

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“JOSÉ ASSEF YARA”
CIEGO DE AVILA
POLICÍNICO COMUNITARIO DOCENTE JUAN OLIMPIO
VALCARCEL
VENEZUELA**

**TÍTULO: Intervención Educativa sobre la
Diabetes Mellitus y su Manejo Nutricional.**



Autora: Dra. Maydenis Palenzuela Pino.

Residente de 2 año de Medicina General Integral.

Tutor: Dr. Arnaldo López Montañés.

Especialista en Primer Grado en MGI

MsC. Urgencia y Emergencia Médica.

Profesor Instructor

**Trabajo de terminación de Especialidad para optar por
el Título de Especialista en Primer Grado en MGI.**

Año 2012

PENSAMIENTO

El futuro de nuestra patria tiene que ser necesariamente un futuro de hombres de ciencia, tiene que ser un futuro de hombres de pensamiento, porque precisamente es lo que más estamos sembrando, lo que más estamos sembrando son oportunidades a la inteligencia. (1)

Fidel Castro Ruz

DEDICATORIA

- ☐ A mi hija por ser mi mayor inspiración en cualquier actividad que realizo.
- ☐ A mis padres y esposo por siempre estar conmigo en los momentos difíciles de la vida.
- ☐ A todas las personas que han tenido que ver con la realización de este trabajo
- ☐ A mi tutora por dedicarme de forma incondicional todo su tiempo más preciado

AGRADECIMIENTOS

A la Revolución por haberme dado la posibilidad de estudiar.

A todos los profesores que participaron durante estos dos cursos y dieron lo mejor de sí para mi superación.

A mi tutora por ayudarme de forma incondicional en este trabajo de diploma.

A todo el personal de las distintas instituciones que de una forma u otra han tenido que ver con la realización de este trabajo.

A todos

GRACIAS

RESUMEN

La diabetes mellitus es un representante verdadero desafío pues se estima que en Las Américas se detectan anualmente un alto número de casos. Un gran número de pacientes diabéticos, son atendidos en los niveles de atención primaria o en los cuerpos de guardia de los hospitales y realmente son muy pocos, los que requieren hospitalización en las Unidades de Cuidados Intensivos o Intermedios. Con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento sobre la diabetes mellitus y su manejo nutricional en los pacientes diabéticos del cmf#19 del Área de Atención Primaria de Salud del municipio Venezuela a través de un Programa de Intervención Educativa, Se realizó un estudio pre-experimentar con el objetivo de identificar el nivel de conocimiento de los pacientes enfermos de Diabetes Mellitus y su manejo nutricional; así como caracterizar a los mismo a partir del desconocimiento de los pacientes antes de la intervención. Para poder solucionar las necesidades de preparación de los pacientes se propuso una intervención educativa. El universo estuvo constituido por un total de 54 pacientes y la muestra tomada intencionalmente estuvo conformada por 40 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión en el estudio.

, se estudiaron variables generales como fueron: conocimientos sobre el cuidado de los pies ,sobre las pruebas de control,sobre los requerimientos de la dieta del paciente diabético. Los datos se obtuvieron a través de una encuesta diseñada al efecto, se utilizó el porcentaje como medida de resumen. Antes de la intervención educativa existía un bajo nivel de conocimientos sobre la diabetes mellitus y su manejo nutricional lográndose incrementar el nivel de conocimiento después de la intervención educativa.

Palabras claves:*Diabetes Mellitus, nivel de conocimiento, intervención educativa*

ÍNDICE

	<i>Páginas</i>
Presentación	
Pensamiento	1
Dedicatoria	2
Agradecimientos	3
Resumen	4
Introducción	5
Objetivos	9
Marco Teórico	10
Material y Método	27
Análisis y Discusión de los Resultados.	31
Conclusiones	38
Recomendaciones	39
Referencias Bibliográficas	40
Anexos	42

INTRODUCCIÓN

“Historia”

En el (siglo I) el Filósofo Griego (Areteo/Arateus) el (Capadocia/ Capadocio) se refirió a esta enfermedad por primera vez con este nombre, aludiendo a la poliuría o mejor dicho a la eliminación de grandes cantidades de orina provocada por la diabetes.

En los siglos posteriores no se encuentra en los escritos médicos referencias a esta enfermedad, hasta que en el (siglo XI), el médico y filósofo (Uzbekistán/Uzbeko) (Avicena) (980)-(1037) habla con clara precisión de esta enfermedad en su famoso (Canon de Medicina) (4).

Después de un largo intervalo fue (Thomas Willis), quien, en (1679), hizo una descripción de la diabetes magistral para la época, quedando desde entonces reconocida por su sintomatología como entidad clínica. Fue él quien, refiriéndose al sabor dulce de la orina, le dio el nombre de diabetes mellitus (diabetes con sabor a miel), a pesar de que ese hecho ya había sido registrado cerca de mil años antes en la (India), hacia el año (500). (1)

En (1775) (Dopson), identificó la presencia de glucosa en la orina. (Frank), en esa época también, clasificó la diabetes en dos tipos: diabetes mellitus (o diabetes vara), y diabetes insípida (porque esta última no presentaba la orina dulce). (1)

La primera observación hecha a través de una autopsia en un diabético fue realizada por (Cawley) y publicada en la revista “London Medical Journal” en (1788). Casi en la misma época el inglés (John Rollo), atribuyó la dolencia a una causa gástrica y consiguió mejorías notables con una dieta rica en proteínas y grasas y limitada en (hidratos de carbono). (2)

Los primeros trabajos experimentales relacionados con el metabolismo de los glúcidos, fueron realizados por (Claude Bernard), quien descubrió, en 1848, el glucógeno hepático y provocó la aparición de glucosa en la orina excitando los centros bulbares. Ya en la mitad del siglo XIX, el gran clínico francés (Bouchardat), señaló la importancia de la obesidad y la vida sedentaria en el origen de la diabetes y trazó las normas para el tratamiento dietético, basándola en la restricción de los glúcidos y en el bajo valor calórico de la dieta. Los trabajos clínicos y anatómico-patológicos adquirieron gran importancia a fines del siglo XIX, en las manos de (Frerichs), (Cantani), (Naunyn),

(Lanceraux), culminando en experiencias de pancreatectomía en perros, realizadas por (Mering) y (Mikowski), (1889). (3)

En el siglo I el Filósofo Griego Arateus el Capadocio se refirió a esta enfermedad por última vez con este nombre, aludiendo a la poliuría o mejor dicho a la eliminación de grandes cantidades de orina provocada por la diabetes.

En 1980, el Comité de Expertos en Diabetes de la OMS, 1 definió la Diabetes como un estado de hiperglicemia crónica, el cual puede resultar de la interacción de factores ambientales y genético, que con frecuencia están unidos. El término de Diabetes se asocia a una constelación de anormalidades metabólicas caracterizadas por hiperglicemia y trastornos del metabolismo lipídico y proteico. Estas anormalidades pueden conducir a ciertas complicaciones agudas como la cetoacidosis, la hipoglicemia y el coma hiperosmolar, así como otras tardías, llamadas complicaciones microvasculares (retinopatía, neuropatía y neuropatía) o microvasculares como la arteriopatía periférica, coronarioesclerosis y accidente vascular encefálico, 2 entidades que conllevan a un costo socioeconómico elevado que se traduce en disminución de la calidad de vida y aumento de la morbilidad en una población económicamente activa, ausentismo y aumento de los gastos en salud pública por la necesidad de estudios complementarios y procedimientos imagenológicos complejos.(2)

En nuestro país, se han realizado estudios acerca de las causas de muerte u hallazgos necrópsicos en pacientes diabéticos, en los que se observa un predominio de lesiones ateroscleróticas, cardiopatía isquémica u oclusiva y accidentes cerebro-vasculares, teniendo las complicaciones metabólicas una frecuencia menor. 3,4. (1)

La Diabetes Mellitus es una enfermedad con elevada prevalencia que se encuentra asociada a un aumento de la morbilidad, las complicaciones cardiovasculares han pasado a constituir la primera causa de muerte en estos pacientes. (5) Diversos estudios han demostrado que la Diabetes Mellitus potencia el riesgo de padecer un evento cardiovascular que puede conducir a la muerte del paciente y se demostró que el buen control glucémico podría disminuir el riesgo de

padecer algunos de estos eventos y que el control estricto de estos pacientes favorece su supervivencia.

Es una enfermedad crónica (que dura toda la vida), caracterizada por niveles altos de glucemia. La insulina es una hormona producida por el páncreas para controlar la glucemia. La diabetes puede ser causada por muy poca producción de insulina, resistencia a esta o ambas.

Para comprender la diabetes, es importante entender primero el proceso normal por medio del cual los alimentos son descompuestos y empleados por el cuerpo como energía. Varias cosas suceden cuando se digiere el alimento. Un azúcar llamado glucosa, que es fuente de energía para el cuerpo, entra en el torrente sanguíneo. Un órgano llamado páncreas produce la insulina, cuyo papel es transportar la glucosa del torrente sanguíneo hasta los músculos, la grasa y las células hepáticas, donde puede utilizarse como energía.

Las personas con diabetes presentan hiperglucemia, debido a que:

- El páncreas no produce suficiente insulina.
 - Los músculos, la grasa y las células hepáticas no responden de manera normal a la insulina.
 - Todas las anteriores.
1. Conocer cuantas grasas, proteínas y carbohidratos necesita en su dieta. Un dietista certificado puede ser muy útil en la planificación de estas necesidades en la dieta.

Las personas con diabetes tipo 1 deben comer más o menos a la misma hora todos los días y tratar de ser coherentes con un tipo de alimento que eligen. Esto ayuda a prevenir que los niveles de glucemia se eleven o bajen demasiado.

Pregunta Investigativa: Como elevar el nivel de conocimiento de los Pacientes del CMF#19 del Municipio Venezuela sobre la Diabetes Mellitus y su Manejo Nutricional.

Hipótesis que da respuesta al problema elaborado es la siguiente: Se aplicara un programa de Intervención Educativa basado en un enfoque estratégico e integrador y entonces se podrá elevar el nivel de conocimiento sobre la Diabetes Mellitus y su manejo nutricional en los pacientes del CMF#19 del Municipio Venezuela

Variables:

Dependiente: Nivel de conocimiento.

Independiente: Programa de Intervención Educativa.

OBJETIVOS

1. General:

Elevar el nivel de conocimiento sobre la Diabetes Mellitus y su manejo nutricional en los pacientes del CMF#19 del Municipio Venezuela

Específicos:

1. Caracterizar a las personas con Diabetes Mellitus incluidos en la muestra según el número de variables.
2. Determinar el nivel previo de conocimiento sobre la Diabetes Mellitus y su manejo nutricional.
3. Diseñar y aplicar el programa de intervención educativa sobre la Diabetes Mellitus y su manejo nutricional.

MARCO TEÓRICO

En cuanto al manejo nutricional del Síndrome Diabético debemos decir que LA DIABETES MELLITUS (DM), constituye un grave problema para la salud pública mundial;. Más de 150 millones de personas padecen la enfermedad actualmente y se espera que para el 2025 existan alrededor de 300 millones de diabéticos en el mundo, afecta tanto a países desarrollados como a países en vía de desarrollo. Su efecto básico se debe a una falta absoluta o relativa en la secreción de insulina, a una resistencia a la acción de la hormona por los tejidos periféricos (músculo esquelético y tejido adiposo) y el hígado o ambas que conducen a anomalías en el metabolismo de los Carbohidratos (CH), los Lípidos y las Proteínas. (1)

El diagnóstico se establece en pacientes con clínica cardinal, (poliuria, polidipsia, polifagia inexplicable, pérdida de peso), y niveles de glucosa plasmática mayor o igual a 200 mg/dl (11.1 mmol/l), o bien por niveles de glucemia plasmática en ayuna iguales o mayores a 126 mg/dl, o cuando la glucemia dos horas después de la administración de 75 g de glucosa es mayor o igual a 200 mg/dl. (2,3)

La hiperglucemia es el síntoma fundamental y a través de la cuál se explica el desarrollo de las complicaciones vasculares a largo plazo conocido como Angiopatía Diabética y donde se destacan dos grandes grupos. (4)

- Microvasculares (retinopatía, nefropatía y neuropatía).
- Macrovasculares (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebro-vasculares y enfermedad vasculares periféricas).

De acuerdo a la última clasificación de diabetes propuesta por la Sociedad Americana de Diabetes (ADA, por sus siglas en inglés) en 1997, aprobada por la Sociedad Europea y por la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen cuatro grupos de la enfermedad.

CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LA DM

1. DM tipo 1 de acuerdo a su etiología se divide:

- Inmunológica.
- Idiopática.

2. DM tipo 2 se divide en:

- Predominio de insulina resistencia con un déficit relativo en la secreción de insulina.
- Predominio en el déficit de secreción de la insulina con insulinoresistencia.

3. DM secundario a:

- Pancreatopatías (pancreatitis, tumores pancreáticos, etc.)
- Enfermedades endocrinas (Síndrome de Cushing, Feocromocitoma, Acromegalia, Glucagonoma, Hipertiroidismo entre otras)
- Medicamentos (Vacor, pentamidia, ácido nicotínico, diuréticos tiacídicos)
- Aberraciones cromosómicas como la Maturity Onset Diabetes Young (MODY) entre otras

4. Diabetes gestacional

La forma más frecuente en la práctica clínica lo constituye la DM tipo 2 en un 90%. La tipo 1 constituye al rededor del 10%.

En la DM-2 existen niveles de insulina en sangre normal p alta, acompañada de resistencia de los tejidos periféricos (tejido adiposo y músculo esquelético) a la acción de la hormona, el 80% de los casos se asocia a la obesidad. El 60% de los obesos presentan intolerancia a la glucosa.

En la DM-1 existe un déficit absoluto en la secreción de insulina ocasionada por la destrucción progresiva de las células β , mediado por un proceso autoinmune genéticamente determinado y desencadenado por factores ambientales en los que se encuentran las infecciones virales. (Virus coxakie, parotiditis, rubéola entre otros). (4)

CARACTERÍSTICAS CLÍNICA GENERALES (1)

DM tipo 1.

- Insulinopenia grave.
- Dependencia de la insulina exógena.
- Se presenta fundamentalmente en la infancia.
- Asociación con antígeno HLA (Sistema de Histocompatibilidad).
- Pérdida de peso.
- Hipoglucemia con frecuencia.

DM tipo 2

- No son dependientes de la insulina exógena, inicialmente por lo general comienzan el tratamiento médico con hipoglucemiantes orales.
- Son insulinos convenientes, en algún momento de la evolución de su enfermedad requieren de la administración de insulina para lograr un control metabólico óptimo.
- Debuta con más frecuencia en los adultos joven, aunque en los últimos tiempos se está viendo con frecuencia en la tercera edad de la vida.
- La secreción de insulina es adecuada, pero existe resistencia a su acción en los tejidos periféricos.
- Se asocia a enfermedad como
 - a) Obesidad
 - b) Hipertensión arterial (HTA)
 - c) Cardiopatía
 - d) Alteraciones visuales
 - e) Infecciones cutáneas

La alimentación constituye un pilar básico del tratamiento, que junto con el ejercicio físico, los fármacos (Hipoglucemiantes Orales y/o Insulina) y la Educación Diabetológica completan el programa de cuidados de estos pacientes. En algunos pacientes con complicaciones crónicas como la nefropatía, la dieta constituye un pilar esencial para evitar la progresión de la enfermedad.

HISTORIA DEL TRATAMIENTO DIETÉTICO DE LA DIABETES MELLITUS

Antes de 1921 el ayuno era el único tratamiento reconocido para la DM. Desde el descubrimiento de la insulina la dieta pasó a ocupar uno de los pilares fundamentales en el tratamiento de la enfermedad. Las recomendaciones de la distribución calórica entre Carbohidratos (CH) y Lípidos se han ido desplazando a lo largo de los últimos 75 años en función de las opiniones que en cada época predominaron acerca del cual era la proporción ideal que promueve el control metabólico. (3)

Las primeras recomendaciones limitaban los CH dietarios, ya que con este régimen generalmente se obtenía un mayor control de la glucemia. Sin embargo con el tiempo, los investigadores, descubrieron que las dietas pobres en CH y ricas en grasas se asociaban con las dislipidemias y enfermedad cardiovascular, ya que la mayoría de las dietas ricas en grasas que consumen en los países industrializados tienen un alto contenido de grasas saturadas.

En 1950, para reducir el riesgo de morir por enfermedad cardiovascular la ADA recomendó aumentar la proporción de calorías provenientes de los CH y disminuir las grasas. (3) Si bien esta estrategia permitiría disminuir el riesgo, investigaciones recientes demuestran que no todas las personas con DM responden favorablemente desde el punto de vista del control metabólico.

Además el riesgo cardiovascular aumenta cuando las dietas son ricas en ácidos grasos saturados, pero no con las que contienen altas proporciones de ácidos grasos monoinsaturados. (3)

La recomendación de la ADA en el sentido de restringir los lípidos totales, independiente del tipo de grasa, fue cuestionada a fines de la década de 1980 por los investigadores y participantes de la conferencia de consenso sobre dietas y ejercicios en pacientes con DM tipo 2 convocada por el National Institute of Health de los Estados Unidos (NIH). La recomendación de la dieta rica en CH para toda persona con DM también fue criticada por los efectos potencialmente perjudiciales que tenía sobre las lipoproteínas y en particular las VLDL. (3)

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LAS DISTRIBUCIONES CALORICAS RECOMENDADAS PARA LA DM

AÑO	CH %	PROTEINAS %	LÍPIDOS %
Hasta 1921	---	Ayuno	---
1921	20	10	70
1950	40	20	40
1971	45	20	35
1986	50-60	12-20	30
1994	---	10-20	---

Basada en esta premisa se plantea que históricamente la dieta del diabético se ha desarrollado entre dos corrientes opuestas.

La concepción clásica de Bouchardat (siglo XIX), el cual era partidario de una restricción drástica en el consumo de Hidratos de Carbono.

La concepción moderna preconizada por Adlsbery (1929) el cual resta importancia a la ingesta de CH y enfatiza la necesidad de reducir al máximo el consumo de grasa.

Estas dos concepciones no hacen otra cosa que poner de manifiesto las continuas variaciones introducidas en las recomendaciones dietéticas conforme se ha ido avanzando en el conocimiento de la enfermedad. Hoy se tiende a ser menos riguroso en la restricción de determinados alimentos intentando aproximar al máximo la dieta del diabético a la del individuo considerado como sano. Debe ser una dieta equilibrada con una adecuada proporción de las diferentes fuentes alimentarias, sencilla y fácilmente comprensible por el paciente, ya que todos somos concientes de la gran cantidad de dificultades que se presenta entre médico y paciente a la hora de explicar y entender respectivamente el contenido de la dieta. (3)

En 1986 las normas de la ADA sufrieron una nueva revisión para reducir el contenido en grasa de la dieta hasta un 30% de la energía, con un porcentaje de grasa saturada no superior al 10% de la energía total. Este cambio obedece al reconocimiento de la elevada prevalencia de dislipidemia y enfermedad cardiovascular en los diabéticos y al deseo de aproximar las normas a las recomendaciones de la Asociación Estadounidense del Corazón sobre la prevención de la Cardiopatía Isquemia. (3)

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO DIETÉTICO EN EL PACIENTE DIABÉTICO (4)

- Minimizar las fluctuaciones de la glucemia.
- Evitar la hiperglucemia o hipoglucemia.
- Proporcionar una dieta equilibrada considerando su sexo, edad y situación fisiopatológica.
- Normalizar los niveles de líquidos plasmáticos y de tensión arterial.
- Detener, retrasar o evitar las complicaciones vasculares.
- Prevenir las complicaciones agudas.
- Llevar al paciente a su peso saludable.
- Lograr una buena calidad de vida.

CARACTERÍSTICAS DE LA DIETA Y FACTORES DE PRESCRIPCIÓN DIETÉTICA

sus hábitos, actividad laboral, ejercicios físicos, es fundamental ya que no pocas veces la El reparto calórico de carbohidratos durante el día tiene una importancia fundamental sobre todo el diabético insulina-dependiente y estará condicionado por el tipo de insulina administrada, el perfil glucémico, el horario de los ingestas y la actividad física. (3). En términos generales, en especial en el diabético insulina-dependiente, es conveniente repartirlo como mínimo en cinco tomas, distribuyendo el total de energía a consumir en las siguientes proporciones (3):

1. Desayuno 20%
2. Media mañana 10%
3. Almuerzo 30%
4. Comida 30%
5. Cena 10%

Esta distribución regula a lo largo día tiene como finalidad mantener tanto como sea posible un nivel estable de glucemia, evitando los picos hipoglucémicos (5,6). El mantener un horario regular en las comidas, previamente determinado en función de inestabilidad de una diabetes es producida por un desajuste diabético insulínico, al no coincidir las ingestas con los niveles de insulina circulantes (6).

Comúnmente utilizamos dietas estándares de diferentes valores calóricos: 1000, 1500, 2000 y 3000 Kcal, aconsejando lo que estimamos más conveniente por la edad, sexo, actividad física.

Posteriormente según sea su evolución ponderal se modifica la dieta si es necesario para que el paciente mantenga el peso que se ha estimado más adecuado (6).

Al indicar el tratamiento con dietas estándar no significa que no deba ser individualizada. Deben serlo desde el principio, no solo en cuanto a su valor calórico, hipocalórico o hipercalórico en diabéticos obesos y delgados respectivamente, sino también en modificar si es necesario, la proporción de principios inmediatos que hemos mencionados y actualmente se recomiendan, por ejemplo:

- Incrementar el aporte proteico en la diabética gestante y por el contrario la disminución en un diabético con daño renal en particular con albuminuria.
- Modificar la cantidad y la calidad del aporte de grasas en el caso de un diabético con dislipidemia o una angiopatía diabética diagnosticada (6).

De igual modo deberá acomodarse la dieta a la situación socioeconómica del paciente y sobre todo a su actividad física y laboral que muchas veces nos obliga a rectificarla distribuyendo diferentes formas y a distintas horas la toma de comida e incluso el porcentaje de los diferentes macronutrientes.

En el siguiente cuadro resumimos los factores que se deben tener en cuenta a la hora de prescribir una dieta al paciente diabético (5).

Dependiente de la Enfermedad	Dependiente del Paciente
Tipo de diabetes: DM tipo1 o DM tipo2	Edad y Sexo.
Grado de control metabólico	Estado nutricional Normal, obeso, delgado
Presencia o no de complicaciones.	Estado fisiológicos Embarazadas, lactancia, adolescencia
Patología, agregada o asociada.	Actividad física Laboral y recreacional
Estados hipercatabólicos	Hábitos alimentarios, ambiente social, económico y cultural.

PASOS A SEGUIR PARA REALIZAR LA CONSTRUCCION DIETETICA DEL PACIENTE DIABETICO (5).

Evaluación del estado nutricional y determinación de la actividad física.

Cálculo de la necesidad de energía.

Distribución de los Hidratos de Carbono durante el día, según esquema terapéutico.

Distribución de las moléculas calóricas en Carbohidratos, Lípidos y Proteínas.

Selección de los alimentos.

Proporcionar ejemplos de menú.

Enseñar lista de intercambios.

Un primordial del tratamiento dietético es mantener el peso corporal próximo al peso saludable que le corresponde al paciente, por lo que el cálculo de valor calórico total tienen una importancia fundamental en el planteamiento de la dieta (6).

Para valorar el peso adecuado normal se ha propuesto diversas formas, las cuales proporcionan aproximación clínica suficiente y tienen la ventaja de su fácil manejo. Entre las mas utilizadas tenemos la propuesta por los medios de la “Metropolitan Life Insurance Company”, el índice de masa corporal (IMC o de Quetelet) para el adulto y adolescente. No son útiles las tablas porcentaje calculadas para nuestra población, sin embargo para calcular de una forma más sutil las necesidades energéticas de un determinado individuo conviene recurrir a las fórmulas que tiene en cuenta los factores que influyen en el gasto energético: metabolismo basal, gasto energético del ejercicio y termogénesis inducido por los alimentos (6).

$NE = MB + TID$

NE – Necesidades energética

MB – Metabolismo Basal.

GAF –Termogénesis inducida por los alimentos.

Las proteínas aumentan en un 12% la producción del calor.

Los Hidratos de Carbono 6%.

Las grasas 2%.

En términos generales, se aceptó que la termogénesis inducida por la dieta promedia un incremento del 10% de las calorías requeridas para el metabolismo basal (6).

En ausencia de patologías asociadas en el adulto, el aporte calórico será el mismo que establecemos para personas sanas.

Un método sencillo y práctico consiste en restarle 500 Kcal. /días del total de aporte calórico calculado para un día.

En la práctica diaria para el diabético delgado, aconsejamos obeso. El 80% de los diabéticos tipo 2 son obesos, de tal manera que muchos diabéticos obesos son capaces de conseguir un adecuado control metabólico simplemente bajando de peso.

Evidentemente las dietas de muy bajo contenido calórico no están indicadas en todos los diabéticos obesos, por los datos que disponemos, hasta las dietas hipocalóricas son la piedra angular en el tratamiento del diabético obeso, pues mejora espectacularmente la insulina-resistencia y el hiperinsulinismo hasta el punto de que la mayoría de los pacientes pudieran ser dados de alta única y exclusivamente con tratamiento dietético (6).

Por tanto podemos resumir y afirmar que ya no existe una dieta diabética sino una series de pautas para ayudar a los nutricionistas y a los pacientes, a planificar la dieta mas beneficiosa para un tratamiento médico óptimo y evitar las complicaciones a largo de la enfermedad.

A CONTINUACIÓN SE EXPONDRÁ LA DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL CALÓRICA EN RELACIÓN CON LOS MICRONUTRIENTES.

HIDRATOS DE CARBONO

el aporte de hidratos de carbono oscila generalmente entre 120 y 300gr diarios, no siendo aconsejable utilizar dietas que contengan cantidades superiores a 300gr (excepto cuando se prescriban a individuos con una actividad física importante), ni tampoco suministrar un aporte inferior de 100gr que incrementan el catabolismo proteico y graso, estimulando la cetosis. Se ingieren en forma simple (monosacáridos y disacáridos), contenidos principalmente en la miel, los dulces, las frutas, o en forma compleja (Polisacáridos) que se encuentran en las legumbres, patatas, arroz y pastas.

Pueden dividirse en tres grupos principales:

Azúcares: monosacáridos, disacáridos y polioles.

Oligosacáridos: maltaoligosacáridos y otros oligosacáridos.

Polisacáridos: almidones y polisacáridos no almidones, como la celulosa y pectina

Los azúcares se refieren típicamente a los monosacáridos (glucosa o fructuosa que no pueden separarse a una forma más simple) (7) y los disacáridos (como los sacarosos o azúcar de mesa que pueden separarse en dos monosacáridos): La glucosa y la sacarosa se encuentran naturalmente en frutas y vegetales. La sacarosa o azúcar de mesa es el monosacárido más comúnmente consumido por vegetarianos y no vegetarianos por igual, y está compuesto de glucosa y fructuosa. La lactosa que es el azúcar de la leche y productos lácteos, es el otro disacárido de mayor consumo.

Por regla general se planteó que los hidratos de carbono simple no deben constituir más allá del 5% de la distribución porcentual calórico de la energía y el resto de los hidratos de carbono debe ser administrado en forma de HC complejo (7).

PROTEÍNAS

La ingestión proteica recomendada para los diabéticos es en la mayoría de los casos del 10 al 20% de la energía calórica total. En caso de insuficiencia renal crónica la ingestión proteica debe registrarse a 0,8 gr. /Kg. de peso. En situaciones en la que se requiere un aporte adicional de proteína, como sucede en el embarazo, en la fase de crecimiento de la infancia y la adolescencia, en las enfermedades catabólicas o individuos en régimen dialítico la ingestión proteica puede llegar a superar el 20% o más de energía total.

Se plantea que sean proteínas de alto valor biológico en particular durante la infancia, la pubertad y el embarazo (8).

GRASAS

El mal control de la glucemia en los pacientes con DMID o tipo 1 conduce a una hiperlipemia (en particular una hipertrigliceridemia con aumento de los niveles plasmáticos de VLDL), pero la insulina-terapia adecuada restablece por lo general la normalidad de los lípidos plasmáticos sin embargo la prevalencia de la dislipidemia en los paciente con DMNID o tipo 2 es de dos a tres veces mayor que los no diabéticos de edad y sexo similar. Anomalías más frecuentes son: hipertrigliceridemia, ascenso de colesterol VLDL y disminución del colesterol HDL (9).

Los estudios de los factores de riesgos de cardiopatía isquémica en las diabéticas demostraron claramente que el colesterol LDL es un factor importante, en particular las partículas pequeñas y densas y que el colesterol HDL actúa como protector, además hoy se sabe que la hipertrigliceridemia es un factor de riesgo para la morbilidad y mortalidad cardiovascular de paciente diabéticos.

La recomendación mas frecuente consiste en reducir la grasa total a 30% de energía y la grasa saturada a menos del 10%. El ascenso de la concentraciones plasmáticas de triglicéridos glucosa e insulina se ha asociado a mayor riesgo de la cardiopatía isquémica en personas como diabetes, aunque estas mismas sugieren que la dieta relativamente rica en CH y pobre en grasa se asocian también a una menor incidencia de la enfermedad cardiovascular.

Actualmente se aboga porque el consumo de grasas poliinsaturada tampoco se exceda mas de un 10% ya que constituye los ácidos grasos poliinsaturados el sustrato para el ataque de los radicales libres y dar inicio a la peroxidación lipídica que favorece el desarrollo de la lesión aterosclerótica (7 y 9).

Las grasas monisaturadas han demostrado un efecto protector para el desarrollo de las complicaciones cardiovasculares en este tipo de paciente debe completar la diferencia para alcanzar entre el 25 y 30% de la energía calórica total el colesterol total de la dieta no debe ser mayor de 300 mg/día. Si los niveles de LDL-C están elevados se recomienda reducir la grasa saturada a menor que 7% y el colesterol dietético a menor que 200mg / día. Se recomienda tomar ácido graso de la serie omega-3 de forma natural ingiriendo pescado azul.

Actualmente hay quienes solamente fijan la distribución porcentual del aporte proteico alrededor de un 10 o un 20%, los ácidos grasos saturados menor que 10%, los poliinsaturados menor que el

10% y el 60 al 70% restante lo divide entre carbohidratos complejos y las grasas monoinsaturada. Resumiendo la distribución de macronutrientes que deben cumplir las siguientes recomendaciones

Carbohidratos 55-60%	55% Carbohidratos complejos
	5% Carbohidratos simples
Proteínas 10-20%	
Grasas 25-30%	Menos 10% grasas saturadas
	Entre 6 a 8% de poliinsaturadas
	La diferencia de monoinsaturada
	Menos de 300mg de colesterol

EDULCORANTES

En la actualidad en la dieta para diabéticos de distintos países se utilizan edulcorante de alta intensidad, que proporcionan cantidades insignificante de energía como ocurre el aspartamo, la sacarina el acesulfano potasio, la zarina y el ciclamato (7).

El objetivo principal de estos agentes consiste en proporcionar un sabor dulce a los alimentos y bebidas sin aportar energía ni incrementar la glucemia (7).

Los diabéticos suelen utilizar edulcorantes nutritivos distintos de la sacarosa y fructosa como parte de la dieta normal.

Existen dos grandes grupos:

Los calóricos(4kcal/gramo)	Los non calóricos
Fructosa	Aspartame (50mg / kg)
Sorbitol	Sacarina
Xilitol	Ciclamato
Manitol	

FIBRA DIETETICA

Una de las ultimas revoluciones en la nutrición a sido el reconocimiento científico del importante papel que la fibra dietética tiene en el proceso digestivo y metabólico y la relación constante entre el déficit de fibra debido al excesivo refinamiento de los alimentos y la distribución del consumo frutas y verduras con las llamadas enfermedades de la civilización, entre las cuales se cita la diabetes mellitus tipo 2 (10). Según Trowel este concepto engloba a unas series de sustancias presentes naturalmente en las paredes y membranas de las células vegetal que no son digeribles por las encimas digestivas de el hombre. Por ello debido a su capacidad de absorber agua 3ejerse una importante función de arrastre, limpieza y protección de todo el subsistema digestivo. La fibra es un componente necesario de una dieta equilibrada (10). Por lo general se acepta que las dietas ricas en fibras, particularmente las solubles son útiles para el control de la glucosa en la sangre, razón por la cual se le sugiere al diabético ingerir alimentos con grandes contenidos de esta y se considera que puede reducir o eliminar la necesidad de las terapias con medicamentos (Insulina o Hipoglisemiantes orales) (10).

Las recomendaciones sobre la ingesta de fibras se basan en la incorporación de alimentos ricos en fibras con el fin de lograr una ingesta diaria de 25-30gr a partir de distintas fuente alimentarias como vegetales, legumbres, seriales y frutas (7).

VITAMINAS Y VEGETALES.

En la actualidad una de las teorías postuladas para explicar muchas de las complicaciones del llamado Síndrome Angiopático del diabético es el estrés oxidativo, de aquí que la importancia de que se deriva de un mayor consumo de sustancias antioxidantes, propiedad que se relaciona con determinadas vitaminas y minerales así como fitoquímicas presentes en las frutas y vegetales (4).

La forma de obtener los antioxidantes son dos en especial: a través de una mayor ingestión de alimentos ricos en vitaminas y minerales, particularmente frutas y vegetales y la otra a través de la suplementación

Existen evidencias directas e indirectas de que al reforzar los antioxidantes disminuye los marcadores de los daños oxidativos, y se pueden retrasar o prevenir las complicaciones derivadas de la enfermedad (4,8).

Con relación de los individuos que presentan una complicación asociada, como expresión del estrés oxidativo que padecen, además de tratar de lograr un control metabólico óptimo, la suplementación de vitaminas y vegetales antioxidantes tienen un efecto protector contra el estrés oxidativo (4, 7,8).

ALCOHOL

Esta permitido en la dieta del paciente diabético cantidades moderadas, considerando su aporte calórico de 7 Kcal. / gr. No se debe consumir en ayuno en cantidades excesivas puesto que provoca hipoglucemia grave. Están eliminados los licores dulces y las cervezas por que contienen Hidrato de Carbono y alcohol (4).

1gr de alcohol = 7 Kcal. / vacía (No aporta ningún tipo de nutrientes).

Esta absolutamente prohibido en los paciente que utilizan Clorpropamida por su efecto antabus y/o flushing. Los pacientes tratados con insulina Sulfonilunilurea deben ingerir siempre el alcohol con los alimentos para evitar este problema. Las grandes cantidades de alcohol o su consumo crónico pueden dar lugar a Hipoglucemias (7). En estas personas determinados cuadros médicos, como

Pancreatitis hipertrigliceridemia, Neuropatía, Miocardiopatía, Insuficiencia Renal deben ser consideradas como contraindicaciones para el consumo de alcohol (7)

INDICE GLUCEMICO DE LOS ALIMENTOS

Se entiende por Índice Glucémico (IG) la elevación de la glicemia provocada por distintos alimentos, de acuerdo al contenido y tipo de Hidrato de Carbono, al ingerir proporciones isoglucídicas en relación al valor patrón de 100 asignados a la glucosa. Es decir, dos comidas que contengan igual cantidad de carbohidratos provocan diferentes niveles postprandiales de glucemia. El índice glucémico, según Jenkin, es influido por diversos factores, como el contenido de fibra dietética, grado de masticación, cocción combinación de alimentos. También por el grado de absorción intestinal, que a su vez depende de la composición, estructura terciaria y susceptibilidad a la digestión enzimática de los hidratos de carbono contenidos en los alimentos.

El IG resulta fundamental a la hora de evaluar la respuesta del organismo a un régimen alimentario determinado. Por consiguiente, no se debe solo considerar el valor absoluto de los hidratos de carbono de los alimentos, sino también el efecto que ellos provocan sobre la glucemia. (11)

Los almidones, compuestos por varias unidades de glucosa, tienen distintos IG. Ej: El pan blanco y los fideos tienen aproximadamente la misma longitud de cadena, pero los segundos tienen un IG más bajo, probablemente por su estructura terciaria y menor solubilidad, la que reduce su exposición a la amilasa salival y pancreática.

Así también la composición de amilasa (cadena lineal) y amilopectina (cadena ramificada) en los cereales, la papa y vegetales verdes influyen sobre el IG. Estos dependen de que la amilosa, al ser compacta, ofrece menor superficie de acción para el ATACE de la enzima y por lo tanto alimentos con mayor proporción de esta tendrán un IG más bajo que los que contengan predominio de amilopectina.

DIETA Y VARIACION DE INDICE GLUCEMICO:

Las dietas con predominio de hidratos de carbono de absorción rápida tiene un alto IG (incluidas las bebidas carbohidratadas y las comidas rápidas). Este tipo de dieta producen un mayor liberación de insulina disminuyendo la glucemia rápidamente, pero al mismo tiempo se estimula la acción de varias hormonas de contra regulación que por otra parte inhiben la acción de insulina. Se asocian a esta contra regulación altas concentraciones postpandrianes de glucagon cetocolaminas, hormonas de crecimientos también ácidos grasos no esterificado, no con contraregulacion sino como consecuencia de la insulinoresistencia.

El “picoteo” de alimentos con alto IG produce que la comida subsiguiente, tenga una mayor respuesta glucémica (alto IG) porque acción de la insulina, liberada para disminuir los hidratos de carbono en sangre de la reciente ingesta, se ve inhibida por las anteriormente segregadas hormonas de contraregulacion, favoreciendo a la insulinoresistencia y sus consecuencias.

ÍNDICE GLUCÉMICO DE ALGUNOS ALIMENTOS.

Alimentos	Índice	Alimentos	Índice
Glucosa	100	Papa frita	50-59
Papa	80-90	Fideos blanco	50-59
Miel	80-90	Porotos	40-49
Pan blanco	70-79	Manzana	30-30
Arroz blanco	70-79	Lenteja	20-29
Arroz integral	60-69	Habas	20-29
Plátano	60-69	Porotos Soya	10-19

MATERIALES Y METODO.

Se realizó un estudio pre-experimental (antes y después) con el objetivo de comprobar la efectividad en una intervención Educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre el manejo nutricional en los pacientes diabéticos pertenecientes al consultorio No 19 del policlínico comunitario docente Juan Olimpio Valcárcel del Municipio de Venezuela de la provincia Ciego de Ávila. El universo estuvo constituido 54 pacientes, quedando la muestra intencional conformada por 40 pacientes dispensarizados hasta el momento como pacientes diabéticos que no tuvieron según nuestro estudio criterios de exclusión, lo cual representó el 74,07 %.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes mayores de 15 años.
- Pacientes sin impedimentos físicos o mentales
- Voluntariedad a responder el cuestionario.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- 1- pacientes menores de 15 años.
- 2- Enfermos con impedimentos físicos o mentales que requieran atención directa por parte de otra persona.
- 3- No voluntariedad a responder el cuestionario.

Los pacientes seleccionadas tuvieron la oportunidad de informarse sobre el objetivo de nuestra intervención y la inocuidad de la misma, que su participación será voluntaria y una vez incorporada a esta tendrán la posibilidad de abandonarlo si lo decidieran. Su disposición a colaborar el estudio se plasmará en un modelo de consentimiento informado, debidamente firmado por ello y el investigador, quien dará fe del respeto absoluto a la confidencialidad de sus identidades e información. (Anexo No 4).

La estrategia metodológica del trabajo fue basado en principios, categorías y leyes del materialismo dialéctico y el método científico, aplicados al estudio.

LOS METODOS APLICADOS DURANTE LA INVESTIGACION FUERON:

METODOS TEÓRICOS:

Análisis-síntesis: permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.

Análisis histórico-lógico: se realizó con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el decursar de la historia, por lo que se emplea para indagar sobre el manejo nutricional de los pacientes diabéticos.

Inducción-deducción: se establecen generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.

Hipotético-deductivo: deduce una hipótesis como respuesta al problema.

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

La encuesta: dada las características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó una encuesta diseñada al efecto, para saber los conocimientos que tienen los pacientes sobre el manejo dietético de la enfermedad, lo cual constituyó la técnica de recolección de la información, contando esta con 10 ítems antes y después de la investigación educativa. En esta se recogieron todas las variables de interés para la información.

EL TRABAJO SE DESARROLLÓ EN TRES ETAPAS:

- 1- nivel de conocimiento al inicio de la investigación.
- 2- Intervención educativa.
- 3- Nivel de conocimiento después de la intervención.

En esta etapa se aplicó una encuesta (Anexo No 1) en el primer encuentro lo que permitió identificar el nivel de conocimiento que poseían sobre la enfermedad los pacientes antes de realizada la encuesta, esto permitió definir los temas que se imparten en el programa de

capacitación sobre el manejo nutricional en los paciente diabéticos, teniendo en cuenta la necesidad de aprendizaje detectada. La encuesta fue aplicada de manera anónima, en presencia de autor, lo que permitió la aclaración de las dudas en cuanto a los términos y definiciones empleados, la hoja se entregó cubierta con lo que se logró privacidad y sinceridad al responder las preguntas realizadas.

PARA DAR SALIDA AL OBJETIVO NO1 SE TUVIERON EN CUENTA LAS SIGUIENTES VARIABLES.

- Edad
- Sexo
- Raza
- Escolaridad.
- Tiempo de evolución de la enfermedad.

PARA DAR SALIDA AL OBJETIVO ESPECÍFICO NO 2:

La encuesta estuvo conformada por 5 preguntas directamente relacionadas con el conocimiento sobre su enfermedad y con el manejo nutricional en pacientes diabéticos y se evaluaron según instructivo de evaluación (Anexo No. 1).

- Sobre la dieta responda.
- Sobre el ejercicio físico responda.
- Sobre el cuidado de los pies.
- Sobre las pruebas de control diga.
- Cuidados generales.

2- Intervención Educativa:

Después de aplicada la encuesta se procedió a aplicar el Programa de Intervención Educativa elaborado al efecto, a través de un programa de capacitación que incluyó diversos temas para incrementar el nivel de conocimiento de los enfermos sobre su manejo nutricional y así mejorar la atención de pacientes con dicha dolencia que fueran atendidos en CMF:19 en este nivel de

atención de salud, la misma se realizó a manera de encuesta donde se incluyeron los temas principales, cuya metodología fue diseñada por especialistas capacitados a los efectos del encuestador en cuestión y a su vez aprobado por el encuestado. Las actividades se realizaran en el CMF: 19 durante un periodo de 3 meses, y con una duración de 2hrs dos veces a la semana, en periodo comprendido de julio – diciembre del 2009.

3- Nivel de conocimiento después de la intervención.

Al concluir el Programa de intervención Educativa se aplicara la misma encuesta Después (Anexo No 1) en el mes de Septiembre después con las mismas características de la evaluación inicial para determinar el nivel de conocimiento alcanzado por el encuestado para de esta forma evaluar el estudio antes y después y la efectividad de la intervención educativa

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:

La información se procesó en forma computarizada para lo cual se creó una base de datos en una computadora Pentium IV, utilizando el sistema estadístico SPSS, con un nivel de confianza del 95% un grado de error de 0.05%.

Los resultados se mostraran en tablas y gráficos de distribución frecuencia y datos de asociación, se analizara utilizando la información previa del autor y el tutor del trabajo. Como medidas de resumen se empleara la proporción en porciento.

A Través de la justificación de los objetivos y de la información científica, aportada por estudios nacionales e internacionales consultados se emitieron conclusiones y recomendaciones.

Se acotara la bibliografía según las normas de Vancouver

Nivel de conocimiento antes la Intervencion Educativa

<i>Tabla 1</i>						
<i>Caracterización de los pacientes estudiados según los grupos de edades y el conocimiento que poseen sobre la enfermedad.</i>						
<i>Grupos de edades</i>	<i>Conocen</i>		<i>No Conocen</i>		<i>Total</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
15 - 29	0	0.0	15	37.5	15	37.5
30 - 49	1	2.5	10	25.0	11	27.5
50 - 69	2	5.0	2	5.0	4	10.0
70 -79	3	7.5	2	5.0	5	12.5
80 o más	4	10.0	1	2.5	5	12.5
<i>Total</i>	10	25	30	75	40	100.0
<i>Fuente: Encuesta</i>						

<i>Tabla 2</i>						
<i>Caracterización de los pacientes estudiados según el sexo y el conocimiento que poseen sobre la enfermedad.</i>						
<i>SEXO</i>	<i>Conocen</i>		<i>No Conocen</i>		<i>Total</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Masculino</i>	4	10.0	22	55.0	26	65.0
<i>Femenino</i>	6	15.0	8	20.0	14	35.0
	10	25.0	30	75.0	40	100.0
<i>Fuente: Encuesta.</i>						

Al responder sobre el conocimiento que poseen los pacientes sobre la Diabetes Mellitus

podemos llegar a caracterizar que sólo 10 pacientes según los grupos de edades conocen acerca de dicha enfermedad lo que representa un 25.0 % , y 30 pacientes que representan el 75.0 % de la muestra no conocen acerca de la misma.

Al analizar los pacientes estudiados según el sexo podemos obtener que de 26 pacientes masculinos, que representa un 65.0 %. 4 poseen conocimientos sobre la enfermedad (10 %) y 22 no cuentan con conocimientos sobre la misma (55 %) Al evaluar el sexo femenino observamos que 6 poseen conocimientos básicos (15.0 %) y 8 no conocen acerca de la misma lo que representa un 20.0 % para un total de 14 pacientes femeninos (35.0 %), llegando a la conclusión que el mayor nivel de desconocimiento lo posee el sexo masculino.

<i>Tabla 3</i>						
<i>Caracterización de los pacientes estudiados según la raza y el conocimiento que poseen sobre la enfermedad.</i>						
<i>RAZA</i>	<i>Conocen</i>		<i>No Conocen</i>		<i>Total</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Blanco</i>	<i>5</i>	<i>12.5</i>	<i>8</i>	<i>20.0</i>	<i>13</i>	<i>32.5</i>
<i>Negro</i>	<i>3</i>	<i>7.5</i>	<i>24</i>	<i>60.0</i>	<i>27</i>	<i>67.5</i>
	<i>8</i>	<i>20.0</i>	<i>32</i>	<i>80.0</i>	<i>40</i>	<i>100.0</i>

<i>Fuente: Encuesta.</i>						

Al caracterizar los pacientes según la raza obtenemos como resultado que sólo de un total de 13 pacientes de la raza blanca (32.5 %) 5 conocen de la enfermedad (12.5 %) y el resto, 8 pacientes (20.0 %) no conocen acerca de la misma. De un total de 27 pacientes de la raza negra (67.5 %) sólo 3 pacientes (7.5 %) conocen sobre la Diabetes, teniendo un mayor número de pacientes que no conocen de la misma. De ellos 24 para un 60.0 %.

Tabla 4 Caracterización de los pacientes estudiados según la escolaridad y el conocimiento que poseen sobre la enfermedad.						
<i>Grado de escolaridad</i>	<i>Conocen</i>		<i>No Conocen</i>		<i>Total</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Primaria</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>Secundaria</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>

<i>Preuniversitario</i>	2	5.0	18	45.0	20	50.0
<i>Universitario</i>	8	20.0	12	30.0	20	50.0
<i>Total</i>	10	25.0	30	75.0	40	100.0
<i>Fuente: Encuesta.</i>						

Como se puede observar en la tabla número 4 los pacientes con mayor grado de escolaridad son los que más conocen acerca de esta enfermedad.; de un total de 20 pacientes universitarios, 8 conocen (20.0 %) y 12 no conocen (30.0 %), logrando obtener que el mayor porcentaje de desconocimiento lo poseen los pacientes preuniversitarios para un total de 20 (50.0 %) distribuidos en conocen 2 pacientes (5.0 %) y no conocen 18 para un 45.0 %. Llegando a la conclusión que existe igual proporción entre los que conocen y no conocen en ambos grados de escolaridad.

<i>Tabla 5</i>						
<i>Caracterización de los pacientes estudiados según tiempo de evolución de la enfermedad y el conocimiento que poseen sobre la misma.</i>						
<i>Tiempo de evolución de la enfermedad.</i>	<i>Conocen</i>		<i>No Conocen</i>		<i>Total</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Menos de un año</i>	0	0.0	10	25.0	10	25.0
<i>De 1 a 4 años</i>	1	2.5	8	20.0	9	22.5

<i>De 5 a 9 años</i>	<i>3</i>	<i>7.5</i>	<i>9</i>	<i>22.5</i>	<i>12</i>	<i>30.0</i>
<i>De 10 a 14 años</i>	<i>5</i>	<i>12.5</i>	<i>2</i>	<i>5.0</i>	<i>7</i>	<i>17.5</i>
<i>20 y más años</i>	<i>2</i>	<i>5.0</i>	<i>0</i>	<i>0.0</i>	<i>2</i>	<i>5.0</i>
<i>Total</i>	<i>11</i>	<i>27.5</i>	<i>29</i>	<i>72.5</i>	<i>40</i>	<i>100.0</i>
<i>Fuente: Encuesta.</i>						

Los pacientes que tienen mayor cantidad de años de evolución de la enfermedad (entre 10 y 20 años) demuestran mayor conocimiento acerca de la enfermedad, no siendo así en pacientes con menor tiempo de evolución de dicha enfermedad, que muestran un gran desconocimiento.

Tabla No. 6

Identificación de los pacientes estudiados según el conocimiento sobre la Diabetes Mellitus y el manejo nutricional.

Conocimiento en relación con la enfermedad.	Si	%	No	%	No sé	%	Total	%
Sobre la dieta	3	7.5	22	55.0	15	37.5	40	100.0
Sobre el Ejercicio Físico	8	20.0	10	25.0	22	55.0	40	100.0
Sobre el Cuidado de los pies.	4	10.0	12	30.0	24	60.0	40	100.0
Sobre las pruebas de control.	2	5.0	14	35.0	24	60.0	40	100.0
Cuidados generales.	3	7.5	10	25.0	27	67.5	40	100.0
Fuente: Encuesta								

Al responder sobre el conocimiento en relación con Diabetes Mellitus, se pudo constatar que en relación con la dieta sólo 3 conocían sobre la misma (7.5 %) 22 pacientes respondieron que no conocían (55.0 %) y 15 respondieron que no sabían para un 37.5 %. En relación con el ejercicio físico se pudo constatar que 8 si conocían (20.0 %), no 10 pacientes (25.0 %) y 22 no sé (55.0 %). Analizando sobre el cuidado de los pies, sólo 4 pacientes respondieron que si (10.0 %); 12 respondieron que no (30.0 %) y el resto no sabían (24 pacientes para un 60.0 %). Teniendo en cuenta sobre las pruebas de control 24 pacientes no sabían acerca de las mismas (60.0 %), 14 pacientes no las conocían (35.0 %) y si sabían acerca de ellas sólo 2 pacientes lo que representó un 5.0 %. En relación con los cuidados generales sólo 3 pacientes afirmaron conocerlos (7.5 %) 10 no los conocían (25.0 %) y 27 pacientes no supieron responder para un 67.5 %.

3- Nivel de conocimiento después de la intervención.

Al concluir el Programa de intervención Educativa se aplicó la misma encuesta (Anexo No 4) en el mes de Septiembre con las mismas características de la evaluación inicial para determinar el nivel de conocimientos alcanzado por los pacientes, después de la intervención educativa donde se pudo comprobar la efectividad de la intervención educativa

<i>Tabla 6</i>						
<i>Caracterización de los pacientes estudiados según los grupos de edades y el conocimiento que poseen sobre la enfermedad.</i>						
<i>Grupos de edades</i>	<i>Conocen</i>		<i>No Conocen</i>		<i>Total</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>15 – 29</i>	<i>15</i>	<i>37.5</i>	<i>0</i>	<i>0.0</i>	<i>15</i>	<i>37.5</i>
<i>30 - 49</i>	<i>11</i>	<i>27.5</i>	<i>0</i>	<i>0.0</i>	<i>11</i>	<i>27.5</i>
<i>50 - 69</i>	<i>4</i>	<i>10.0</i>	<i>0</i>	<i>0.0</i>	<i>4</i>	<i>10.0</i>
<i>70 -79</i>	<i>5</i>	<i>12.5</i>	<i>0</i>	<i>0.0</i>	<i>5</i>	<i>12.5</i>
<i>80 o más</i>	<i>5</i>	<i>12.5</i>	<i>0</i>	<i>0.0</i>	<i>5</i>	<i>12.5</i>
<i>Total</i>	<i>40</i>	<i>100.0</i>	<i>0</i>	<i>0.0</i>	<i>40</i>	<i>100.0</i>
<i>Fuente: Encuesta</i>						

Al responder sobre el conocimiento que poseen los pacientes sobre la Diabetes Mellitus Después de realizada la segunda encuesta podemos llegar a la conclusión que todos los pacientes comprendidos en los grupos de edades antes expuesto obtuvieron la totalidad de los conocimientos. (40 para un 100.0 %)

<i>Tabla 7</i>						
<i>Caracterización de los pacientes estudiados según el sexo y el conocimiento que poseen sobre la enfermedad.</i>						
<i>SEXO</i>	<i>Conocen</i>		<i>No Conocen</i>		<i>Total</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Masculino</i>	26	65.0	0	0.0	26	65.0
<i>Femenino</i>	14	35.0	0	0.0	14	35.0
	40	100.0	0	0.0	40	100.0
<i>Fuente: Encuesta.</i>						

Luego de realizada la segunda encuesta podemos constatar que ambos sexos obtuvieron la totalidad de los conocimientos necesarios con relación a la Diabetes Mellitus y su manejo nutricional

<i>Tabla 8</i>						
<i>Caracterización de los pacientes estudiados según la raza y el conocimiento que poseen sobre la enfermedad.</i>						
<i>RAZA</i>	<i>Conocen</i>		<i>No Conocen</i>			
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Blanco</i>	13	32.5	0	0.0	13	32.5
<i>Negro</i>	27	67.5	0	0.0	27	67.5
	40	100.0	0	0.0	40	100.0
<i>Fuente: Encuesta.</i>						

Luego de realizada la segunda encuesta podemos constatar que ambas razas obtuvieron la totalidad de los conocimientos necesarios con relación a la Diabetes Mellitus y su manejo nutricional

<i>Tabla 9</i>						
<i>Caracterización de los pacientes estudiados según la escolaridad y el conocimiento que poseen sobre la enfermedad.</i>						
<i>Grado de escolaridad</i>	<i>Conocen</i>		<i>No Conocen</i>		<i>Total</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Primaria</i>	0	0	0	0.0	0	0
<i>Secundaria</i>	0	0	0	0.0	0	0
<i>Preuniversitario</i>	20	50.0	0	0.0	20	50.0
<i>Universitario</i>	20	50.0	0	0.0	20	50.0
<i>Total</i>	40	100.0	0	0.0	40	100.0
<i>Fuente: Encuesta.</i>						

Se pudo comprobar que todos los pacientes con igual y diferentes nivel de escolaridad obtuvieron igual nivel de conocimientos sobre la Diabetes Mellitus y su manejo nutricional luego de aplicada la intervención educativa.

<i>Tabla 10</i>						
<i>Caracterización de los pacientes estudiados según tiempo de evolución de la enfermedad y el conocimiento que poseen sobre la misma.</i>						
<i>Tiempo de evolución de la enfermedad.</i>	<i>Conocen</i>		<i>No Conocen</i>		<i>Total</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Menos de un año</i>	<i>10</i>	<i>25.0</i>	<i>0</i>	<i>0.0</i>	<i>10</i>	<i>25.0</i>
<i>De 1 a 4 años</i>	<i>9</i>	<i>22.5</i>	<i>0</i>	<i>0.0</i>	<i>9</i>	<i>22.5</i>
<i>De 5 a 9 años</i>	<i>12</i>	<i>30.0</i>	<i>0</i>	<i>0.0</i>	<i>12</i>	<i>30.0</i>
<i>De 10 a 14 años</i>	<i>7</i>	<i>17.5</i>	<i>0</i>	<i>0.0</i>	<i>7</i>	<i>17.5</i>
<i>20 y más años</i>	<i>2</i>	<i>5.0</i>	<i>0</i>	<i>0.0</i>	<i>2</i>	<i>5.0</i>
<i>Total</i>	<i>40</i>	<i>100.0</i>	<i>0</i>	<i>0.0</i>	<i>40</i>	<i>100.0</i>
<i>Fuente: Encuesta.</i>						

Luego de aplicada la intervención educativa se pudo revertir lo expuesto en el análisis anterior de la tabla No. 5, pues corroboramos alcanzar igual nivel de conocimiento independientemente del tiempo de evolución de la enfermedad de cada paciente.

CONCLUSIONES.

1-De los pacientes incluidos en nuestro estudio predominó el desconocimiento acerca del manejo nutricional de la Diabetes Mellitus.

2-Antes de aplicarse nuestro programa de intervención solo el 3% de los pacientes conocían acerca de la enfermedad, logrando una vez aplicado el mismo que el 97% conociera sobre la Diabetes Mellitus y su Manejo Nutricional. Por lo que nuestro programa constituye de gran utilidad en la práctica para un buen control metabólico.

3-El programa de intervención educativa mostró consistencia lógica, flexibilidad y posibilitó la corroboración de la hipótesis de la investigación.

RECOMENDACIONES

1. Continuar ampliando el aspecto informativo en los pacientes Diabéticos.
2. Elevar la divulgación mediante los medios de comunicación masiva sobre todo lo correspondiente a los cuidados generales en pacientes enfermos de Diabetes Mellitus,
3. Incentivar al trabajo conjunto del binomio médico y enfermera en las diferentes áreas de salud, para elevar el conocimiento sobre la Diabetes Mellitus y su manejo nutricional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Manual de Dietoterapia. Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos.
2. Organización Panamericana de la Salud. La hipertensión Arterial como problema de salud Comunitario. Washington: OPS; 2010. (Serie Paltex3).
3. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP). Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA, May 16, 2009. Vol 285 No19:2486-97.
4. Dietética y Nutrición. Manual de la Clínica Mayo.
5. World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Geneva: WHO; 2008.
6. Bray GA. Obesidad. En: Organización Panamericana de la Salud. Conocimientos Actuales en Nutrición. 7. ed. Washington DC: OPS/ILSI; 2010: 28-32.
7. Programa Nacional para la prevención, diagnóstico, evaluación y control de la Hipertensión arterial. Ministerio de Salud Pública. La Habana: MINSAP; 2009.
8. Porrata C, Rodríguez-Ojea A, Jiménez S. La Transición Epidemiológica en Cuba "La Obesidad en la Pobreza". Washington: OPS: 2010:62-64.
9. Kelestimier F. Epidemiología y factores de riesgo para Diabetes Mellitus no insulina-dependiente. En: Laboratorios Servier: Diabetographia. Courbevoie Cedex: Servier 2009 (Publicación médica Internacional de los Laboratorios Servier; 21)
10. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico La Habana, 2011.
11. Nelson K J, Moxness KE, Jensen MD, Gastinean CF. Dietética y Nutrición Manual de Clínica Mayo 7 ed Madrid: Harcourt Brace 2009.
12. Hollenbeck CB, Coulston AM, Diabetes Mellitus. En: Organización Panamericana de la Salud-Instituto Internacional de Ciencias de la Vida. Conocimientos actuales sobre Nutrición 6, ed. Washington: OPS-ILSI; 2009:419-21 (Publicación Científica, 532).
13. Weinsier RL, Mongan SL, Diabetes Mellitus. Fundamentals Of. Clinical Nutrition: Nutritional Support General Guidelines for feeding the hospitalized patients, London Mosby; 2006
Reavens GM, Role of Insulin Resistance in human disease. Diabetes 2010; 37: 1595-607.

14. Feinglos MN, Bethel A. Tratamiento de la Diabetes Sacarina tipo 2. Clin Med North Am 2009; 42(4): 709-13.
15. Martín I, Plasencia D, González T. Manual de Dietoterapia. Ed. Ciencias Médicas, 2008. Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos.
16. Duna FL. Management of hyperlipidemia in diabetes mellitus. Endocrinal Metab clin North Ame 1992;21(2):423-6.
17. Rojas HE. La Fibra Dietética. En: Los Carbohidratos en la Nutrición Humana : Grupo Aula Médica, S.A, 2009:119-38.
18. Kaye Foster-Powell, Janette B. Miller. International Table of Glycemic Index. AM J Clin Nutr 2009; 62:917s-93
19. Weinsier RL, Mongan SL, Diabetes Mellitus. Fundamentals Of. Clinical Nutrition: Nutritional Support General Guidelines for feeding the hospitalized patients, London Mosby; 2010
20. Reavens GM, Role of Insulin Resistance in human disease. Diabetes 2008; 37: 1595-607.
21. Feinglos MN, Bethel A. Tratamiento de la Diabetes Sacarina tipo 2. Clin Med North Am 2009; 42(4): 709-13.
22. Martín I, Plasencia D, González T. Manual de Dietoterapia. Ed. Ciencias Médicas, 2008. Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos.
23. Duna FL. Management of hyperlipidemia in diabetes mellitus. Endocrinal Metab clin North Ame 1992;21(2):423-6.
24. Rojas HE. La Fibra Dietética. En: Los Carbohidratos en la Nutrición Humana : Grupo Aula Médica, S.A, 2008:119-38.
25. Kaye Foster-Powell, Janette B. Miller. International Table of Glycemic Index. AM J Clin Nutr 2011; 62:917s-93s.

CUESTIONARIO ANEXO No. 1 ENCUESTA**1-E DAD (AÑOS).**

- 1- _____ 15 – 29
- 2- _____ 30- 49
- 3- _____ 50 – 69
- 4- _____ 70 – 79
- 5- _____ 80 Y MAS

II- SEXO

- 1- _____ Masculino
- 2- _____ Femenino

III- RAZA.

- 1- _____ Blanca.
- 2- _____ Negro.

IV- ESCOLARIDAD.

- 1- _____ Primaria
- 2- _____ Secundaria
- 3- _____ Preuniversitaria
- 4- _____ Universitaria

V- TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD.

- 1- _____ Menos de 1año
- 2- _____ 1- 4 años
- 3- _____ 5 – 9 años
- 4- _____ 10 – 14 años
- 5- _____ 20 y mas

SOBRE LA DIETA PERSONAL

1.1 FORMAR PARTE DEL TRATAMIENTO:

- 1- _____ Si
- 2- _____ No
- 3- _____ No se

1.2 LA DIETA DEL DIABÉTICO REGUIERE:

- 1- _____ Hacer una sola comida
- 2- _____ Hacer varias comidas al día.
- 3- _____ Comer cuando tienes deseos
- 4- _____ No se.

1.3 CUANDO LA DIETA DICE QUE USTED TIENES UNA DIETA DE 1800 CALORÍAS SIGNIFICA QUE:

- 1- _____ Usted come 1800 calorías en desayuno.
- 2- _____ Usted come 1800 calorías en cada comida.
- 3- _____ Usted reparte las calorías entre todas las comidas.
- 4- _____ No se.

1.4 CUANDO VA SUSTITUR UNA UN ALIMENTO POR OTRO:

- 1- _____ Debe ayudarse con la lista de intercambio.
- 2- _____ Solo tendrá en cuenta lo que mas le guste.
- 3- _____ Solo buscara el alimento que mas le llene.
- 4- _____ No se.

2-SOBRE EL EJERCICIO FISICO RESPONDA.**2.1 USTED DEBE REALIZAR EL EJERCICIO FÍSICO:**

- 1- _____ Una vez por semana.
- 2- _____ Tres veces por semana.
- 3- _____ Una vez al mes.
- 4- _____ No se.

2.2 CUANDO EL DIABÉTICO VA A REALIZAR UN EJERCICIO FÍSICO NO ACOSTUMBRADO:

- 1- _____ Comerá algo antes de realizarlo.
- 2- _____ Comerá menos durante el día.
- 3- _____ Suspenderá las tabletas o insulina.
- 4- _____ No se.

2.3 EL EJERCICIO FISICO SISTEMATICO A LOS PASEOS A PIES:

- 1- _____ Son beneficiosos al diabético compensado.
- 2- _____ Son dañinos al diabético compensado.
- 3- _____ No repercuten en control.
- 4- _____ No se

3- SOBRE EL CUIDADO DE LOS PIES.

3.1 SUS PIES DEBEN SER EXAMINADOS.

- 1- _____ diariamente
- 2- _____ Cada 15 días.
- 3- _____ Una vez al mes.
- 4- _____ No se.

3.2 SUS PIES NECESITAN CUIDADOS ESPECIALES PORQUE

- 1- _____ Los pies planos son frecuentes en el diabético.
- 2- _____ La enfermedad produce muchos callos en los pies.
- 3- _____ La enfermedad afecta la circulación en los pies.
- 4- _____ No se.

3.3 LO MEJOR PARA EL CUIDADO DE LOS PIES ES:

- 1- _____ Cortarse las uñas y callos todos los días.
- 2- _____ Untarse yodo para destruir las callosidades.
- 3- _____ Cortar las uñas rectas periódicamente y no usar sustancias irritantes.
- 4- _____ No se.

4-SOBRE LAS PRUEBAS DE CONTROL DIGA.

4.1 LA PRUEBA PARA MEDIR AZÚCAR EN ORINA (BENEDICT) SE REALIZA CON:

- 1- _____ 5cc de reactivo y 8 gotas de orina.
- 2- _____ 1cc de reactivo y 5 gotas de orina.
- 3- _____ 8cc de reactivo y 5 gotas de orina.
- 4- _____ No se.

4.2 EL COLOR ANARANJADO DEL BENEDICT SIGNIFICA QUE.

1. ☐ El reactivo esta vencido
2. ☐ No hay glucosa en orina.
3. ☐ hay glucosa en orina.
4. ☐ No se.

4.3 EL BENEDICT DEBE HACERSE.

1. ☐ En cualquier momento del día.
2. ☐ Después de las comidas principales.
3. ☐ Antes de las comidas principales
4. ☐ No se.

5. CUIDADOS GENERALES.**5.1- LOS SÍNTOMAS QUE HACEN SOSPECHAR UNA HIPOGLUCEMIA SON:**

1. ☐ Nauseas, vómitos y fiebre
2. ☐ Temblores, sudoración y fatiga.
3. ☐ Calambres y dolores en las piernas.
4. ☐ No se.

5.2- SI USTED TIENE SÍNTOMAS DE HIPOGLUCEMIA LO PRIMERO QUE DEBE HACER ES:

1. ☐ Ir al medico.
2. ☐ Tomar un a bebida azucarada.
3. ☐ calambres y dolores en las piernas.
4. ☐ No se.

5.3- EL PACIENTE DIABÉTICO DEBE.

1. ☐ Evitar ir al estomatólogo pues puede complicarse.
2. ☐ Acudir al estomatólogo cada 6 meses.
3. ☐ Ir al estomatólogo solo cuando tiene una pieza en mal estado.
4. ☐ No se.

CLAVE PARA CALIFICACIÓN DE PREGUNTAS.

Ítems 1 Dieta.

Pregunta 1.1

Correcto: 1 _____ 10 puntos.
Resto: _____ 0 puntos.

Pregunta 1.2

Correcto: 2 _____ 5 puntos
Resto: _____ 0 puntos

Pregunta 1.3

Correcto: 3 _____ 5 puntos
Resto _____ 0 puntos

Pregunta 1.4

Correcto 1. _____ 5 puntos
Resto _____ 0 puntos

Total de puntos: 20-25 --- Bien
15----Regular
10---Deficiente

. Ítems 2 Ejercicio.

Pregunta 2.1

Correcto: 2 _____ 5 puntos
Resto: _____ 0 puntos

Pregunta 2.2

Correcto: 1 _____ 5 puntos
Resto: _____ 0 puntos

Pregunta 2.3

Correcto: 1 _____ 5 puntos
Resto: _____ 0 puntos

Total de puntos: 15-----bien
10-----Regular
5---- deficiente

Ítems 3 cuidados de los pies**Pregunta 3.1**

Correcto: 1 _____ 5 puntos

Resto: _____ 0 puntos

Pregunta 3.2

Correcto: 3 _____ 5 puntos

Resto: _____ 0 puntos

Pregunta 3.3

Correcto: 3 _____ 5 puntos

Resto: _____ 0 puntos

Total de puntos: 15-----bien
 10-----Regular
 5-----deficiente

. Ítems 4 pruebas de control.**Preguntas 4.1**

Correcto: 3 _____ 5 puntos

Resto: _____ 0 puntos

Pregunta 4.2

Correcto: 3 _____ 5 puntos

Resto: _____ 0 puntos

Pregunta 4.3

Correcto: 3 _____ 5 puntos

Resto: _____ 0 puntos

Total de puntos: 15-----bien
 10-----regular
 5-----deficiente

Ítems 5 Cuidados Generales**Pregunta 5.1**

Correcto: 2-----5 puntos

Resto: -----0 puntos

Pregunta 5.2

Correcto: 2-----5 puntos

Resto: -----0 puntos

Pregunta 5.3

Correcto: 2-----5 puntos

Resto: -----0 puntos

Total de puntos: 15-----bien

10----regular

5----deficiente

CALIFICACION FINAL DEL EXAMEN.

Ítems	Bien	Regular	deficiente
Dieta	25	15	10
Ejercicio	15	10	5
Cuidado de los pies	15	10	5
Prueba de control	15	10	5
Cuidados generales	15	10	5
Total:	85	25	30

TOTAL: 70—85----bien

55—65----regular

50 o menos----deficiente

PROGRAMA DE INTERVENCION EDUCATIVA:

1. conferencia
2. duración: 2h

Tema: El ejercicio físico con paciente diabético.

Objetivo.

1. Elaborar un cronograma a seguir por los pacientes diabéticos al realizar el ejercicio físico.
2. analizar las posibles complicaciones de la realización inadecuada de ejercicio.

Pregunta de control

¿Cuáles son los ejercicios a realizar por pacientes con diabetes mellitus?

II- A través de una técnica participativa sobre el cuidado de los pies.

-duración 2h

Tema: Cuidado de los pies en los pacientes diabéticos. El baile de conocimiento.

Objetivos:

1. analizar las consecuencias del mal cuidado de los pies en pacientes diabéticos teniendo en cuenta sus características lo que favorecerá la preparación de los pacientes en su labor de prevención.

Materiales: Hoja de papel para cada participante lápiz y papel engomado.

Desarrollo.

- a) Cada participante escribe en un papel el nombre del registro que conoce y se lo pega con un papel engomado en el pecho o en la espalda.
- b) Se pone una canción, se le da un tiempo para que cada cual pueda ir encontrando compañeros que tengan la misma respuesta, conforme se van encontrando van tomándose de brazos y continúan bailando y buscando nuevos compañeros que puedan integrarse al equipo.
- c) Una vez que se hayan formados los equipos se para la música y se da 15min para que el equipo se instruya sobre todo lo que sabe acerca de la diabetes mellitus y el cuidado de los pies.
- d) Cada equipo expone el tema y sobre esta base se va esforzando el equipo.

III-se hará una conferencia sobre la prueba de control.

Duración 2h

Tema: prueba de control para mantener compensada la diabetes mellitus.

Objetivos:

1. a través de una técnica participativa de sierre completando la frase.
 - recoger la opinión de los pacientes sobre el resultado del trabajo realizada.

Materiales hoja, Lápiz, pizarra, borrador y tiza.

Desarrollo

- A) En una pizarra se escribe las clases completas qu deben de ser concluidas por los pacientes.

Ejemplo

Aprendí: _____

Lo sabia: _____

Me gustó: _____

Todavía tengo duda: _____

- B) En la medida que vallan terminado se recogen las hojas y se leen en vos alta a las respuestas dadas.

IV- Conferencia

Tema: Conocer a cerca de la dieta del diabético principales elementos y nutrientes.

Objetivos.

- 1- Que pede comer en cada comida un diabético
- 2- Cantidad de teoría por alimentos.

Pregunta de control

- 1- Sabes ya que puedes comer.

CUESTIONARIO ANEXO #1 ECUESTA DESPUES.

1,- SOBRE LA DIETA RESPONDA.**1.1- forma parte del tratamiento**

1. ☐ Si
2. ☐ No
3. ☐ No se

1.2- la dieta del diabético requiere:

1. ☐ Hacer una sola comida.
2. ☐ Hacer varias comidas al día.
3. ☐ Comer cuando tiene deseos
4. ☐ No se

1.3- cuando la dietista dice que usted tiene una dieta de 1800 calorías significa que:

1. ☐ Usted como 1800 calorías en desayuno.
2. ☐ Usted como 1800 calorías en cada comida.
3. ☐ Usted reparte las calorías entre todas las comidas.
4. ☐ No se

1.4- cuando va a sustituir un alimento por otro:

1. ☐ Debe ayudarse con la lista de intercambio.
2. ☐ Solo tendrá en cuenta lo que más le guste.
3. ☐ Solo buscare el alimento que mas le llene
4. ☐ No se

2- SOBRE EL EJERCICIO FÍSICO RESPONDA:**2.1- Usted debe realizar el ejercicio físico:**

1. ☐ Una vez por semana
2. ☐ Tres veces por semana.
3. ☐ Una vez al mes.
4. ☐ No se.

2.2- Cuando el diabético va a realizar un ejercicio físico no acostumbrado:

1. ☐ Comerá algo antes de realizarlo
2. ☐ Comerá menos durante el día.
3. ☐ Suspenderá las tabletas o insulina.
4. ☐ No se.

2.3- el ejercicio físico sistemático o los paseos a pie:

1. ☐ son beneficios al diabético compensado.
2. ☐ Son dañinos al diabético compensado.
3. ☐ No repercuten en el control.
4. ☐ No se.

3- SOBRE EL CUIDADO DE LOS PIES.**3.1- Sus pies deben se examinados:**

- 1- ☐ Diariamente
- 2- ☐ Cada 15 día
- 3- ☐ Una ves al mes.
- 4- ☐ No se.

3.2- Sus pies necesitan cuidados especiales porque:

- 1- ☐ Los pies planos son frecuentemente en el diabético.
- 2- ☐ La enfermedad produce muchos callos en los pies.
- 3- ☐ la enfermedad afecta la circulación de los pies.
- 4- ☐ No se.

3.3- Lo mejor para el cuidado de los pies es:

- 1- ☐ Cortarse uña y callos todos los días.
- 2- ☐ Untarse yodo para disminuir las callosidades.
- 3- ☐ Cortar la uñas rectas periódicamente y no usar sustancias irritantes.
- 4- ☐ No se.

4- SOBRE LAS PRUEBAS DE CONTROL DIGA.**4.1- La prueba para medir azúcar en orina (benedict) se realiza con:**

- 1- ☐ 5cc de reactivo y 8 gotas de orina.
- 2- ☐ 1cc de reactivo y 5 gotas de orina.
- 3- ☐ 8cc de reactivo y 5 gotas de orina.
- 4- ☐ No se.

4.2- El color anaranjado del benedict significa que:

- 1- ☐ el reactivo esta encendido.
- 2- ☐ No hay glucosa en orina.
- 3- ☐ Hay glucosa en orina.
- 4- ☐ No se.

4.3- El benedict debe hacerse:

- 1- ☐ En cualquier momento del día
- 2- ☐ Después de las comidas principales.
- 3- ☐ Antes de las comidas principales.
- 4- ☐ No se.

5.- CUIDADOS GENERALES.**5.1- Los síntomas que hacen sospechar una hipoglucemia son:**

- 1- ☐ Nauseas, vómitos y fiebre.
- 2- ☐ Temblores, Sudoración y fatiga.
- 3- ☐ Calambres y dolores en las piernas.
- 4- ☐ No se.

5.2- Si usted tiene síntomas de hipoglucemia lo primero que debe hacer es:

- 1- ☐ Ir al medico.
- 2- ☐ Tomar una bebida azucarada.
- 3- ☐ Acostarse y arroparse.
- 4- ☐ No se.

5.3- El paciente diabético debe:

- 1- ☐ Evitar ir al estomatólogo pues puede complicarse.
- 2- ☐ Acudir al estomatólogo cada 6 meses.
- 3- ☐ Ir al estomatólogo solo cuando tiene una pieza en mal estado.
- 4- ☐ No se.

ANEXO 4

Acta de consentimiento informado.

Yo _____ estos en la entera disposición para participar en el desarrollo de un Programa Educativo que me permitirá elevar el nivel de conocimientos sobre la Diabetes Mellitus y su manejo nutricional, brindaré la información de forma anónima y además podré retirarme cuando lo desee sin repercusión sobre mi persona.

Nombre y apellidos del médico.

Firma