

2009

# Los conocimientos que el paciente diabético tipo II tiene de su enfermedad y el autocuidado

Torres, Rebeca

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

---

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/312>

*Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository*

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.  
(DEPARTAMENTO PEDAGOGICO DE ENFERMERIA)**

**Carrera: Licenciatura en Enfermería**

**Asignatura:**

**Taller de Trabajo final.**

**Proyecto de Investigación**

**“Los conocimientos que el paciente diabético tipo II  
tiene de su enfermedad, y el autocuidado”.**

**Docentes:**

**Lic. Laura Adriana Celaya**

**Lic. Mónica Barg**

**Estudiantes: Rebeca Torres.**

**Graciela M. Leyva**

8 (ocho)

**Mar del Plata, septiembre de 2009**

# INDICE

TITULO-----	3
-------------	---

## Capítulo I.

Introducción -----	5
1-A. Introducción al problema-----	6
1-B. Formulación del problema	
1-C. Propósito-----	6
1-D. Objetivos -----	6
1-E. Justificación-----	7

## Capítulo II.

Marco teórico-----	9
2-A-----	10
2-B. Hipótesis-----	17
2-C. Operacionalización de variables-----	20

## Capítulo III.

Diseño metodológico-----	22
3-A. Metodología-----	23
3-B. Población de estudio-----	24
3-C. Análisis de datos .tablas y gráficos-----	40

## Capítulo IV

Conclusión-----	41
Bibliografía-----	42
Anexos-----	43
PRODIABA-----	44
Especialistas de primer grado en nutrición e higiene-----	46

**“Los conocimientos que el paciente diabético tipo II tiene de su enfermedad, y el autocuidado.”**

# Capítulo I

# Introducción

## **1-A. Introducción al problema**

-La diabetes es un problema de salud en aumento, que afecta profundamente el estilo de vida del paciente y cuya atención es compleja por el tratamiento prescrito. Debido a la necesidad continua de autocuidado y a la preocupación acerca de la posibilidad de complicaciones e incapacidades, es necesaria la intervención de profesionales de la salud que pueda dar respuesta a las necesidades de estos pacientes, dentro del marco de la atención primaria. (1)

-El autocuidado se define como las actividades que realizan los individuos a través del conocimiento, la educación, e intervención temprana, que contribuyen a reducir las complicaciones. (2)

-Es frecuente encontrarse en la sala de Clínica Médica del Hospital Interzonal de Agudos, (HIGA) de la ciudad de Mar del Plata, pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo II, relativamente jóvenes que desconocen el proceso de su enfermedad, con grados importantes de complicaciones, como cegueras, compromisos renales, compromisos cardiovasculares, y amputaciones de miembros inferiores.

-Es fundamental que estos pacientes tengan conocimiento de la enfermedad para comprender la forma de afrontar la misma, y poder escoger un hábito de vida que le facilitará una calidad de vida casi normal. Es necesario que conozcan y comprendan el grado de toxicidad que produce en el organismo un elevado valor de azúcar en sangre, y que esto lo llevará a un descontrol metabólico para posteriormente tener complicaciones irreversibles. Pero también debe saber que la correcta aplicación de los pilares básicos: medicación correcta, nutrición correcta y actividad física le permitirán llevar a cabo una vida con una calidad y unas posibilidades casi normales.

## **1-B. Formulación del problema.**

Cuál es el nivel de autocuidado según el nivel de conocimientos de un grupo de pacientes diabéticos tipo II, que asisten a sesiones educativas en Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA), durante los meses de julio a diciembre de 2008

## **1-C. Propósito.**

Identificar si el nivel de conocimientos influye sobre el nivel de autocuidado de los pacientes diabéticos tipo II, a fin de disminuir las futuras complicaciones a través de la concientización e información, clara, precisa, explícita y oportuna.

## **1-D. Objetivo general.**

-Conocer el nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos tipo II, sobre esta enfermedad, en relación al nivel del autocuidado y sus posibles complicaciones.

---

(1) Cano, J.F. y Trilla, M.: Diabetes Mellitus. En Martín Zorro, A., y Cano, J., (dirs): Manual de Atención Primaria, pag. 234-236., 2ª ed. Doyma, Barcelona 1994.

(2) Artículo científico, Dolores Saavedra Martínez. Hospital General Región de Guadalajara. Disponible en <http://www.pag.079.htm> 790.

**- Objetivos específicos: (3)**

- a) Evaluar el nivel de conocimientos, que tiene el paciente diabético tipo II, sobre su enfermedad y su tratamiento.
- b) Evaluar las actividades de nivel de autocuidado que realiza el paciente bajo estudio.
- c) Analizar si el conocimiento se relaciona con el autocuidado para llevar a cabo un nivel satisfactorio de aplicación del tratamiento del paciente diabético tipo II en control.

**1-E. Justificación (4)**

La Diabetes Mellitus y sus complicaciones representan un grave problema para la Salud Pública en nuestro país y el mundo., el 90 % de los diabéticos del mundo padecen diabetes tipo II, que se deben en gran parte a la inactividad física y al peso corporal excesivo.

Los elevados costos en atención médica y pérdidas económicas, por el alto nivel de ausentismo laboral y los retiros prematuros son muy importantes. Es indudable el impacto social y económico que ocasionan las complicaciones crónicas de la Diabetes Mellitus en la población, sobre todo en la económicamente activa., en la mayoría de los casos quién padece de Diabetes Mellitus es la persona que sostiene económicamente a la familia, que al no poder desempeñar una actividad remunerada a causa de la invalidez, reduce los ingresos familiares.(5)

Un paciente diabético debería tener una información clara, real y precisa acerca del beneficio que le otorga cumplir con los tres pilares básicos, ellos son:

- a) Nutrición adecuada
- b) Medicación correcta.
- c) Actividad física diaria (caminatas).

Un paciente bien informado y controlado puede llevar a cabo una vida con calidad y posibilidades casi normales.

---

(3) Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud, 2da edición, 1995 Elia Beatriz Pineda. Eva Luz de Alvarado. Francisca de Canales. Problema y objetivos Pág.49.

(4) Manual de diabetes mellitus. Disponible en <http://www/1ra ed.>, Epidemiología de la diabetes mellitus en Costa Rica, Pfizer 1982:13-28.

(5) Costilla E. I. Martínez P. C. Años de vida productiva perdidos por complicaciones de Diabetes. Revista Salud Pública y Nutrición. Facultad de Salud Pública y Nutrición, Universidad Autónoma de Nuevo León. México 2003.

# Capítulo II

# Marco Teórico

## 2-A

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica considerada como un problema para la Salud Pública, tanto en los países desarrollados como en los de vía de desarrollo. En muchos países es una causa importante de muerte, discapacidad y altos costos de atención de la salud. La Organización Mundial de la Salud,(6) “estima que la Diabetes Mellitus afecta a millones de personas y afectará aún más a corto plazo en todo el mundo y muchos de estas personas no tienen acceso a un tratamiento preventivo eficaz contra la enfermedad”.

En 1989, se reconoce que la diabetes es un problema de Salud Pública Internacional la 42ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó unánimemente una resolución, solicitando a todos los estados miembros la medición y evaluación de la mortalidad nacional por Diabetes Mellitus y la implementación de medidas para su prevención y control, así como para impartir con otras naciones la iniciativa de entrenamiento y educación.

La Diabetes Mellitus tipo II es la más común de la diabetes y su prevalencia aumenta a partir de la tercera edad de vida aproximadamente entre los 50 o 60 años.y en la mayoría de los casos, los portadores desconocen su enfermedad. En algunos países desarrollados y en vías de desarrollo los casos no diagnosticados pueden exceder los diagnosticados.

Hay 171 millones de pacientes con diabetes en el mundo. Se supone que esta cantidad será el doble entre el 2000 y el 2030, llegando a 366 millones.

La cantidad de personas con diabetes en el mundo está aumentando debido al crecimiento de la población, al envejecimiento, la urbanización, la inactividad física y la obesidad.

La prevalencia de la diabetes en la Argentina es de aproximadamente del 7% lo que representa más de 2.800.000 pacientes.

La importancia socio sanitaria de la diabetes mellitus es muy grande en nuestro país donde su prevalencia alcanza cifras elevadas y produce un impacto socioeconómico importante que se traduce en una gran demanda de los servicios ambulatorios, hospitalización prolongada, ausentismo laboral, discapacidad y mortalidad, producto de las complicaciones agudas y crónicas.(7)

En la Argentina el 86% de las muertes en los pacientes diabéticos se debe a eventos cardiovasculares.

De las personas identificadas sólo aproximadamente la mitad conocen y tratan su enfermedad., por otra parte alrededor del 30% de las persona que conocen su enfermedad no hacen ningún tipo de tratamiento, y el 66 % de los que lo hacen tienen un grado de control metabólico pobre. En consecuencia 2/3 de las personas con diabetes padecen complicaciones crónicas de la enfermedad.

La aparición de complicaciones crónicas de la Diabetes Mellitas tipo II, les dan a esta de enfermedad un alto grado de morbilidad y discapacidad.

Los porcentajes de causa estimada según el Ministerio de Salud Publica son aproximadamente:

Amputaciones no traumáticas de miembros inferiores -----48%

Casos de infarto agudo de miocardio -----15%

Paciente sustitutos renales----- 13%

Es la primera causa de ceguera no traumática del adulto y ocupa un lugar importante como causa del accidente cerebro vascular.

Es también responsable de la ocupación de alrededor del 8% de las camas de los hospitales públicos con estadias más prolongados y costosas que los ocupados por personas sin Diabetes Mellitas.

---

(6)ProgramaNacionaldeDiabetesPRONABIA1999 Disponible en: [htm/site/pdf/pronadia.pdf](http://site/pdf/pronadia.pdf).

(7) Ley sobre diabetes Ministerio de Salud Publica.Disponible en [http://pdf/ministerio de salud pública](http://pdf/ministerio%20de%20salud%20p%C3%BAblica).

Por otra parte la aparición de complicaciones crónicas de los pacientes diabéticos produce un aumento significativo del ausentismo laboral y ubica a la enfermedad entre las primeras cinco causas de jubilaciones prematuras por discapacidad en los empleados de la Administración Pública de la provincia de Bs. As.

(8) La diabetes es un padecimiento cuya irreversibilidad y permanencia en el organismo de un sujeto la definen como una enfermedad crónico-degenerativa. Se sabe de la existencia de diabéticos desde épocas muy remotas, ubicándose el Papiro de Ebers (1150 A.C.) como uno de los primeros documentos en donde se menciona esta enfermedad. Los egipcios y los romanos ya se hacían preguntas respecto al origen y las consecuencias de la diabetes utilizando, además, métodos efectivos de diagnóstico como la prueba de la orina.

Se conocen dos tipos de diabetes, una llamada diabetes mellitus tipo I o insulino dependiente, que generalmente se presenta en personas menores de 30 años, con antecedentes hereditarios de diabetes y que requiere, para su tratamiento, de constantes inyecciones de insulina. Es considerada como lábil debido a su difícil control. La otra diabetes es la tipo II, o no insulino dependiente, que se manifiesta generalmente en adultos mayores de 30 años, no necesariamente con antecedentes heredo-familiares de diabetes y cuyo tratamiento requiere, en la mayoría de los casos, de agentes hipoglucemiantes orales.

(9) La Diabetes Mellitus es un síndrome caracterizado por un déficit absoluto o relativo de insulina, provocado por múltiples factores que tiene como consecuencia un aumento de la concentración de glucosa en sangre por encima de nivel normal: hiper glucemia. En estas circunstancias, la cantidad de glucosa que se filtra en el riñón supera la capacidad de este órgano para reabsorberla, por lo que la glucosa aparece en la orina y origina glucosuria, (presencia de glucosa en orina)

Esta enfermedad metabólica se caracteriza fundamentalmente por la hiperglucemia y los síntomas relacionados con ella, tanto a corto como a largo plazo. Los síntomas a corto plazo dependen del grado de hiperglucemia, pudiendo ser nulos o evidentes, y en este caso los síntomas más importantes consisten en poluria, polidipsia, y también polifagia, que suele acompañarse de pérdida de peso y astenia. Los síntomas a largo plazo están relacionados con las complicaciones específicas, los cuales dependen fundamentalmente del tipo de evolución de la enfermedad y del grado de hiperglucemia.

¿Porque nace esta enfermedad? es algo no aclarado totalmente. Se sabe que pueden intervenir muchos factores, como por ejemplo:

- factores hereditarios.
- hábitos alimentarios.
- alteraciones pancreáticas, como inflamaciones o intervenciones quirúrgicas
- procesos infecciosos - auto inmunes
- estrés
- obesidad.

De manera general, se diferencian dos tipos de diabetes, dependiendo de la edad a la que aparece

- Diabetes tipo I o juvenil: Aparece en edades tempranas normalmente, pero su aparición se puede dar hasta los 30 años. El páncreas deja de producir totalmente la insulina. La aparición es súbita.

- Diabetes tipo II o del adulto: Aparece a partir de los 40 años. La producción de insulina del páncreas puede ser incluso mayor de lo normal, y el organismo desarrolla resistencia a ella. La padecen el 15% de los mayores de 70 años

---

(8) Ley /Diabetes, Disponible en <http://www.alfinal.com/shml>.

(9) (Sitio en Internet) Salud Pública Méx. 1993; Vol. 35(2):169 .Disponible en <http://www.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id>

Todos los tipos de diabetes tienen unos síntomas comunes:(10)

- Hiperglucemia: La cantidad de azúcar en sangre suele ser entre 70 y 110 mg/dl. Cuando supera los 150 mg/dl, ya hay hiperglucemia, exceso de glucosa en la sangre.
- Polifagia: Las células al no absorber los hidratos de carbono, quedan desnutridas y esto produce un hambre continua, llamado "hambre tisular".
- Poliuria: Exceso de orina, ya que el organismo intenta deshacerse del exceso de azúcar.
- Polidipsia: Debido a la poliuria el cuerpo pierde muchos líquidos. Por ello aparece una sed intensa, consumiéndose una gran cantidad de agua.
- Astenia: Cansancio excesivo. Esta provocado por la mala utilización de la glucosa en los músculos.
- Adelgazamiento
- Prurito: Picor localizado por la acumulación de glucosa en la piel.

El diagnóstico de esta enfermedad puede realizarse, primero alarmado por los típicos síntomas, tras observar mala cicatrización de las heridas.

-Análisis de sangre.

Análisis de orina, ambos para determinar la cantidad de azúcar.

Curva de glucemia: Determina las variaciones de la cantidad de azúcar en la sangre tras la ingestión de una cantidad fija de azúcar El verdadero problema de la diabetes es todas las complicaciones que le pueden acompañar.

- 1) Neurológicas: dolores neurálgicos, encefalopatía diabética, impotencia sexual...
- 2) Renales: Como la glomeruloesclerosis diabética y las infecciones urinarias. El riesgo es 25 veces mayor en los diabéticos.
- 3) Oculares: La lesión más popular es la retinopatía diabética, la obstrucción de los capilares sanguíneos del globo ocular. El 25% de las cegueras son debido a esto.
- 4) Cutáneas: Infecciones en la piel, ulceraciones, sequedad, ampollas... e incluso gangrena.
- 5) Cardiovasculares: Los diabéticos tienen una gran tendencia a desarrollar arteriosclerosis.

Esto puede provocar anginas de pecho, infartos, insuficiencia cardíaca y otros problemas en distintos aparatos y órganos: hígado graso, artropatías.

También recordar los comas: diabético (exceso de glucosa) e insulínico (déficit de glucosa en sangre).

Es importante que las personas que debutan tempranamente con esta enfermedad sepan como prevenirse de las complicaciones futuras y, en que consisten las mismas. Que deben hacer diariamente para sentirse sanos a pesar de la enfermedad., estar bien informado sobre como prevenir males mayores conviviendo con la diabetes tipo II.

Aquella persona que debuta con un alto grado de glucosa en sangre debe saber que a partir de allí debe empezar a controlar su alimentación, la dieta y la actividad diaria, que son las medidas terapéuticas fundamentales para afrontar esta enfermedad. Es necesario saber como debe mantener el cuidado de la piel y los pies, en caso de callosidades grietas o asperezas, así también que tipos de zapatos y plantillas son convenientes. Si el **autocuidado** es necesario para todo ser humano, enfermo o sano, lo es fundamental en este tipo de patologías. (12)

---

(10) El control glicérico, conocimiento y autocuidado. Guzmán-Pérez María Elizabeth, Cruz-Cauch

.(11)Publicaciones/Revista/Enfermería/Disponible en [http/](http://) Pág. 21. 05. htm. 8.

(12) Enfermeras teóricas.Disponible en.<http://www.terra.es/personal/duenas/teorias3.htm>

Dorotea Orem concibe al ser humano “como un organismo biológico, racional y pensante”. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente. Según Dorotea Orem., “el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo”.

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con autocuidado.

“Los requisitos de autocuidado universal son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, del agua, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

- Los requisitos de autocuidado del desarrollo es promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez”. Además define el objetivo de la enfermería como: “ Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”. También afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: “actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo”. (13)

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

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

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

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

1-“Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.

2.- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.

3.- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.

4.- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.

5.- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizarar.

---

(13)Enfermerasteóricas.Ibíd. pag, Disponible en/ <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias3.htm>.

(14) Si el objetivo en estos pacientes es lograr el autocuidado, es necesario que previamente les demos la **información** sobre que es la diabetes, como repercute en el organismo, el estado constante de hiperglucemia y de que medios, (dieta, fármacos, ejercicios) se dispone para corregirla.

Es necesario que los pacientes sepan que la diabetes:

-Es una enfermedad frecuente.

-Es una enfermedad crónica (no curable).

-Su causa está relacionada con una falta total o parcial de insulina.

Según el nivel de comprensión se podrán explicar:

-Las razones de la polidipsia, la polifagia y la poliuria.

-Como actúan los alimentos (hidratos de carbono) en el organismo.

-Como actúa la insulina orgánica.

-Que el tratamiento de la diabetes se basa en tres pilares fundamentales, cada uno de ellos con la misma importancia:

**Dieta.**

**Ejercicio.**

**Fármacos.**

-Que la adquisición de **conocimientos** de la enfermedad es parte fundamental del tratamiento.

La forma de explicar, dependerá mucho el nivel de comprensión del paciente. A veces, simples ejemplos ilustrativos pueden facilitarla. Algunos ejemplos pueden ser los siguientes:

-Hidratos de carbono: comparables a la gasolina de un coche. Son la energía del cuerpo.

-Sangre: tren cargado de azúcares.

-Insulina: llave que abre la puerta de la célula donde se ha descargado el azúcar.

-Células: pequeños motores, imprescindibles, que mantienen el funcionamiento del cuerpo y que utilizan la energía.

**Educar** a los pacientes sobre su enfermedad constituye un recurso terapéutico básico. Los cuidados de enfermería en el paciente diabético tienen como meta fundamental educar, orientar, aconsejar y participar con el paciente en el manejo como la dieta, la insulina o el ejercicio físico.

Los resultados de la educación diabetológica se traducen en un aumento de conocimientos, un mejor control metabólico, un mayor cumplimiento en las medidas terapéuticas, un mayor nivel de participación, colaboración y autonomía del paciente, un menor número de ingresos hospitalarios y, por último, la prevención de las lesiones a largo plazo.

El objetivo de la educación del diabético es proporcionar la información y el adiestramiento necesarios que se capaciten para auto responsabilizarse del tratamiento y control de su enfermedad, y de esta forma acceder a una vida autónoma. (15)

La información debe suministrarse en pequeñas dosis evitando en todo momento la fatiga del paciente. Los elementos más importantes para educar son el diálogo y la comunicación interpersonal que se establece con el paciente.

Es fundamental saber preguntar, escuchar e interpretar fin de obtener una evaluación del paciente en todos los aspectos que puedan influir en el proceso educativo y en el control de la diabetes.

Las personas encargadas de la educación deben gozar de la confianza del paciente y ser las mismas que llevan a cabo el control clínico, de esta forma se integra realmente la actividad educadora con el resto de los cuidados de salud, y el paciente verifica una concordancia entre lo que se explica y lo que se practica.

---

(14) Cervera, P, Clapez, F., y Rigolfas, R. Alimentación y Dietoterapia. Interamericana, Madrid, (1998).

(15) Belbis Bañuls, A y Cols. Diabetes y Educación para la Salud. Revista Rol de Enfermería, rev. 164, 19-25. 1992. Sanitaria de pacientes crónicos Manual de atención Primaria, Barcelona (1999).

Las áreas a valorar en el proceso educativo son las siguientes:

- 1-Conocimientos previos del paciente sobre la diabetes a través de sus experiencias.
- 2-Capacidad de aprendizaje.
- 3- Entorno familiar.
- 4-Hábitos alimentarios, con el fin de adecuar su dieta realizando los mínimos cambios posibles.
- 5-Aspectos psicológicos, estado anímico, actitud (depresión frente a su enfermedad, rebeldía, adaptación.)

El método mas utilizado es la educación individual que se realiza en la consulta de control de enfermería, sin embargo la experiencia de educación en grupos de diabéticos cada vez mas es practicada , obteniéndose resultados satisfactorios tanto para los pacientes como para el personal sanitario que participa en ellos.

La educación grupal favorece la socialización de las experiencias de los componentes, que puede ser en si misma terapéutica, y su eficacia esta relacionada con las aportaciones de los participantes y la interacción entre ellos .Es importante programar y valorar la composición de los grupos y sus características, criterios de inclusión, duración de las secciones, estructuras, papel del educados, etc. (16).

La prevención de la diabetes tipo II, como prevención primaria, debe encaminarse a recomendar a toda población, que eviten la obesidad y reduzcan al mínimo el consumo de azúcar y refinados, lo cual, parece muy simple, pero resulta difícil ya que incide en hábitos alimenticios muy arraigados en la población occidental. En cuanto a la prevención secundaria, debe dirigirse a la detección de casos de forma precoz, ya que tiene una importancia capital para el individuo afecto, pues su tratamiento temprano influirá en el curso evolutivo de las complicaciones específicas tardías.

La dieta es la medida terapéutica esencial y de gran importancia. Radica en el hecho de que el nivel de glucosa en sangre varía con la alimentación. Después de una ingesta siempre se produce un aumento de la glucosa, el cual, lógicamente, será más o menos importante según lo se coma.

De acuerdo con el número de ingestas que se realicen durante el día, se producirá un número determinado de picos en los niveles de glucosa. Por todo ello si se mide la calidad y la cantidad de los alimentos que se consumen y la regularidad con que se ingiere se pueden influir directamente en los niveles de glucosa durante todo el día. (17)

La dieta es tan importante que muchos diabéticos pueden mantener la glucemia dentro de lo normal, solo con la observación de una dieta.

Cuando la dieta no es suficiente para controlar la diabetes es necesario recurrir a los fármacos, pero deben mantenerse unas normas dietéticas precisas.

El objetivo general de la alimentación consiste en mantener un equilibrio metabólico normal, proporcionar un buen estado de nutrición y evitar en lo posible ampliar oscilaciones glucémicas.

La dieta debe adaptarse, en lo posible a las costumbres dietéticas, al horario laboral y a las preferencias y posibilidades económicas de cada diabético, aunque para ellos se parta de un modelo de dieta preestablalecido.

La dieta se fraccionara en cinco o seis comidas horarias (desayuno, suplemento de media mañana, comida., merienda y cena y, en algunos casos un suplemento antes de acostarse).

Las características básicas de la dieta recomendada a los pacientes diabéticos son los siguientes:

Baja en calorías si el paciente es obeso.

---

(16) Trilla, M. y Espluga, A. Educación diabetologica en atencion priamaria. Atención Primaria,n \*especial monografico diabetes. 13, 17, (1999)

(17)(Sanmarti Sala, A.: "El autocontrol en el tratamiento de la diabetes mellitus Medicina Integral". Pág. 18, 61 a 73. 2da edición. Barcelona.

## Hidratos de carbono.

-Se suprimirán los de absorción rápida como son los azúcares refinados y alimentos que lo contenga, y se restringirán moderadamente los alimentos con alto contenido en glucosa y sacarosa (frutas).

Los demás hidratos de absorción lenta (fideos, arroz, pan hortalizas) no deben restringirse, sino que han de constituir el 55% y 60% del aporte calórico, pues contribuye a estabilizar la diabetes.

Para asegurar la correcta aportación de los alimentos de este grupo, el paciente debe acostumbrarse a pesarlos, y de esta forma, llegar a tener una imagen visual bastante exacta del volumen de cada ración. (18)

-Grasa.- deben reducir las grasas saturadas (animales), sustituyendo por las poliinsaturadas que son las vegetales, a fin de prevenir la hiperlipidemias, factor de riesgo cardiovascular, a la que el diabético tiene mayor tendencia.

-Proteínas. - El aporte proteico es parecido al del alimento normal, pero debido al contenido en grasa de los alimentos de origen animal, se aconseja el consumo preferente de pescado, carnes magras, pollo sin piel, y leche descremada, evitando de este modo una sobre carga de grasas saturadas y de colesterol.

-Fibras.- Los alimentos ricos en fibras retardan la absorción de los carbohidratos disminuyendo la intensidad de la hiper glucemia post ingesta por lo que se recomienda su consumo. Siempre que sea posible, se aconsejará comer las frutas con piel y los cereales integrales.

-Consumo de sal: restricción moderada de su consumo, como medida preventiva ante la mayor prevalencia de la hipertensión arterial en los pacientes diabéticos.

La educación dietética a pacientes diabéticos normalmente parte de la asignación de una dieta estándar, en donde contengan hidratos de carbono, con el fin de que su dieta sea más variada, para ello se utilizan dos métodos:

**A.-**El paciente debe conocer bien los alimentos que contengan hidratos de carbono y utilizar un listado de equivalencias en medidas caseras, cucharadas, tazas, etc. Este método se utiliza con frecuencia.

**B.-**El sistema de intercambio por raciones se basa en la utilización de tablas donde constan todos los alimentos, relacionando su peso con la ración de diez gramos de hidratos de carbono, las dietas estándares se calculan del mismo modo. La ventaja de este método es conseguir una dieta mas variada.

Tipos de hidratos de carbono contenidos en algunos alimentos.

Son alimentos de absorcion rapida, azúcar, miel, bebidas azucaradas, confituras, pasteleria, chocolate.

Absorción lenta, pan, cereales, patatas, legumbres, pastas, leche, verduras, hortalizas.

Algunos alimentos de alto contenido en fibras: Col, brecos verdes, puerros, pimientos, alcachofas, col de bruselas guisantes, habas, judías, lentejas, garbanzos, pan integral, cereales integrales, mandarinas, fresones, manzanas con piel, almendras, tomates, zanahorias.

En la diabetes tipo II constituye una pieza fundamental., el ejercicio ayuda a disminuir los niveles de glucemia y reduce la necesidad de insulina, de ahí la conveniencia de insistir en un programa de ejercicio regular, constante y fácil de adaptar a la forma de vida del paciente. La actividad debe ser diaria y moderada

---

(18)Cervera, P, Clapes F, y Rigolfas.R. . Alimentación y Dieto terapia. Interamericana Madrid 2000(8)

En las personas diabéticas tiene gran importancia la higiene bucal y cuidado de los pies. (19) y tienen mayor predisposición a la infecciones de cualquier tipo, especialmente si sus controles no es bueno. Es imprescindible una buena higiene diaria, ya que esta es la mejor arma frente a las infecciones. Hay que hacer especial incidencia en la higiene de la boca y los pies.

Las caries y los problemas de encías son frecuentes en los diabéticos, se debe recomendar una buena higiene bucal, con cepillado diario después de las comidas, ante un problema deben acudir a un odontólogo e informarle que es diabético.

**Cuidado de los pies.** En las personas diabéticas se producen alteraciones en el sistema nervioso y circulatorio que afectan principal mente las extremidades inferiores. Estas alteraciones producen una disminución de los riesgos sanguíneos, por este motivo es posible que pequeñas heridas o erosiones pasen inadvertidas. Entre los diabéticos, la frecuencia de gangrena no infecciosas y amputaciones es 13.2 veces superior a la población no diabética. La educación sanitaria sobre este tema es fundamental en los pacientes de larga duración y en los ancianos. En la actualidad, existen unos procesos experimentales, siendo una nueva esperanza para la curación de esta enfermedad. (20).

- Transplante de células madre embrionarias en el páncreas enfermo  
- Transplante de islotes de langerhans, de donantes fallecidos. Las células se inyectan en el páncreas enfermo combinadas con un fuerte tratamiento inmunosupresor, adaptándose al organismo y comenzando a producir insulina.

- Bomba externa de percusión de insulina. Se compone de un depósito de insulina, un motor, un microprocesador y una fina cánula que el paciente inserta debajo de su piel. Los cuidados de enfermería en el paciente diabético tienen como meta fundamental educar, orientar, aconsejar y participar con el paciente en el manejo de su enfermedad a través de las visitas de control y seguimiento.

El déficit de conocimientos atenta contra la identificación de situaciones de riesgos para el mantenimiento de la salud. El rol de enfermería es promover y estimular todo tipo de actividades y estrategias que conduzcan a aumentar la calidad de autocuidado para cada uno de estos pacientes. El futuro de la practica de enfermería, y en definitiva el futuro del saber de la disciplina, destinado a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y optimización de los recursos disponibles en la comunidad, depende en gran medida de la labor investigadora de sus profesionales y es una responsabilidad irrenunciable de estos, cualesquiera que sean su rango y su área de trabajo. Es probable que se mejore la calidad de vida y se eviten complicaciones en estos pacientes a partir de la información y el conocimiento (21)

## 2-B. Hipótesis

“Los pacientes que tienen mayor nivel de conocimientos sobre su enfermedad presentan mayor nivel de autocuidado”.

---

(19) Atención de enfermería en los problemas crónicos en la salud prevalente. Trilla, m, educación sanitaria de pacientes diabéticos y Cano Pérez, Prevención de la Diabetes.

(20) Nutriologo.co.mx.2006-a4-25/Acerca de la Diabetes. Acción en Ciencias de la Salud en España. Med. Clin. (Barc) 94, 20, 452, 2004.

(21) (Sitio en Internet) Ricoy.J.R. Situación y Perspectiva de la Investigación. Disponible en <http://www.teorias654.htm> 3.

## 2-C. Operacionalización de variables.

### Variable independiente.

#### Conocimiento

Concepto	Dimensión	Indicadores	
(22) El conocimiento es una capacidad humana. Su transmisión implica un proceso intelectual de enseñanza y aprendizaje.	<p><b>Tratamiento y medicación.</b> -Tratamiento: Sinónimo de terapia, o terapéutica, pura. "Es aliviar la enfermedad o síntomas".(23) Medicación: "Es el primer paso del tratamiento para aliviar los síntomas".</p> <p><b>Alimentación.</b> -Sinónimo de dieta, "Es el suministro de nutrientes, necesarios para el funcionamiento del organismo vital". (24)</p>	<p>-Conoce la importancia de respetar horarios y seguimiento de la medicación? (si, no, medianamente)</p> <p>-Conoce la función de cada uno de ellos en el organismo? (si,no,medianamente)</p> <p>-Conoce los valores normales de glucemia. (Si, no, medianamente).</p> <p>-Mantiene valores de glucemia por debajo de 150 mg/dl. (si,no,medianamente)</p> <p>-Conoce la dieta correcta: (Si, no, medianamente).</p> <p>-Conoce que alimentos contienen azúcares: (Si, no, medianamente).</p> <p>-Sabe que alimentos contienen grasas: (Si, no, medianamente).</p> <p>-Conoce los alimentos que son saludables y los que no lo son: (Si, no, medianamente).</p> <p>-Reconoce los alimentos de rápida absorción y los de lenta absorción? (si,no, medianamente)</p>	<p><b>Alto nivel de conocimiento.</b></p> <p>Interpretación clara y precisa de la enfermedad.</p> <p><b>Mediano nivel conocimiento.</b></p> <p>Conocimiento parcial sobre su enfermedad.</p>

(22) Deadalus. Data. Decisions and language. S. A. Disponible en <http://www.congresoretos y expectativasUdg.mx/Congreso%206/Eje%202/Ponencia 225.pdf>

(23) (Sitio en internet) Disponible en <http://ww/isp/irg/ ES.Wikipedia.org/ wiki/ tratamiento.>

(24) (Sitio en internet) Disponible en [www.acambiode.com/intercambio-Alimentacion.HTML.](http://www.acambiode.com/intercambio-Alimentacion.HTML.)

Concepto	Dimensión	Indicadores	
	<p><b>Ejercicios.</b></p> <p>-Son actividades físicas, pueden ser orientadas a un logro o a un objetivo como salud deportivo, recreación etc.(25)</p> <p><b>Complicaciones</b></p> <p>-Situación que agravan y alargan el proceso del tratamiento de una enfermedad que puede o no ser propia de ella.(26)</p>	<p>-Conoce que actividades físicas es saludable para esta enfermedad: (Si, no, medianamente)</p> <p>-Reconoce que las caminatas es uno de los pilares fundamentales para prevenir complicaciones: (Si, no, medianamente)</p> <p>-Conoce el proceso de la enfermedad : (Si,no,medianamente)</p> <p>-Sabe que órganos son sensibles a esta enfermedad: (Si,no,medianamente)</p> <p>-Reconoce cuáles son las complicaciones mas frecuentes: (si,no,medianamente)</p> <p>-Conoce cómo evitar las complicaciones: (si,no,medianamente)</p>	<p><b>Bajo nivel de conocimiento.</b></p> <p>No interpreta el proceso de su enfermedad.</p>

(25)(Sitio en Internet) [www/ igs/ ES.ANSWERS.yahoo.com/cuestion/index](http://www/igs/ES.ANSWERS.yahoo.com/cuestion/index)

(26)(Sitio en Internet) [www.wordreference.com/definicion/complicacion](http://www.wordreference.com/definicion/complicacion)

## Autocuidado

### Variable dependiente

Concepto	Dimensión	Indicadores	
<p><b>El autocuidado</b> -Es una actividad aprendida por los individuos hacia un objetivo.</p>	<p><b>Tratamiento y medicación.</b> -Tratamiento: Sinónimo de terapia, o terapéutica pura. Es aliviar la enfermedad o síntomas. Medicación: Es el primer paso del tratamiento para aliviar los síntomas.</p> <p><b>Alimentación.</b> Sinónimo de dieta, es el suministro de nutrientes, necesarios para el funcionamiento del organismo vital</p>	<p>-Realiza controles médicos periódicamente: (Si, no, medianamente). -Cumple en los horarios de los mismos? (Si, no, medianamente) -Mantiene valores normales de glucemia. (Si, no, medianamente) -Cumple en horarios su medicación. (Si, no, medianamente)</p> <p>-Reconoce la dieta correcta: (Si, no, medianamente) -Consume alimentos que contienen hidratos de carbono: (Si, no, medianamente) -Consume verduras y frutas: (si, no, medianamente) -Consume alimentos que contienen fibras: (si, no, medianamente) -Mantiene su peso corporal: (Si, no, medianamente) -Consume alimentos con sal: (Si, no, medianamente) -Cumple con los horarios de la alimentación: (Si, no, medianamente)</p>	<p><b>Alto nivel de autocuidado.</b></p> <p>Interpretación clara y precisa del cumplimiento total del tratamiento.</p> <p><b>Mediano nivel de autocuidado.</b></p> <p>Comprensión parcial de la forma de cuidarse en cuanto al tratamiento, alimentación y actividades físicas.</p>

	<p><b>Ejercicios.</b> -Son actividades físicas, pueden ser orientadas a un logro o a un objetivo como: salud deportivo, recreación, etc.</p> <p><b>Prevención.</b> Actitudes o conductas adoptadas que evitarán enfermedades o complicaciones futuras.</p>	<p>-Realiza actividades físicas: (Si,no,medianamente) -Realiza caminatas: (Si,no,medianamente) -Realiza tareas cotidianas: (Si,no,medianamente) -Realiza otros deportes: (Si,no,medianamente)</p> <p>-Realiza control de análisis de sangre y orina según necesidad: (si,no,medianamente) -Cumple con los cuidados preventivos que demanda la enfermedad: (si,no,medianamente)</p>	<p><b>Bajo nivel de autocuidado.</b></p> <p>No realiza el tratamiento correcto, pilares básicos que son fundamentales en el tratamiento: medicación, actividad física y alimentación correcta.</p>
--	--	--	--

# Capítulo III

# Diseño Metodológico

### **3-A Metodología**

-El presente proyecto de investigación no experimental descriptivo, se realizó en el Hospital Interzonal General de Agudos, en Mar del Plata, provincia de Buenos Aires, con pacientes diabéticos tipo II, que concurren a las charlas educativas en el Auditorium del Hospital.

Con el permiso y autorización del encargado y responsable del plan educativo Dr. Raúl Suárez y Dr. Guzman Rodriguez. (PRODIABA), (que abarca según datos estadísticos de zona octava del Partido de General Pueyrredón, 827 pacientes pertenecen a HIGA, 90 pacientes pertenecientes a HIEMI, y 1200 a municipios de la costa.) Para el siguiente trabajo se escogió una población de 40 pacientes diabéticos tipo II que conocen su enfermedad y que concurren además de las charlas para controles por consultorios externos, entre las edades de 40 y 70 años, y para ello se realizó un análisis de proceso de respuestas sobre conocimientos y autocuidado de su enfermedad. .

-La muestra fue no probabilística, por conveniencia o de tipo accidental durante el periodo de julio de a diciembre del año 2008.

El método de recolección de datos fue a través de entrevista a los participantes, con guías semiestructuradas, con preguntas cerradas y abiertas, realizados en los meses de julio a diciembre de 2008.

### **3-B.Población**

-El criterio de inclusión estuvo comprendido por personas diabéticos tipo II, entre las edades de 40 a 65 años, y el lugar de las entrevistas fue realizado en el mismo salón donde reciben información educativas y conocimientos sobre su enfermedad.

## Cédula de entrevista

### **Situación familiar**

-Edad:

-**Instrucción:** (primaria) (secundaria) (terciaria o universitaria).

-Vive con algun familiar. marido, hijos, nietos, otros.

-Trabaja (si) (no) (a veces). (más de 8 hs, menos de 8 hs).

-Tiempo de la enfermedad: (más de 10 años, menos de 10 años).

### **Conocimiento**

#### **Tratamiento y medicación:**

Toma medicación

Si, no

-Conoce que medicación toma?

Alto conocimiento, mediano, bajo conocimiento.

- Sabe que efecto produce cada uno de ellos en el organismo

Alto, mediano, bajo

- Conoce el proceso de su enfermedad?

Alto, mediano, bajo.

-Tiene conocimiento de su enfermedad?

Alto, mediano, bajo.

-Sabe cuál es el órgano que tiene deficiencia en producir insulina?

Alto, mediano, bajo.

-Qué es la insulina?

Alto, mediano, bajo.

-Cuál es su función en el organismo?

Alto, mediano, bajo.

-Qué es hiperglucemia y que es hipoglucemia? Y qué consecuencias producen ambas?

Alto, mediano, bajo.

-Qué tipo de análisis es una hemoglobina glicosilada?

Es diferente a la prueba de pinchazo en el dedo?

Alto, mediano, bajo.

-Porque es importante tener una hemoglobina glicosilada por debajo de 7?

Alto, mediano, bajo

### **Alimentación**

- Tiene conocimientos sobre una nutrición adecuada?

Alto, mediano, bajo.

-Sabe qué alimentos contienen grasas?

Alto, mediano, bajo.

-Conoce los alimentos que tienen absorción rápida y los de absorción lenta?

Alto, mediano, bajo.

- Conoce la forma de llevar una alimentación correcta?

Alto, mediano, bajo.

### **Actividades**

-Conoce qué actividades físicas es recomendable para esta enfermedad?

Si, no, medianamente.

-Sabe que caminar es recomendable?

Si, no

### **Prevención**

- Conoce la forma de prevenir futuras complicaciones de la enfermedad?  
Alto, mediano, bajo
- Sabe cuáles son los primeros órganos afectados?  
Alto, mediano, bajo.
- Sabe que las complicaciones son el resultado de un tratamiento incompleto?  
Si, no, medianamente
- Que sucede en caso del abandono, o no realización completo del tratamiento.  
Alto, mediano, bajo.

### **Autocuidado.**

#### **Tratamiento y medicación.**

- Asiste a controles médicos?  
Si, no, medianamente
- Asiste en fecha de control?  
Si, no, a veces
- Cumple en horarios la medicación?  
Si, no, medianamente.
- Necesitó ajustes de medicación durante el tratamiento  
Si, no.
- Mantiene valores normales de glucemia?  
Alto, medianamente, bajo.

#### **Alimentación**

- Reconoce la alimentación correcta ?  
Si, no, medianamente.
- Incorpora a su limentacion grasas y azúcares?  
Poca, bastante, casi nada.
- Consume cereales, verduras, frutas, pollo sin piel, carnes magras, pescados?  
Si, no, medianamente.
- Cumple con las cuatro comidas del plan nutricional?  
Si, no, medianamente.
- Tiene dificultad por horarios laborales, solvencia económica para continuar con la dieta?  
Si, no, medianamente.
- Mantiene su peso corporal?  
Si, no, medianamente.

#### **Ejercicios**

- Realiza actividades físicas?  
Si, no, medianamente.
- Realiza tareas cotidianas?  
Si, no, medianamente.
- Realiza caminatas?  
Si, no, medianamente.
- Realiza otros deportes?  
Si, no, medianamente.

#### **Prevención**

- Cumple con los cuidados preventivos que demanda la enfermedad?  
Alto.mediano, bajo

-De acuerdo a las respuestas de los entrevistados sobre el conocimiento de la enfermedad, finalidad del tratamiento se obtuvieron los siguientes resultados.

-Buen nivel de conocimiento

-Mediano nivel de conocimiento.

-Bajo nivel de conocimiento.

Se consideró **buen nivel de conocimiento** a aquel paciente que sabe definir que es la diabetes tipo II.

-Que es la insulina y que importancia tiene en el organismo.

- Que es hiperglucemia y que es hipoglucemia.

-Que nivel de glucemia debe mantener una persona diabética tipo II.

-Que es la prueba de hemoglobina glicosilada.

- Que complicaciones son las más frecuentes e importantes, y porque es importante prevenirse de ellas.

-Cuales son las medidas para prevenir estas complicaciones y llevar un estilo de vida saludable.

-Se consideró **mediano nivel de conocimiento** a aquel paciente que conoce su enfermedad, sus complicaciones, como prevenirse de las futuras complicaciones, pero algunos conceptos aun no los tiene bien definidos, por ejemplo acerca de las complicaciones, porque es importante tener una hemoglobina glicosilada con valor por debajo de 7, y por que hay hacerse la prueba cada 6 o 10 meses.

-Se consideró **bajo nivel de conocimiento** a aquel que no comprende la forma de prevenir complicaciones, como realizar el tratamiento, para que sirve, y porque se debe prevenir antes que ello ocurra.

-De acuerdo a las respuestas de los entrevistados sobre el cumplimiento del tratamiento se determinó:

**Buen nivel autocuidado, mediano nivel de autocuidado, y bajo nivel de autocuidado.**

**Buen nivel autocuidado:**

-El entrevistado que realiza regularmente el tratamiento completo, se entiende por ello, cumplimiento y horario de la medicación, alimentación adecuada, actividades físicas diarias,

**Mediano nivel de autocuidado:**

-El entrevistado que cumple con dos de los pilares básicos, o realiza los tres pero no en forma constante.

**Bajo nivel de autocuidado:**

-El entrevistado que cumple con un sólo pilar básico, generalmente con la medicación, pero no cumple con los restantes, dieta acorde y actividades físicas.

**3-C. Análisis de datos.  
Presentación de tablas y graficos.**

De la encuesta realizada se llegó a los siguientes resultados.

De 40 pacientes entrevistados.

Antigüedad de la enfermedad.

Entre 9 y 10 años: 6 pacientes.

Entre 6 y 7 años: 8 pacientes.

Entre 5 y 4 años: 6 pacientes.

Entre 4 y 3 años : 7 pacientes.

Entre 3 y 2 años: 9 pacientes.

Entre un año y en debut de la enfermedad: 4 pacientes.

Tabla Nº 1

Distribución de la población de estudio según diagnóstico y enfermedad.

Antigüedad de la enfermedad.	9 y 10 Años	6 y 7 Años	5 y 4 Años	4 y 3 Años	3 y 2 Años	1 Año	Total
Pacientes	6	8	6	7	9	4	40

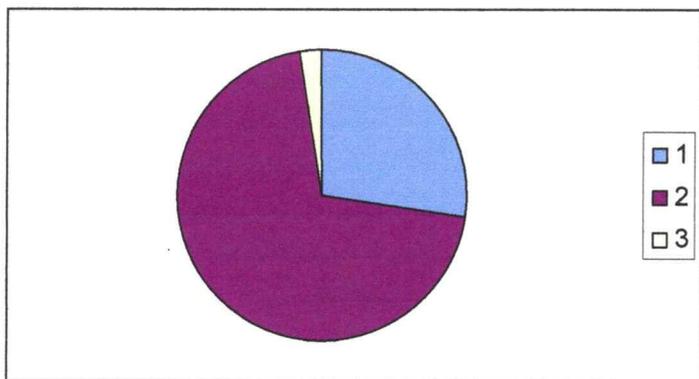
Fuente: 40 pacientes diabeticos tipo II, que participan de las charlas educativas en el Auditorium del (HIGA) en Mar del Plata en los meses de julio a diciembre de 2008.

-De los 40 pacientes entrevistados 30 fueron de sexo femenino y los 10 restantes de sexo masculino.

-De acuerdo a la entrevista sobre el conocimiento se midieron las siguientes variables: instrucción primaria, instrucción secundaria e instrucción terciaria o universitaria, y de acuerdo a la entrevista realizada a los 40 pacientes se llegó a los siguientes resultados.

Gráfico N° 1

**Distribución de la población según niveles de instrucción.**



Fuente: Entrevista a 40 pacientes diabéticos tipo II, que participan de las charlas educativas en Auditorium del (HIGA) en Mar del Plata, en los de julio a diciembre de 2008.

Referencias:

- Instrucción primaria 28. (1)
- Instrucción secundaria 11 (2)
- Instrucción universitaria 1 (3)

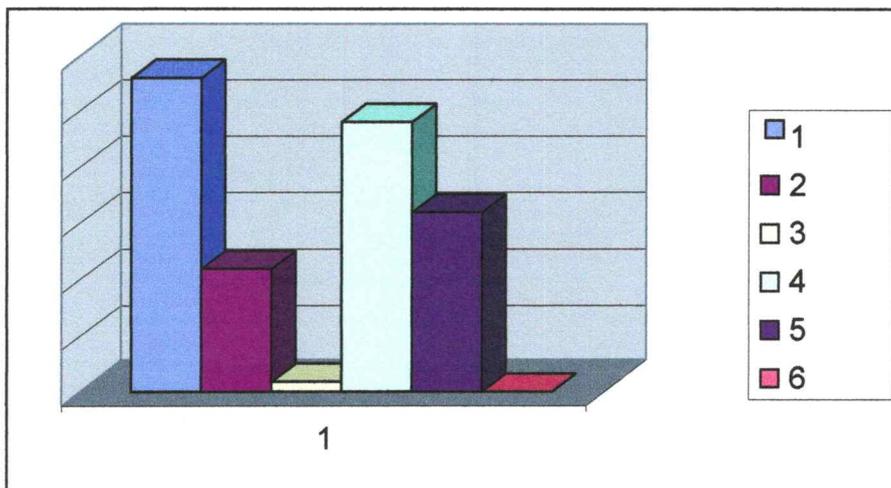
Tabla N° 2

Nivel de instrucción y conocimientos de pacientes diabéticos tipo II que concurren a charlas educativas en Hospital Interzonal Regional de Agudos (HIGA) de la ciudad de Mar del Plata, entrevistados durante los meses de julio a diciembre del año de 2008

Nivel de instrucción.	Nivel de conocimiento				Total
	Alto		Mediano		
	N°	%	N°	%	
Primario	12	33,6	16	57	28
Secundario	11	100	0	0	11
Universitario	1	100	0	0	1
Total	24	60	16	40	40

Fuente: Entrevista a 40 pacientes diabéticos tipo II que participan de las charlas educativas en el Auditorium de la entrevista (HIGA) en Mar del Plata en los meses de julio a diciembre de 2008.

Barra N° 1/ tabla N° 2  
Nivel de instrucción y nivel de conocimientos de los pacientes.

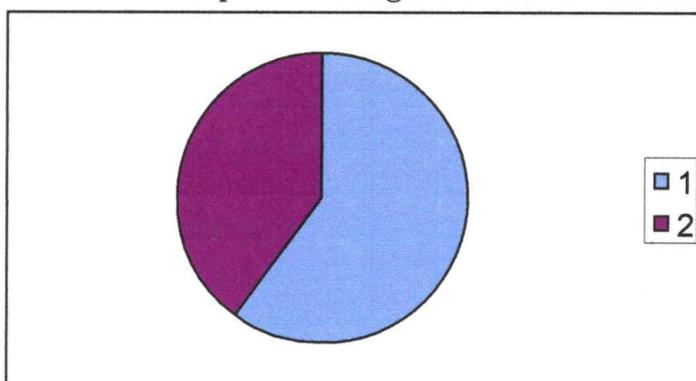


Fuente: Entrevista a 40 pacientes diabéticos tipo II, que participan de las charlas educativas en el Auditorium de la entrevista (HIGA) en Mar del Plata en los meses de julio a diciembre de 2008.

Referencias:

- |                               |                                  |
|-------------------------------|----------------------------------|
| 1) Instrucción primaria       | 4) Buen nivel de conocimiento    |
| 2) Instrucción secundaria.    | 5) Mediano nivel de conocimiento |
| 3) Instrucción universitaria. | 6) Bajo nivel de conocimiento    |

Gráfico N° 2  
Distribución de la población según nivel de conocimiento.

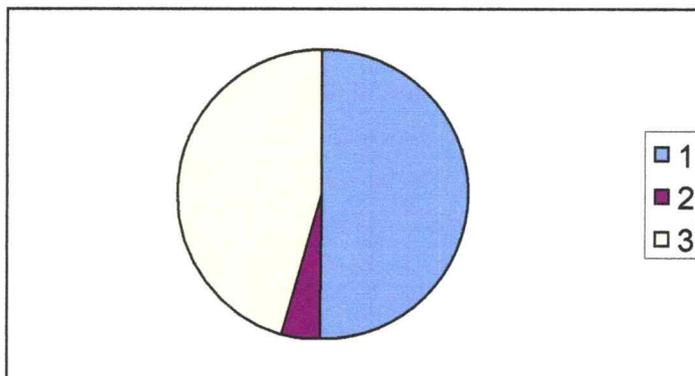


Fuente: Entrevista a 40 pacientes diabéticos tipo II, que participan de las charlas educativas en el Auditorium del (HIGA) en Mar del Plata en los meses de julio a diciembre de 2008.

Referencias:

Alto nivel de conocimiento: 24. (2)  
Mediano nivel de conocimiento: 16 (1)  
Bajo nivel de conocimiento: 0.

Gráfico N<sup>o</sup> 3.  
**Distribución de niveles de conocimiento de 40 pacientes diabéticos tipo II.**



Fuente: Entrevista a 40 pacientes diabéticos tipo II, que participan de las charlas educativas en el Auditorium del (HIGA) en Mar del Plata en los meses de julio a diciembre de 2008.

-Los pacientes con alto nivel de conocimiento 12 tienen instrucción secundaria, 11 instrucción primaria y 1 instrucción universitaria

#### Referencias.

- Instrucción secundaria. 12 (1)
- Instrucción primaria. 11 (2)
- Instrucción universitaria. 1 (3)

-Se observa en la tabla y en el gráfico que los pacientes entrevistados que tienen instrucción secundaria, tienen alto nivel de conocimiento, conformado por un total de 24 pacientes.

Los pacientes de mediano nivel de conocimiento fueron 16 y todos tienen instrucción primaria.

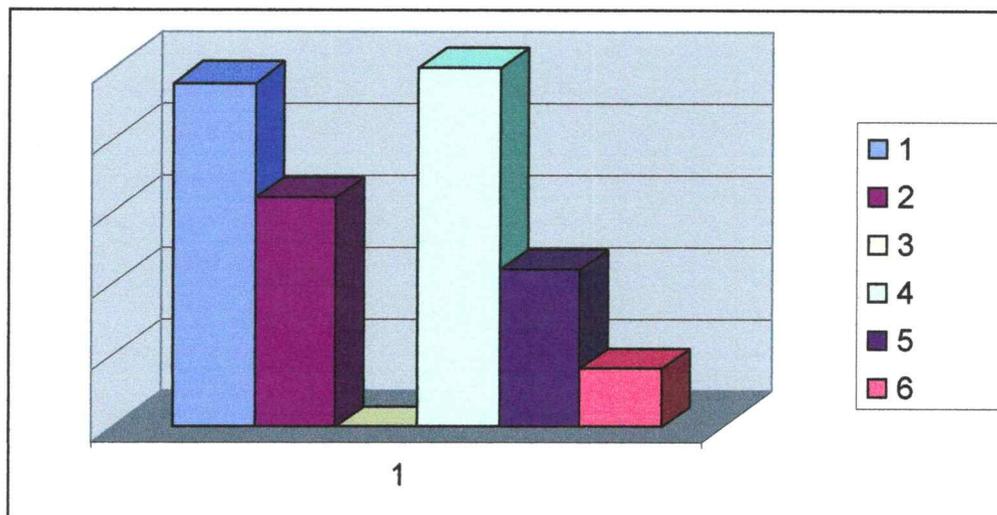
Tabla N° 3.

Distribucion de la población según nivel de conocimiento y autocuidado.

Nivel de de autocuidado							
Niveles de Co- nocimiento.	Alto nivel de Autocui- dado.		Mediano nivel de Autocuidado		Bajo nivel de Autocuidado.		Total
	N°	%	N°	%	N°	%	
Alto	17	70.8	6	25	1	4	24
Mediano	8	50	5	31,25	3	20	16
Bajo	0	0	0	0	0	0	0
Total	25	62,5	11	27,5	4	10	40

Fuente: Entrevista a 40 pacientes diabéticos tipo II, que participan de las charlas educativas en el Auditorium del (HIGA) en Mar del Plata en los meses de julio a diciembre de 2008.

Barra N° 2. /ta bla N° 3  
Nivel de conocimiento y autocuidado de pacientes diabéticos tipo II entrevistados.



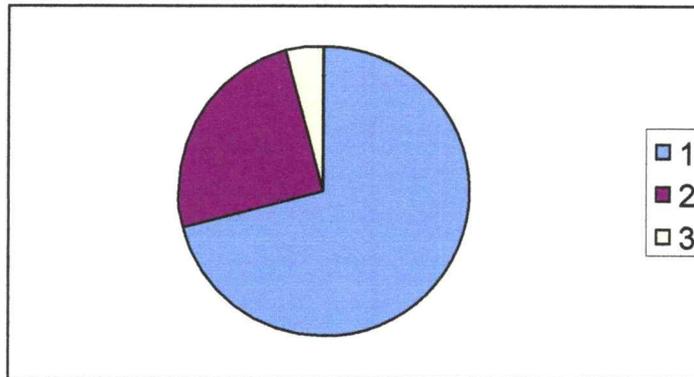
Fuente: Entrevista a 40 pacientes diabéticos tipo II, que participan de las charlas educativas en el Auditorium del (HIGA) en Mar del Plata, en los meses de julio a diciembre de 2008.

Referencias:

- |                                   |                                  |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| 1) Alto nivel de conocimiento.    | 4) Alto nivel de autocuidado.    |
| 2) Mediano nivel de conocimiento. | 5) Mediano nivel de autocuidado. |
| 3) Bajo nivel de conocimiento.    | 6) Bajo nivel de autocuidado.    |

Gráfico N° 4

**Distribución de niveles de autocuidado en 24 pacientes con alto nivel de conocimiento.**



Fuente: Entrevista a 40 pacientes diabéticos tipo II, que participan de las charlas educativas en el Auditorium del (HIGA) en Mar del Plata, en los meses de julio a diciembre de 2008.

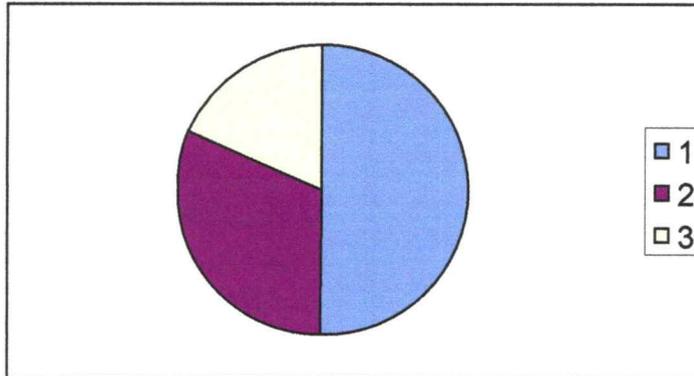
Referencias:

Buen nivel de autocuidado 17. (1)  
Mediano nivel de autocuidado 6. (2)  
Bajo nivel de autocuidado 1. (3).  
Total 24 pacientes.

Se observa en la tabla y en el gráfico que los pacientes entrevistados que tienen **alto nivel de conocimiento** todos tienen instrucción secundaria.

Gráfico N° 5

**Distribución de niveles de autocuidado en 16 pacientes diabéticos tipo II, que cuentan con regular nivel de conocimiento.**



Fuente: Entrevista a 40 pacientes diabéticos tipo II, que participan de las charlas educativas en el Auditorium del (HIGA) en Mar del Plata, en los meses de julio a diciembre de 2008.

Referencias:

Alto nivel de autocuidado. 8 (2)  
Mediano nivel de autocuidado 5 (3)  
Bajo nivel de autocuidado. 3 (1)

-Se observa en el gráfico que aún con mediano nivel de conocimiento se demuestra que existe mayor prevalencia sobre alto nivel de autocuidado.

### Autocuidado/Conocimiento.

**Alto nivel de autocuidado/Alto nivel de conocimiento:**

17 pacientes sobre un total de 24 pacientes, el porcentaje es 70,8%.

**Mediano nivel de autocuidado/Alto nivel de conocimiento:**

6 pacientes sobre un total de 24 pacientes el porcentaje es 25 %.

**Bajo nivel de autocuidado/alto nivel de conocimiento.**

1 paciente sobre un total de 24 pacientes el porcentaje es 4%.

**Mediano nivel de autocuidado/mediano nivel de conocimiento**

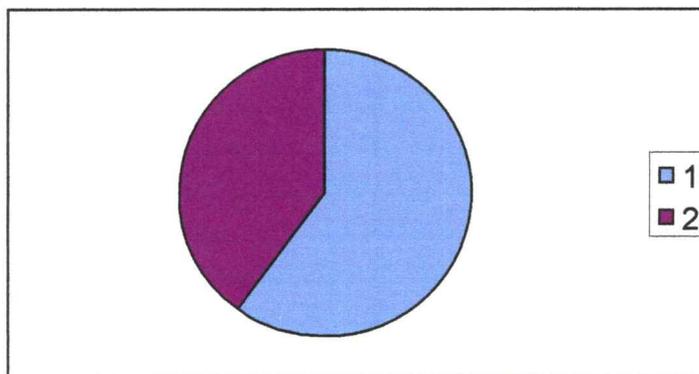
5 pacientes sobre un total de 16 pacientes el porcentaje es 31,25%

**Bajo nivel de autocuidado/ regular nivel de conocimiento**

3 pacientes sobre un total de 16 pacientes el porcentaje es 18,75%.

Gráfico N° 6

**Porcentaje de los niveles de conocimiento en 40 pacientes entrevistados.**



Fuente: Entrevista a 40 pacientes diabéticos tipo II, que participan de las charlas educativas en el Auditorium del (HIGA) en Mar del Plata en los meses de julio a diciembre de 2008.

#### Referencias

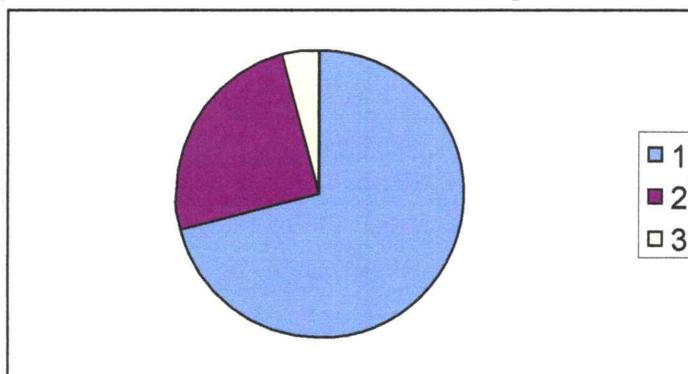
Alto nivel de conocimiento	1- 60%
Mediano nivel de conocimiento	2-40%

Se observa en el siguiente gráfico pacientes con mayor nivel de conocimiento.

**Alto nivel de conocimiento:** 24 pacientes sobre un total de 40 pacientes el porcentaje es 60%.

**Mediano nivel de conocimiento:** 16 pacientes sobre un total de 40 pacientes el porcentaje es 40%.

Gráfico N° 7  
Porcentaje de los niveles de autocuidado en 40 pacientes entrevistados.



Fuente: Entrevista a 40 pacientes diabéticos tipo II, que participan de las charlas educativas en el Auditorium del (HIGA) en Mar del Plata en los meses de julio a diciembre de 2008.

#### Referencias

Alto nivel de autocuidado.	1- 70,8%
Mediano nivel de autocuidado	2- 25%
Bajo nivel de autocuidado	3- 4%

En el siguiente gráfico se observa la prevalencia de un alto nivel de autocuidado con un porcentaje de un 70,8 % de los pacientes que reciben conocimiento y educación.

Tabla N° 4

Distribución de la población según el nivel autocuidado y sus complicaciones. .

Nivel de autocuidado	Complicaciones				Total
	Si tuvieron		No tuvieron		
	N°	%	N°	%	
Alto	2,5	10	25,5	90	25
Mediano	1,1	10	10	90	11
Bajo	0,4	10	3,6	90	4
Total	4	10	36	90	40

Fuente: 40 pacientes diabéticos tipo II, que participan de las charlas educativas en el Auditorium del (HIGA) en Mar del Plata en los meses de julio a diciembre de 2008.

Se tomó como **complicaciones** a aquellos pacientes que tuvieron problemas por hipertensión arterial y aumento de glucemia durante los cinco meses de la entrevista.

#### **Conocimiento/Autocuidado/ Complicaciones.**

##### **Alto nivel de conocimiento/bajo nivel de autocuidado.**

24 pacientes/ 1 paciente

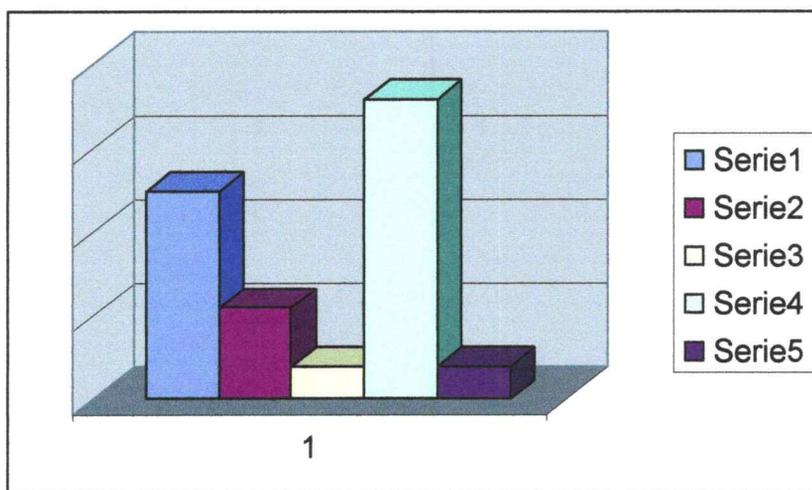
1 paciente con complicaciones el porcentaje, es 4%.

##### **Mediano nivel de conocimiento/bajo nivel de autocuidado:**

16 pacientes/ 3 pacientes

3 pacientes con complicaciones, el porcentaje es 19 %.

Tabla N<sup>a</sup> 4/Barra N<sup>o</sup> 3.  
 Complicaciones según el nivel autocuidado de los pacientes.



Fuente: 40 pacientes diabéticos tipo II, que participan de las charlas educativas en el Auditorium del (HIGA) en Mar del Plata, en los meses de julio a diciembre de 2008.

Referencias:

- |                                 |                                |
|---------------------------------|--------------------------------|
| 1) Alto nivel de autocuidado    | 4) No tuvieron complicaciones. |
| 2) Mediano nivel de autocuidado | 5) Si tuvieron complicaciones  |
| 3) Bajo nivel de autocuidado    |                                |

# Capítulo IV

# Conclusiones

-El siguiente trabajo tuvo como finalidad, analizar los niveles de conocimiento y autocuidado, con el fin de evitar posibles complicaciones futuras.

La población estudiada estuvo constituida por 40 pacientes diabéticos tipo II que asisten voluntariamente a las charlas educativas brindadas por el personal de salud.

-La mayoría de estas personas son pacientes ambulatorios, entre las edades de 40 a 65 años, ellos no cuentan con cobertura social y la mayoría son de sexo femenino.

-Quedó demostrado según la entrevista y el proceso de análisis de datos que los pacientes que cuentan con instrucción secundaria tiene un alto nivel de conocimiento en relación con los que tienen instrucción primaria, y por ende tienen un mayor nivel de autocuidado. Durante el tiempo que están asistiendo al programa la mayoría de ellos, no han tenido inconvenientes por problemas de la enfermedad.

-Tres de los pacientes que tuvieron complicaciones cuenta con un buen nivel de conocimiento y los dos siguientes cuentan con un regular nivel, y significó una excepción entre los 40 pacientes entrevistados.

- También se comprobó en los gráficos que los que pacientes que tienen buen nivel de conocimiento, está relacionado con los pacientes que tienen buen nivel de autocuidado, y que llevan un estilo de vida saludable.

- Pudimos observar también que los pacientes internados por complicaciones en el Hospital Interzonal de Agudos, por ejemplo: internaciones por descompensación diabética, hipertensión arterial, retinopatías, cardiopatías, insuficiencia renal, pie diabético, o por glucemias elevadas. Ellos no tienen conocimiento sobre el proceso de la enfermedad y las complicaciones, y por ende no aplican el autocuidado sobre sí mismo. Tampoco tienen conocimiento de la existencia del programa educativo del Hospital, motivando sus reiteradas internaciones por complicaciones severas.. Esto se evidencia a partir que ninguno de ellos concurrió al programa de conocimiento y educación sobre la diabetes.

- Los educadores de la salud sostienen que nadie ignora totalmente un tema, pero es cierto también que nadie se educa solo.

- El conocimiento, y autocuidado se adquiere a medida que se ofrecen elementos y fundamentalmente se crea situaciones de aprendizaje. Estos hechos reales de pacientes con complicaciones ocurrido en las salas de internación del Hospital, nos ponen de manifiesto que aún falta incentivar y fomentar la necesidad de concurrir a este programa. Esto nos lleva a la conclusión de que es la única forma que estos pacientes lleven un estilo de vida casi saludable, de esta forma se podrá disminuir el porcentaje de las complicaciones de los pacientes diabéticos tipo II.

- Se sugiere que para la continuación del proyecto, el investigador utilice un mayor número de población que le permita realizar un estudio investigativo correlacional, donde se pueda definir con más exactitud y precisión si existe la relación entre el conocimiento de la enfermedad y el autocuidado.

## **Bibliografia**

- (1) Cano, J.F. y Trilla, M.: *Diabetes Mellitus*. En Martin Zorro, A., Y Cano, J., f(dirs): *Manual de Atención Primaria*, pag.234-236., 2ª ed. Doyma, Barcelona 1994.
- (2) Artículo científico, Dolores Saavedra Martínez. Hospital General Regional de Guadalajara. Disponible en [http/ pag .079. htm](http://pag.079.htm) 790
- (3) Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud, 2da edición, 1995  
Elia Beatriz Pineda. Eva Luz de Alvarado. Francisca de Canales. Problema y objetivos Pág.49.
- (4) Manual de diabetes mellitus. Disponible en [http/www/1ra ed.](http://www.1ra.ed.), *Epidemiología de la diabetes mellitus en Costa Rica*, Pfizer 1982:13-28.
- (5) Costilla E. I. Martínez P. C. Años de vida productiva perdidos por complicaciones de Diabetes. *Revista Salud Pública y Nutrición*. Facultad de Salud Pública y Nutrición, Universidad Autónoma de Nuevo León. México 2003.
- (7) Ley sobre diabetes Ministerio de Salud Pública. Disponible en [http/pdf /ministerio de salud pública](http://pdf/ministerio.de.salud.pública).
- (8) Ley /Diabetes, Disponible en <http://www.alfinal.com/.shml>.
- (9) (Sitio en Internet) Salud Pública Méx. 1993; Vol. 35(2):169. Disponible en <http://www.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id>
- (10) El control glicémico, conocimiento y autocuidado. Guzmán-Pérez María Elizabeth, Cruz-Cauich .
- (11) Publicaciones/Revista/Enfermería/Disponible en [http/](http://) Pág. 21. 05. htm. 8.
- (12) Enfermeras teóricas. Disponible en <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias3.htm>.
- (13) Enfermeras teóricas. *Ibid.* pag, Disponible en <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias3.htm>.
- (14) Cervera, P, Clapez, F., y Rigolfas, R. *Alimentación y Dietoterapia*. Interamericana, Madrid, (1998).
- (15) Belbis Bañuls, A y Cols. Diabetes y Educación para la Salud. *Revista Rol de Enfermería*, rev. 164, 19-25. 1992. *Sanitaria de pacientes crónicos Manual de atención Primaria*, Barcelona (1999).
- (16) Trilla, M. y Espluga, A. Educación diabetológica en atención primaria. *Atención Primaria*, n "especial monográfico diabetes. 13, 17, (1999)
- (17) (Sanmarti Sala, A.: "El autocontrol en el tratamiento de la diabetes mellitus *Medicina Integral*". Pág. 18, 61 a 73. 2da edición. Barcelona.
- (18) Cervera, P, Clapes F, y Rigolfas. R. . *Alimentación y Dieto terapia*. Interamericana Madrid 2000(8)
- (19) Atención de enfermería en los problemas crónicos en la salud prevalente. Trilla, m, educación sanitaria de pacientes diabéticos y Cano Pérez, *Prevención de la Diabetes*.
- (20) [Nutriólogo.co.mx](http://Nutriólogo.co.mx). 2006-a4-25/Acerca de la Diabetes. *Acción en Ciencias de la Salud en España*. *Med. Clin. (Barc)* 94, 452, 2004.
- (21) (Sitio en Internet) Ricoy. J.R. Situación y Perspectiva de la Investigación. Disponible en [http/www teorias654 htm](http://www.teorias654.htm) 3.
- (22) Deadalus. Data. Decisions and language. S.A. Disponible en [http/www.congresoretos y xpectativasUdg.mx/Congreso%206/Eje%202/Ponencia 225.pdf](http://www.congresoretos y xpectativasUdg.mx/Congreso%206/Eje%202/Ponencia 225.pdf).
- (23) (Sitio en internet) Disponible en [http/ww/isp/irg/ ES.Wikipedia.org/ wiki/ tratamiento](http://ww.isp/irg/ES.Wikipedia.org/wiki/tratamiento).
- (24) (Sitio en internet) Disponible en [www/acambiode.com/intercambio-Alimentacion.HTML](http://www.acambiode.com/intercambio-Alimentacion.HTML)
- (25) (Sitio en Internet) [www/ igs/ ES.ANSWERS yahoo.com/cuestion/inde](http://www/igs/ES.ANSWERS.yahoo.com/cuestion/inde).
- (26) (Sitio en Internet) [www.wordreference.com/definicion/complicación](http://www.wordreference.com/definicion/complicación).

# **Anexos**

**En la provincia de Bs. A, (PRODIABA)  
Que es el PRODIABA? Y a quien esta dirigido?**

**El PRODIABA es el programa de prevención diagnostico y tratamiento de pacientes diabéticos.** Esta dirigido a la población que padece esta enfermedad crónica y que no tenga cobertura de obra social. En la actualidad entrega información preventiva e insumos a 74.000 bonaerenses diabéticos.

**Que cobertura brinda?**

Brinda insulina inyectable y en comprimidos. Anualmente entrega jeringas, agujas para la aplicación de insulina, tiras reactivas para detención del nivel de glucosa y cuerpos ce tónicos en orina, como así también una ampolla de glucagon. lo que se aplica cuando el azúcar en la sangre desciende a valores inferiores a los normales (menor o menos de 60 mg / dl.

**Como se accede al programa?**

Para contar con los beneficios del programa solo hace falta concurrir al servicio social de cualquier Hospital Público, provincial o municipal--. Allí se solicitara a los interesados completar una encuesta en la que se deja constancia de la carencia la cobertura social.

**Información básica de la enfermedad**

La diabetes es uno de los problemas de salud de mayor importancia en el mundo con una cifra de 151 millones de personas diabéticas y con un incremento del 50% de los enfermos en la última década.

Se estima que en la Argentina existe más de millón y medio de diabéticos.

Esta patología crónica deriva de que el organismo sea incapaz de usar y almacenar apropiadamente la glucosa, lo que provoca la permanencia en sangre en cantidades inferiores a los normales.

**Este programa esta integrado por los siguientes profesionales:**

**Un diabetologo, un clínico, un oftalmologo, un cardiólogo, y un nefrólogo.**

**¿Que es la diabetes?**

La diabetes es una enfermedad que impide el correcto aprovechamiento de los alimentos que consumimos.

En el mundo hay muchas personas con diabetes, una afeccion hereditaria y cronica.

En Sudamerica, las estadisticas arrojan aproxnadamente el 8% de la poblacion tiene diabetes, **pero la mitad ignora su condicion.**

La diabetes se caracteriza por el **aumento de la glucosa (azucar) en la sangre.**

Esta alteracion metabolica se produce por la falta total o parcial de la insulina, hormona que permite que la glucosa, como principal "combustible"del organismo, penetre en las celulas para producir la energia necesaria ara vivir.

Cuando comemos, ingerimos hiratos de carbono, proteinas y grasas. El alimento es digerido en el estomagoy absorbido en el intestino delgado. Asu paso por el higado queda almacenado en el como reserva de energia, una parte se transforma en glucosa que, al entrar al torrente sanguineo, hace que el pancreasproduzca insulina.

Si este no segrega la cantidad suficiente ese “combustible” (glucosa) no logra penetrar en las células, por lo que se acumula y aumenta en la sangre.

Como la diabetes es una enfermedad crónica, requiere cuidados y controles permanentes.

Para ello la persona con diabetes necesita mantener su **glucemia** (glucosa en la sangre) lo más cerca posible de los valores que el médico estableció como normales para él. El esfuerzo por lograrlo **¡bien vale la pena!**, ya que así se sentirá mejor y podrá disfrutar de una vida plena.

El **factor hereditario** y la **obesidad** favorecen la aparición de la diabetes, habiendo **antecedentes** de diabetes en la familia, las posibilidades de contraerla aumentan.

En cuanto a la **obesidad**, se observa que la mayoría de las personas con diabetes son o fueron obesas, pero si bajan de peso sus niveles de glucemia se normalizan.

Es por eso que una persona que tiene familiares con diabetes, debe evitar el exceso de peso.

### **¿Cuáles son los síntomas y signos?**

**Orina** más de lo habitual.

Tiene **sed** intensa.

Presenta **cansancio** general

Ha aumentado su **apetito**.

En su familia hay personas con **diabetes**.

### **¿Que pasa si los ignora?**

Ante la presencia de los síntomas mencionados, Usted debe sospechar una diabetes y **consultar inmediatamente a su médico**, quien efectuará un diagnóstico y le indicará el tratamiento apropiado para Usted.

Un **adecuado control** evita o atrasa la aparición de complicaciones, como son la pérdida de la visión, el mal funcionamiento de los riñones, problemas en los pies y en las piernas ocasionados por la mala circulación y disminución de la sensibilidad, infarto de miocardio, etc-

**Como prevenirlas?** Visitando regularmente a su médico y siguiendo rigurosamente sus indicaciones en cuanto al plan de alimentación, rutina de ejercicios físicos y control diario de los niveles de glucosa en sangre.

Recuerde que mantener sus niveles de glucosa en sangre dentro de los valores normales durante la mayor cantidad de tiempo, requiere un compromiso de su parte pero **¡es posible y vale la pena!**, ya que estará haciendo algo para cuidar nada menos que su salud.

**No lo olvide:**

**La consulta al médico no le demandará mucho tiempo.....Y será por su bien!**

Diabetes mellitus: tratamiento dietético.

## DIABETES MELLITUS: TRATAMIENTO DIETÉTICO.

La dietoterapia es muy importante en la Diabetes Mellitus para lograr una regulación óptima del metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas (1). Debe ser de carácter individual de acuerdo al sexo, edad, estado fisiológico, nivel cultural, procedencia, nivel socioeconómico, tipo de diabetes, estado nutricional, grado de actividad física, duración y tipo de trabajo, horario que se administró la insulina, los valores de glucemia en los diferentes momentos del día, la presencia o no de trastornos del metabolismo lipídico y las complicaciones dependientes de la propia diabetes (2, 3, 4, 5).

La clasificación de la Diabetes Mellitus actual es la siguiente:

- 1- Diabetes Mellitus tipo 1
- 2- Diabetes Mellitus tipo 2
- 3- Otros tipos específicos
- 4- Diabetes Mellitus gestacional

Las dos formas mayores de diabetes son el tipo 1 y 2. La dieta es la piedra angular del tratamiento de ambos tipos de diabetes (4).

La Diabetes Mellitus tipo 1 representa entre un 10 y un 15 % del total de los diabéticos, y suele presentarse antes de los cuarenta años de edad, si bien puede hacerlo en cualquier otro momento de la vida. Los síntomas clásicos son polidipsia, polifagia y poliuria. Es frecuente el inicio súbito de estos síntomas, progresando a cetoacidosis y coma en breve período de tiempo sino se instaura el tratamiento. La diabetes tipo 1 se asocia con una pérdida total o casi total de la capacidad de las células beta de secretar insulina (1, 5, 6)

La Diabetes Mellitus tipo 2, representa entre un 85 a 90 % del total de los diabéticos. Aunque suele desarrollarse en personas obesas de mediana edad, en ocasiones aparece en personas menores de 40 años de edad sin sobrepeso. Su inicio suele ser gradual y asintomático o acompañado de síntomas muy sutiles, por lo que con frecuencia se detecta a partir de un análisis de sangre. Los sujetos que padecen de diabetes tipo 2 presentan cierta producción pancreática de insulina (1, 5, 6).

El tratamiento dietético está dirigido a (4, 6, 7, 8):

1. Establecer una ingesta nutricional adecuada para lograr o mantener un peso deseado.
2. Prevenir la hiperglucemia.
3. Reducir el riesgo de arteriosclerosis y de complicaciones.

El cálculo de la dieta para los pacientes diabéticos se realizará de la siguiente forma:

Energía: El aporte energético de la dieta en relación al requerimiento energético del individuo influye en el control metabólico a largo plazo(1, 3).

Un método muy preciso es el que tiene en cuenta el metabolismo basal.

Ecuaciones para estimar la tasa metabólica basal (T M B) y el gasto energético diario a partir del peso corporal en Kg y el nivel de actividad física (3).

El cálculo de los requerimientos energéticos debe realizarse de la siguiente manera (3).

HOMBRES			
EDADES (AÑOS)	TMB	ACTIVIDAD FISICA	GASTO ENERGÉTICO EN 24 HORAS ( Kcal /g)
18- 30	15.3 (P) + 679	SEDENTARIA	TMB x 1.30
30- 60	11.6 (P) + 879	LIGERA	TMB x 1.55
> 60	13.5 (P) + 487	MODERADA	TMB x 1.78
		INTENSA	TMB x 2.10
MUJERES			
18- 30	14.7 (P) +496	SEDENTARIA	TMB x 1.30
30- 60	8.7 (P) + 829	LIGERA	TMB x 1.56
> 60	10.5 (P) +596	MODERADA	TMB x 1.64
		INTENSA	TMB x 1.62

La distribución porcentual energética recomendada es (4, 8, 9, 10, 11):

Hidratos de carbono: 55- 60 %.

Proteínas: 12- 20 %

Grasas: 20- 30 %

Hidratos de Carbono: De la distribución de los hidratos de carbono, al menos el 66% de los mismos deben ser de lenta absorción, como vegetales, viandas, cereales y leguminosas (5, 10). Estos hidratos de carbono no dan lugar a elevaciones bruscas de la glicemia después, de su ingestión. Los hidratos de carbono simples de rápida absorción (monosacáridos, disacáridos, y oligosacáridos) deberán restringirse (10, 12).

La Asociación Británica de Diabetes (B.D.A.) permite 25gramos de azúcar al día (aproximadamente 5 cucharaditas rasas), que son aproximadamente el 5 % del total de los hidratos de carbono (10).

En nuestro medio no es conveniente autorizar el consumo de sacarosa (azúcar) por el riesgo que sobrepasen el 5%.

Actualmente se sabe que las sustancias intercambiables no son necesariamente equivalentes, es decir que muchos de los alimentos que contienen hidratos de carbono pueden elevar la glucemia. El índice glucémico sirve para medir esta diferencia de composición (4, 5,12). Los alimentos tales como el pan blanco y las papas que tienen un alto índice glucémico, aumenta la glucemia más dramáticamente. Sin embargo muchos factores influyen en la respuesta corporal a un alimento particular, incluyendo la cantidad,

tipo de grasas y fibra en la comida; la dosis y el tipo de las medicinas utilizadas; y la función del tracto digestivo (5,12).

**Proteínas:** La distribución recomendada por la American Diabetes Association es de 0.8 gramos / Kg / día (4, 13)

El porcentaje de proteínas puede alcanzar el 20% en dietas de 1200 calorías o menos y puede descender al 12% a niveles energéticos superiores (4). El pescado, el pollo, y los productos derivados de la leche, bajas en grasas están entre las fuentes proteicas preferidas (5).

**Grasas:** La ingestión de grasas saturadas y colesterol deben ser limitadas por la predisposición de los pacientes diabéticos a las hiperlipoproteinemias y la enfermedad vascular aterosclerótica. Se recomienda la ingestión de ácidos grasos polinsaturados y ácidos grasos monoinsaturados de un 6-7% y de 13-15% respectivamente y menor del 10% de grasas saturadas (5, 7, 10, 11, 14).

**Fibra:** Una dieta alta en fibra mejora el control de la glucemia (4, 5, 15). Diversos estudios han sugerido que el aumento de la ingestión de fibra dietética soluble puede producir disminución de la glucemia y glucosuria, junto con la reducción de las necesidades de insulina(4, 5, 15). Dentro de las fuentes de fibra soluble están las frutas, las leguminosas, la avena, las judías, las lentejas y vegetales (4, 13, 16). Se recomienda consumir de 35 a 40 gramos de fibra soluble (13, 15).

Especificaciones de la dieta para los diferentes tipos de diabetes.

**Tipo 1:** Estos pacientes suelen estar delgados y deberían recibir un aporte energético suficiente para alcanzar un peso corporal deseable.

Es importante el cumplimiento del horario, la regularidad y la composición de las comidas. Se deben consumir seis comidas al día (desayuno, merienda, almuerzo, merienda, comida y cena) (2, 4, 5).

La distribución de energía total debe ser de la siguiente forma(3, 4).

Desayuno 20%

Merienda 10%

Almuerzo 30%

Merienda 10%

Comida 25%

Cena 5%

En pacientes con diabetes tipo 2 obesos la pérdida de peso es fundamental para lograr el adecuado control metabólico (4, 17, 18, 19). La intervención dietética tiene mayor valor preventivo de complicaciones mientras más precozmente se inicia (7, 20).

La restricción energética moderada de 500-1 000 Kcal al día menos de las necesidades para mantener el peso es útil para conseguir una reducción de peso gradual y mantenida (17)

En los pacientes Obesos Tipo 2 que se controlan con hipoglicemiantes orales o insulina se les recomienda dieta reducida en energía, es importante mantener constante el número de comidas (desayuno, merienda, almuerzo, merienda, comida, cena), su horario, composición de la dieta, y una distribución energética similar a la de los pacientes diabéticos tipo 1 (4).

En los pacientes diabéticos tipo 2 Obesos que se controlan con dieta solamente, no es tan importante mantener el horario de las comidas (4). La distribución energética que se le indica es de 5 comidas al día, excluyendo la cena (3, 4):

Desayuno 20 %

Merienda 15 %

Almuerzo 30 %

Merienda 10 %

Comida 25 %

Dieta de la embarazada:

Se ajusta a las mismas características que la dieta de la mujer no embarazada diabética, asociándole las necesidades especiales de energía y proteínas del embarazo (3, 4).

El nivel energético de la dieta se basa en número de calorías para mantener el peso de la mujer previo al embarazo, adicionándole desde el inicio y durante toda la gestación a las embarazadas con actividad normal 285 Kcal. Y con actividad reducida 200 Kcal (3, 21). Debe controlarse el ritmo de aumento de peso durante el embarazo que debe ser semejante al de las embarazadas no diabéticas. (4, 22).

El consumo de alimentos entre las comidas reduce al mínimo la fluctuación de la glucemia y contribuye a prevenir la cetosis (4).

El aporte energético se distribuye en tres comidas y tres meriendas (a media mañana, a media tarde y al acostarse) (4).

Las recomendaciones de ingestión diaria de proteínas para la embarazadas son: Con actividad normal, se recomienda una adición de 9 g de proteínas al día, mientras que aquellas con una actividad reducida se le adicionan 6 g / día (3, 4, 22).

Alimentos a evitar:

Generalmente deben evitarse o consumirse de forma limitada los alimentos ricos en azúcares simples.

Consumir según se desee:

Bebidas: café, té, agua

Condimentos: sal, pimienta, especias, mostaza, zumo de limón, zumo de lima, vinagre, salsa de soja.

Otros alimentos: gelatina natural sin sabor, caldo sin grasa.

Dra Maria Matilde Socarrás Suárez.

Especialista de primer grado en Nutrición e Higiene de los Alimentos.

Master en Nutrición en Salud Pública

Profesora Asistente.

Dra. Miriam Bolet Astoviza.

Especialista de primer grado en Nutrición e Higiene de los Alimentos.

Master en Nutrición en Salud Pública

Profesora Asistente.

Dra. Nelida María Cruz Alvarez

Especialista de segundo grado en Administración de Salud Pública

Profesora Auxiliar

Dra. Gisela Martínez Hernández

sisley[arroba]infomed.sld.cu