus pies diariamente para evitar complicaciones.

- Acuda a valoración por un oftalmólogo por lo menos una vez al año.
- Debe hacerse pruebas de la función renal por lo menos una vez al año también.
- Se recomienda aplicarse la vacuna contra la influenza una vez al año y la del neumococo cada 5 años. El resto de esquema de vacunas se puede aplicar normalmente según su edad.
- Acuda al dentista a revisión por lo menos cada 6 meses ya que la diabetes favorece infecciones, caries y pérdida de los dientes
- Evite infecciones: lávese las manos, lleve un aseo regular, no coma alimentos en la calle, lave sus dientes, revise su piel diariamente, use ropa y zapatos que no le causen lesiones en la piel ya que se pueden infectar.
- No se desanime, no siempre es fácil lograr el control o mantenerlo, es un proceso que a veces puede parecer lento, pero que lo llevará a sus objetivos.⁴¹



⁴¹Autocuidado de paciente diabéticos del club dulce vida. pdf

4.11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

HORA	LUGAR	TEMAS	BENEFICIARIOS	DIAS DE CAPACITACION		MATERIAL DE APOYO	RESPONSABLES
				28 de Marzo	2 de Mayo		
8:00 9:00 Am	Casa de diabético	Ejercicio de calentamiento Realización de Bailoterapia	Usuarios que acuden a la casa de diabético	X		Amplificación	Lda. Jenny Avilés Kléver Chacha Sonia Tenelema
9:00 10:00 am	Casa del diabético	La importancia de la actividad física y el autocontrol	Usuarios que acuden a la casa del diabético	X		Infocus Leptón Gigantografías Trípticos	Kléver Chacha Sonia Tenelema Dr. Mauro Almeida
10:00 10:30 am	Refrigerio y agradecimiento						Kléver Chacha Sonia Tenelema Dr. Mauro Almeida
8:00 9:00 Am	Casa del diabético	Ejercicio de calentamiento Realización de Bailoterapia	Usuarios que acuden a la casa del diabético		X	Amplificación	Kléver Chacha Sonia Tenelema
9:00 10:00 Am	Casa del diabético	Calidad de vida, y alimentación adecuada	Capacitación dirigida a los Usuarios que acuden a la casa del diabético		X	Enfocus Leptón DVD Trípticos Gigantografías	Kléver Chacha Sonia Tenelema
10:00 10:30 Am	Refrigerio y agradecimiento						Kléver Chacha Sonia Tenelema Dr. Mauro Almeida

4.12. RECURSOS Y PRESUPUESTO

Recursos:

Talento Humano

- ✓ 2 estudiantes Internos de Enfermería

- ✓ 65 usuarios que acuden a la casa del diabético

Materiales

- ✓ Trípticos
- ✓ Gigantografías
- ✓ Mas King
- ✓ Computadora
- ✓ Enfocus
- ✓ Video DVD
- ✓ Amplificación
- ✓ Transporte

PRESUPUESTO

Cantidad	Descripción	Costo Unitario	Costo Total
10	Horas de internet	1.00	10.00
100	Trípticos	0.50	50.00
3	Gigantografías	12.00	36.00
4	Transporte	16.00	64.00
2	Hospedaje	15	30.00
--	Alimentación	--	36.00
150	Refrigerios	1.00	150.00
TOTAL			376.00

4.13. SOSTENIBILIDAD

La Calidad de Vida ha sido tomada como un pilar del sistema nacional de salud del Ecuador, así en el artículo 42 de la Carta Magna se dispone que: “El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad,

solidaridad, calidad y eficiencia”. Por tanto la Calidad de Vida de los ecuatorianos, es el fundamento de las políticas de Estado y la Sociedad Civil, adicionalmente en la Constitución 2008. Sección séptima Salud artículo 32 habla sobre el buen vivir.

En ese contexto vemos la necesidad de recalcar la importancia de una alimentación adecuada, realizar actividades físicas y la medicación con el fin mejorar la calidad de vida de los usuarios que asisten a la casa del diabético del cantón Tena.

4.13. FACTIBILIDAD

Para la realización de este trabajo hemos contado con el apoyo incondicional por parte de las autoridades de la casa del diabético, que nos dieron la apertura para poder ejecutar el Programa de charla educativa, el cual se desarrolló satisfactoriamente con la participación de usuarios y familiares que acuden a la casa del diabético.

4.14. RESULTADOS

Es importante resaltar el trabajo desplegado en la Casa de diabético del Cantón Tena, por cuanto se vio que el Coordinador, el personal que labora y los usuarios, se comprometieron a cambiar de actitud y velar por el bienestar de su salud,

En conclusión puede decir que este trabajo de investigación tuvo una acogida importante por parte de todos los actores de salud y los usuarios en general, en tal virtud creemos que este trabajo de alguna manera va a aportar a mejorar la calidad de vida de los pacientes que acuden a esta casa de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO LA DIABETES EN LAS AMÉRICAS (2009)
Recuperado el 2 de Marzo del 2014, de: www.oms.epidemiologias_diabetes.
- CARMEN QUEZADA TENEZACA(2011).Salud en la edad madura. Recuperado el 11 de Mayo del 2014, de: www.nutriciónycuidado/salud_tercera_edad/
- CASTILLO JORGE ALEJANDRO (2008). Fisiopatología de la diabetes mellitus tipo 2. Recuperado el 18 de Abril del 2014, de http://www.endocrino.org.co/files/Fisiopatologia_de_la_Diabetes_Mellitus_Tipo_2_J_Castillo.pdf
- CERDENA A. (2010). Historia de la Diabetes. Recuperado el 12 de Abril del 2014, de <http://diabetesymas.metropoliglobal.com/BreveHistoria/BreveHistoria.php>
- CÓRDOBA C.(2008). Educando al Diabético. Recuperado el 23 de Marzo del 2014, de:http://usuarios.multimania.es/educadiabetes/material_folletos/06/06comoinyectarlainsulina.htm.
- CRAMER JA (2010). A systematic review of adherence with medications for diabetes. Diabetes Care.
- CUNHA, MADALENA (2008). Calidad de vida y diabetes: variables psicosociales. Colombia
- GALEZ H. (2010). La Diabetes. Recuperado el 1 de Marzo del 2014, de: http://www.juntadeandalucia.es/salud/principal/documentos.asp?pagina=WEBDIA_BETES - Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

- HERNÁNDEZ ALBERTO (2010). La calidad de Vida del paciente diabético, La Habana: Rev Cubana Med Gen Integr, 2000, Vol. 16, págs. 50-56
- LÓPEZ JUAN (2011). Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes. Salud Pública de México.
- MARTIN ZURRO y J.F. CANO PÉREZ (2011). Manual de atención primaria; Organización y pautas de actuaciones en la consulta. Barcelona Doyma, pág. 167
- MATA CASES M., ROSET GAMISANS M., BADIA X., ANTOÑANZAS F., RAGEL J. (2009). Impacto de la diabetes mellitus en la calidad de la vida de los pacientes tratados, Atención Primaria, Vol 31 págs. 493-499.
- MELCHORS AC (2004). Medidas de evaluación de la calidad de vida en diabetes. Editora Seguin Farmacoter, Vol. 2, págs. 1-11
- MERCÈ FERNÁNDEZ-MIRÓ y ALBERTO GODAY ARNÓ (2008). Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario del Mar. Barcelona.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR (2011). Salud del Adulto. Disponible en: <http://www.msp.gob.ec/index.php/salud-del-adulto>
- MSP (2010). Política nacional de la promoción de la salud. Quito - Ecuador
- OMS-MSP y BS (2009), Manejo de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud, Paraguay.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2010). Reunión sobre la vigilancia de las enfermedades no transmisibles (ECNT): Países miembros del Área Andina (Bogotá, Colombia, 8-9 de junio del 2010). Bogotá.
- PAEZ G. (2010). Enfermera virtual. Recuperado el 17 de Marzo del 2014, de: <http://www.infermeravirtual.com/es-es/problemas>.

- SÁNCHEZ I. (2008) Fisiología de las enfermedades, Enero, 2014, pg. 88
- SUAREZ P. (2008). Diabetes al día. Recuperado el 22 de Marzo del 2014, de <http://www.diabetesaldia.com/Default.aspx?SecId=335>
- THE WORLD HEALTH ORGANIZATION (2009), Diabetes mellitus Fact sheet Number 138. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs138/en/>

ANEXOS

ANEXO N. 1 GLOSARIO

Acromegalia: enfermedad crónica en los adultos causada por hipersecreción de la hormona del crecimiento, y que se caracteriza por el exagerado crecimiento de las extremidades, la cabeza y los órganos internos

Autopercepción: es la imagen que se hace el individuo de él mismo cuando se trata de evaluar las propias fuerzas y autoestima

Calidad: es el resultado de un esfuerzo arduo, se trabaja de forma eficaz para poder satisfacer el deseo del consumidor.

Carcinoma pancreático: Es el crecimiento de células cancerosas en el páncreas. El cáncer se produce cuando las células del cuerpo se dividen sin control, se forma una masa de tejido llamada tumor que son producidos por diversas causas.

Carnes magras: Son aquellas con menos del 10 % de materia grasa, de forma genérica se le considera a la de pavo, ternera, conejo y pollo.

Carta Magna: Es uno de los antecedentes de los regímenes políticos modernos en los cuales el poder del monarca o presidente se ve acotado o limitado por un consejo, senado, congreso, parlamento o asamblea.

Cetoacidosis: es un estado metabólico asociado a una elevación en la concentración de los cuerpos cetónicos en la sangre, que se produce a partir de los ácidos grasos libres y la desaminación (liberación del grupo amino) de los aminoácidos.

Dislipidemias: Es una anomalía de los lípidos en la sangre caracterizados por un aumento de los niveles de colesterol y el incremento de las concentraciones de triglicéridos en sangre.

Eficacia: es la capacidad de lograr los objetivos y metas programadas con los recursos disponibles en un tiempo predeterminado.

Enfermedades microvasculares : Enfermedad de los vasos sanguíneos grandes, como las que se encuentran en el corazón.

Enfermedades microvasculares: Enfermedad de los vasos sanguíneos más pequeños, como los que se encuentran en los ojos, los nervios y los riñones.

Epidemia: es una enfermedad que se propaga durante un cierto periodo de tiempo en una zona geográfica determinada y que afecta simultáneamente a muchas personas.

Equidad: Intenta promover la igualdad, más allá de las diferencias en el sexo, la cultura, los sectores económicos a los que se pertenece.

Glaucoma: es una enfermedad ocular que se caracteriza por un aumento de la presión intraocular, atrofia de la papila óptica, dureza del globo del ojo y ceguera que se caracteriza por la pérdida progresiva de las fibras nerviosas del nervio óptico y cambios en su aspecto.

Glucagón: es una hormona que actúa en el metabolismo de los hidratos de carbono y que es sintetizada por las células del páncreas (en lugares denominados islotes de Langerhans).

Glucogenolisis : es el proceso por el cual el glucógeno presente en el hígado se transforma en glucosa que pasa a la sangre.

Gluconeogénesis: Es cuando la dieta no aporta suficiente cantidad de carbohidratos y cuando las reservas corporales disminuyen, puede formarse glucosa a partir de los compuestos que no son carbohidratos.

Hiperglicemia: significa cantidad excesiva de glucosa en la sangre.

Islotes de Langerhans: Grupos de células del páncreas que producen insulina, glucagón y polipéptido pancreático. Forman la porción endocrina de la glándula, y sus secreciones hormonales liberadas directamente en la sangre sirven como reguladores importantes y equilibrados del metabolismo de los azúcares.

La hemoglobina glicosilada (Hb A1c) : es una prueba que permite conocer más acertadamente el promedio de los niveles de glucosa en la sangre.

Polineuropatía : Es un subgrupo de desórdenes de nervios periféricos que es típicamente caracterizado por ser un proceso simétrico y diseminado, habitualmente distal y gradual, que puede presentar pérdida sensitiva, debilidad muscular o una combinación de ambas.

Postprandial: Es la situación en la que se encuentra el organismo después de la ingestión de un nutriente determinado, es decir, después de haber ingerido alimentos.

Sensibilidad a la insulina : En los diabéticos, en los pacientes con síndrome metabólico o con resistencia insulínica, las necesidades de insulina dependerán a) de la capacidad del páncreas para segregar insulina (incluso siendo estimulado por algunos antidiabéticos orales) y b) de la capacidad de la insulina para metabolizar la glucosa también llamada sensibilidad a la insulina.

Síndrome de Cushing: Es un trastorno que ocurre cuando el cuerpo se expone a niveles altos de la hormona cortisol.

ANEXO N. 2 PORTADA PRINCIPAL DE LA CASA DEL DIABETICO – TENA

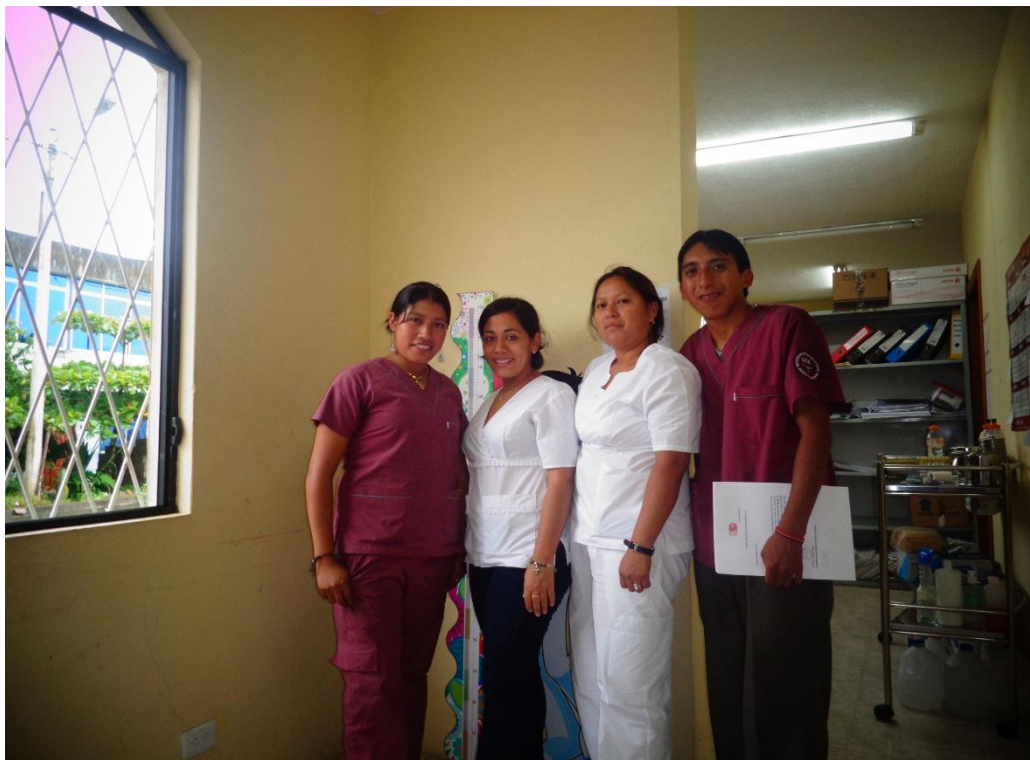


ANEXO N. 3 APLICACIÓN DE LA ENCUESTA





**ANEXO N. 4 PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA AL PERSONAL DE LA CASA
DEL DIABETICO CANTON TENA**



ANEXO N. 5 REALIZACION DE BAILOTERAPIA



ANEXO N. 6 CHARLAS EDUCATIVAS





ANEXO N. 7 CERTIFICACION DE LA REALIZACION DE PROPUESTA



Tena-Napo-Ecuador

CENTRO DE SALUD CASA DEL DIABETICO

Viernes 28 de Marzo del 2014

CERTIFICO:

Que, los Internos Rotativos de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar, Klever Eduardo Chacha Coles con C.I.020149155-2,- Sonia Rebeca Tenelema Morocho con C.I.020230385-5 desarrollaron el **“PROGRAMA EDUCATIVO PARA LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABETICO DEL CANTON TENA, CON LA FINALIDAD DE FOMENTAR HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.** La misma que constituye su propuesta de su tesis de grado.

Dr. Mauro Almeida Guevara

COORDINADOR CENTRO CASA DEL DIABETICO





Tena-Napo-Ecuador

CENTRO CASA DEL DIABETICO

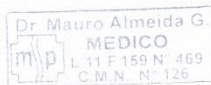
Viernes 02-Mayo del 2014

CERTIFICO:

Que, los Internos Rotativos de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar, Klever Eduardo Chacha Coles con C.I.020149155-2,- Sonia Rebeca Tenelema Morocho con C.I 020230385-5 desarrollaron el **“PROGRAMA EDUCATIVO PARA LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABETICO DEL CANTON TENA, CON LA FINALIDAD DE FOMENTAR HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.** La misma que constituye su propuesta de su tesis de grado.

Dr. Mauro Almeida Guevara

COORDINADOR CENTRO CASA DEL DIABETICO



ANEXO N. 8 REGISTRO DE CAPACITACION

Salud Pública

ASISTENCIA



FECHA: Mayo 2 Mayo 2014
 LUGAR: COA 2014
 EXPOSITOR: Seminario Tumbaco - Klobel M. M. coordinador de salud
 TEMA: REPARACION DE DAÑOS - DIFERENCIA EN LA MANEJO DE LA ENFERMEDAD

NOMBRE	FIRMA	CEDULA/CARGO
Potacio Perez	<i>Potacio Perez</i>	150077521-5
Rosario Chuqui	<i>Rosario Chuqui</i>	
Aida Marchena	<i>Aida Marchena</i>	150010811-1
Fátima Cepeda	<i>Fátima Cepeda</i>	150009162-1
Carlos Perez T.	<i>Carlos Perez T.</i>	210006803-6
Felisa Casanova	<i>Felisa Casanova</i>	
María Alda	<i>María Alda</i>	040050316-5
Blanca Cardozo	<i>Blanca Cardozo</i>	090100977-8
América Flores	<i>América Flores</i>	150017314-9
Leonor Stunald	<i>Leonor Stunald</i>	180126652-6
Karlo Vera	<i>Karlo Vera</i>	150032794-4
Juliano Rojas	<i>Juliano Rojas</i>	1500371342
Brasilia Pozatto	<i>Brasilia Pozatto</i>	
Gladys Guallo	<i>Gladys Guallo</i>	150075141-8
Maria Velazquez	<i>Maria Velazquez</i>	040049837-4
Rosa Paredes	<i>Rosa Paredes</i>	
Gladys Moran	<i>Gladys Moran</i>	150016428-8
Flore Velez	<i>Flore Velez</i>	150077527-3
DORA ROSCO	<i>DORA ROSCO</i>	180180705-6
GLENDA ARTAS	<i>GLENDA ARTAS</i>	060349620-9
Martha Rosal	<i>Martha Rosal</i>	150040273-8
Aida Gufo	<i>Aida Gufo</i>	150031482-6



ASISTENCIA

FECHA: Nuevo 2 de Mayo 2014
 LUGAR: Casa Diabetico
 EXPOSITOR: Sonia Tenekuma - Klover e hacha
 TEMA: Alimentacion Saludable Importancia
 Actividad Fisica, Autocuidado

Coordinadora
 Mauro Alameda

NOMBRE	FIRMA	CEDULA/CARGO
Fani Pileo	<i>Fani Pileo</i>	1705832556
Maria N Paredes	No Firma	150015011-3
Pablo Tibino Pileo	No Firma	
Estela Ameli	<i>Estela Ameli</i>	1500190077
Martha Sánchez	<i>Martha Sánchez</i>	150070997-5
Luz Maria	<i>Luz Maria</i>	180134518-0
Dora Rosero	<i>Dora Rosero</i>	180180705-6
Delfino Aguir	<i>Delfino Aguir</i>	180205347-8
Luis Alexsandro	<i>Luis Alexsandro</i>	180163362-7
Alejandro Palatin	<i>Alejandro Palatin</i>	170481267-4
Martha Rosendo	<i>Martha Rosendo</i>	010241944-7
Ximena Valle	<i>Ximena Valle</i>	150017501-7
Bélgica Villegas	<i>Bélgica Villegas</i>	150056815-7
Martha Quilumba	<i>Martha Quilumba</i>	1500319882
German Coello	<i>German Coello</i>	1802642593
Patricia Ulloa	<i>Patricia Ulloa</i>	1803929122
Marlene Bravo	<i>Marlene Bravo</i>	150013354-3
Martha López	<i>Martha López</i>	150077849-11
Yolanda Vasquez	<i>Yolanda Vasquez</i>	060080985-9
Maria Vega	<i>Maria Vega</i>	020065471-8
Eme Rosero	<i>Eme Rosero</i>	150049726
Rafael Sango	<i>Rafael Sango</i>	

ASISTENCIA



FECHA: Miércoles 2 de Mayo
 LUGAR: Casa de los 40
 EXPOSITOR: Sociedad Tenelema - Klover Chacha
 TEMA: Alimentación, Sal, azúcar, Impulsos
Actividad Física, Autocuidado.

Coordinador Dr. Manro Almeida

NOMBRE	FIRMA	CEDULA/CARGO
<u>Oliverio</u> <u>Martha</u>	<u>Barrón</u> <u>José</u>	<u>090023918-6</u>
<u>Esperanza Guiter</u>	<u>[Signature]</u>	<u>750046502-4</u>
<u>Alba Rojas</u>	<u>Alba Rojas</u>	<u>040099371-7</u>
<u>María Guingotuna</u>	<u>[Signature]</u>	<u>050081649-1</u>
<u>Estelita Guadalupe</u>	<u>[Signature]</u>	<u>150017031-9</u>
<u>Flore Espino</u>	<u>Flore Espino</u>	<u>1406123347</u>
<u>Rosa Abajica</u>	<u>Rosa Abajica</u>	<u>140010258-6</u>
<u>MANUEL YASTOZ</u>	<u>[Signature]</u>	<u>170634007-7</u>
<u>Senia Tenelema</u>	<u>[Signature]</u>	<u>020230385-5</u>
<u>Klover Chacha</u>	<u>[Signature]</u>	<u>020149155-2</u>
<u>Manuel Pilipe</u>	<u>[Signature]</u>	<u>0600511638</u>
<u>Hely Tibiño</u>	<u>[Signature]</u>	<u>150068797-7</u>
<u>Geo. Betancourt</u>	<u>[Signature]</u>	<u>130269008-4</u>
<u>Bella Salazar</u>	<u>[Signature]</u>	<u>1703826940</u>
<u>Lucía Tapuy</u>	<u>[Signature]</u>	<u>150057307-1</u>

ANEXO N. 9 FORMULARIO DE ENCUESTA



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD - ESCUELA DE ENFERMERÍA

ENCUESTA SOBRE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LOS PACIENTES AMBULATORIOS QUE ACUDEN A LA CASA DEL DIABETICO DEL CANTÓN TENA DURANTE EL PERIODO DE ABRIL A SEPTIEMBRE DE 2013

Formulario de encuesta:

Instructivo.- El presente formato de riesgo se basa en la recolección de datos e información por medio de observación y encuesta. La finalidad del instrumento permite aclarar y validar información de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

1.- Datos de identificación

Edad:

Sexo: Masculino () Femenino ()

2.- Cual es su estado civil?

Soltero () Unión Libre () Casado () Divorciado () Viudo ()

3.- Cuál es su lugar de procedencia?

Rural () Urbano ()

4.- Como se auto identifica Usted?

Mestizo ()

Indígena ()

Afroamericano ()

5.- Cuál es su nivel de instrucción?

Primaria () Secundaria () Superior () Ninguna ()

6.- Cual es su ocupación?

Empleado público ()

Empleado privado ()

Jubilado ()

Quehaceres domésticos ()

Otros ()

7.- Cual es su ingreso económico mensual

Menos de salario básico ()

Salario básico ()

Más de salario básico ()

8.- Tenencia de su vivienda?

Propia ()

Arrendada ()

Prestada ()

9.- Usted realiza actividad física?

Si ()

No ()

10.- Qué tipo de ejercicio es el que más realiza usted?

Caminata ()

Bailo terapia ()

Natación ()

Ninguna ()

11.- Usted qué tiempo realiza la actividad física?

30 minutos ()

1 hora ()

No realiza ()

12: Con qué frecuencia realiza la actividad física?

Diario. ()

Tres veces a la semana ()

Una vez a la semana ()

Nunca

13.- Sabe usted la importancia de una nutrición adecuada?

Si ()

No ()

14.- Entre este tipo de alimento cual es el que más consume?

Dulces y Grasa ()

Lácteos ()

Frutas y Verdura ()

Proteínas ()

Carbohidratos ()

15.- Subraye una opción por la cual Ud. adquirió la diabetes?

Obesidad

Sedentarismo

Mala alimentación

Antecedentes Familiares

16.- Cuanto tiempo padece esta enfermedad?

< de 1 año ()

1 a 5 años ()

- 6 a 9 años
10 años y más

17.- Usted ha tenido algunas de estas complicaciones a causa de la diabetes?

- Coma diabética
Daño ocular
Daño renal
Pie diabética
Otros
Ninguna

18.- Usted conoce algún miembro de su familia que tenga diabetes?

- Padre
Madre
Hermano/a
Ninguno

19.- Qué tipo de medicamento toma para su enfermedad?

- Insulina
Hipoglucemiantes orales
Combinada
Ninguna

20.- Persona que administra su medicación?

- Profesional
Personalmente
Familiar
Ninguno

21.- Con qué frecuencia toma la medicación?

- Diario
2-3 veces a la semana
Ninguno

22.- Cuanto tiempo toma el medicamento?

- < de 1 año
1 a 5 años
6 a 9 años
10 años y más

23.- Cada que tiempo realiza el control médico?

- Cada mes
Cada tres meses
Cada seis meses
Cada año

GRACIAS POR SU COLABORACION

ANEXO N. 10 TRÍPTICO UTILIZADO EN LA CAPACITACIÓN

Menestras:
Frijoles, lenteja, garbanzo.

Cereales: Trigo, quinua, arroz, cebada.

Carnes: Carne, pollo (sin piel), abundante pescado, hígado.



PROPORCION



Nutrición y Diabetes

Dieta	Comida	Dieta
Alto en fibra y bajo en grasas saturadas	Frutas	Alimentos grasos, azúcares simples, aceites altos
Baja en sodio, colesterol y grasas saturadas	Grasas	Alimentos azúcares y grasas saturadas
Alto en calcio y vitamina D	Plato principal	Carnes grasosas, grasas saturadas, azúcares simples
Alto en fibra y bajo en grasas saturadas	Verduras	Alimentos azúcares y grasas saturadas
Baja en sodio y grasas saturadas	Pan, cereales	Alimentos azúcares y grasas saturadas
Baja en sodio	Proteínas	Alimentos azúcares y grasas saturadas
Baja en sodio	Grasas	Alimentos azúcares y grasas saturadas
Baja en sodio	Alimentos	Alimentos azúcares y grasas saturadas

DIETA MEDITERRÁNEA EN LA DIABETES

ALIMENTOS DE CONSUMO DIARIO

NECESARIO 2-3 raciones
CARNE BASTA 2-3 raciones a la semana
PECADO 2-3 raciones a la semana

LECHE, KFOR Y QUESO 2-3 raciones al día

GRANOS Y ALIMENTOS 2-3 raciones al día

VERDURAS 2-3 raciones al día
FRUTAS 2-3 raciones al día
ACEITE DE OLIVA 2-3 raciones al día

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERIA


La Diabetes se Puede Prevenir

CHARLA EDUCATIVA

RESPONSABLES:
KLEVER CHACHA
SONIA TENELEMA

CASA DEL DIABETICO

TENA—ECUADOR



QUE ES LA DIABETES?

Es una enfermedad crónica, que afecta a las células del páncreas por los niveles elevados de glucosa (azúcar) en la sangre.

CUALES SON LAS CAUSAS?

- Alta ingesta de alimento rico en azúcar
- Sedentarismo
- Estrés

CUALES SON LOS SINTOMAS?

Dolor de cabeza, abundante sed, aumento del apetito, micción frecuente, fatiga, debilidad

CANSANCIO
MUCHA SED
ADELGAZAMIENTO

AUMENTO DEL APETITO
ORINA AUMENTADA

OTROS SINTOMAS

visión borrosa, hormigueo en manos y pies, piel seca, falta de cicatrización de las heridas, infecciones, náusea y vomito.

CUALES ES EL TRATAMIENTO?

Tratamiento nutricional, Ejercicios, control de la glucosa, medicamentos, educación (consejería).

ALIMENTACION: Ingesta de alimentos para obtener la energía necesaria.

ES NECESARIO TENER EN CUENTA PUNTOS IMPORTANTES:

Frutas Recomendadas: Pera, Manzana, kiwi, Granadilla, Fresas.



Frutas no recomendadas:
Plátano, mango, piña, papaya, tuna, durazno.

VERDURAS: El consumo debe ser abundante.

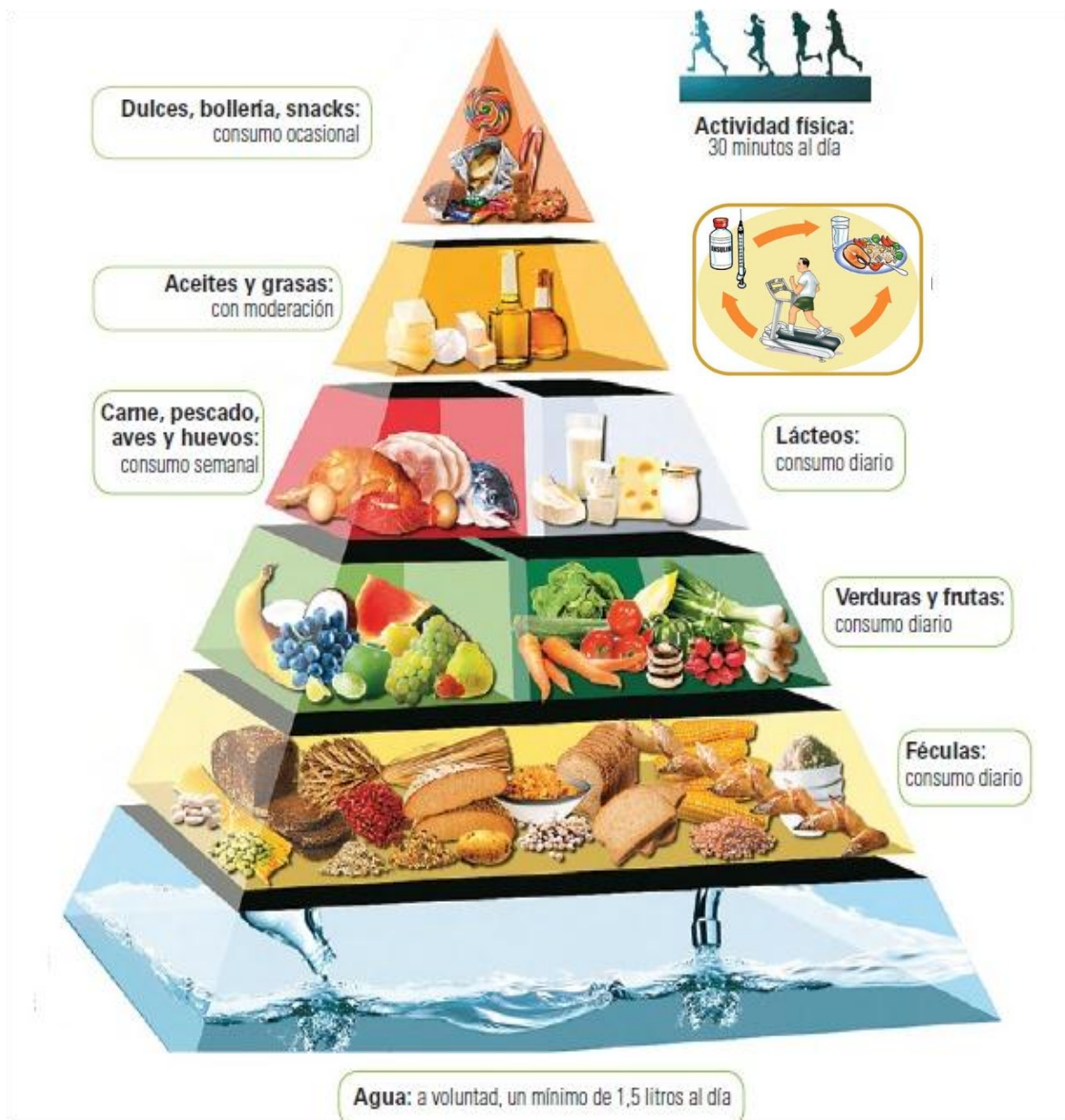
Lechuga, zanahoria, pepinillo, alverjita, vainitas, brócoli, rábano, coliflor, apio, etc.



COMPLICACIONES DE LA DIABETES A LARGO PLAZO

Enfermedad cardíaca, enfermedad renal, pérdida de la visión, pie diabético.

ANEXO N. 11 GIGANTOGRAFIA DE PIRÁMIDE NUTRICIONAL PARA LA DIABETES



IRE. UEB
Kléver Chacha
Sonia Tenelema



ANEXO N. 12 RECURSOS Y PRESUPUESTOS DELA ELABORACION DE LA TESIS

Talento Humano

Director de Tesis: Dr. Eduardo Calles








Investigadores: IRE Kléver Chacha, Sonia Tenelema

Presupuesto y financiamiento

RUBRO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Horas de internet	200	1.00	200.00
Resmas de papel	3	5.00	15.00
Impresiones blanco y negro	500	0.10	50.00
Impresiones a color	100	0.25	25.00
Carpetas	5	0.30	1.50
Mememory flash	1	15.00	15.00
Copias	250	0.05	12.50
Oficios	5	0.15	0.75
Anillados	6	1.00	6.00
Empastados	2	20.00	40.00
Pasajes	20	7.00	140.00
Alimentación	20	2.00	40.00
TOTAL			545.75

ANEXO N. 13 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

DE DESARROLLO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN INTERNOS ROTATIVOS DE ENFERMERÍA 2013 – 2014

ACTIVIDADES	2013										2014						RESPONSABLES
	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	
Análisis del tema de tesis.																	Klever Chacha Sonia Tenelema
Denuncia del Tema de Investigación y aprobación CIE.																	Klever Chacha Sonia Tenelema
Designación de Director (a) de tesis.																	CIE Dirección Escuela de Enfermería
Desarrollo del proyecto: Tema, objetivos, justificación, problema, hipótesis, variables, Operacionalización de las variables, diseño metodológico y aplicación de los instrumentos de recolección de la información.																	Klever Chacha Sonia Tenelema Dr. Eduardo Calles
Desarrollo de la propuesta.																	Klever Chacha Sonia Tenelema
Presentación de borrador del proyecto.																	Klever Chacha Sonia Tenelema Dr. Eduardo Calles
Designación de Vocales y presentación de borradores de tesis.																	Klever Chacha Sonia Tenelema
Defensa del trabajo de Investigación.																	Klever Chacha Sonia Tenelema