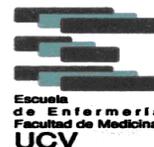




**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERIA (ENFOCADOS EN LA TEORIA DEL
AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM) PARA LA PREVENCIÓN DEL
PIE DIABÉTICO ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE DIABETOLOGIA,
DISTRITO SANITARIO Nº 3 PARROQUIA SAN JUAN. DISTRITO
CAPITAL, CARACAS. SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2011.**
(Trabajo Especial de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de
Licenciada en Enfermería)

**Autoras:
T.S.U. Gaspar Maricarmen
C.I: 17384344
T.S.U. Peña Francis
C.I: 19.014.990**

**Tutora:
Dra. Evelia Figuera Guerra**

Caracas, Diciembre 2011

**CUIDADOS DE ENFERMERIA (ENFOCADOS EN LA TEORIA DEL
AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM) PARA LA PREVENCIÓN DEL
PIE DIABÉTICO ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE DIABETOLOGIA,
DISTRITO SANITARIO Nº 3 PARROQUIA SAN JUAN. DISTRITO
CAPITAL, CARACAS. SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2011.**

INDICE GENERAL

	Pág.
Lista de Cuadros	iv
Lista de Graficos	v
Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
Aprobación de Tutor	viii
Resumen	xii
Introducción	1
Capítulo I: El Problema	
1.1. Planteamiento del Problema	4
1.2. Objetivos de la Investigación	8
1.2.1. Objetivo General	8
1.2.2. Objetivos Especificos	8
1.3. Justificación	8
Capítulo II: Marco Teórico	
2.1. Antecedentes de la Investigación	11
2.2. Bases Teóricas	16
2.3. Sistema de Variable	39
2.4. Operacionalización de Variable	40
Capítulo III: Marco Metodológico	
3.1. Tipo de Investigación	42
3.2. Población	42
3.3. Muestra.	43
3.4. Métodos y técnicas para la recolección de datos	43
3.5. Confiabilidad	43
3.6. Procedimiento para la recolección de datos	45
3.7. Técnicas de análisis	46
Capítulo IV: Resultados de la investigación	
4.1. Presentación y Análisis de los Resultados	47
Capítulo V: Conclusiones Y Recomendaciones	
5.1. Conclusiones	64
5.2. Recomendaciones	66
Referencias Bibliográficas	68
Anexos	
A. Instrumento aplicado	

LISTA DE CUADROS

	Pág.
1 DISTRIBUCIÓN DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES CORRESPONDIENTE A LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO RELACIONADAS CON EL MANTENIMIENTO DEL APOORTE DE ALIMENTOS CUMPLIDAS POR EL PACIENTE. CONSULTA DE DIABETOLOGÍA. DISTRITO SANITARIO Nº 3. PARROQUIA SAN JUAN. DISTRITO CAPITAL. SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2011	48
2 DISTRIBUCIÓN DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES CORRESPONDIENTE A LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO RELACIONADAS CON EL MANTENIMIENTO DEL APOORTE DE LÍQUIDOS CUMPLIDAS POR EL PACIENTE. CONSULTA DE DIABETOLOGÍA. DISTRITO SANITARIO Nº 3. PARROQUIA SAN JUAN. DISTRITO CAPITAL. SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2011	50
3 DISTRIBUCIÓN DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES CORRESPONDIENTE A LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO RELACIONADAS CON LAS ACTIVIDADES Y EL REPOSO CUMPLIDAS POR EL PACIENTE. CONSULTA DE DIABETOLOGÍA. DISTRITO SANITARIO Nº 3. PARROQUIA SAN JUAN. DISTRITO CAPITAL. SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2011	52
4 DISTRIBUCIÓN DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES CORRESPONDIENTE A LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO CUMPLIDAS POR EL PACIENTE. CONSULTA DE DIABETOLOGÍA. DISTRITO SANITARIO Nº 3. PARROQUIA SAN JUAN. DISTRITO CAPITAL. SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2011	54

5	DISTRIBUCIÓN DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES CORRESPONDIENTE A LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO RELACIONADAS CON EL CUIDADO DE LOS PIES CUMPLIDAS POR EL PACIENTE. CONSULTA DE DIABETOLOGÍA. DISTRITO SANITARIO Nº 3. PARROQUIA SAN JUAN. DISTRITO CAPITAL. SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2011	56
6	DISTRIBUCIÓN DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES PARA LA VARIABLE PRACTICA DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE PIE DIABÉTICO. DIMENSIÓN SISTEMA DE AUTOCUIDADO CONSULTA DE DIABETOLOGÍA. DISTRITO SANITARIO Nº 3. PARROQUIA SAN JUAN. DISTRITO CAPITAL. SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2011	61

LISTA DE GRÁFICOS

		Pág.
1	DISTRIBUCIÓN DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES CORRESPONDIENTE A LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO RELACIONADAS CON EL MANTENIMIENTO DEL APORTE DE ALIMENTOS CUMPLIDAS POR EL PACIENTE. CONSULTA DE DIABETOLOGÍA. DISTRITO SANITARIO Nº 3. PARROQUIA SAN JUAN. DISTRITO CAPITAL. SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2011	49
2	DISTRIBUCIÓN DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES CORRESPONDIENTE A LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO RELACIONADAS CON EL MANTENIMIENTO DEL APORTE DE LÍQUIDOS CUMPLIDAS POR EL PACIENTE. CONSULTA DE DIABETOLOGÍA. DISTRITO SANITARIO Nº 3. PARROQUIA SAN JUAN. DISTRITO CAPITAL. SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2011	51
3	DISTRIBUCIÓN DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES CORRESPONDIENTE A LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO RELACIONADAS CON LAS ACTIVIDADES Y EL REPOSO CUMPLIDAS POR EL PACIENTE. CONSULTA DE DIABETOLOGÍA. DISTRITO SANITARIO Nº 3. PARROQUIA SAN JUAN. DISTRITO CAPITAL. SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2011	53
4	DISTRIBUCIÓN DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES CORRESPONDIENTE A LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO CUMPLIDAS POR EL PACIENTE. CONSULTA DE DIABETOLOGÍA. DISTRITO SANITARIO Nº 3. PARROQUIA SAN JUAN. DISTRITO CAPITAL. SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2011	55

5	DISTRIBUCIÓN DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES CORRESPONDIENTE A LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO RELACIONADAS CON EL CUIDADO DE LOS PIES CUMPLIDAS POR EL PACIENTE. CONSULTA DE DIABETOLOGÍA. DISTRITO SANITARIO Nº 3. PARROQUIA SAN JUAN. DISTRITO CAPITAL. SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2011	59
5-A	DISTRIBUCIÓN DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES CORRESPONDIENTE A LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO RELACIONADAS CON EL CUIDADO DE LOS PIES CUMPLIDAS POR EL PACIENTE. CONSULTA DE DIABETOLOGÍA. DISTRITO SANITARIO Nº 3. PARROQUIA SAN JUAN. DISTRITO CAPITAL. SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2011	60
6	DISTRIBUCIÓN DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES PARA LA VARIABLE PRACTICA DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE PIE DIABÉTICO. DIMENSIÓN SISTEMA DE AUTOCUIDADO CONSULTA DE DIABETOLOGÍA. DISTRITO SANITARIO Nº 3. PARROQUIA SAN JUAN. DISTRITO CAPITAL. SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2011	63

DEDICATORIA

En la actualidad dentro del equipo de salud los miembros más importantes son los profesionales de enfermería, que día a día se preparan para ofrecer un cuidado humano de calidad al usuario, la familia y la comunidad. Y es por esta razón que decidimos realizar este trabajo, con la única finalidad de que los procesos de autocuidado sean aplicados adecuadamente, para así brindar a nuestros usuarios lo mejor de cada uno de nosotros y a la vez cumplir con las metas propuestas, y por ende, lograr los objetivos propuestos.

Las Autoras

AGRADECIMIENTO

A Dios todopoderoso, que ha estado presente cuando más lo necesitamos dándonos, el apoyo espiritual, serenidad y tranquilidad necesaria cuando nos sentíamos desvanecidas en el trayecto, haciéndonos reflexionar y pensar que si podíamos cumplir con nuestro proyecto.

A nuestros padres, que con cariño y palabras de aliento nos impulsaron para que siguiéramos y que no nos dejaron vencer por todos los obstáculos conseguidos, ya que nos brindaron todo su apoyo cuando más lo necesitábamos.

A la Universidad Central de Venezuela, por darnos los conocimientos para así cumplir esta meta.

Al personal de enfermería de Distrito Sanitario N° 3, por abrir sus maravillosas puertas al permitirnos realizar allí este trabajo.

A todos los profesores de la Universidad Central de Venezuela, a cada uno por sus conocimientos impartidos, en especial de la Dra. Evelia Figuera Guerra por su dedicación y paciencia incondicional asesorándonos sabiamente para poder llegar a esta meta.

A nuestros compañeros de estudio, con quienes compartimos alegrías, tristezas, y lagrimas pero enalteciendo el símbolo de la amistad.

A nuestras familias que con su apoyo y paciencia nos ayudaron a terminar una de las tantas metas propuestas en la vida.

Las autoras

APROBACION DEL TUTOR

En mi carácter de tutora del Trabajo Especial de Grado, titulado: **Í CUIDADOS DE ENFERMERÍA (ENFOCADO EN LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM) PARA LA PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE DIABETOLOGIA, DISTRITO SANITARIO Nº 3. PARROQUIA SAN JUAN. DISTRITO CAPITAL. CARACAS. SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2011Î**, presentado por las **T.S.U. Gaspar, Maricarmen C.I Nº 17.384.344 y Peña, Francis C.I Nº 19.014.990**, considero que dicho trabajo tiene los méritos suficientes para ser sometidos a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En Caracas, a los _____ días del mes de _____ de 2012.

Dra. Evelia Figuera Guerra

C.I Nº 2.741.819



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



CUIDADOS DE ENFERMERÍA (ENFOCADOS EN LA TEORÍA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM) PARA LA PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE DIABETOLOGIA, DISTRITO SANITARIO Nº 3. PARROQUIA SAN JUAN. DISTRITO CAPITAL, CARACAS. SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2011.

Autoras:

Gaspar Maricarmen
C.I.17.384.344
Peña Francis
C.I.19.014.990

Tutora:

Dra. Evelia Figuera Guerra

Caracas, 2012

RESUMEN

La presente investigación tuvo como propósito determinar los cuidados de Enfermería, enfocados en la Teoría del autocuidado de Dorothea Orem, para la prevención del pie diabético en los pacientes atendidos en la consulta de diabetología del Distrito Sanitario Nº 3. En su dimensión: Sistema de Autocuidado; según el análisis de los resultados es de carácter descriptivo. En cuanto al período y secuencia del estudio, éste se considera transversal. La población estuvo conformada por 66.6% de pacientes que asisten de manera regular a la consulta de diabetología. Por ser un número poblacional, abordable, se seleccionó la totalidad. Se utilizó para la recolección de datos, un cuestionario cuya aplicación permitió garantizar la confiabilidad y objetividad de las respuestas por parte de los elementos muestrales. Para validar el instrumento fue remitido a expertos en el área quienes realizaron la validez del contenido y de la construcción de los ítems de acuerdo a los objetivos planteados, los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento se agrupó en el indicador del aporte de alimentos y líquidos; un alto porcentaje de la población estudiada indicó que no mantiene control de peso ni del consumo de dieta, para la ingesta de cigarrillos el porcentaje se mantuvo en 50% para el mantenimiento de actividad como el ejercicio físico para el 60% de los encuestados se controla la Glicemia capilar y 66% se automedica. En cuanto a la valoración de los pies el resultado mejorado es alto en aquellos pacientes que no se inspeccionan, manifestando así que el personal de enfermería no implementa de manera correcta la práctica de autocuidados; en cuanto a la prevención del pie diabético, se recomienda la aplicación de fundamentos científicos como la teoría de Dorothea Orem aplicables en la práctica profesional de enfermería para fortalecer la prevención del pie diabético en los pacientes que acuden a la consulta de Diabetología .

Palabras claves: cuidados, autocuidados, prevención, diabetes, paciente, complicaciones,

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus según Saxon, L. y Crons, w. (2005). Es una enfermedad crónica caracterizada por la existencia de niveles elevados de glucosa en sangre por una alteración en la secreción o acción de la insulina. También afecta el metabolismo de los hidratos de carbono, lípidos y proteínas. La importancia que cubre la diabetes reside en su frecuencia y en las complicaciones crónicas que produce. De estas alteraciones que se produce en el organismo. Una de las principales complicaciones es el pie diabético, que afecta a hombres y mujeres, suele aparecer a los 10 ó 15 años de evolución de la enfermedad; se caracteriza por lesiones crónicas en los pies acompañados de sepsis y gangrena, por lo general se presenta después de algún trauma menor; esta es la principal causa de hospitalización y algunos de ellos llegan hasta la amputación lo cual se ha convertido en un problema importante para estos pacientes, llevándolos en muchos casos al deterioro de su calidad de vida familiar e incapacidad de actuar normalmente en la sociedad.

Por lo antes descrito es que esta investigación se orienta en la práctica de cuidados de enfermería enfocada en la teoría del autocuidado de Dorothea Orem para la prevención del pie diabético en los pacientes que acuden a la consulta de diabetología del distrito sanitario N°3 en la Parroquia San Juan del distrito Capital. La investigación surge a partir de la inquietud de que si en la consulta diabetológica, el profesional de enfermería promueve medidas de autocuidado en el paciente ya que en dicha consulta, se atienden aproximadamente de 50 a 75 pacientes diabéticos mensuales, siendo la mayor causa de asistencia a aquellos que presentan lesiones del pie caracterizadas según Donoso, E. (2008) por presencia de úlcera, supuración, mal olor y muerte del tejido que por lo general teniendo más de un año de evolución sin control, de tratamiento irregular y con más de 10 años con la enfermedad+.

El profesional de enfermería debe tomar acciones de cuidado en la población asistente a la consulta de diabetología. Como principal acción de cuidado

se debe concientizar al paciente de su estado de salud haciéndolo entender que es una enfermedad degenerativa pero que se puede llevar una buena calidad de vida. Es educar no solo al paciente sino a su grupo familiar que lo rodea para que lo motiven a emprender acciones de autocuidado. Con el transcurrir de la práctica de autocuidado que ejerce la enfermera para la prevención del pie diabético, va a habituar a los pacientes con patología diabética a manipularse los pies con higiene, postura uso de calzado y a la valoración y coloración de los pies.

La presente investigación según el análisis y el alcance de los resultados, es de carácter descriptivo. En este sentido, se registro la práctica de medidas de autocuidado del paciente con diabetes Mellitus para prevenir el pie diabético. En cuanto al periodo y secuencia del estudio, este se considero transversal y la población estuvo conformada por 66.6% de pacientes que asisten de manera regular a la consulta de diabetologia. Por ser un número poblacional, abordable, se seleccionó la totalidad. Se utilizó para la recolección de datos, un cuestionario cuya aplicación permitió garantizar la confiabilidad y objetividad de las respuestas por parte de los elementos muestrales. Para validar el instrumento fue remitido a expertos en el área quienes realizaron la validez del contenido y de la construcción de los ítems de acuerdo a los objetivos planteados, los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento se agrupó en el indicador del aporte de alimentos y líquidos; un alto porcentaje de la población estudiada indicó que no mantiene control de peso ni del consumo de dieta, para la ingesta de cigarrillos el porcentaje se mantuvo en 50% para el mantenimiento de actividad como el ejercicio físico para el 60% de los encuestados se controla la Glicemia capilar y 66% se automedica. En cuanto a la valoración de los pies el resultado mejorado es alto en aquellos pacientes que no se inspeccionan, manifestando así que el personal de enfermería no implementa de manera correcta la práctica de autocuidados; en cuanto a la prevención del pie diabético, se recomienda la aplicación de fundamentos científicos como la teoría de Dorothea Orem aplicables en la práctica profesional de enfermería para fortalecer la prevención del pie diabético en los pacientes que acuden a la consulta de Diabetologia .

La investigación realizada Ose encuentra estructurada de la siguiente manera:

Capítulo I: Denominado el problema, constituido por: El planteamiento del problema, la formulación del problema, los objetivos de la investigación entre ellos el objetivo general y específico así como la justificación.

Capítulo II: Llamado Marco Teórico por medio del cual se presentan los antecedentes de la investigación, se desarrollan las bases teóricas, sistema de variables y la operacionalización de la misma.

Capítulo III: Denominado Marco Metodológico, a través del cual se plantea el Diseño de la Investigación, así como también el Tipo de Investigación, la Población y Muestra, el Instrumento de Recolección de Datos, Técnica de análisis de datos, validez y confiabilidad.

Capítulo IV: Contiene la presentación y análisis de los resultados de la investigación.

Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones pertinentes a la investigación. Finalmente se incluyen las referencias bibliográficas y anexos pertinentes.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

La palabra diabetes procede del griego y significa "orinar mucho", que es la principal característica de esta enfermedad. El término Mellitus quiere decir "miel", que es otra de las manifestaciones, ya que la orina tiene gran cantidad de azúcar.

Se trata de una enfermedad crónica caracterizada por la existencia de niveles elevados de glucosa en sangre por una alteración en la secreción y/o acción de la insulina. Se ve afectado también el metabolismo del resto de los hidratos de carbono, lípidos y proteínas. La importancia reside en su frecuencia y en las complicaciones crónicas que produce, siendo una de las principales causas de invalidez y mortalidad prematura en la mayoría de los países desarrollados.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2007) señala que la diabetes Mellitus es una pandemia que va en aumento, en la América en el 2009 había unos 40 millones de diabéticos, lo que equivale a más de la cuarta parte del total de casos mundiales. Se prevé que para el año 2020 el número de casos en esta región llegará a 100 millones, lo que convierte a la Diabetes en un problema de salud grave y de alto costo que aqueja a todos sin distinción o niveles socioeconómicos.

La misma OMS (2007) menciona, que en Estados Unidos, la Diabetes Mellitus ocupa el tercer lugar como causa de muerte y se calcula que afecta a más de 11 millones de personas. Según los datos de la American Heart Association, (2010) 10.240.000 norteamericanos tenían para el año 2009, diagnóstico médico de diabetes, de los cuales 4.7 millones son hombres y 5.6 millones son mujeres. Cada año diagnostican en la región citada unos 500.000 nuevos casos de diabéticos.

En Venezuela, según lo reportan el anuario epidemiológico del Ministerio del Poder Popular para la Salud (2009) esta enfermedad afecta a más de 4% de la población, aumentando su frecuencia con la edad y llega hasta el 15% después de los 70 años de edad. Además ocupa la novena causa de muerte en la población general y la quinta después de los 45 años.

Hay millones de personas que no saben que tienen esta enfermedad y otras que ya se les ha diagnosticado, sin embargo por su falta de información sobre la gravedad del problema y de sus consecuencias no asumen la responsabilidad del consumo de sus medicamentos de manera regular. La Diabetes mal controlada tiene mayor riesgo de producir en el individuo alteraciones como nefropatías, neuropatías, retinopatías y vasculopatías centrales y periféricas lo que trae como consecuencia la aparición del pie diabético y que en el tiempo puede representar una amputación de miembros inferiores, además representa una pesada carga económica para el individuo y la sociedad, acortando su vida productiva.

El pie diabético es una de las complicaciones más frecuentes que afecta a hombres y mujeres con Diabetes Mellitus, suele aparecer a los 10 ó 15 años de evolución de la enfermedad; las lesiones crónicas en los pies acompañados de sepsis y gangrena constituyen problemas comunes y difíciles, por lo general se presenta después de algún trauma menor en pacientes con neuropatías periféricas e insuficiencia arteriovascular; esta es la principal causa de hospitalización y algunos de ellos llegan hasta la amputación lo cual se ha convertido en un problema importante para estos pacientes, llevándolos en muchos casos al deterioro de su calidad de vida familiar e incapacidad de actuar normalmente en la sociedad.

En el Distrito Capital, según los datos estadísticos obtenidos en la Dirección de Epidemiología Regional de Salud, para el año de 2009, la Diabetes ocupó la quinta causa de morbilidad por enfermedades crónicas.

En el Distrito Sanitario N° 3 de la Parroquia San Juan del Distrito Capital, se atienden aproximadamente de 70 a 90 pacientes diabéticos mensuales en la consulta de Diabetología, refiriéndose a los centros hospitalario para su

hospitalización, un promedio de 20 pacientes con patología diabética semestrales por lesiones del pié, están caracterizadas por presencia de úlcera, supuración, mal olor y muerte del tejido, que por lo general, tienen meses de evolución sin control, además dichos pacientes son de tratamiento irregular con más de 10 años con la enfermedad.

La consulta de diabetología funciona los días miércoles y viernes de 7 am a 12 pm; es atendida por un profesional de Enfermería quien en sus múltiples actividades debe hacer una valoración integral de cada paciente, según orden de llegada. Dicha valoración implica medición de signos vitales, peso, talla, circunferencia abdominal, control de glicemia capilar, anotando los datos en la ficha correspondiente, también debe educar al paciente sobre el uso del glucómetro, aparato digitalizado para la medición de glicemia en el hogar.

Aunado a esto el personal de enfermería debe orientar al paciente con patología diabética sobre la ingesta de alimentos que debe estar basada en una dieta para poder controlar el peso y otras complicaciones que puedan traer el exceso de comidas, también debe indicarle el riesgo existente al consumir alcohol o cigarrillos, aconsejarle que no se automedique y realice ejercicios en forma periódica para mejorar la circulación de los miembros inferiores, igualmente que ponga en práctica la inspección rigurosa de los pies para evitar la complicación del pie diabético, con todas estas recomendaciones el paciente podrá poner en práctica medidas de autocuidado en el hogar.

Para que el paciente con diabetes Mellitas pueda adoptar medidas de autocuidados para la prevención del pie diabético la enfermera debe practicar en la consulta de diabetología las medidas de autocuidado para la prevención del pie diabético, de este modo la enfermera debe lavar el pie del paciente en un recipiente con agua a una adecuada temperatura, si es posible con un jabón neutro o hidratante, debe secarle los pies con una toalla de algodón haciendo énfasis en los espacios interdigitales para evitar infecciones micóticas, luego aplicarle una crema hidratante masajeando los pies para evitar la resequedad y mejorar la circulación de los mismos; el personal de enfermería al ir realizando esta práctica debe ir

explicándole al paciente la importancia de seguir esta secuencia en la higiene de los pies para prevenir el pie diabético y así el pueda entender y adoptar medidas de autocuidado que pondrá en práctica en su hogar

En esta consulta se observa un déficit en los profesionales de Enfermería, como ya se indicó existe una demanda de pacientes alta para cada día de consulta entre 15 a 25 pacientes diarios, ameritando de enfermería cuidados específicos para la promoción de la salud, tales como medidas de valoración e higiene de los pies en el hogar, esta incluyen: coloración, temperatura, sensibilidad, lesiones, higiene de los pies, cortado de uñas, lubricación, masajes, uso de medias, uso de calzado.

Lo antes descrito conlleva a formular las siguientes interrogantes:

En la consulta diabetológica, el profesional de enfermería ¿Promueve medidas de autocuidado en el paciente?; ¿le explica como lavarse los pies?; ¿Cómo cortarse las uñas? ¿Cómo lubricarse los pies?

Para dar respuesta a dichas interrogantes, las autoras formulan el siguiente problema de investigación: ¿Qué cuidados realiza Enfermería para la prevención de pie diabético en los pacientes atendidos en la Consulta de Diabetología del Distrito Sanitario N° 3 de la parroquia San Juan, Distrito Capital, Caracas. Segundo semestre del año 2011?

1.2. Objetivos del Estudio

1.2.1. Objetivo General

Determinar los cuidados de Enfermería, enfocados en la Teoría del autocuidado de Dorothea Orem, para la prevención del pie diabético en los pacientes atendidos en la consulta de diabetologia del Distrito Sanitario N° 3. En su dimensión: Sistema de Autocuidado.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Identificar las medidas de autocuidado relacionados con el mantenimiento del aporte suficiente de alimentos y líquidos, cumplidos por el paciente con Patología Diabética.

- Reconocer las medidas de autocuidado relacionadas con el mantenimiento del Equilibrio entre las actividades y el reposo, cumplidos por el paciente con patología diabética.

- Identificar las medidas de autocuidado relacionadas con la prevención de los peligros para el funcionamiento y el bienestar, cumplidas por el paciente con patología diabética.

1.3 Justificación

El autocuidado en pacientes con patología diabética debe integrar prácticas definidas, implementadas a través de la instrucción de cuidados para satisfacer los objetivos en el autocuidado de la salud, para que así los pacientes con patología diabética puedan preservar su bienestar y prevenir las complicaciones de la enfermedad. Es necesario proporcionarles la educación para la realización de los cuidados necesarios que deben implementar en el hogar por si solos y lograr restituir su salud orientando su participación para el fomento del autocuidado.

La investigación se orienta a determinar los cuidados de enfermería, enfocados en la Teoría de Dorothea Orem, para la prevención del pie diabético en los pacientes atendidos en la consulta de diabetología del Distrito Sanitario N° 3 de Caracas, en su dimensión autocuidado.

Desde el punto de vista práctico esta investigación se justifica ya que una de las primeras tareas que la enfermera debe realizar es practicar las medidas de autocuidado al paciente con Diabetes Mellitus para que aprenda a cuidarse para prevenir las complicaciones de su enfermedad. La enseñanza de la enfermería debe estar dirigida a los cuidados diarios, especialmente a la higiene, el cuidado de los

pies y la nutrición, en este contexto, el presente estudio representa un aporte para enfermería porque servirá de basamento en el autocuidado de los pacientes que asisten a la consulta de diabetología en busca de ayuda para mejorar sus condiciones de vida y además servirá para que la enfermera reflexione acerca de su conocimiento de la enfermedad y en la motivación para ayudar al paciente en el proceso de mejoramiento de su salud.

Igualmente se considera que los resultados de la investigación pueden servir a los pacientes que requieren de una guía para el cuidado de la salud de los pies diabéticos al concientizarlos sobre la necesidad de su participación en el cuidado con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

Puede servir de orientación a las enfermeras para mejorar la calidad del cuidado al paciente diabético previniendo complicaciones, especialmente el pie diabético, al adaptar sus prácticas profesionales a las características del individuo y a las circunstancias propias de cada persona, lo que individualiza la atención.

Desde el punto de vista teórico, la investigación se justifica, dado a que permitirá describir conceptos y enfoques del sistema de autocuidado fundamentado en la Teoría de Dorothea Orem, Para buscar explicaciones a la práctica de enfermería en la prevención del pie diabético. Además beneficia el ejercicio del profesional de enfermería en cuanto a la aplicación de Teorías enfocados en el cuidado y educación del paciente diabético, acoplando las actividades de educación para la salud al paciente con Diabetes Mellitus a sus necesidades y capacidades, convirtiéndose en un aporte para futuros profesionales de enfermería con criterios acordes para el tratamiento del paciente diabético.

Finalmente, esta investigación tiene su justificación metodológica ya que los resultados de la misma serán obtenidos mediante la aplicación de un instrumento tipo cuestionario previamente validado, el mismo constituye el método de investigación, valido y confiable.

El resultado obtenido en esta investigación servirá de referencia para crear estrategias de mejoramiento de la calidad de vida del diabético, sirviendo de antecedentes para futuras investigaciones, al aportar elementos para rediseñar la práctica de enfermería en la prevención de pie diabético, enfocada al autocuidado del paciente.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

En este Capítulo se presentan los antecedentes relacionados con la variable en estudio y las bases teóricas que las sustentan.

2.1. Antecedentes de la Investigación

En toda investigación se hace necesaria la revisión de estudios relacionados con la problemática en estudio, puesto que son una guía metodológica para la ejecución del tema de interés, en tanto que fuentes primarias que de acuerdo con Hernández Sampieri, R; Fernández Collado, C y Baptista Lucio, P (2006)+ proporcionan datos de primera mano, pues se trata de documentos que contienen los resultados de estudios correspondientesõ +(p.66).

Antecedentes Internacionales

Méndez, V; Bercerril, V; Morales, M y Pérez, V (2010) realizaron en México una investigación con el propósito de describir las actividades de autocuidado en el adulto mayor con diabetes Mellitus Tipo 2, inscritos en el Programa de enfermedades crónicas degenerativas en Temoaya,

La investigación fue estructurada utilizando el método etnográfico a partir de un enfoque cualitativo holístico, empírico, interpretativo y empática. El estudio además fue de tipo descriptivo, los sujetos de estudio fueron en total 10 adultos mayores con diagnostico de Diabetes Mellitus tipo 2, seleccionado en forma deliberada e intencional, estas consistieron en la elección de usuarias que asistieron con frecuencia a las sesiones impartidas. Por enfermería sobre cuidados que deben realizarse para evitar complicaciones debido al padecimiento, controlados en la Unidad de Salud de San Pedro Arriba, municipio de Temoaya. Para acceder a la información utilizaron la entrevista a profundidad, obteniendo el conocimiento del propio lenguaje de los sujetos, en lo referido a las acciones de autocuidado en la

esfera física, psicológica y social, así como verificar que tanto aplicaban esas acciones en su vida cotidiana. Las entrevistas las realizaron bajo el consentimiento informado a los sujetos participantes en el estudio. Posterior a la realización de las entrevistas, los investigadores las describieron, leyeron y examinaron en varias ocasiones para conocer los contenidos, delimitan las categorías e interpretar el fenómeno investigado.

En los resultados mostrados, mencionan que el autocuidado comprende el ejercicio y no todas los investigados acuden a realizarlos por varias razones entre ellos, el alejamiento de la comunidad del centro de salud, falta de motivación, dado a que el ejercicio es ajeno a su cotidianidad, así mismo, por las diversas ocupaciones en el hogar. En cuanto a la alimentación, comentaron las entrevistadas, lo difícil de llevar una dieta balanceada y mantener el equilibrio en los niveles de glucosa, colesterol y urea, cuando los ingresos económicos son bajos, aun así consideraron la importancia de disminuir el consumo de azúcar, la ingesta de proteínas y grasas que está sujeta a sus escasos ingresos.

En cuanto a la salud bucal, los entrevistados reconocieron haber obtenido información sobre el cepillado de los dientes adecuadamente, pero manifestaron no cepillarse con regularidad. Por no tener dinero para comprar pasta dental. En lo referido al vestido y calzado, fue relevante para los investigadores portar su vestimenta tradicional que los hace sentir seguros y les brinda identidad en sus actividades cotidianas. Dicho vestuario consta de faja, blusa de colores fuertes. Pero no reconocen que el uso de medidas les puede ocasionar lesiones en los pies, como infecciones. Al realizar de los pies encontraron 50% de callosidades, micosis y mal olor, debido a su condición precaria y uso de calzados de tela y plástico de piel. Este ultimo de uso tradicional. En lo referido a los medicamentos, el significado para los pacientes entrevistados fue la toma de pastillas que les alivia dolores de cabeza, espalda y zumbidos de oídos. Es pertinente que los pacientes reconozcan los factores intervinientes en su tratamiento desde la orientación brindada por la enfermera para evitar posibles complicaciones características de su situación de salud.

Comentan finalmente que las acciones llevadas a cabo por los adultos mayores son: ejercicio, cuidado de la boca, dieta, monitoreo y cuidado de sus extremidades inferiores que las intentan cumplir siguiendo las recomendaciones de las enfermeras y los médicos.

Cabrera, R; Motta, I; Rodríguez, C; Velásquez, D (2009) realizaron en Perú una investigación cuyo propósito es saber el nivel de conocimiento del autocuidado en prevención de diabetes, en el policlínico Chinca Lima.

La investigación es un estudio descriptivo, de corte transversal, cuya población estuvo constituida por 810 usuarios por hambre y mujeres del mencionado centro de salud, y la muestra estuvo constituida por 243 usuarios seleccionados de manera aleatoria. Como instrumento de medición aplicaron una encuesta estructurada para el recojo de información, contemplando datos sociodemograficos en 24 preguntas cerradas, sobre el conocimiento del autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas, en los aspectos de dieta, ejercicio, medicamentos y cuidado de los pies.

Durante el proceso de recolección de la información le explicaron a los participantes el objetivo del estudio, estando la variable conocimiento agrupada en tres categorías: conocimiento alto, conocimiento medio, conocimiento bajo. Las tres categorías fueron halladas mediante la escala de Estaninos para lo que calcularon la suma de 24 ítems, la cual variaba de 0 a 24 puntos, donde los puntajes mayores correspondían s conocimiento alto y los puntajes menores a conocimiento medio y bajo. Donde los resultados fueron 54.7% presento un nivel de conocimiento medio sobre el autocuidado en la prevención de diabetes; el 30.0% presento un nivel de conocimiento bajo y el 15.3% tuvo un conocimiento alto.

Por lo antes mencionado, los autores concluyen que el autocuidado debe ser un proceso continuo en los servicios de salud, dar información útil al usuario diagnosticado de diabetes y programar su asistencia a sesiones educativas, analizando los factores sociodemograficos, donde observaron que las edades de

más incidencia a la diabetes mellitus están entre los 61 a 70 años. Dándose cuenta que los factores de riesgo para padecer de diabetes, un 55.1% no los conoce.

Antecedentes Nacionales

Figueira, E; Duran, V; Fernández, V (2011), efectuaron un trabajo una investigación en Valencia, Estado Carabobo, enfocada al autocuidado de adulto mayor con hiperqueratosis para prevenir el pie diabético en la comunidad José Gregorio Hernández.

La investigación planteada fue un diseño no experimental, de campo, porque la recolección de los datos se realiza directamente del sujeto investigado, de tipo descriptiva; puesto que su misión fue observar. La población era de 100 adultos mayores pero por las características del trabajo la muestra fue seleccionada por un solo adulto mayor. El instrumento de recolección de datos que será implementado es el instrumento diagnóstico, la visita domiciliaria y la historia de salud gerontológica, y por la validez y confiabilidad los instrumentos utilizados han sido validados por expertos de gerontología y geriatría de la Universidad de Carabobo.

Dichas investigadoras concluyeron que las primeras visitas el usuario tenía un riesgo para la pérdida integridad de la piel debido a la presencia de callosidades en pie esto a su vez acompañado de alteración en el bienestar físico. Posterior a las visitas domiciliarias ellos dan a conocer que la continuidad a los planes de cuidado, para que de este modo puedan beneficiarse la mayor cantidad posible de adultos mayores; orientarlos acerca de la patología (diabetes), la alimentación, el consumo de medicamentos y orientarlos acerca del autocuidado de los pies para la prevención de pie diabético.

Pérez, H (2010) realizó una investigación en el Estado Carabobo, referente al Pie Diabético en los adultos mayores en la consulta de angiología de la clínica popular "Simón Bolívar" de Mariara

Realizó un estudio descriptivo, prospectivo., el objetivo de la investigación fue Caracterizar el pie diabético en adultos mayores atendidos en la consulta de

angiología en la Clínica Popular "Simón Bolívar", el universo estuvo constituido por el total de los diabéticos que asistieron a consulta, la muestra se tomo de forma continua, fue constituida por 61 adultos mayores con diagnostico de pie diabético, siendo las edades de 60 a 69 años las mas concurrente, ya que eran pacientes remitidos de los Centros de Diagnostico Integral o por médicos de Barrio Adentro, en los criterios para incluir a los pacientes en estudio estaba ser usuario de 60 años o más, tener el consentimiento del adulto mayor y sus familiares y tener diagnostico de pie diabético. De la recolección de información, se realizo una revisión bibliografía exhaustiva sobre el tema en diferentes fuentes priorizando aquellas de mayor actualidad, como instrumento uso una hoja de recolección de la información que recoge variables como: datos del paciente, educación sobre su enfermedad, antecedentes patológicos personales, datos sobre diabetes mellitus, característica de la ulcera de pie diabético, examen físico podológico. Concluyendo que el sexo masculino presenta mayor riesgo a presentar diabetes mellitus tipo 2 a aquellos con edades comprendidas de 60 a 69 años; el mayor número de estos tenían diagnostico de la enfermedad desde hace 10 años. Dicho grupo presenta un alto riesgo a presentar retinopatía, dislipemia, hipertensión arterial y aparición a ulceras de pie diabético debido a la falta de conocimiento en cuanto al autocuidado inicial; el mayor porcentaje de los pacientes presentaron hasta 30 centímetros cuadrados de la lesión con un tiempo de evolución de las mismas menor de 30 días ; se presento alteraciones podológicas entre las más frecuentes piel seca y la micosis y el mayor número de pacientes no tenía conocimiento sobre la diabetes.

2.2. Bases Teóricas

La teoría aporta conocimientos que sirven de insumo para clarificar los fenómenos estudiados, y para ayudar a definir la variable en estudio, en este sentido las bases teóricas de este estudio están dirigidas hacia el cuidado de enfermería en la Diabetes Mellitus y sus complicaciones, el pié diabético y las medidas de autocuidado enfocados en la teoría de Dorotea Orem.

Cuidados de Enfermería en la Prevención del Pie Diabético

La Diabetes Mellitus, es una alteración producida por un déficit de insulina, hormona que segrega el páncreas, la cual tiene como función introducir la glucosa en las células para producir energía, el déficit de insulina puede ser absoluto o relativo. Hay diferentes tipos de Diabetes Mellitus. Al respecto Saxton, L. y Crons, W. (2005), sostienen que:

La Diabetes Mellitus tipo 1 insulina dependiente (DMNID) antes denominada Diabetes juvenil, es de presentación rápida y requiere de administración de insulina debido a la función mínima o nula de las células beta. La Diabetes Mellitus tipo 1I no insulina dependiente (DMNID), antes denominada Diabetes de inicio en el adulto, más del 90% de todas las Diabetes pertenecen a este tipo tiene un inicio gradual y a menudo puede controlarse con dieta y ejercicio. (Pág. 524).

La Diabetes Mellitus tipo 1, es una enfermedad del sistema inmunológico que destruye las células que producen insulina en el páncreas, en este sentido, la secreción endógena de insulina es mínima o nula, razón por la cual el azúcar no puede pasar a las células para usarse como energía; esta situación ocasiona que el azúcar permanezca en la sangre, produciendo la hiperglicemia.

La Diabetes tipo 2 se asocia a la obesidad con mucha frecuencia y se produce por una disminución de la secreción de insulina, en este tipo de Diabetes el individuo conserva una mínima capacidad para producir insulina por lo cual no requiere de la misma para poder vivir, en este sentido la enfermedad puede controlarse con la dieta y la enfermera deberá orientar al paciente al respecto; lo que denota la importancia de la dieta como agente terapéutico para controlar la enfermedad y la participación del profesional de enfermería en su rol de educador.

El individuo que padece de Diabetes Mellitus no posee suficiente insulina para transportar glucosa al interior de las células, por lo cual la glicemia permanece elevada en la sangre y el organismo intenta excretarla por vía renal.

Las manifestaciones de la Diabetes Mellitus pueden ser subjetivas tales como: polifagia, fatiga, visión borrosa por retinopatías y neuropatías; y objetivas como poliuria, pérdida de peso, hiperglicemia, glucosuria, alteraciones vasculares periféricas y gangrena, al respecto Barr, J (2007) señala que entre los síntomas de la enfermedad se encuentran:

Aumento de la sed, aumento de la frecuencia al orinar, aumento del apetito, pérdida de peso repentino, sensación de mucho cansancio, piel seca con escozor, infecciones frecuentes, vista borrosa, heridas que tardan en sanar, problemas vasculares, entumecimiento o comezón en manos y pies. (p.11)

Esta diversidad de síntomas son predictivos de que la frecuencia de los mismos es muy variable y pueden conducir al diabético a complicaciones severas, las cuales son secundarias al trastorno metabólico, en este sentido López M. (2008), clasifica:

Las complicaciones de la Diabetes en agudas y crónicas, entre las complicaciones agudas se encuentran: La cetoacidosis diabética, el coma diabético no cetósico, la hipoglicemia. Las complicaciones crónicas son de carácter microvascular y neurológico; y las más comunes son retinopatía, nefropatía, lesiones en la arteria de grande y mediano calibre y las neuropatías diabéticas que requieren una atención especializada y continua, ya que sin esta el paciente puede presentar secuelas invalidantes. (p.309).

Las neuropatías diabéticas pueden aparecer en etapas iniciales de la enfermedad, al respecto el precitado López, M. sostiene que: ~~se~~ se caracteriza por la afectación de cualquier parte del sistema nervioso, siendo las localizaciones más frecuentes las que interesan a los miembros inferiores+(Pág. 310), en este sentido las personas afectadas refieren dolor, debilidad al caminar y parestesia, la neuropatía que con más frecuencia se presenta en el paciente con Diabetes Mellitus es el pie diabético, cerca del 20% de los diabéticos que consulta en los hospitales, lo hacen con diagnóstico de pie diabético.

Donoso, E. (2008). Señala que ~~la~~ la frecuencia de trastornos microvasculares y la predisposición a las infecciones hacen del pie la complicación más frecuente e invalidante en las personas con Diabetes Mellitus+ (p. 208

Barr, J (Op-cit). Explica que la diabetes se clasifica como diabetes tipo 1, diabetes tipo 2 y Diabetes Gestacional, dependiendo de las características que el paciente presenta+ (pág. 78). Sostiene el autor que la diabetes tipo 1 se desarrolla cuando el páncreas no produce insulina, mientras que la diabetes tipo 2 se desarrolla cuando se presenta una deficiencia en la producción o acción de la insulina+(p.79). La diabetes gestacional se puede desarrollar entre la semana 24 Y 28 de gestación, debido a que existe la producción una hormona que actúa en contra del efecto de la insulina. Por esta razón, se pueden incrementar las concentraciones de glucosa en sangre.

El precitado Barr, J sostiene que para que la glucosa pueda entrar a las células se necesita que se produzca insulina. La insulina es la encargada de regular los niveles de glucosa que está en la sangre, ésta es una hormona que se produce por las células beta del páncreas+(p.67). En el caso de las personas con Diabetes el organismo es incapaz de producir insulina.

España, G. (2000) explica que las personas con diabetes tienen 2 a 4 veces mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, además la diabetes es la principal causa de ceguera, amputación de miembros inferiores e insuficiencia renal+(p.123), por lo que una persona con diabetes incurre en gastos médicos de 2 a 5 veces más elevados que una persona sin diabetes.

El pie diabético según lo define Estrada, L (2008) como un síndrome, ósea un conjunto de signos y síntomas de fisiopatología semejante, pero de causa diferente+(p.58), explica el autor que es una temida consecuencia de la Diabetes de larga duración, lo cual puede producir la pérdida de un pié o pierna.

Sabatino, F. y Cortés, W. (2006), indican que:

El pié diabético es un complejo clínico que aparece con frecuencia en los pies de los diabéticos crónicos, y que se caracteriza por trastornos tróficos de la piel y de la arquitectura osteoarticular que termina con frecuencia en graves lesiones necróticas e infecciones. (Pág. 321)

Estas alteraciones están condicionadas básicamente por alteraciones vasculares, cambios neurológicos y presencia de infección.

Camejo, M. (2007) estableció que: ~~se~~ se denomina pie diabético a diversos tipos de lesiones que puede presentar el paciente diabético en sus pies, a consecuencia de la asociación de enfermedades vasculares periféricas, neuropatías, deformaciones ortopédicas, infecciones y traumatismo+ (p. 110).

El precitado Camejo, M. clasifica al pie diabético en cinco grados:

En el grado 0 se ubica el pie en riesgo por presencia de enfermedad vascular periférica, neuropatía, deformidades ortopédicas, pérdida de la visión, nefropatía, edad avanzada. En el grado 1, se ubica el pie que presenta una úlcera superficial. En el grado 2 se ubica el pie que presenta úlcera profunda que llega a tendón, ligamentos, articulación y/o hueso. En el grado 3 se ubica una lesión con infección localizada, celulitis, absceso y/o presencia de osteomielitis. Por último en el grado 4 se ubica el pie con signos y síntomas de gangrena extensa. (p.239).

Camejo, M. (op-cit) explica que ~~los~~ los signos y síntomas del pie diabético se encuentran distribuidos en: Vasculares, neurológicos, musculo esqueléticos y dermatológicos+ (p. 256). Entre los signos y síntomas vasculares se encuentran: pies fríos, claudicación intermitente (pantorrilla o piel), dolor en reposo especialmente nocturno, ausencia de pulso pedio, poplíteo o femoral, soplos femorales, rubor y tiempo de llenado capilar prolongado entre 15 y 20 segundos.

En relación a los síntomas neurológicos, España, G. (2000) sostiene que ~~se~~ se ubican en tres grupos: sensitivos, motores y autonómicos. Entre los síntomas sensitivos: el pie diabético puede sentir ardor, hormigueo, parestesia, dolor e hipersensibilidad (sensación de frío o dormido), déficit vibratorio y propioceptivo, luego del dolor y temperatura e hiperestesia+(p 35).

Entre los síntomas musculo esqueléticos, el precitado España, G. explica que ~~se~~ se puede observar el cambio gradual en la forma del pie, el cual es súbito e indolora y está asociado a edema sin antecedentes de traumatismo; pie cavo y

dedos en garra, pié caído, artropatía neuropática+(p 47) Los signos y síntomas dermatológicos que puede presentar el diabético en los pies, son heridas muy dolorosas o indoloras, cambios de coloración en la piel, pié seco pruriginoso, heridas que no cicatrizan o lo hacen lentamente, necrosis, infecciones recurrentes especialmente paroniquia, pié de atleta.

Camejo, M. (2007), ~~me~~ menciona que para realizar el diagnóstico del pié diabético, la primera pauta es realizar el examen físico del individuo, radiografía de los pies, examen bacteriológico, Doppler y/o arteriografía+ (p.310). El precitado, sostiene que el tratamiento del pié diabético puede realizarse de dos maneras: local y general; el tratamiento local comprende desbridamiento, uso de antisépticos locales y realización de curas secas, no se recomienda el uso de crema cuando hay lesiones abiertas.

Camejo, M. (2007), explica que ~~los~~ pies en los diabéticos se hallan expuestos a sepsis e isquemia por función nerviosa deficiente y circulación precaria. La neuropatía diabética puede causar dolor y parestesia, pero el problema mayor es la pérdida de la sensación de dolor y temperatura en los pies+ (p.45). De hecho, sin la percepción del dolor, el paciente puede sufrir traumatismos repetidos en los pies hasta que se forma un callo, se ulcera la zona dañada o bien se lesionan las articulaciones; por la insensibilidad de los pies, es decir en lenguaje coloquial el paciente diabético no aprecia si tiene una tachuela o una piedra en el zapato, también puede sufrir quemaduras al ser insensible al calor excesivo y solo lo precisa al ser valorado por la enfermera o el médico en la consulta.

Para los efectos del estudio la variable operacionalmente se define como acciones de enfermería referidas al sistema de autocuidado enmarcados en la teoría de Dorothea Orem, que facilita la orientación del paciente con diabetes mellitus para la prevención del pie diabético.

Sistema de Autocuidado

La práctica de autocuidados de las enfermeras en cuanto a la prevención de pie diabético es importante por lo que cabe señalar que Orem, D. citado por López, M (Op-cit) refiere: %que la enfermera ayuda al paciente a prestarse los autocuidados a través de apoyo, enseñanza y guiar, la intervención de la enfermera suele estar dirigida a conservar la salud, prevenir enfermedades o restablecer la salud y puede incluir actividades, realizadas para el paciente o en colaboración con este+ (Pág. 165). La misma autora expresa que la teoría del autocuidado de Orem que el mismo es un acto propio del individuo que sigue un patrón y una secuencia y que cuando se lleva a cabo eficazmente, contribuye en forma específica a la integridad estructural, al funcionamiento y al desarrollo de los seres humanos. El paciente diabético requiere de actividades de autocuidado que le ayuden a prevenir complicaciones, y así evitar la incapacidad prolongada.

Orem, D. (1993) describe tres etapas del proceso de enfermería; la primera implica la determinación de las causas por las cuales una persona debe recibir atención de enfermería, se refiere principalmente a cualquier deficiencia que pudiera existir en la realización de las actividades de cuidado propio, en esta etapa la enfermera centra su ayuda hacia un sistema compensatorio global, para el paciente que es incapaz de caminar, manipular ni razonar, por lo que la enfermera brinda y maneja la atención, hace juicio y toma decisiones sobre las necesidades de cuidado del paciente.

La segunda etapa incluye básicamente la planificación de métodos para satisfacer las necesidades de autocuidado teniendo en cuenta las limitaciones existentes. La enfermera actúa bajo un sistema parcialmente compensatorio, en donde tanto la enfermera como el paciente realizan acciones de atención.

La tercera etapa refiere a la implementación y evaluación de las acciones diseñadas para superar las limitaciones de autocuidado. La enfermera actúa bajo un sistema educativo y de apoyo, en ella el paciente es capaz de desempeñarlas, y puede o debe aprender a ejecutar las actividades necesarias de autocuidado.

La precitada teórica Orem, destaca que así se tiene, en el primer nivel de la práctica de autocuidado, se consideran las pautas del manejo inicial de la Diabetes:

Esta información debe contemplar los siguientes aspectos generales y conceptuales de la Diabetes Mellitus y su relación con la glucosa en sangre y orina, la dieta que debe seguir el paciente de acuerdo al diagnóstico relación peso-talla y valores de glicemia, la importancia de la medición de la presencia de azúcar en sangre, la acción de insulina o los hipoglicemiantes orales. Que debe hacer en caso de complicaciones agudas, relacionadas o no con la Diabetes, cuidado de los pies. Se debe iniciar con un nivel primario que se refiere a una información de supervivencia. (p.204)

En el segundo nivel se proporcionará información que permita al diabético adaptarse a cambios en su alimentación cuando se encuentra fuera de su hogar; el tipo de calzado que debe usar. Además, debe enseñársele medidas preventivas más complejas, para evitar las complicaciones de la Diabetes Mellitus, entre ellas el pié diabético. En este nivel, el sujeto no solo es capaz de evitar la cetoacidosis y las reacciones hipoglicémicas, sino saber cuándo debe solicitar ayuda.

En el tercer nivel deben proporcionarse conocimientos más específicos para mejorar el estilo de vida e integrar el paciente a sus actividades cotidianas, en este sentido, se educa al paciente y a su grupo familiar sobre los cuidados en el hogar, la forma de integrarlo a la comunidad, a un trabajo adecuado; evitando que el paciente se convierta en una carga para sí mismo o para su grupo familiar.

Para Orem, D. (1993) el termino sistema ~~se~~ refiere a las personas o acciones o cosas relacionadas entre sí que actúan unidas como un todo, y los cambios en cualquiera de las entidades afectan al todo, que es el sistema... Por otra parte destaca el sistema de enfermería, se contempla como un tipo particular de sistema, un sistema autoorganizativo+ (p.69).

Esta visión de la enfermería como un sistema autoorganizativo puede entenderse que la enfermería es producida deliberadamente dentro de los marcos

temporoespaciales de referencia, producida mediante acciones deliberadas, y su existencia depende de la producción y mantenimiento de las relaciones entre las personas y entre las acciones que ellas seleccionan, deciden ejecutar y ejecutan. De acuerdo con Orem, D. (op-cit) «Un sistema de enfermería es algo construido mediante las acciones de las enfermeras y de sus pacientes» (Pag.70)

En su Teoría Orem, D. (op-cit) define el Autocuidado como:

Una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas hacia sí misma o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y su funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. El cuidado independiente es una actividad, realizada por adultos responsables para individuos socialmente dependientes. (Pag.71).

El autocuidado comprende una serie de acciones ejecutadas, en este caso por el paciente diabético con la que tiene un objetivo la orientación de enfermería para normalizar todos aquellos agentes que afectan su estilo de vida, salud y bienestar a causa de la enfermedad.

Interpretando el contenido de la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, se observa que maneja una idea central en la que especifica que los grupos sociales y su localización temporoespacial, las personas maduras y en proceso de maduración realizan acciones y secuencias de acciones aprendidas dirigidas hacia sí mismas o hacia características ambientales conocidas y supuestas, para cubrir requisitos identificados para el control de los factores que promueven o afectan adversamente, o interfieren la regulación continuada de su propio funcionamiento o desarrollo, para contribuir así a la continuación de la vida, al automantenimiento, a la salud y bienestar personal.

La autora precitada menciona que los requisitos reguladores son de tres tipos: requeridos universalmente por todos los individuos independientemente de su edad; requisitos específicamente reguladores de los procesos de desarrollo

humano; y todos los que surgen o están vinculados a los estados de salud de las persona. (Pág. 77).

La teoría de Enfermería del Autocuidado explica además la relación entre las capacidades de acción de los individuos según sus demandas de autocuidado, así las acciones que estos individuos apliquen sobre sus necesidades se convertirán en cuidados dependientes o autocuidado. Esta teoría especifica que el autocuidado es el cuidado que es realizado por uno mismo para sí mismo a través de acciones consistentes, controlada y dirigidas hacia un objetivo.

En esta investigación se describe la teoría de Orem ya que lo que se busca es que el paciente con patología diabética aprenda cuidados de enfermería en forma de educación para la salud recibida en la consulta, para su autocuidado dirigido hacia un objetivo que es prevenir el pie diabético.

Según Orem, D. (1993) El autocuidado ~~es~~ la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar+ (Pág. 131). Es el cuidado de sí mismo de forma voluntaria y responsable. El autocuidado es la contribución continua del adulto para mantener su propia existencia, su salud y su bienestar.

El autocuidado tiene un propósito. Es una acción que tiene un patrón y una secuencia y, cuando se realiza efectivamente, contribuye de manera específica a la integridad estructural, desarrollo y funcionamiento humano.

Los requisitos de autocuidado son reflexiones formuladas y expresadas sobre acciones que se sabe que son necesarias o que se supone que tiene validez en la regulación de aspectos del funcionamiento y desarrollo humano. Los requisitos de autocuidado formulados identifican dos elementos: un elemento es el factor a controlar o dirigido a controlar ciertos aspectos del funcionamiento y desarrollo humano y el segundo elemento es la especificación de la naturaleza de la acción a realizar.

Orem, D. (op.cit) identifica tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, del desarrollo y de desviación de la salud. Los tres descansan en las siguientes asunciones:

1. Los seres humanos por su naturaleza tienen necesidades comunes para el aporte de materiales (aire, agua, alimentos) y para producir y mantener condiciones de vida que apoyen los procesos vitales, la formación y mantenimiento de la integridad estructural, y el mantenimiento y promoción de la integridad funcional.
2. El desarrollo humano, de la vida intrauterina a la maduración del adulto, requiere la formación y el mantenimiento de condiciones que promuevan los procesos de desarrollo en cada periodo del ciclo vital.
3. Los defectos genéticos y constitucionales y las desviaciones de la integridad estructural, la funcionalidad normal y el bienestar, comportan requerimientos para: su prevención y acciones reguladoras para controlar su extensión y para controlar y mitigar sus efectos. (p 134).

Los requisitos de autocuidado son generalizaciones sobre los objetivos que los individuos deberían tener cuando se ocupan de su autocuidado. Estos requisitos han sido validados por su utilización con éxito para ayudar a los individuos a manejar su salud y bienestar.

El autocuidado es la respuesta práctica a una demanda experimentada de ocuparse de uno mismo. Estas pueden ser satisfechas o ignoradas, pero esta puede permanecer incluso si es ignorada, las demandas de autocuidado que experimentan todas y las personas y las experimentadas en presencia de enfermedad, lesión o incapacidad tienen dos aspectos: el objetivo del requisito de autocuidado y su naturaleza.

Los requisitos de autocuidado son expresiones de los tipos de autocuidados intencionados que los individuos requieren, y que deberían expresarse en términos de acción. Como se mencionó anteriormente la teoría del autocuidado discute tres tipos de requisitos, cada tipo representa una categoría de acciones deliberadas a realizar por los individuos, en esta investigación trataremos los requisitos de autocuidado universales.

Los requisitos de autocuidados universales son comunes a todos los seres humanos durante todas las etapas del ciclo vital, de acuerdo a su edad, estado de desarrollo y factores ambientales y otros. Están asociados a los procesos vitales, el mantenimiento de la integridad de la estructura y funcionamiento humanos, y al bienestar general. Se sugieren ocho requisitos de autocuidado comunes a todos los seres humanos de los cuales en esta investigación se seleccionaron tres, los que se relacionan con el autocuidado de los pacientes con patología diabética:

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos y líquidos suficiente
2. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
3. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos.

Estos requisitos representan las acciones humanas que producen las condiciones externas e internas que mantienen la estructura y el funcionamiento humano, que a su vez apoyan su desarrollo y maduración. (p.141).

Mantenimiento del Aporte Suficiente de Alimentos y Líquidos:

Este requisito universal según Orem, D. (op-cit) busca satisfacer acciones de autocuidado a través de tomar la cantidad requerida de alimentos y líquidos para el funcionamiento normal, ajustándolos según los factores internos y externos que pueden afectar los requerimientos, con el fin preservar la integridad de las estructuras anatómicas y procesos fisiológicos asociados, y así disfrutar de las placenteras experiencia de beber y comer sin abusos. (p.144)

En los pacientes con patología diabética el mantenimiento del aporte suficiente de alimentos y líquidos debe de estar regulado por un **control de peso** y un consumo de dieta adecuado, a su misma vez se deben controlar la ingesta de agua y de alcohol, ya que por las características propias de la enfermedad el paciente diabético tienden a manifestar aumento de la sed y del apetito, pérdida de peso repentino entre otras.

Sobre el consumo de dieta en pacientes con diabetes, Essig, M (2005), hace mención a que en la dietoterapia, es necesario puntualizar que el objetivo de las

mismas, para los pacientes con Diabetes Mellitus, es controlar los niveles de glucosa en sangre. El papel de la enfermera en el tratamiento dietético se centra en conocer los objetivos de la misma para así educar al paciente+(p. 167). El principio de que las personas con Diabetes tienen las mismas necesidades dietéticas fundamentalmente que los no diabéticos, establece la base para que el nutricionista desarrolle la dieta, sin olvidar que la dieta es una parte integrante de la vida que no se desintegra fácilmente, en este sentido la enfermera debe enseñar al diabético de un modo eficaz para reforzar los objetivos dietéticos.

El diabético debe comer en una forma balanceada, así pues Essig, M (2005), explica que con ~~el~~ número de calorías que su cuerpo necesita; todos los pacientes diabéticos necesitan evaluación nutricional individualizada, realizada por un especialista, pues el comer con exceso es perjudicial para su salud porque aumenta las necesidades de insulina+ (p.172), por lo cual debe cumplir estrictamente su régimen dietético, ya que el éxito del mismo depende del interés y constancia que él pueda tener, en este sentido es necesario recordar que la dieta más perfecta sólo es efectiva, si el diabético sigue el plan, el cual debe ser elaborado por el especialista en nutrición de acuerdo al estilo de vida del diabético.

La valoración dietética del paciente diabético, debe ser llevada a cabo de acuerdo a los objetivos básicos de nutrición adecuada, niveles de glucosa en sangre y alimentación apropiados. El conocimiento adquirido a través de la conversación con el paciente proporciona información necesaria para elaborar el plan dietético, aunado a la talla, el peso, el estado general de salud y los exámenes de laboratorio.

En cuanto a la ingesta de alcohol Essig, M. (op-cit) señala que ~~es~~ importante señalar que el consumo de alcohol y cigarrillos por parte del paciente con Diabetes Mellitus, requiere una evaluación adicional, pues el mismo debe tener especial cuidado al consumirlos... El alcohol no requiere de insulina para el metabolismo, por lo cual no produce hiperglicemia postprandial, pero es alto en calorías+(p.180) y con frecuencia se combina con bebidas gaseosas que contienen azúcar, causando una relajación en la disciplina de la dieta. La consideración más importante para el diabético tratado con insulina o hipoglicemiantes orales, es que el alcohol intensifica

la hipoglucemia, pues el mismo suprime la gluconeogénesis, el cual es el mecanismo para reabastecer de la sangre de glucosa.

Mantenimiento del Equilibrio entre las Actividades y el Reposo:

Con este requisito universal de autocuidado, Orem, D.(op-cit); ~~la~~ busca seleccionar actividades que estimulen, ocupen y mantengan en equilibrio el movimiento físico, las respuestas afectivas, el esfuerzo intelectual y la interacción social. Destaca que se deben reconocer y atender las necesidades de reposo y actividad+ (p.144).

La sensación de cansancio es una de las manifestaciones más comunes de la diabetes, por eso se recomienda al paciente diabético el reposo y descanso según lo requiera su organismo pero debe ir combinado a su vez con el ejercicio.

En lo ateniende al ejercicio diario, Rubio, J. (2006) refiere que ~~el~~ ejercicio es muy importante para la diabetes porque estimula el metabolismo y la utilización de los carbohidratos, y aumenta la acción de la insulina; pone en actividad el sistema músculo esquelético+ (p. 45). En este sentido, cabe señalar que los músculos para su funcionamiento adecuado requieren un alto consumo de oxígeno y energía, esta última proviene de la glucosa a partir de tres fuentes: glucógeno muscular, la glucosa que circula en sangre y los ácidos grasos provenientes del tejido graso.

En los primeros minutos de ejercicio, la energía es obtenida del glucógeno muscular, el cual cubre las necesidades energéticas en los primeros diez minutos de ejercicio, luego utiliza la glucosa sanguínea y los ácidos grasos de la sangre circulante, consumiendo en esta forma la glucosa que el diabético tiende a elevarse.

En cualquier persona el realizar ejercicios es muy valioso, especialmente en los diabéticos pues reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular, produciendo una sensación de bienestar físico y mental, aumentando la capacidad de trabajo aeróbico, reduce los niveles de colesterol y triglicéridos, y por ende la masa

corporal. Aumenta también la sensibilidad de la insulina, haciendo que los receptores para esta hormona sean más eficientes.

Antes de comenzar a ejercitarse, destaca el precitado Rubio, J. que es necesaria una evaluación física general, para establecer la posibilidad de complicaciones cardiovasculares, la función renal, y la neuropatía periférica, recomendando al paciente que realice su autovigilancia de la glicemia antes y después del ejercicio, para así realizar los ajustes necesarios en la dieta y el tratamiento. Es necesario recordarle al paciente que durante o después del ejercicio, puede presentarse hipoglicemia (baja de azúcar), por lo que debe llevar consigo algo dulce (azúcar, caramelos) para neutralizar la misma.

El período más adecuado para realizar los ejercicios, es una hora después del desayuno o del almuerzo, de esta forma se reduce el riesgo de hipoglicemia, no debe realizarse ejercicios cuando la glicemia esté alta, es decir por encima de 300mg.-dl, además no debe aumentarse la intensidad de los mismos sin consultar al especialista; todo diabético debe realizar ejercicio en forma regular con un mínimo de tres veces a la semana, en períodos de 20 a 40 minutos, usando zapatos y medias adecuadas, para así evitar lesiones en los pies.

Prevención de los Peligros para el Funcionamiento y el Bienestar:

Orem, D. (1993). Señala que:

Este requisito de autocuidado pretende que el individuo este alerta ante los tipos de peligros, que es posible que ocurran, para esto el individuo debe emprender acciones para prevenir acontecimientos que puedan conducir al desarrollo de situaciones peligrosas, o apartarse o protegerse uno mismo de las situaciones peligrosas cuando el peligro no puede ser eliminado. (p.144).

Para los pacientes con diabetes la prevención de complicaciones o peligros es primordial ya que de ello va depender que el desarrollo de su enfermedad sea de una manera más agresiva o leve, para manejar un poco el funcionamiento y el bienestar de estos pacientes hoy día existen una gama de tratamientos que colaboran con ello; y para una de las tantas complicaciones de la diabetes en la que

más se hace énfasis es en la de pie diabético que tiene innumerables recomendaciones para la prevención del mismo.

Para el tratamiento de la Diabetes Mellitus se utilizan los **hipoglicemiantes orales** y **la insulina**. Los hipoglicemiantes orales proporcionan grandes beneficios al paciente, cuando éste los utiliza correctamente una vez que el médico los ha indicado; en este sentido Essig, M (2005), sostiene que: **un uso correcto significa la incorporación de los antidiabéticos orales a un plan de cuidados global para el tratamiento de la diabetes**+(Pág. 28), lo que plantea que el paciente con Diabetes Mellitus debe conocer cómo actúan estos fármacos.

El autor antes referido Essig, M. (op-cit), destaca que **los hipoglicemiantes orales estimulan las células Beta del páncreas, para aumentar la secreción de insulina, pero ésta en un corto período de tiempo retorna al nivel basal que tenía antes de la terapia, aún consumiendo el fármaco, lo que no quiere decir que este último haya perdido su efectividad y el control de la glucosa sigue siendo normal**+(p 45). Este planteamiento obliga a explicarle al diabético que los hipoglicemiantes pueden también actuar directamente sobre la glucosa inhibiendo su producción e incrementando su transporte a las células musculares. Lo que requiere menos producción de insulina.

Los hipoglicemiantes orales son apropiados para aquellos diabéticos que producen cierta cantidad de insulina, necesaria para que el mismo no desarrolle cetoacidosis, recordando siempre que la medicación es un complemento del régimen dietético y los ejercicios, sola no funciona. También debe explicarse las contraindicaciones de los hipoglicemiantes orales, tales como: las alergias, la cirugía, el embarazo y el deterioro de la función hepática y renal.

Algunos medicamentos pueden aumentar o disminuir los efectos se encuentran: dicumural, cloranfenicol, clofibrato, fenilbutazona, hidrofenilbutazona, salicilatos, sulfonamidas y alcohol. Entre los medicamentos que reducen el efecto de los hipoglicemiantes orales, se encuentra: diazóxido, rifampicina y diuréticos tiazídicos.

Así mismo, Essig, M (2005), sostiene que los efectos colaterales más comunes de los hipoglicemiantes orales son las afecciones gastrointestinales, tales como: sensación de plenitud, ardores, anorexia, náuseas y vómitos ocasionales, y flatulencia+(p.67). Además se pueden presentar alergias, especialmente cutáneas.

Essig, M. (op-cit) explica que la **insulina** es secretada por las células beta de los islotes de Langerhans en el páncreas y actúan por disminución de la glucosa sanguínea, la facilitar la captación y utilización de la glucosa por las células musculares y grasa, y al disminuir la liberación de glucosa en el hígado+(p.78). La insulina es necesaria para el metabolismo normal de las grasas y las proteínas, por esta razón, cuando se agotan las reservas de la misma esta se traduce en una insuficiencia que hay que suplir.

La **insulina** utilizada para tratamiento de la diabetes, es una solución acuosa del principio activo, la cual al ser administrada en dosis apropiadas y en condiciones adecuadas, capacita al diabético para utilizar los nitratos de carbono y las grasas de manera satisfactoria, manteniendo la concentración de azúcar en sangre dentro de los límites normales, la orina carece de azúcar y cuerpo cetónicos y la acidosis y el coma diabético se evitan.

Actualmente se consigue en el mercado insulina en las siguientes presentaciones: Cristalina y NPH; las cuales son extraídas del páncreas de bovinos y porcinos. Esta insulina se administra en unidades de insulina por mililitro de solución. La jeringa para administrar debe guardar correlación con la potencia de la insulina utilizada.

El profesional de Enfermería debe enseñar al diabético a auto inyectarse, convenciéndolo de su confianza en él, explicándole el procedimiento mientras lo pone en práctica, guiándole en cada paso del mismo y mostrándole los posibles sitios para inyección. La ventaja principal de este sistema es que el mismo es directo, minimiza la ansiedad y la barrera de aprendizaje y a mediano plazo ayuda a cambiar la actitud del paciente hacia su autocuidado.

En cuanto al Cuidados de los pies; para prevenir el pié diabético en los pacientes con Diabetes Mellitus, se deben incluir el manejo por parte del mismo, los factores de riesgo, en este sentido, Calle, P. y Blanco, R. (2006), sostienen que: %La intervención para prevenir las amputaciones de miembros inferiores en personas con Diabetes Mellitus debe incluir la prevención de los factores de riesgo, fundamentalmente la neuropatía y la enfermedad vascular periférica y evitar hábitos inadecuados en el cuidado de los pies+ (Pág. 38).

Para lograr hábitos adecuados del cuidado de los pies, los mismos autores, menciona siete parámetros para valorar las técnicas de cuidado de los pies que utiliza el individuo: higiene, cortado de uñas, hábitos, uso de calzado, inspección de los pies y cura de heridas.

Para la higiene de los pies, debe tenerse en cuenta que el lavado de los mismos debe realizarse en forma específica en un recipiente, no conformándose con el lavado en la ducha. El agua para este lavado debe tener una temperatura entre 25 y 30 grados, no remojando los pies; luego debe realizarse el secado con una toalla de algodón, haciendo énfasis en los pliegues y espacios interdigitales. La costumbre inadecuada de dejar los pies en remojo por mucho tiempo, no medir la temperatura del agua y la falta de secado adecuado se convierte en un factor de riesgo para tener pié diabético. Se recomienda el uso de cremas y jabones hidratantes para evitar la resequedad de la piel. Este lavado es recomendable realizarlo diario o interdiario; y en cuanto a las personas que seden excesivamente pueden usar talcos especiales para este tipo de problema.

En relación al cortado de uñas, deben utilizarse tijeras de punta redonda y limas de cartón, no deben emplearse cortaúñas, ni alicates, ni cortacutículas, el uso de estos implementos y de tijeras puntiagudas es un factor de riesgo. Las uñas deben ser cortadas al ras del dedo, en forma cuadrada, limando las asperezas. Los pacientes diabéticos que tengan problemas de uñas difíciles, es decir que se les encarnen con facilidad, deben acudir al podólogo.

En cuanto a los hábitos, Calle, P. y Blanco, R. (2006), reportaron que: ~~%~~ Andar descalzo en ocasiones y la utilización de medias fueron los hábitos incorrectos más frecuentemente detectados. También llama la atención, la frecuente elección de zapatos inadecuados por la existencia de costuras, hormas estrechas y la falta de inspección del calzado+(Pág. 36), es este sentido es recomendable que el paciente con Diabetes Mellitus para calentar sus pies, utilice medias de algodón, que no compriman los pies, es decir que no le queden apretadas, no acercando los mismos a fuentes de calor. Otros hábitos que debe aprender el paciente es no andar descalzo e inspeccionar los pies con frecuencia en busca de lesiones, cambio de temperatura, coloración o pérdida del vello. No debe manipular los pies en caso de que consiga alguna lesión, tales como quitar callos, uñeros.

En relación al uso de los zapatos, antes de colocarse los mismos el diabético debe inspeccionarlos, introduciendo la mano en el calzado antes de introducir el pié, en busca de objetos extraños, pliegues, bordes, no es recomendable utilizar zapatos con pliegues y costuras, estos deben ser de la talla del usuario, no de un número mayor, de punta redondeada y tacón bajo, además debe ser cerrado.

El paciente con Diabetes Mellitus debe inspeccionarse los pies diariamente o cada dos días, cada vez que se realice la higiene de los mismos, en un lugar donde disponga de buena luz, con la ayuda de un espejo de aumento para visualizar mejor el pié, el talón, los pliegues y los espacios interdigitales. Además cuando tenga una herida pequeña en los mismos de emplear un antiséptico incoloro, gasa estéril y adhesivo hipoalergénico. No debe usar para las curas soluciones irritantes, además es recomendable que acuda al médico cuando tenga cualquier lesión, aunque esta no sea muy dolorosa o muy extensa.

La atención del paciente diabético está basada en gran medida en la educación sobre aspectos muy concretos de la enfermedad, al respecto, López, M. (2008), refiere que ~~%~~ el cumplimiento del tratamiento y los cuidados deben ser aprendidos. La puesta en práctica de los conocimientos adquiridos constituye la base del éxito+(p.311); lo que permite inferir que se debe educar al diabético para realizar la valoración del estado de la piel y de los pies; la higiene general de la piel,

característica de la piel y de los pies, capacidad de movimiento, grado de sensibilidad, signos de infección, lesiones cutáneas, vascularización estructuras óseas, existencia de problemas típicos de pis, uñas características anatómicas, arreglo y cuidado, signos de alteración

2.3. Sistema de Variables

Variable: Practica de Enfermería en la prevención de pié diabético.

Definición Conceptual: Es la responsabilidad y compromiso regular de las enfermeras en el cuidado de una o más personas en la localización de tiempo-espacio de estas personas. Orem, D. (1993)

Definición Operacional: Son las acciones de enfermería referida a medidas de autocuidado generales y específicas que ejecutan el paciente con Diabetes Mellitus para la prevención del pié diabético.

2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable: Cuidados de Enfermería en la prevención de pie diabético.

Definición Operacional: Son las acciones de enfermería referida al sistema de autocuidado, enmarcado en la teoría de Dorothea Orem que orienten al paciente con Diabetes Mellitus para la prevención del pie diabético.

Dimensiones	Indicadores	Sub- Indicadores	Ítems
<p>Sistema de Autocuidado: Está relacionado con las acciones aprendidas sobre el mantenimiento del aporte suficiente de alimentos y líquidos, mantenimiento del equilibrio entre las actividades y el reposo y la prevención de los peligros para el funcionamiento y el bienestar de los pacientes con patología diabética.</p>	<p>Mantenimiento del Aporte suficiente de alimentos y líquidos: Se refiere al consumo necesario y adecuado de comida y líquidos, para mantener el funcionamiento normal de los procesos fisiológicos, ajustándolos a los factores internos y externos.</p> <p>Mantenimiento del Equilibrio entre las Actividades y el Reposo: Se refiere a la selección de actividades que promuevan el ejercicio físico pero a su vez que mantenga una armonía con la necesidad de descanso.</p>	<p><u>Alimentos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Control de Peso - Consumo de dietas <p><u>Líquidos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingesta de alcohol - Consumo de cigarrillos <p><u>Actividades:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio diario 	<p>1</p> <p>2,3,4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p>

Dimensiones	Indicadores	Sub- Indicadores	Ítems
	<p>Prevención de los peligros para el funcionamiento y el bienestar: Se refiere a estar atentos a las posibles complicaciones que ocurran y a emprender acciones para evitar las misma y así mantener el desarrollo y el bienestar de los individuos.</p>	<p>Tratamientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hipoglicémicos orales - Insulina - Control de glicemia - Automedicación <p>Cuidados de los pies:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración de los Pies: - Coloración - Temperatura - Sensibilidad - Lesiones - Higiene de los pies - Cortado de uñas - Lubricación - Masajes - Uso de medias - Uso de calzado. 	<p>8</p> <p>9</p> <p>10</p> <p>11</p> <p>12,13</p> <p>14</p> <p>15</p> <p>16</p> <p>17,18,19</p> <p>20</p> <p>21</p> <p>22,23</p> <p>24</p> <p>25</p> <p>26,27</p>

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Estudio

La presente investigación según el análisis y el alcance de los resultados es de carácter descriptivo; Pineda, E; Alvarado, E (2008) refieren:

Los estudios descriptivos son la base y punto inicial de los otros tipos y son aquellos que están dirigidos a determinar ~~como es+ o como esta+~~ la citación de las variables que deberán estudiarse en una población. La presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno (Prevalencia o incidencia) y en quienes, donde y cuando se está presentando determinado fenómeno. (p. 81)

En este sentido se registró la Practica de medidas de autocuidado del paciente con Diabetes Mellitus para prevenir el pié diabético.

Cabe señalar que en cuanto al período y secuencia del estudio, este se considera transversal, pues registra la información en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo. Hernández, R; Collado, C; Baptista, P (2003) señala: ~~Los estudios transversales son aquellos que recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado+(p. 186)~~ La información se registró en cada turno de trabajo.

3.2 Población

La población de un estudio es definida por Tamayo, M. (1999) como ~~Grupo de entidades, personas o elementos cuya situación se está investigando o totalidad del fenómeno a estudiar+(p.165).~~ Así pues, la población estará conformada por 75

pacientes que asisten de manera regular a la consulta de diabetología de forma semanal.

3.3 Muestra

En relación a la muestra Hernández, R; Collado, C; Baptista, P (2003) señalan que ~~la~~ muestra suele ser definida como un subgrupo de la población+ (p.210). Para efectos del estudio la muestra queda conformada por el 66.6% de la población, siendo seleccionada mediante el muestreo no probabilístico intencional, en atención a los objetivos del estudio.

3.4 Métodos, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

En el presente estudio se utilizó para la recolección de datos de interés relacionado con la variable en estudio, un cuestionario cuya aplicación permitió, garantizar la confiabilidad y objetividad de las respuestas por parte de los elementos muestrales, el mencionado cuestionario fue elaborado por las autoras de acuerdo a la dimensión, los indicadores y subindicadores contenidos en la operacionalización de la variable, estuvo constituido por 27 ítems en escala dicotómica si-no.

Para validar el instrumento se remitió a la revisión de expertos en el área quienes evaluaron el contenido, la construcción de los ítems, y la coherencia de los mismos, demostrando que los mismos se adecuaban a la medición que se pretendía realizar.

3.5 Confiabilidad

Una vez que se realizó la selección del instrumento . cuestionario y de haber definido el estudio, se procedió a establecer la confiabilidad, mediante el análisis de las dimensiones e indicadores para medir el rango de estabilidad del cuestionario en su aplicación.

En este sentido, Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, P. (2006), sostienen que: ~~la~~ confiabilidad de un cuestionario de medición

se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados+(p. 242). Para determinar la confiabilidad se aplicó una prueba piloto a (7) representantes de la población en condiciones similares que no formaron parte de la muestra.

Para efectuar el cálculo de la confiabilidad de un cuestionario existen infinidad de fórmulas que generan coeficientes de confiabilidad. Estos coeficientes pueden oscilar entre 0 y 1, siendo 0 una confiabilidad nula y 1 una confiabilidad máxima, mientras más se acerca el valor a cero más factible es el error en la medición.

A efectos de esta investigación se concluyó utilizar el Coeficiente de confiabilidad Kuder Richardson (K_{R20}), utilizado para escalas dicotómicas (Sí-No), administración de una única prueba el cual emplea información fácil de obtener y cuya fórmula es:

$$K_{R20} = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{\sum p * q}{S^2 t} \right]$$

Donde:

K_{R20} = Coeficiente de confiabilidad Kuder Richardson

K = número de Ítems

p = Proporción respuestas correctas

q = Proporción respuestas incorrectas

$S^2 t$ = Varianza de los porcentajes de la prueba

Los resultados se interpretaron de acuerdo con el siguiente cuadro de relación:

ESCALA	CATEGORÍA
0 . 0,20	Muy baja
0,21 . 0,40	Baja
0,41 . 0,60	Moderada

0,61 . 0,80	Alta
0,81 - 1	Muy alta

Fuente: Pérez, G. (1981).

Sustituyendo los resultados obtenidos de la matriz de doble entrada elaborada bajo el programa Microsoft Excel Windows XP (Ver anexo), en la encuesta aplicada:

$$K_{R20} = \frac{27}{27-1} \left[1 - \frac{0.96}{8.80} \right]$$

$$\alpha = 1.11 * [1 - 0.1091]$$

$$\alpha = 0.97$$

Comparando el valor obtenido de 0.97 con la tabla presentada por Pérez Galán (1981), refleja una confiabilidad ~~Muy Alta~~ Según Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, P. (op-cit), los valores de los índices de confiabilidad alrededor de este valor son muy satisfactorio, lo que confirma que de ser aplicado el cuestionario en otros grupos los resultados serían similares porque la confiabilidad sobrepasa el 60% en todos los casos.

3.6 Procedimiento para la Recolección de los Datos

Para la obtención de datos se realizó la elaboración del cuestionario, de acuerdo a los objetivos planteados, se procedió al envío de la correspondencia al asesora para su evaluación se validó el instrumento por la especialista en el área, luego la correspondencia fue presentada a la Dirección del distrito Sanitario N° 3, al Jefe de la consulta externa y a la Coordinadora de Enfermería del área de estudio, una vez aprobada por los entes encargados de la consulta de diabetología se procedió a la aplicación del instrumento previamente informados los pacientes el objetivo del estudio.

3.7 Técnicas de Análisis

En concordancia con los objetivos planteados y según el tipo de estudio diseñado, los datos obtenidos se manejan a nivel descriptivo. Se utilizaron estadísticos descriptivos tales como frecuencias absolutas y porcentajes, para presentar los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento.

Los ítems que miden la variable, se agruparon según el indicador de tal modo que resultaron los cuadros que representen los resultados obtenidos, calificando la práctica como si o no.

Cada cuadro está acompañado de una breve descripción y análisis que se apoya en las bases teóricas del estudio. Además, se realizó un gráfico de sectores cilíndricos para facilitar la rápida visualización de los datos.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

El presente capítulo, hace referencia en un primer momento a la presentación de los resultados obtenidos a fin de determinar la práctica de Enfermería enfocada en la teoría del Autocuidado de Dorothea Orem para la prevención del pie diabético en los pacientes en su dimensión Sistema de Autocuidado; además describe el análisis e interpretación de los resultados en función de los objetivos formulados.

4.1 Presentación de Resultados

Para efectos del análisis de los resultados se aplicó la estadística descriptiva asignando frecuencias absolutas y porcentajes en función de las alternativas de respuestas, considerando la variable, dimensión, indicadores y subindicadores previamente formulados.

Asimismo, la interpretación de la información se realizó destacando los datos de mayor relevancia en cada uno de los Ítems; posteriormente se relacionó la información en función de las semejanzas o discrepancias entre la información recopilada y el marco teórico. Los resultados se obtuvieron a través del programa SPSS V-7 para Windows y se complementan con gráficos adecuados al tipo de dato procesado.

CUADRO Nº 1

DISTRIBUCIÓN DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES CORRESPONDIENTE A LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO RELACIONADAS CON EL MANTENIMIENTO DEL APOORTE DE ALIMENTOS CUMPLIDAS POR EL PACIENTE. CONSULTA DE DIABETOLOGÍA. DISTRITO SANITARIO N° 3. PARROQUIA SAN JUAN. DISTRITO CAPITAL. SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2011

Sub indicador	SI		NO		Totales	
	f	%	f	%	f	%
Control de peso	23	45,3	27	54,7	50	100,0
Consumo de dietas	21	42,0	29	58,0	50	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado.

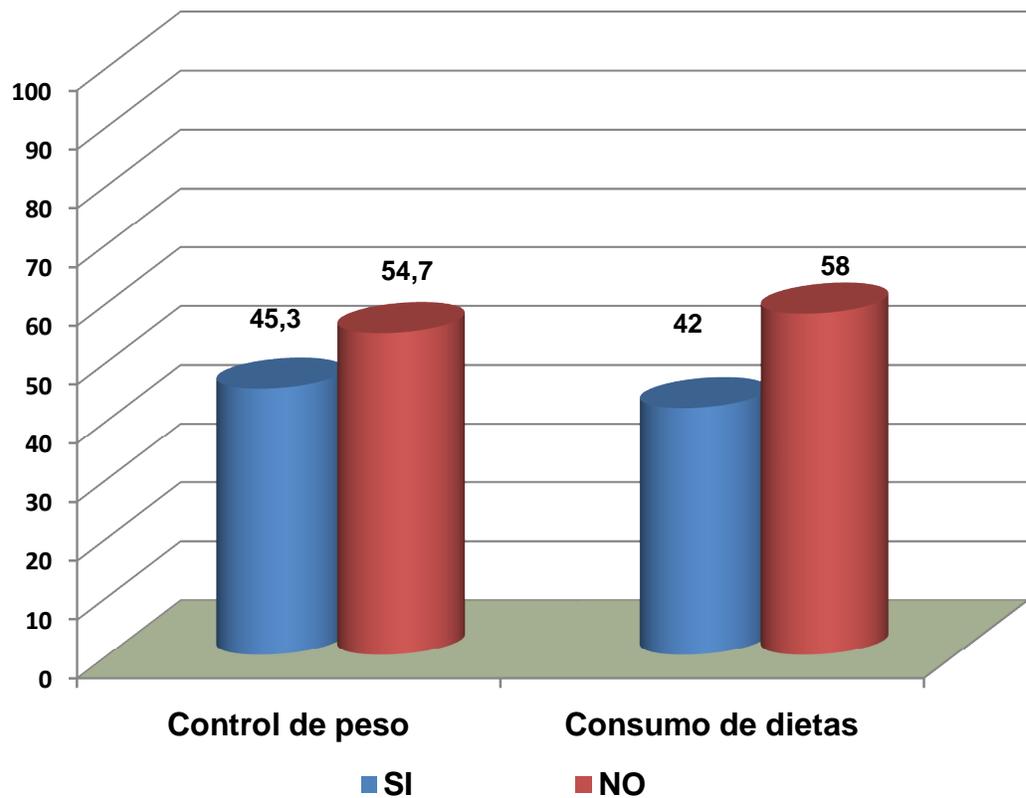
Análisis del Cuadro N° 1

Los resultados correspondientes al subindicador control de peso determinaron que el 54,7% de los pacientes dicen que NO asisten a control con el nutricionista, no consumen dieta para diabéticos para mantener los niveles de la glucosa y tampoco ingieren alimentos que contentan azúcar; en tanto que 45,3% dijeron que si.

Con respecto a los resultados en el subindicador consumo de dieta, el 58% de los pacientes dicen que NO se administran insulina para prevenir el aumento de la glucosa, tampoco ingieren hipoglicemiantes orales para prevenir el aumento de la glucosa y no controlan los niveles de glucosa semanalmente; en tanto que 50% dicen Si los consumen.

GRÁFICO Nº 1

DISTRIBUCIÓN DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES CORRESPONDIENTE A LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO RELACIONADAS CON EL MANTENIMIENTO DEL APOORTE DE ALIMENTOS CUMPLIDAS POR EL PACIENTE. CONSULTA DE DIABETOLOGÍA. DISTRITO SANITARIO Nº 3. PARROQUIA SAN JUAN. DISTRITO CAPITAL. SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2011



Fuente: Cuadro Nº 1.

CUADRO Nº 2

DISTRIBUCIÓN DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES CORRESPONDIENTE A LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO RELACIONADAS CON EL MANTENIMIENTO DEL APOORTE DE LÍQUIDOS CUMPLIDAS POR EL PACIENTE. CONSULTA DE DIABETOLOGÍA. DISTRITO SANITARIO N° 3. PARROQUIA SAN JUAN.

DISTRITO CAPITAL. SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2011

Sub indicador	SI		NO		Totales	
	f	%	f	%	f	%
Ingesta de alcohol y cigarrillos	25	50,0	25	50,0	50	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado.

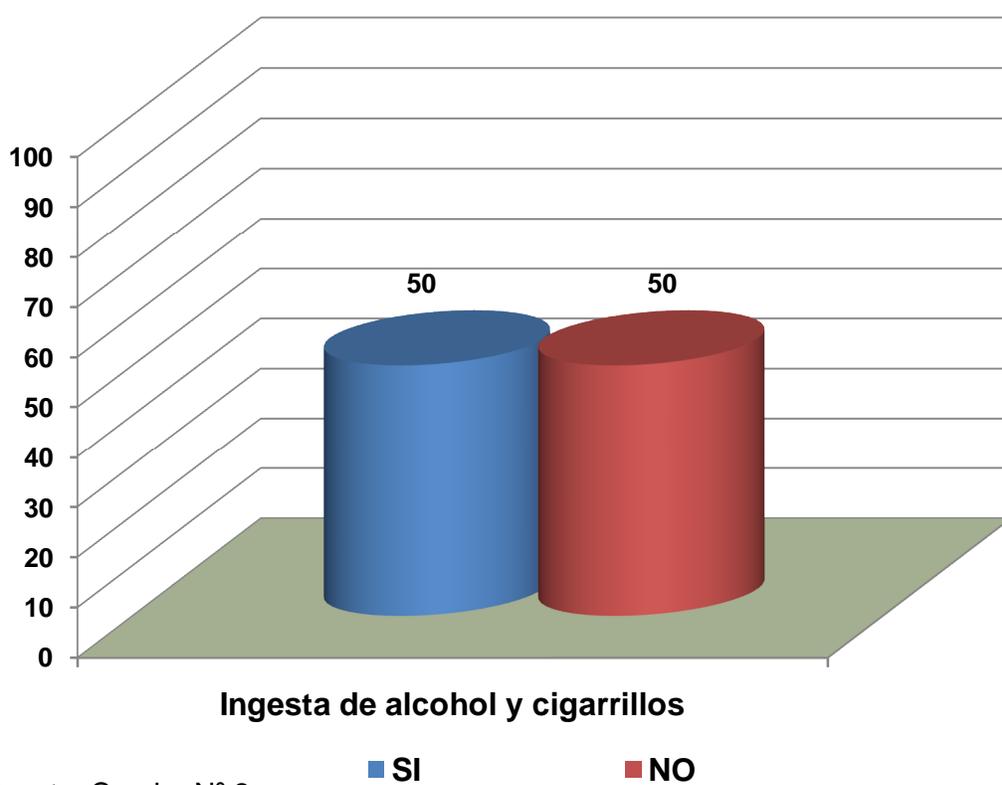
Análisis del Cuadro N° 2

Los resultados correspondientes al subindicador ingesta de alcohol y cigarrillos, determinan que el 50% de los pacientes dicen que SI consumen bebidas alcohólicas y cigarrillos o tabaco; en tanto que 50% restantes dicen que NO.

GRAFICO Nº 2

DISTRIBUCIÓN DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES CORRESPONDIENTE A LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO RELACIONADAS CON EL MANTENIMIENTO DEL APORTE DE LÍQUIDOS CUMPLIDAS POR EL PACIENTE. CONSULTA DE DIABETOLOGÍA. DISTRITO SANITARIO Nº 3. PARROQUIA SAN JUAN.

DISTRITO CAPITAL. SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2011



Fuente: Cuadro Nº 2.

CUADRO Nº 3

DISTRIBUCIÓN DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES CORRESPONDIENTE A LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO RELACIONADAS CON LAS ACTIVIDADES Y EL REPOSO CUMPLIDAS POR EL PACIENTE. CONSULTA DE DIABETOLOGÍA. DISTRITO SANITARIO Nº 3. PARROQUIA SAN JUAN. DISTRITO CAPITAL. SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2011

Sub indicador	SI		NO		Totales	
	f	%	f	%	f	%
Ejercicio diario	25	50,0	25	50,0	50	100,0

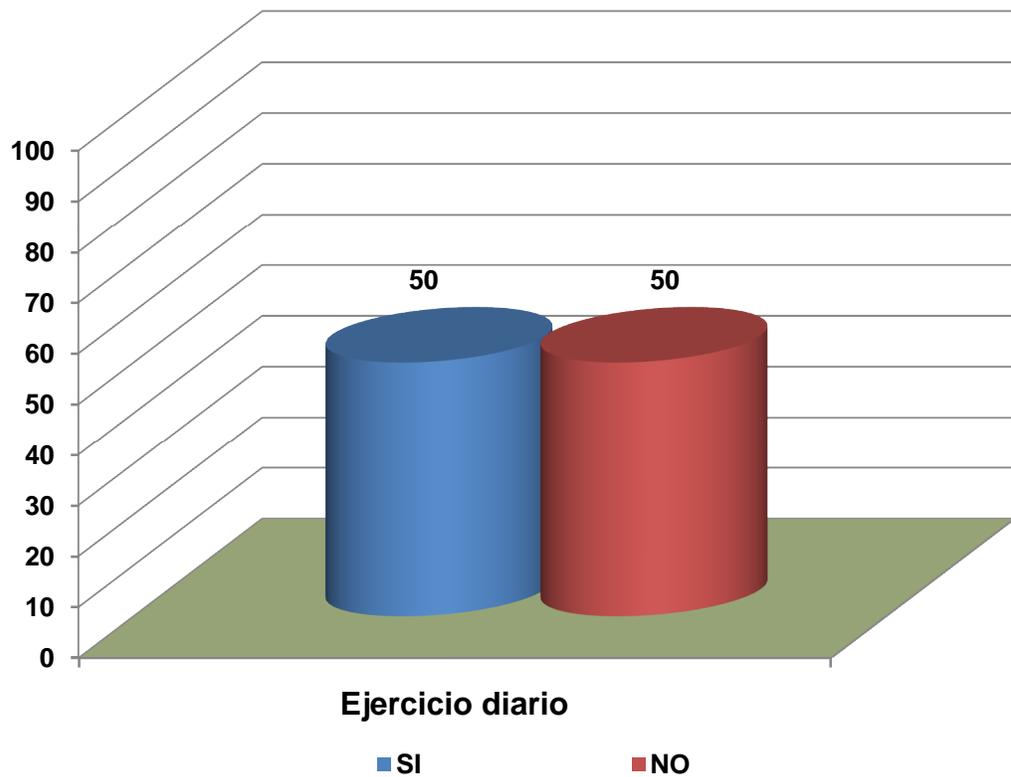
Fuente: Cuestionario aplicado.

Análisis del Cuadro Nº 3

Los resultados correspondientes al subindicador ejercicio diario, determinan que el 50% de los pacientes dicen que SI mantienen control de peso corporal y realizan ejercicios físicos para estimular la circulación y mantener el tono muscular; mientras que 50% dijeron que NO.

GRÁFICO Nº 3

DISTRIBUCIÓN DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES CORRESPONDIENTE A LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO RELACIONADAS CON LAS ACTIVIDADES Y EL REPOSO CUMPLIDAS POR EL PACIENTE. CONSULTA DE DIABETOLOGÍA. DISTRITO SANITARIO Nº 3. PARROQUIA SAN JUAN. DISTRITO CAPITAL. SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2011



Fuente: Cuadro Nº 3.

CUADRO Nº 4

DISTRIBUCIÓN DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES CORRESPONDIENTE A LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO CUMPLIDAS POR EL PACIENTE. CONSULTA DE DIABETOLOGÍA. DISTRITO SANITARIO Nº 3. PARROQUIA SAN JUAN. DISTRITO CAPITAL. SEGUNDO SEMESTRE
AÑO 2011

Sub indicador	SI		NO		Totales	
	f	%	f	%	f	%
Control de glicemia	30	60,0	20	40,0	50	100,0
Insulina	14	28,0	36	72,0	50	100,0
Automedicación	17	34,0	33	66,0	50	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado.

Análisis del Cuadro Nº 4

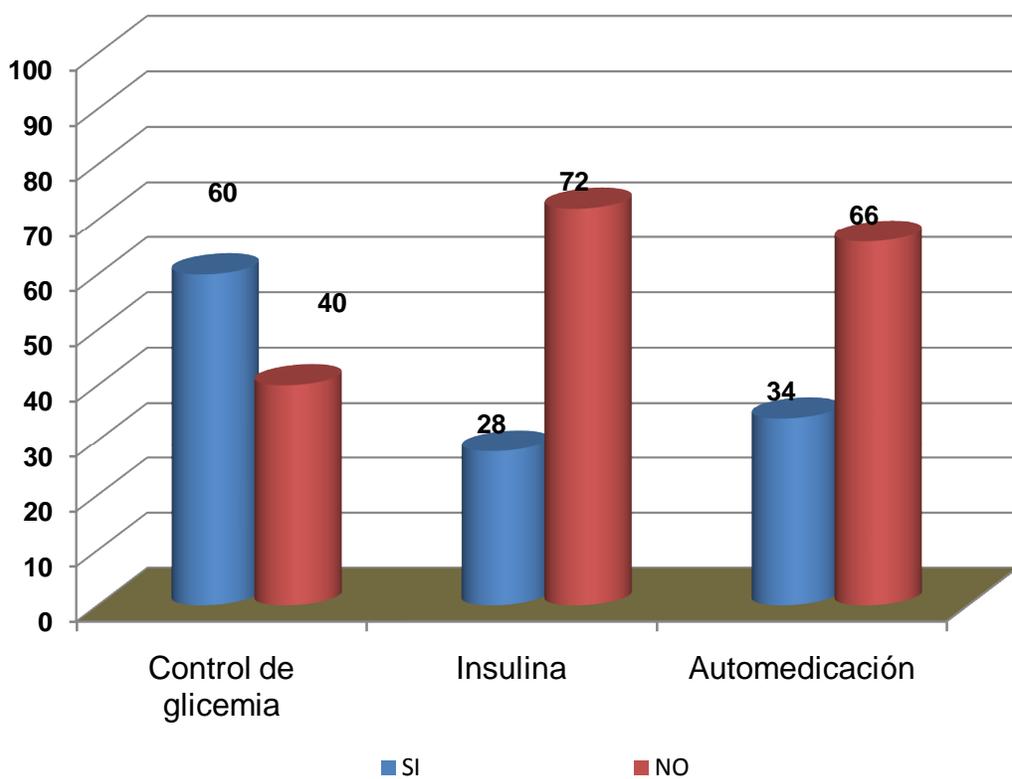
Los resultados correspondientes al subindicador control de glicemia, determinan que el 60% dicen que SI controla los niveles de glucosa semanalmente; en tanto que 40% dicen que NO.

Con respecto a los resultados en el subindicador insulina, determinaron que el 72% de los pacientes dicen que NO se administran insulina para la prevención del aumento de la glicemia en sangre; en tanto que 28% dicen que SI.

En el subindicador automedicación, el 66% de los pacientes dicen que NO se administran medicamentos sin orden médica; mientras que 34% dicen que SI.

GRÁFICO Nº 4

DISTRIBUCIÓN DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES CORRESPONDIENTE A LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO CUMPLIDAS POR EL PACIENTE. CONSULTA DE DIABETOLOGÍA. DISTRITO SANITARIO Nº 3. PARROQUIA SAN JUAN. DISTRITO CAPITAL. SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2011



Fuente: Cuadro Nº 4.

CUADRO Nº 5

DISTRIBUCIÓN DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES CORRESPONDIENTE A LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO RELACIONADAS CON EL CUIDADO DE LOS PIES CUMPLIDAS POR EL PACIENTE. CONSULTA DE DIABETOLOGÍA. DISTRITO SANITARIO Nº 3. PARROQUIA SAN JUAN. DISTRITO CAPITAL. SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2011

Sub indicador	SI		NO		Totales	
	f	%	f	%	f	%
Coloración	37	74,0	13	26,0	50	100,0
Temperatura	19	38,0	31	62,0	50	100,0
Sensibilidad	18	36,0	32	64,0	50	100,0
Lesiones	25	50,0	25	50,0	50	100,0
Higiene de los pies	21	42,0	29	58,0	50	100,0
Cortado de uñas	37	74,0	13	26,0	50	100,0
Lubricación	34	68,0	16	32,0	50	100,0
Masajes	27	54,0	23	46,0	50	100,0
Uso de medias	11	22,0	39	78,0	50	100,0
Uso de calzado	9	18,0	41	82,0	50	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado.

Análisis del Cuadro Nº 5

Los resultados en el subindicador coloración, determinan que el 74% de los pacientes dicen que SI se dan cuenta cuando la piel de los pies cambia de coloración y buscan ayuda profesional antes de cualquier lesión, cambio de temperatura y color de los pies; mientras que 26% dicen que NO.

Los resultados en el subindicador temperatura evidencian que el 62% de los pacientes dicen que NO controlan la temperatura de los pies y tampoco se aplican calor o frío en los pies (como mantas eléctricas, bolsas de agua caliente, hielo); en tanto que 38% dijeron que si.

Con respecto a los resultados en el subindicador sensibilidad se pudo conocer que el 64% de los pacientes dicen que NO mantienen los pies mojados durante períodos prolongados y tampoco valoran diariamente la sensibilidad de los pies; mientras que 36% dice que SI.

En el subindicador lesiones, se pudo evidenciar que el 50% de los pacientes dicen que SI reconocen que las lesiones de los pies son características del pie diabético y acuden al especialista de los pies cuando tienen alguna lesión como callos, placas, sequedad, grietas, pies de atleta uñas enclavadas; mientras que 50% dijo que NO.

Los resultados en el subindicador higiene de los pies, reportó que el 58% de los pacientes dicen que NO se examinan diariamente los pies y tampoco andan descalzos con frecuencia; mientras que 42% dijo que SI.

Con respecto a los resultados en el subindicador cortado de uñas, se evidenció que el 74% de los pacientes dicen que SI se cortan las uñas de forma recta; en tanto que 26% indicó que NO.

En el subindicador lubricación el 68% de los pacientes dicen que SI evitan el exceso de sequedad y las grietas utilizando cremas hidratantes en los pies; mientras que 32% dijo que NO.

En los resultados se pudo evidenciar en el subindicador masajes que el 54% de los pacientes dicen que SI estimulan la circulación de sus pies dándoles masajes con frecuencia; sin embargo 46% dijo que NO.

Con respecto al subindicador uso de medias, se pudo determinar que el 78% de los pacientes dicen que NO usan medias ajustadas; en tanto que 22% indicó que SI.

El subindicador uso de calzado determina que el 82% de los pacientes dicen que NO utilizan calzado que le apriete y el 18% indicó que SI.

GRÁFICO Nº 5

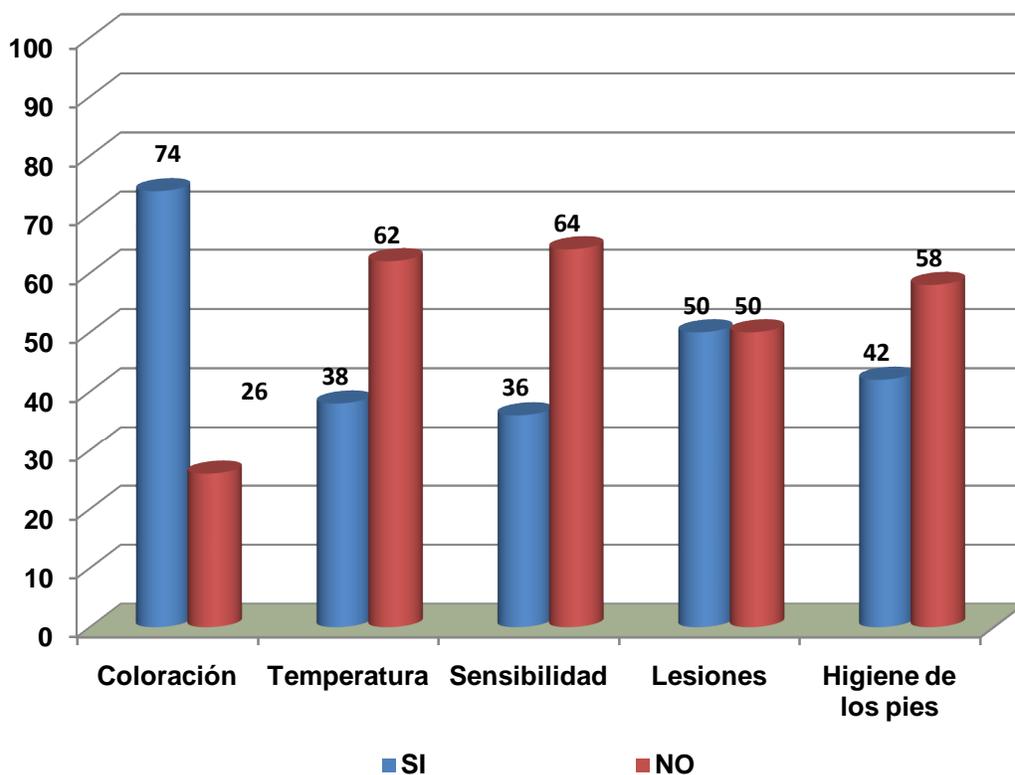
DISTRIBUCIÓN DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES CORRESPONDIENTE A LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO RELACIONADAS CON EL CUIDADO DE LOS PIES CUMPLIDAS POR EL PACIENTE. CONSULTA DE DIABETOLOGÍA.

DISTRITO

SANITARIO Nº 3. PARROQUIA SAN JUAN.

DISTRITO CAPITAL. SEGUNDO SEMESTRE

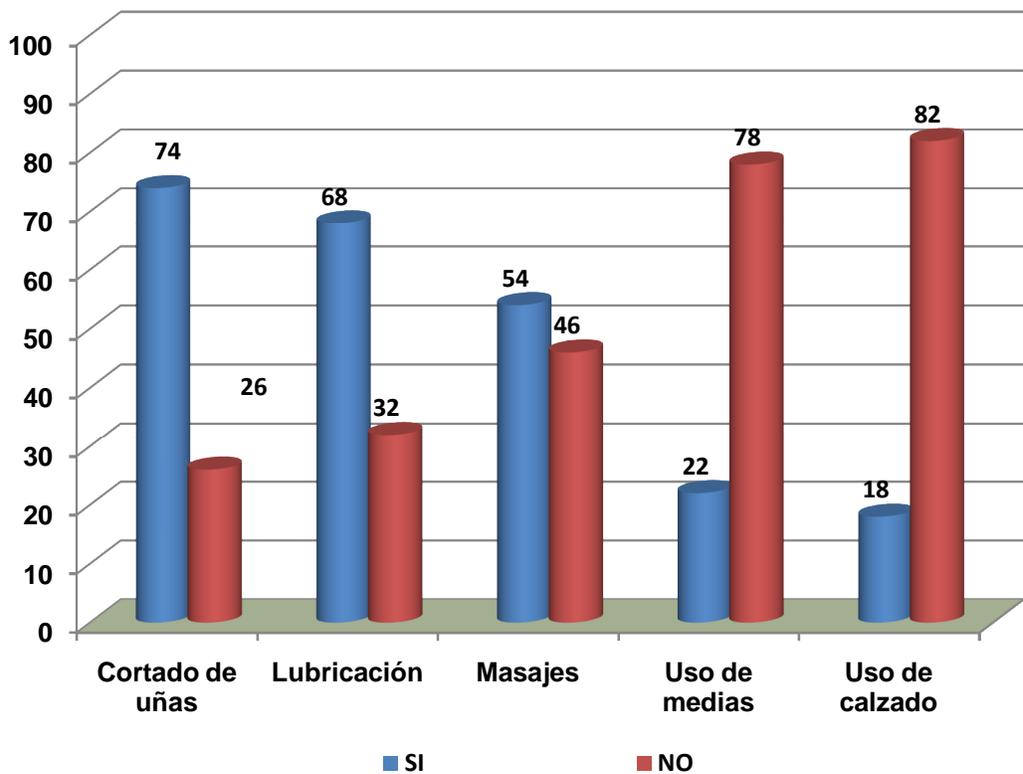
AÑO 2011



Fuente: Cuadro Nº 5.

GRÁFICO Nº 5-A

DISTRIBUCIÓN DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES CORRESPONDIENTE A LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO RELACIONADAS CON EL CUIDADO DE LOS PIES. CONSULTA DE DIABETOLOGÍA. DISTRITO SANITARIO Nº 3. PARROQUIA SAN JUAN. DISTRITO CAPITAL. SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2011



Fuente: Cuadro Nº 5.

CUADRO Nº 6

DISTRIBUCIÓN DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES PARA LA VARIABLE PRACTICA DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE PIE DIABÉTICO. DIMENSIÓN SISTEMA DE AUTOCUIDADO CONSULTA DE DIABETOLOGÍA. DISTRITO SANITARIO Nº 3. PARROQUIA SAN JUAN. DISTRITO CAPITAL. SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2011

Indicadores	SI		NO		Totales	
	f	%	f	%	f	%
Mantenimiento del Aporte suficiente de alimentos y líquidos	23	46,0	27	54,0	50	100,0
Mantenimiento del Equilibrio entre las Actividades y el Reposo	25	50,0	25	50,0	50	100,0
Prevención de los peligros para el funcionamiento y el bienestar	24	48,0	26	52,0	50	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado.

Análisis del Cuadro Nº 6

Los resultados para la variable Practica de Enfermería en la prevención de pie diabético, en su dimensión sistema de autocuidado, determinó en el indicador Mantenimiento del Aporte suficiente de alimentos y líquidos, que el 54% de los pacientes NO consumen la comida y líquidos necesarios y adecuados para mantener el funcionamiento normal de los procesos fisiológicos, ajustándolos a los factores internos y externos; mientras que 46% si los consumen.

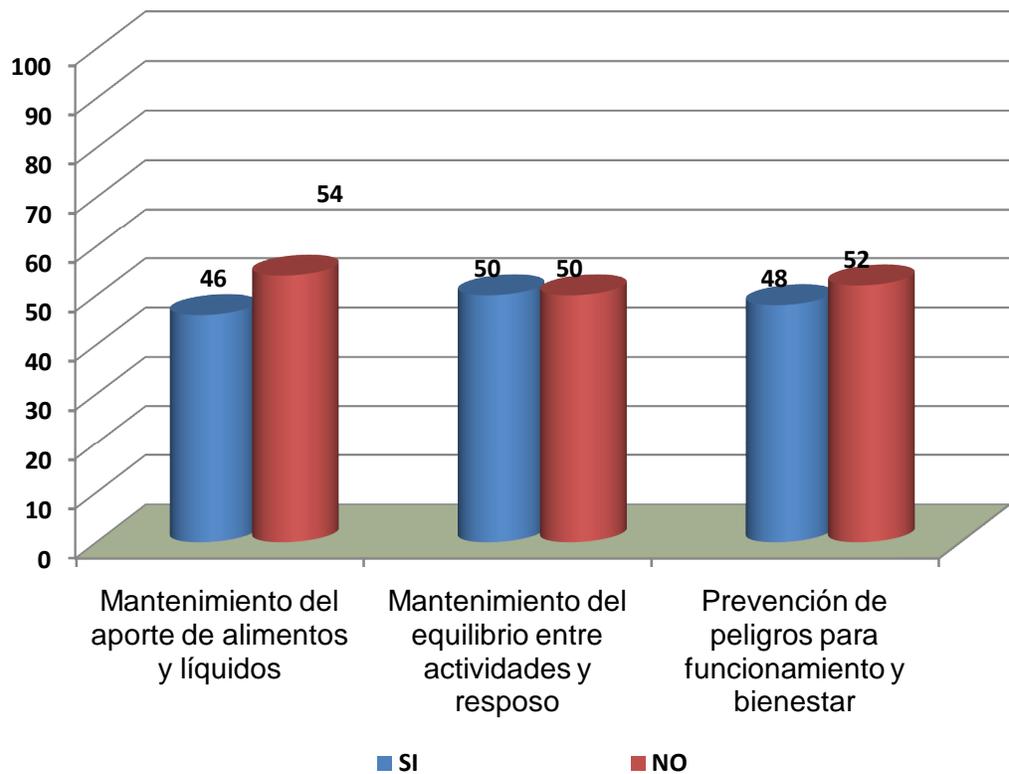
En el indicador Mantenimiento del Equilibrio entre las Actividades y el Reposo, se pudo determinar que el 50% de los pacientes SI realizan actividades y

ejercicio que los mantengan en armonía con la necesidad de descanso; mientras que 50% no los realizan.

Con respecto a los resultados en el indicador Prevención de los peligros para el funcionamiento y el bienestar; se pudo evidenciar que el 52% de los pacientes NO están atentos a las posibles complicaciones que ocurran y a emprender acciones para evitar las misma y así mantener el desarrollo y su bienestar; mientras que 48% dicen que SI.

GRÁFICO Nº 6

DISTRIBUCIÓN DE LAS FRECUENCIAS Y PORCENTAJES PARA LA VARIABLE PRACTICA DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE PIE DIABÉTICO. DIMENSIÓN SISTEMA DE AUTOCUIDADO CONSULTA DE DIABETOLOGÍA. DISTRITO SANITARIO Nº 3. PARROQUIA SAN JUAN. DISTRITO CAPITAL. SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2011



Fuente: Cuadro Nº 6.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En atención a los análisis realizados sobre los resultados obtenidos con el cuestionario aplicado, así como los aspectos derivados de la revisión a fuentes bibliográficas relacionadas con la temática abordada en el estudio, se presentan a continuación las conclusiones y recomendaciones derivadas de la presente investigación.

5.1 Conclusiones

Los resultados en el subindicador control de peso determinaron que el 54,7% de los pacientes NO asisten a control con el nutricionista, no consumen dieta para diabéticos para mantener los niveles de la glucosa y tampoco ingieren alimentos que contentan azúcar.

En el subindicador consumo de dieta, el 58% de los pacientes NO se administran insulina para prevenir el aumento de la glucosa, tampoco ingieren hipoglicemiantes orales para prevenir el aumento de la glucosa y no controlan los niveles de glucosa semanalmente.

En el subindicador ingesta de alcohol y cigarrillos, el 50% de los pacientes SI consumen bebidas alcohólicas y cigarrillos o tabaco; así mismo en el subindicador ejercicio diario, 50% de los pacientes SI mantienen control de peso corporal y realizan ejercicios físicos para estimular la circulación y mantener el tono muscular.

El subindicador control de glicemia, determinó que el 60% de los pacientes SI controla los niveles de glucosa semanalmente. En el subindicador insulina, 72% de los pacientes NO utilizan soluciones en los pies como alcohol, callicida, yodo.

En el subindicador automedicación, el 66% de los pacientes NO se administran medicamentos sin orden médica. Los resultados en el subindicador coloración, determinan que el 74% de los pacientes SI se dan cuenta cuando la piel de los pies cambia de coloración y buscan ayuda profesional antes de cualquier lesión, cambio de temperatura y color de los pies.

En el subindicador temperatura el 62% de los pacientes NO controlan la temperatura de los pies y tampoco se aplican calor o frío en los pies (como mantas eléctricas, bolsas de agua caliente, hielo).

Los resultados en el subindicador sensibilidad se pudo conocer que el 64% de los pacientes NO mantienen los pies mojados durante períodos prolongados y tampoco valoran diariamente la sensibilidad de los pies.

En el subindicador lesiones, se pudo evidenciar que el 50% de los pacientes SI reconocen que las lesiones de los pies son características del pie diabético y acuden al especialista de los pies cuando tienen alguna lesión como callos, placas, sequedad, grietas, pies de atleta uñas enclavadas.

Los resultados en el subindicador higiene de los pies, reportó que el 58% de los pacientes NO se examinan diariamente los pies y tampoco andan descalzos con frecuencia.

En el subindicador cortado de uñas, se evidenció que el 74% de los pacientes dicen que SI se cortan las uñas de forma recta, 68% evitan el exceso de sequedad y las grietas utilizando cremas hidratantes en los pies; 54% SI estimulan la circulación de sus pies dándoles masajes con frecuencia; 78% de los pacientes NO usan medias ajustadas y 82% NO utilizan calzado que le apriete.

Los resultados para la variable Practica de Enfermería en la prevención de pie diabético, en su dimensión sistema de autocuidado, determinó en el indicador Mantenimiento del Aporte suficiente de alimentos y líquidos, que el 54% de los pacientes NO consumen la comida y líquidos necesarios y adecuados para

mantener el funcionamiento normal de los procesos fisiológicos, ajustándolos a los factores internos y externos.

En el indicador Mantenimiento del Equilibrio entre las Actividades y el Reposo, se pudo determinar que el 50% de los pacientes SI realizan actividades y ejercicio que los mantengan en armonía con la necesidad de descanso.

Con respecto a los resultados en el indicador Prevención de los peligros para el funcionamiento y el bienestar; se pudo evidenciar que el 52% de los pacientes NO están atentos a las posibles complicaciones que ocurran y a emprender acciones para evitar las misma y así mantener el desarrollo y su bienestar.

5.2 Recomendaciones

- Mostrar los resultados del estudio al equipo de enfermería para motivarlos a asumir con responsabilidad cuidados de Enfermería, enfocados en la Teoría del autocuidado de Dorothea Orem, para la prevención del pie diabético en los pacientes.
- Facilitar acciones de trabajo en equipo para el análisis crítico de los fundamentos científicos de la teoría del autocuidado, aplicables en el contexto de la práctica profesional.
- Fortalecer en los pacientes la prevención del pie diabético, cumpliendo las medidas de autocuidado, para que se sientan tratados como personas que sienten y vivencia una enfermedad.
- Planificar estrategias que fortalezcan la presencia de enfermería en la consulta a través de acciones específicas para asegurar en los pacientes mayor calidad de vida, subyacentes a la calidad de atención en salud.
- Fortalecer la práctica de enfermería para una apropiada atención, tanto individualizada como recíproca, que facilite satisfacer todas las necesidades

del paciente en un contexto integral, con la finalidad de prevenir el pie diabético en los pacientes atendidos en la consulta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICA HEART ASSOCIATION (2010) **La Diabetes. Doc.** En línea.
- BALDERAS, MARIA. (2004). **Administración de los servicios de Enfermería.** 3ra Edición. Editorial Interamericana México.
- BARR, JHON (2007). **Como controlar su Diabetes.** Publicaciones de: Ely y Lilly and Company. USA
- CABRERA, R; MOTTA, I; RODRÍGUEZ, C; VELÁSQUEZ, D (2009) **Nivel de conocimiento de los pacientes sobre el autocuidado en prevención de diabetes, en el policlínico Chinca.** Lima, Peru.
- CALLE-PASCUAL Y Blanco, R. (2006). **Diseño de dos cuestionarios para evaluar los factores de riesgo de padecer amputación de miembros inferiores en la Diabetes Mellitus.** Avances en Diabetología 10: 31-40 (1995)
- CAMEJO, MARIO (2007). **Prevención de ulceraciones y Amputaciones del pie en la Diabetes.** Interamericana. México.
- DONOSO, ESTHER. (2008). **Diabetes Mellitus.** Editorial Interamericana. México.
- ESSIG, MILLER. (2005). **Actualice sus conocimientos sobre antidiabéticos orales.** Nursing 84. Edición en español. Volumen 2 No 5. España.
- ESTRADA, LAURA (2008) **Cirugía en el Paciente Geriátrico.** Edición 3ª. Editorial Limusa. Buenos Aires, Argentina.
- ESPAÑA, GEORGE. (2000) **Enfermedad vascular periférica: isquemia de miembros inferiores.** Estudio de la incapacidad laboral por enfermedades cardiocirculatorias. Madrid.
- FIGUEIRA, E; DURAN, V; FERNÁNDEZ, V (2011), **Enfoques del autocuidado del adulto mayor con hiperqueratosis para prevenir el pie diabético en la comunidad José Gregorio Hernández.** Valencia, Estado Carabobo.
- HERNANDEZ, ROBERTO; FERNANDEZ, CARLOS Y BAPTISTA, PILAR (2006). **Investigacion aplicada.** Sexta edición. Caracas, Venezuela.
- LÓPEZ, MIRTA. (2008). **Atención domiciliaria Diagnóstico de Enfermería.** Editorial McGraw-Hill, Interamericana de España.
- MANUAL MERCK. (2009). 17^{ma} Edición. **Diagnóstico y Terapéutica.** Editorial Océano. España.

MÉNDEZ, V; BERERRIL, V; MORALES, M Y PÉREZ, V (2010) **Describir las actividades de autocuidado en el adulto mayor con diabetes Mellitus Tipo 2, inscritos en el Programa de enfermedades crónicas degenerativas.** Teomoaya, Mexico.

Ministerio Del Poder Popular Para la Salud(2009). **Anuario Epidemiologico.**Doc. en linea. www.MPPS.com

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (2007).Doc. en linea. www.OMS.com.

OREM, DOROTHEA (1993). **Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la práctica.** Ediciones científicas y Técnicas, S.A. Cuarta Edición. Barcelona, España.

PÉREZ, H (2010) **Pie Diabético en los adultos mayores en la consulta de angiología de la clínica popular Í Simón BolívarÍ de Mariara.** Estado Carabobo, Venezuela.

PINEDA, ELIA Y ALVARADO DE ELI (2008). **La diabetes enfermedad crónica.** Editorial Sampi, Edicion primera. Bogotad, Colombia.

PEREZ, GALAN (1981). **La diabetes y sus complicaciones.** Primera edición. Editorial Alba. Lima, Perú.

RIFKIN, DILAN. (2004). **Diabetes Mellitus Theory and Practical.** Fourth Edition. Editorial J.B. Lippincott Company. New York. USA.

RUBIO, JUAN. (2006), **La Educación Diabetológica del enfermo diabético y su núcleo familiar.** TEG UC Escuela de Enfermería

SABATINO, FERNANDO y CORTES, WILLIANS (2006). **Pié diabético. Diabetes Mellitus.** Editorial Disinlimed C.A. Venezuela.

SAXTON, LIAN y Crons, WITNEY. (2005). **Autoevaluación y Texto de Enfermería.** 15º Edición. Editorial Mosby, España.

SHAW, DANIEL. (2006). **Tratamiento de las Infecciones de los Pies en los Diabéticos.** Australia.

SOSA, JOE. (2006). **Tratamiento del Pié Diabético.** Publicación de la Universidad de Carabobo. Venezuela.

TAMAYO, MARIO. (2010) **El Proceso de la Investigación Científica.** 5ta Edición Editorial Limusa. Mexico

VALENCIAGA, MISLER (2006). **Repercusión en el control de la Diabetes Mellitus y las Técnicas educativas dirigidas a la familia.** Trabajo especial de grado no publicado. Universidad de Carabobo. Venezuela.

WUENSA, AURA. (2004). **Orientación de la Enfermera al paciente ambulatorio, relacionado con el tratamiento de Neuropatía Diabética.** Trabajo Especial de grado no publicado. Universidad de Carabobo. Venezuela.



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



ANEXO A

**INSTRUMENTO PARA MEDIR LA VARIABLE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN
EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS PARA PREVENIR PIE DIABÉTICO**

Autoras:
Gaspar Maricarmen
C.I. N° 17.381.344
Francis Pena
C.I. N° 19.014.990

Tutora:
Dra. Evelia Figuera Guerra

Presentación

Caracas, enero 2012

Estimados pacientes:

El presente cuestionario se ha elaborado con el propósito de obtener información sobre medidas del autocuidado en la prevención del pie diabético en pacientes con diabetes mellitus.

La información que usted proporcionará, es confidencial y será de gran importancia para la realización de este estudio, el cual es un Trabajo Especial de Grado para optar al título de Licenciada en Enfermería. Los resultados obtenidos permitirán establecer estrategias entre el equipo de salud y los pacientes, con el fin de mejorar su calidad de vida.

Autocuidado para prevenir el pie diabético

Marque con una equis (X) su respuesta

Nº	Ítems	SI	NO
1	Mantiene control de peso corporal		
2	Consume dieta para diabéticos para mantener los niveles de la glucosa		
3	Asiste a control con el nutricionista		
4	Ingiere alimentos que contengan azúcar		
5	Consume bebidas alcohólicas		
6	Consume cigarrillos o tabaco		
7	Realiza ejercicios físicos para estimular la circulación y mantener el tono muscular		
8	Ingiere hipoglicemiantes orales para prevenir el aumento de la glucosa		
9	Se administra insulina para prevenir el aumento de la glucosa		
10	Controla los niveles de glucosa semanalmente		
11	Se administra medicamentos sin orden médica		
12	Valora diariamente la sensibilidad de los pies		
13	Se examina diariamente los pies		
14	Se da cuenta cuando la piel de sus pies cambia de coloración		
15	Controla la temperatura de sus pies		
16	Se aplica calor o frío en los pies		
17	Reconoce que las lesiones de los pies son características del pie diabético		
Nº	Ítems	SI	NO
18	Acude al especialista de los pies (quiropodista) cuando tiene alguna lesión como (callos, placas, sequedad, pie de atleta, uñas enclavadas)		
19	Busca ayuda profesional (médica) antes de cualquier lesión, cambio de temperatura y color de los pies.		

20	Mantiene los pies mojados durante períodos prolongados		
21	Se corta las uñas de forma recta		
22	Evita el exceso de sequedad y las grietas utilizando cremas hidratantes en los pies		
23	Utiliza soluciones en los pies como alcohol, callicida, yodo.		
24	Estimula la circulación de sus pies dándoles masajes con frecuencia		
25	Usa medias ajustadas		
26	Anda descalzo		
27	Utiliza calzado que le apriete		