



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI
FACULTAD DE ENFERMERIA



**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA**

TEMA

“Cuidados de enfermería en diabéticos con deformidades neuropáticas,
atendidos en Hospital Rodríguez Zambrano e Instituto Ecuatoriano de
Seguridad Social periodo 2015 2016”

AUTORAS:

Pesantes Mero Esther Germania

Lucas Solórzano Thayra Joshelyn

TUTORA:

MG. LILIA SÁNCHEZ CHOEZ

MANTA-MANABÍ-ECUADOR

2015 – 2016

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA

La suscrita directora de trabajo de investigación con el tema titulado **“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN DIABÉTICOS CON DEFORMIDADES NEUROPÁTICAS, ATENDIDOS EN HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO E INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL PERIODO 2015-2016”**.

Certifico que:

Las estudiantes: PESANTES MERO ESTHER GERMANIA Y LUCAS SOLÓRZANO THAYRA JOSHELYN han realizado el estudio investigativo, mismo que ha sido dirigido, asesorado, supervisado y ejecutado en su contenido y metodología, el tema corresponde a los objetivos de la carrera, es relevante para la profesión porque aporta a la práctica de enfermería y reúne los requisitos metodológicos correspondientes a un trabajo de titulación de grado. Por lo tanto autorizo su presentación para la calificación ante el tribunal respectivo.

Manta, agosto de 2016

MG. LILIA SÁNCHEZ CHOEZ

DOCENTE DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Previa a la obtención del título de

LICENCIATURA EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA

Sometido a consideración de los señores miembros del Tribunal de Sustentación como requisito previo a la obtención del título de licenciado en ciencias de la enfermería

APROBADO

Lcda. Estelia García Mg. _____

Decana de la Facultad

Lcda. Lilia Sánchez Choez Mg. _____

Directora de tesis

Lector imparcial _____

Miembro del tribunal

Prof. Comisión académica _____

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN EXPRESA DE AUTORÍA

El contenido expresado en la presente investigación incluida conclusiones y recomendaciones son únicas y exclusivamente responsabilidad de las autoras, las cuales no pueden ser modificados sin la debida autorización.

PESANTES MERO ESTHER GERMANIA

LUCAS SOLÓRZANO THAYRA JOSHELYN

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a Dios, nuestros padres y familia.

A Dios porque ha estado con nosotros en cada paso cuidándonos y dándonos fortaleza para continuar

A nuestros padres y familia, quienes a lo largo nuestras vidas han velado por nuestro bienestar y educación, siendo apoyo en todo momento, para ustedes es este logro y todos los que nos faltan por alcanzar; este es solo el comienzo de una vida llena de éxitos.

Atentamente:

Esther Germania Pesantes Mero

Y

Thayra Joshelyn Lucas Solórzano

AGRADECIMIENTO

Agradecer especialmente a Dios por ser fuente de motivación en los momentos de angustia y después de varios esfuerzos, dedicación, aciertos y reveses que caracterizaron el desarrollo de nuestra formación profesional y que con su luz divina nos guio para no desmayar por este camino que hoy vemos realizado.

A nuestros padres y familia por hacer de nosotros mejores personas a través de su ejemplo de honestidad y entereza por lo que siempre han sido una guía a lo largo de vida.

Esther Germania Pesantes Mero

Y

Thayra Joshelyn Lucas Solórzano

RESUMEN

Debido al desconocimiento que tienen los pacientes diabéticos en relación al manejo de su afección, manifestado por el hecho de que tanto ellos como la familia no están ampliamente preparados para luchar contra las presiones psicológicas y mucho menos ante las exigencias de cuidados que esta patología implica, existe un alto índice de complicaciones, entre ellas la neuropatía diabética, trayendo como consecuencias deformidades en miembros inferiores, y la amputación de los mismos como resultado final. Por este motivo se realizó un estudio mixto de corte transversal cuya finalidad fue identificar la influencia de los cuidados de enfermería en diabéticos con deformidades neuropáticas, atendidos en Hospital Rodríguez Zambrano e Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social periodo 2015 2016”, mediante la observación directa de casos, encuestas y el uso del método descriptivo con una muestra aleatoria de 30 pacientes. Demostrándose que la población afectada contemplaba edades entre los 27 a 45 años lo cual representa el 81%, además se evidencia que existe un problema latente de falta de conocimientos en los usuarios sobre técnicas de autocuidado en el manejo de la patología y sus complicaciones hasta en un 83%. Los resultados dan como respuesta la urgente adaptación y aplicación de un protocolo de actuación en el manejo de la diabetes que pueda favorecer la reducción de la letalidad de los casos mediante la prevención primaria y secundaria.

Palabras claves: Diabetes mellitus, deformidades neuropáticas, cuidados de enfermería.

SUMMARY

Due to ignorance with diabetic patients regarding the management of their condition, manifested by the fact that they and the family are not widely prepared to fight the psychological pressures and much less to the demands of care that this condition implies, there is a high rate of complications, including diabetic neuropathy; consequently, lower limb deformities, and amputation of the same as the final result. For this reason a mixed cross-sectional study whose purpose was to identify the influence of nursing care in diabetic patients with neuropathic deformities, treated at Hospital Rodriguez Zambrano and Ecuadorian Institute of Social Security period 2015 2016 ", was conducted by direct observation of cases, surveys and use descriptive method with a random sample of 30 patients. It is showing that the affected population watched aged 27 to 45 years which represents 81%, further evidence that there is a latent problem of lack of knowledge on users on self-care techniques in the management of the disease and its complications by up to 83%. The results given in response to the urgent adaptation and implementation of a protocol in the management of diabetes which may favor reducing the lethality of cases through primary and secondary prevention.

Keywords: Diabetes mellitus, neuropathic deformities, nursing care.

ÍNDICE

CONTENIDO	PAG.
CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA	II
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL	III
DECLARACIÓN EXPRESA DE AUTORÍA	Iv
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
RESUMEN	VII
ASTRAC	VIII
INDICE	
Resumen-----	
1.Introduccion-----	1-2
2.Planteamiento del Problema-----	2
2.1Formulación del Problema-----	2
2.2Preguntas derivadas -----	3
3.Objetivos-----	4
3.1Objetivo General-----	4
3.2Objetivos Específicos-----	4
4.Justificación -----	5-6
 CAPITULO I	
MARCO TEORICO	
5.1. Diabetes mellitus -----	7-10
5.2. Pie diabético -----	10-13
5.3. Factores de riesgos para la aparición de úlcera diabética-----	13-17
5.4. Diagnóstico de la úlcera diabética-----	17-18
5.5. Tratamiento de la úlcera diabética-----	18-19
5.6. Hospitalización y tratamiento no antimicrobiano-----	19-20
5.7. Educación y prevención de la aparición de úlceras en el pie diabético-----	20-21
5.8.Cuidados de Enfermería-----	21-22
5.9. Factores de riesgo para desarrollar pie diabético-----	22
 CAPITULO II	
6. Diseño Metodológico -----	23-24

6.1. Modalidad de Investigación -----	25-26
7. Presupuesto-----	27
8.1. Grafitabla nº 1-----	28-29
Edad del paciente	
8.2. Grafitabla nº 2-----	29-30
Procedencia del paciente	
8.3. Grafitabla nº 3-----	30-31
Sexo del paciente	
8.4 Grafitabla nº 4-----	31-32
¿A qué edad le diagnosticaron diabetes?	
8.5. Grafitabla nº 5-----	32-33
¿Qué otra patología tiene como diagnostico a más de la diabetes?	
8.6. Grafitabla nº 6-----	33-34
¿Tiene Ud. Antecedentes familiares de diabetes?	
8.7. Grafitabla nº 7 -----	34-35
Recomendaciones más frecuentes de enfermería	
8.8. Grafitabla nº 8-----	35-36
¿El personal de enfermería le ha brindado educación relacionada a su patología?	
8.9. Grafitabla nº 9-----	36-37
¿Cómo considera la atención que brinda el personal de enfermería?	
9.Conclusiones-----	37
10. Recomendaciones-----	38-39
11. Bibliografías-----	40-42
CAPITULO III	
12. Propuesta -----	43
12.2 Justificación-----	43
12.3. Objetivos de la Propuesta-----	44-46
12.4 Protocolo de actuación para el manejo de paciente diabético-----	46-47
Anexos-----	48
Guía de Observación Directa-----	48-49
Encuesta-----	50-51
Evidencias Fotográficas del Estudio de Campo-----	52

TITULO DEL PROYECTO

“Cuidados de enfermería en diabéticos con deformidades neuropáticas, atendidos en Hospital Rodríguez Zambrano e Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social periodo 2015 2016”.

1. INTRODUCCIÓN

La diabetes es una enfermedad crónica cuya prevalencia sigue aumentando progresivamente en los últimos años hasta superar los 347 millones de personas afectadas en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que las muertes por diabetes sean multiplicadas en una proyección hasta el 2030. (diario, 2009)

La Federación Internacional de Diabetes (IDF) actualizó sus estadísticas de prevalencia de diabetes a escala mundial asumiendo que en la actualidad 366 millones de personas en el presente año y 550 millones de personas o más para el 2030.

Más del 5% de los diabéticos poseen historia de ulcera de pie, cada año 4 millones de diabéticos desarrollan algún tipo de ulcera y el 70% de las amputaciones no traumáticas ocurren en diabéticos lo cual aumenta los costos de atención en una persona con o sin neuropatía hasta un 15% (Pacheco., Síndrome del pie diabético., 2015)

En Ecuador, la diabetes está afectando a la población con tasas cada vez más elevadas. Según la encuesta ENSANUT, la prevalencia de diabetes en la población de 10 a 59 años es de 1.7%. Esa proporción va aumentando a partir de los 30 años de edad, y a los 50, uno de cada diez ecuatorianos ya tiene diabetes. (paho.org, 2013). Otros artículos han señalado que la diabetes es la primera causa de muerte en el Ecuador (diariolahora, 2013). Otro artículo de diario EL COMERCIO PUBLICÓ EN EL 2011 que la diabetes afecta a 8000.00 personas en el Ecuador (elcomercio, 2011)

En el año 2013 el número de diabéticos en Manabí correspondía a 17.985 personas. De esa cifra, 11.473 son mujeres y 6.512 son hombres.

Los factores de riesgo en los usuarios con diabetes conllevan frecuentemente a la aparición de neuropatías que están y pueden acompañarse de osteopatías, enfermedad vascular, las mismas que provocan ulceraciones periféricas que se

presentan con mayor frecuencia en las extremidades inferiores dando lugar al pie diabético.

Las consecuencias de este proceso resulta devastador para el usuario al punto de terminar en una amputación.

Es importante planificar y ejecutar las intervenciones de enfermería en el cuidado del paciente diabético con deformidades neuropáticas, es indispensable que la enfermera realice la valoración, establezca los diagnósticos de enfermería y finalmente proyecte las intervenciones, que son los cuidados directos que se realizarán en beneficio del paciente.

2. PROBLEMA DE INVESTIGACION

2.1. DEFINICION DEL PROBLEMA

Debido al desconocimiento que tienen los pacientes diabéticos en relación al manejo de su afección, manifestado por el hecho de que tanto ellos como la familia no están ampliamente preparados para luchar contra las presiones psicológicas y mucho menos ante las exigencias de cuidados que esta patología implica, existe un alto índice de complicaciones. Los factores de riesgo en los usuarios con diabetes conllevan frecuentemente a la aparición de neuropatías que están y pueden acompañarse de osteopatías, enfermedad vascular, las mismas que provocan ulceraciones periféricas que se presentan con mayor frecuencia en las extremidades inferiores dando lugar al pie diabético. Las consecuencias de este proceso resulta devastador para el usuario al punto de terminar en una amputación. Los hábitos inadecuados en el estilo de vida que llevan los pacientes conducen a una elevada incidencia de personas con diabetes ingresadas en las áreas de cirugía del hospital Rafael Rodríguez Zambrano e IESS, respectivamente.

2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Como influyen los cuidados de enfermería, entre ellas las acciones de promoción y prevención en diabéticos con deformidades neuropáticas, atendidos en Hospital Rodríguez Zambrano e Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Manta periodo 2015 – 2016?.

2.3. PREGUNTAS DERIVADAS.

- ¿Qué criterios teóricos avalan el estudio sobre cuidados de enfermería en diabéticos con deformidades neuropáticas?
- ¿Qué criterios poseen los pacientes en relación a la atención de enfermería en diabéticos con deformidades neuropáticas?
- ¿Cómo mejorar la calidad de vida de los pacientes diabéticos desde el primer nivel de atención?

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar cómo influyen los cuidados de enfermería en diabéticos con deformidades neuropáticas, atendidos en Hospital Rodríguez Zambrano e Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Manta periodo 2015 – 2016.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Fundamentar los aspectos teóricos relacionados con la diabetes mellitus así como sus complicaciones y cuidados de enfermería.
2. Identificar condiciones en la ejecución de las funciones educativas y de atención de enfermería en pacientes con neuropatía diabética.
3. Elaborar un plan de acción para la adaptación de un modelo de actuación para el manejo de pacientes diabéticos con deformidades neuropáticas.

4. JUSTIFICACIÓN

La diabetes mellitus corresponde a un grupo de enfermedades metabólicas que está caracterizada por una hiperglicemia que es el resultado de defectos en la secreción y/o producción de insulina. La hiperglicemia crónica de la diabetes se asocia a lesiones, disfunción y fallo de algunos órganos, en especial ojos, riñones, corazón y vasos sanguíneos. (/dspace, 2010).

El pie diabético, según el Consenso Internacional sobre Pie Diabético, es una infección, ulceración o destrucción de los tejidos profundos relacionados con alteraciones neurológicas y distintos grados de enfermedad vascular periférica en las extremidades inferiores que afecta a pacientes con diabetes mellitus que no ha sido/no está siendo correctamente tratada (Daniellevy, 2009).

La neuropatía sensitiva es el factor que se asocia de manera más consistente a la aparición de úlceras en el pie. Entre 60 y 80% de los pacientes con úlceras tiene neuropatía manifestada por alteraciones distales tales como parestesias, disestesias hasta anestesia completa, lo que favorece el trauma repetido (/dspace., 2010).

Más del 5% de los diabéticos poseen historia de ulcera de pie, cada año 4 millones de diabéticos desarrollan algún tipo de ulcera y el 70% de las amputaciones no traumáticas ocurren en diabéticos lo cual aumenta los costos de atención en una persona con o sin neuropatía hasta un 15% (Pacheco., Síndrome del pie diabético., 2015).

En Ecuador, la diabetes está afectando a la población con tasas cada vez más elevadas. Según la encuesta ENSANUT, la prevalencia de diabetes en la población de 10 a 59 años es de 1.7%. Esa proporción va aumentando a partir de los 30 años de edad, y a los 50, uno de cada diez ecuatorianos ya tiene diabetes. (paho.org, 2013).

En el año 2013 el número de diabéticos en Manabí correspondía a 17.985 personas. De esa cifra, 11.473 son mujeres y 6.512 son hombres.

Debido al desconocimiento que tienen los pacientes diabéticos en relación al manejo de su afección, manifestado por el hecho de que tanto ellos como la familia no están ampliamente preparados para luchar contra las presiones psicológicas y mucho menos ante las exigencias de cuidados que esta patología implica, existe un alto índice de complicaciones, entre ellas la neuropatía diabética, trayendo como consecuencias deformidades en miembros inferiores, y la amputación de los mismos como resultado final.

Por lo que se define como **objeto de la investigación** a los pacientes con neuropatías diabéticas, y el **campo de investigación** es la influencia de los cuidados de enfermería en la evolución de los pacientes con diabetes.

La importancia de los cuidados de enfermería en pacientes diabéticos con deformidades neuropáticas, son planificar y ejecutar las intervenciones de enfermería ya que en la actualidad la enfermera por la carga de trabajo aplica los cuidados de enfermería pero se enfoca en tratar y no en prevenir futuras complicaciones, es indispensable que la enfermera realice la valoración y establezca los diagnósticos de enfermería y finalmente proyecte las intervenciones en beneficio al paciente.

CAPITULO I

5. MARCO TEÓRICO

5.1 DIABETES MELLITUS

Generalidades

La diabetes mellitus corresponde a un grupo de enfermedades metabólicas que está caracterizada por una hiperglicemia que es el resultado de defectos en la secreción de insulina, en la acción de insulina o en ambas. La hiperglicemia crónica de la diabetes se asocia a lesiones, disfunción y fallo de algunos órganos, en especial ojos, riñones, corazón y vasos sanguíneos. (dspace, 2010).

Varios procesos patogénicos están implicados en el desarrollo de la diabetes, estos van desde una destrucción auto inmunológico de las células β del páncreas, con la consiguiente deficiencia de insulina, hasta anormalidades que ocasionan una resistencia a la insulina. La acción deficiente de la insulina en los tejidos diana es la responsable del metabolismo anómalo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas en la diabetes. La acción deficiente de la insulina ocasiona unas respuestas deficientes o inadecuadas en uno o más puntos de la compleja trama metabólica en la que esta hormona tiene acciones. (OPS., 2016).

La diabetes es una enfermedad crónica que se origina cuando el páncreas deja de producir insulina necesaria para el buen funcionamiento del organismo. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre (/mediacentre, 2009).

Consecuencias a corto plazo de la diabetes que pueden ser mortales son la hiperglucemia aguda con cetoácidos o el síndrome hiperosmolar no cetonémico. Las complicaciones a largo plazo de la diabetes incluyen la retinopatía con pérdida potencial de visión; la nefropatía que puede conducir a un fallo renal; la neuropatía periférica con el riesgo de ulceraciones, amputaciones y articulaciones de Charcot;

y la neuropatía autonómica que puede ocasionar trastornos gástricos, genitourinarios cardiovasculares, así como disfunción sexual. (/dspace, 2010).

Según proyecciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030 (/mediacentre., 2012).

5.1.1. DIABETES MELLITUS TIPO I

(10%): Hay un déficit absoluto de insulina por destrucción autoinmune de los islotes β pancreáticos, o bien por anticuerpos anti insulina. Aparece en personas menores de 30 años, generalmente en la infancia. Suele debutar con un cuadro de cetoacidosis diabética.

La diabetes de tipo 1 (también llamada insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia) se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. Se desconoce aún la causa de la diabetes de tipo 1 y no se puede prevenir con el conocimiento actual. Sus síntomas consisten, entre otros, en excreción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita. (/mediacentre., 2012).

5.1.2. DIABETES MELLITUS TIPO II

(90%): Existe un déficit de insulina relativo, debido a la resistencia periférica a la insulina. Las cifras de insulinemia son normales, e incluso pueden estar aumentadas. Aparece en personas mayores de 40 años, y coexiste frecuentemente con la obesidad. Su manifestación suele ser la hiperglucemia. Tiene un importante factor hereditario. Su complicación más frecuente es el coma hiperosmolar.

Lo anterior coincide con lo expuesto por Cabrera, que el 90 y 95% de los sujetos afectados por esta patología presentan una Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2); esta modalidad clínica en sus etapas iniciales es asintomática y se observa preferentemente en las personas mayores de 40 años, la epidemiología de la DM2

muestra que 20 a 40% de los enfermos presenta alguna complicación en el momento del diagnóstico. (/dspace., 2010).

Además también se expone que la DM2 puede producir descompensaciones metabólicas y, con el tiempo generar complicaciones crónicas como neuropatía, retinopatía, nefropatía y enfermedad vascular periférica. Así mismo, las personas afectadas por este problema de salud tienen 2 a 3 veces más riesgo de sufrir un infarto al miocardio y/o un accidente vascular encefálico.

En resumen se puede decir que por su magnitud y trascendencia, la Diabetes Mellitus Tipo 1 y 2, son las más importantes, principalmente la Tipo 2, que representa aproximadamente 90% de todas las formas clínicas y constituye un importante problema de salud pública, tanto a nivel internacional como nacional. “Forma parte del grupo de padecimientos descritos en la denominada transición epidemiológica de nuestro país, que es un fenómeno resultante de los cambios en el comportamiento humano, desarrollo urbano acelerado y aumento en la esperanza de vida, que se refleja en la modificación de los patrones de morbilidad y mortalidad” (Peña, 2009.).

ALGUNOS DATOS ESTADÍSTICOS.

- Del 5% al 10% de los diabéticos sufren una amputación.
- La diabetes aumenta 15 veces el riesgo de amputación de las extremidades inferiores (dedo del pie, pie o pierna).
- Del 20% al 25% de los diabéticos acuden al médico al menos una vez en su vida por una lesión del pie.
- Entre 3 000 y 5 000 amputaciones (dedo del pie, pie o pierna) son provocadas cada año por la diabetes.
- La amputación: la obstrucción de las arterias que llevan la sangre a los pies será la responsable de una gangrena que conllevará una amputación.
- Casi el 70% de las amputaciones afecta a personas que padecen diabetes.
- Cada 30 segundos a un diabético se le amputa una extremidad inferior.

- Más del 50% de las amputaciones podrían ser evitadas.
- 50 000 amputaciones son efectuadas cada año en los Estados Unidos.
- Las lesiones de los pies son responsables del 25% de los días de hospitalización de un diabético.
- La diabetes es la segunda causa de amputación.
- La gangrena de las extremidades es 40 veces más frecuente en los diabéticos.
- La arteritis de los miembros inferiores que acompaña a la diabetes necesita del aporte de 20 veces más de oxígeno para ayudar a cicatrizar una herida.
- En los países desarrollados, casi el 5% de los diabéticos sufren problemas de pies.
- Las lesiones de los pies son la principal causa de ingreso en el hospital de personas diabéticas.
- Cada 30 segundos un diabético pierde una pierna. (salud.ccm, 2014)

5.2. PIE DIABÉTICO

5.2.1. Definición

El pie diabético, según el Consenso Internacional sobre Pie Diabético, es una infección, ulceración o destrucción de los tejidos profundos relacionados con alteraciones neurológicas y distintos grados de enfermedad vascular periférica en las extremidades inferiores que afecta a pacientes con diabetes mellitus que no ha sido/no está siendo correctamente tratada (Daniellevy, 2009).

El término pie diabético se aplica a una variedad de condiciones patológicas en el pie de pacientes diabéticos que en la mayoría de los casos se asocia a la presencia de una úlcera, frecuentemente plantar. La herida se produce como consecuencia de la interacción, con diferentes grados de importancia, de factores neuropáticos, vasculares e infecciosos. Celulitis, fasciitis, abscesos, gangrena u osteomielitis pueden acompañar a la úlcera. También, en la minoría de los casos, puede presentarse necrosis isquémica y/o infecciones de tipo celulitis u osteomielitis, sin mediar una úlcera. (/dspace., 2010).

Es destacable que estas condiciones, con frecuencia se asocian a mínimo dolor y, en la mayoría de los casos no producen fiebre, escalofríos o manifestaciones sépticas sistémicas. Por lo tanto la ausencia de estos síntomas y signos no debe hacer minimizar la severidad del problema. La alteración de los mecanismos de reparación en el diabético puede llevar a un retraso marcado en el proceso de cicatrización con tendencia a la cronicidad de las heridas. Cualquier herida cuyo proceso de cicatrización no se ajuste a los parámetros normales debe ser considerada crónica, lo que se asocia a un peor pronóstico, sobre todo si se mantiene abierta por 4 semanas o más (/dspace, 2010).

Los tres factores patogénicos principales son: Neuropatía, enfermedad vascular periférica y la infección, que llevan a una evolución desfavorable de la lesión inducidas por la hiperglucemia sostenida. Resulta útil incluir dentro del síndrome de “pie diabético”, el pie en riesgo, el pie diabético ulcerado, o con lesión y el pie diabético complicado que amenaza la viabilidad de la extremidad. El pie que aún no presenta lesiones, pero en el que la diabetes ha producido alteraciones estructurales o funcionales que lo colocan en riesgo de lesionarse, es también un pie diabético (barcelo., 2010).

NEUROPATÍA PERIFÉRICA

La neuropatía sensitiva es el factor que se asocia de manera más consistente a la aparición de úlceras en el pie. Entre 60 y 80% de los pacientes con úlceras tiene neuropatía manifestada por alteraciones distales tales como parestesias, disestesias hasta anestesia completa, lo que favorece el trauma repetido (/dspace., 2010).

Así mismo se expone en el estudio que la *neuropatía autonómica* puede llevar a artropatía de Charcot y juega un rol significativo en la aparición de infección, disminuyendo las respuestas vasomotoras y glandulares con la consiguiente alteración de la hidratación y regulación térmica de la piel, lo que genera cambios

en sus características, tales como sequedad, resquebrajamiento, edema y fisuras que constituyen puerta de entrada para la infección.

Finalmente la neuropatía motora axonal no es menos importante y contribuye a la aparición de úlceras plantares, produciendo atrofia muscular y desbalance tendíneo que llevan a alteraciones en las superficies de apoyo plantar.

Métodos de evaluación simples como la ausencia de reflejos aquilianos o la insensibilidad a la aplicación de un monofilamento de nylon, designado Semmes-Weinstein 5.07, son factores predictores de riesgo de úlceras plantares. (OPS., 2016).

ENFERMEDAD VASCULAR

La isquemia puede contribuir en 30 a 40% a la aparición de úlceras, y en mayor medida a la existencia de gangrena distal, como también afectar los mecanismos de cicatrización. (CONICYTEC., 20011).

Además, se expresa que la enfermedad vascular ocurre a edades más tempranas y tiene un patrón más difuso y periférico en extremidades inferiores en diabéticos. Hasta 60% de los diabéticos tienen oclusión de arterias metatarsianas, en cambio la incidencia de oclusión aorto - ilíaca es similar que en no diabéticos. Se detecta enfermedad arterial periférica en 22% de diabéticos cuyo diagnóstico data de menos de un año, y en más de 50% de los diabéticos diagnosticados hace más de 10 años.

Pese a que la existencia de disfunción microvascular ha sido sugerida repetidamente como factor patogénico en la aparición y falta de cicatrización del pie diabético, la angiopatía microcapilar, consistente en un engrosamiento de la íntima, no sólo no es específica de los diabéticos sino que tampoco ha podido ser correlacionada en forma concluyente con disminución de flujo y aparición de úlceras. (OPS., 2016).

La frecuencia y extensión de la arteriopatía periférica en los diabéticos, en ningún caso debe ser considerada un impedimento para una adecuada reconstrucción vascular, y por lo tanto, un exhaustivo diagnóstico vascular es fundamental en el manejo del pie diabético.

5.3. FACTORES DE RIESGO PARA LA APARICIÓN DE LA ÚLCERA DIABÉTICA

Siempre que nos encontremos ante un paciente diabético, deberemos identificar la presencia de alguno de los siguientes factores de riesgo para el desarrollo de úlcera diabética. El especial cuidado en estos pacientes será vital para evitar la progresión de las úlceras a lesiones de mayor gravedad que pudieran conllevar a una infección y una consecuente amputación del pie. Así, los grupos de riesgo de ulceración diabética serían: (García., 2008).

- ✓ Antecedentes de ulceración previa.
- ✓ Neuropatía periférica: presencia de síntomas y signos de alteración de los nervios periféricos típica en pacientes diabéticos.
- ✓ Isquemia arterial crónica: la arteriopatía de los diabéticos es una arteriopatía distal, siendo característica la calcinosis arterial.
- ✓ Retinopatía diabética.
- ✓ Deformidades óseas: alteraciones estructurales del pie como la presencia de dedo de martillo, dedos en garra, hallux valgus, cabezas metatarsianas prominentes, situación de neuro - artropatía, amputaciones u otra cirugía del pie.
- ✓ Antecedentes de exceso de alcohol.
- ✓ Aislamiento social: que conlleva un seguimiento inapropiado del paciente.
- ✓ Ancianos de más de 70 años, con patología asociada y mal control terapéutico.

CLÍNICA DEL PIE DIABÉTICO

En base a la etiopatogenia, y según el Consenso de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular sobre Pie Diabético pueden establecerse las siguientes formas o grados clínicos: (FW, 1983. act. 2015).

ÚLCERA NEUROPÁTICA

Caracterizada por úlcera en la zona de presión o deformidad del pie, existiendo tres localizaciones prevalentes y características: primer y quinto metatarsiano en sus zonas acras; y calcáneo en su extremo posterior. Son ulceraciones de forma redondeada, callosidad periulcerosa e indoloras. La perfusión arterial es correcta, con existencia de pulsos tibiales

- ÚLCERA NEURO-ISQUÉMICA

Caracterizada por necrosis inicialmente seca y habitualmente de localización latero digital, que suele progresar de forma rápida a húmeda y supurativa si existe infección sobreañadida. Generalmente los pulsos tibiales están abolidos y existe una neuropatía previa asociada.

- PIE DIABÉTICO INFECTADO

De la que clínicamente es posible distinguir a su vez tres formas, que pueden cursar de forma sucesiva, pero también simultánea: celulitis superficial, infección necrotizante y osteomielitis.

- **Celulitis Superficial:** en un 95% causada por un único germen patógeno Gram positivo, (generalmente estafilococo aureus o estreptococo). Puede ser autolimitada o evolucionar a formas más extensas.

- **Infección necrotizante:** afecta a tejidos blandos, y es poli microbiana. Cuando se forman abscesos, el proceso puede extenderse a los compartimentos plantares.

- **Osteomielitis:** de localización preferente en primero, segundo y quinto dedo, que suele cursar de forma sintomática, aunque a veces los síntomas pueden faltar, siendo a veces difícil el diagnóstico diferencial con formas no sépticas. En este sentido, la exteriorización ósea en la base de una ulceración tiene un valor predictivo del 90%.

Tabla 1

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE
ÚLCERA NEUROISQUÉMICA Y NEUROPÁTICA**

Úlcera Neuropática	Úlcera neuroisquémica
Indolora	Dolorosa
Pulsos normales	Pulsos ausentes
Aspecto en sacabocados	Márgenes irregulares
Localizada en planta del pie	Habitualmente localizada en los dedos
Presencia de callosidades	Callosidades ausentes o infrecuentes
Pérdida de sensibilidad, reflejos y sentido vibratorio	Hallazgos sensoriales variables
Flujo sanguíneo aumentado (shunts arteriovenosos)	Flujo sanguíneo disminuido
Venas dilatadas	Venas colapsadas
Pie seco, caliente	Pie frío
Aspecto rojizo	Aspecto pálido, cianótico
Deformidades óseas	No deformidades óseas

ARTROPATÍA NEUROPÁTICA

Caracterizada por fracturas espontáneas que son asintomáticas. Radiológicamente se objetiva reacción perióstica y osteolisis. En su fase más avanzada o final da lugar a una artropatía global o de Charcot, que se define por la existencia de la subluxación plantar del tarso y la pérdida de la concavidad medial del pie causada por el desplazamiento de la articulación calcáneoastragalina, asociada o no a la luxación tarso – metatarso.

ÚLCERA NEURO-ISQUÉMICA.

Desarrollaremos a continuación las características de las úlceras diabéticas neuro - isquémicas:

- Son dolorosas
- Pulsos ausentes
- Presencia de márgenes irregulares
- Habitualmente localizadas en los dedos
- Callosidades ausentes o infrecuentes
- Hallazgos sensoriales variables
- Flujo sanguíneo disminuido
- Venas colapsadas
- Pie frío
- Aspecto pálido y cianótico
- No deformidades óseas

En la Tabla I, se establece el diagnóstico diferencial entre úlceras neuropáticas y neuroisquémicas.

GRADUACIÓN CLÍNICA EN LAS ÚLCERAS DIABÉTICAS

Las úlceras diabéticas también han sido clasificadas por Wagner según su severidad: (gravedad, profundidad de la úlcera, grado de infección y gangrena).

Grado 0. Pie clínicamente normal, pero que debido a neuropatía o deformidades óseas se considera “pie de riesgo”

Grado 1. Úlcera superficial que no afecta tejido celular subcutáneo.

Grado 2. Úlcera profunda no complicada, que afecta a tendón, hueso o cápsula, pero con ausencia de osteomielitis.

Grado 3. Úlcera complicada con manifestaciones infecciosas (osteomielitis, absceso)

Grado 4. Gangrena necrotizante limitada (digital, ante pie, talón)

Grado 5. Gangrena extensa

5.4. DIAGNÓSTICO DE LA ÚLCERA DIABÉTICA

El diagnóstico de la úlcera diabética se basa en 3 apartados fundamentales:

ANAMNESIS, debiendo englobar los siguientes epígrafes:

- General: antecedentes personales y familiares del paciente, tipo de diabetes, duración, etc.
- Úlcera: se debe preguntar al paciente si es la primera vez que le ocurre o ha presentado úlceras en otras ocasiones, la respuesta terapéutica previa, presencia o no de dolor, etc.
- Control de glucemias: glucemias previas, pauta de insulina empleada, etc.
- Otros: comorbilidad y patologías asociadas, tratamiento habitual, dieta, etc.

EXPLORACIÓN FÍSICA: abordando los siguientes apartados, con el fin de diferenciar fundamentalmente:

- **Úlcera:** valorando la presencia o no de exudado, profundidad, morfología de los bordes con el fin de delimitar el tipo de úlcera en función de sus características.
- Neurológico: valorando la sensibilidad a nivel del pie, uso del Monofilamento de Semmes-Weinstein para detectar la pérdida de la sensibilidad protectora.

- **Vascular:** determinar la presencia o no de pulsos distales en el paciente diabético así como la realización del Índice tobillo/brazo con el fin de descartar el componente isquémico de la úlcera diabética.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- ✓ Pruebas de Laboratorio (sistemático y bioquímica): deben realizarse de forma rutinaria, con determinación del perfil metabólico y valorando la función renal.
- ✓ Radiología de pie: tiene su relevancia en estadios avanzados con el fin de descartar osteomielitis.
- ✓ RNM: validez en el diagnóstico de infección de tejidos blandos y/o osteomielitis en el pie
- ✓ Otros: Microbiología (cultivo de exudados)

5.5. TRATAMIENTO DE LA ÚLCERA DIABÉTICA

La recomendación número XIV del Consenso de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular sobre Pie Diabético establece, con un nivel de evidencia tipo 1 que “la corrección metabólica, el control de los factores de riesgo y el reposo funcional de la zona afectada constituyen las medidas básicas esenciales en el tratamiento del pie diabético”. Así, y en consecuencia, el tratamiento de la úlcera diabética debe ser multidisciplinar, constituido por un equipo en el que tengan cabida médicos de atención primaria, angiólogos y cirujanos vasculares, personal de enfermería, podólogos y rehabilitadores. Se trata de una cadena asistencial en la que cada eslabón es imprescindible. Es fundamental concienciar al paciente de que en cuanto note una úlcera, busque atención profesional de inmediato. Las úlceras en los pies de pacientes con diabetes se deben tratar por varias razones tales como, reducir el riesgo de infección y amputación, mejorar la funcionalidad y la calidad de vida y reducir el costo de la atención médica. El principal objetivo del tratamiento de las úlceras en el pie es lograr la cicatrización tan pronto como sea posible. Cuanto más rápida sea la cicatrización, menor será la probabilidad de infección. Así, podemos decir

que las bases para realizar un tratamiento adecuado de la úlcera del pie diabético son:

- ✓ Evitar la infección siendo de vital importancia evitar la evolución a mal perforante plantar o gangrena. Para ello, es clave mantener la úlcera limpia y vendada.
- ✓ Quitar presión a la zona, lo que se conoce como “descarga”: es preciso para lograr una cicatrización óptima. Se deben “descargar” las úlceras, en particular las de las plantas de los pies, pidiendo a los pacientes que usen calzado especial, un aparato ortopédico, escayolas especializadas, o una silla de ruedas o muletas. Estos dispositivos reducirán la presión y la irritación en la zona de la úlcera, acelerando el proceso de cicatrización.
- ✓ Desbridamiento de piel y tejidos que estén necróticos y dificulten el proceso de cicatrización.
- ✓ Aplicación de apósitos a la úlcera, limpiándola diariamente. Para un tratamiento óptimo, deberían aplicarse gasas con suero fisiológico sobre la úlcera recambiándolas cada 6 horas.
- ✓ Control de la glucemia y patología asociada a la diabetes.
- ✓ Oxigenoterapia hiperbárica: aumenta las defensas inmunológicas, activa la insulina endógena, estimula la cicatrización y disminuye la hipoxia tisular, siendo una alternativa óptima en los pacientes con úlcera diabética, con efectos terapéuticos duraderos. Su elevado coste y baja disponibilidad en los hospitales limitan su empleo generalizado.
- ✓ Revascularización: en el caso de aquellas úlceras que presenten un componente isquémico, empleándose técnicas quirúrgicas convencionales o técnicas endovasculares. (/salud.ccm, 2014).

5.6. HOSPITALIZACIÓN Y TRATAMIENTO NO ANTIMICROBIANO

Las medidas de eficacia probada en el tratamiento del pie diabético son:

- ✓ Control de la infección, mediante el uso apropiado de antibacterianos.
Úlceras superficiales no infectadas no ameritan tratamiento antimicrobiano.

- ✓ Desbridamiento quirúrgico.
- ✓ Descarga de la presión.
- ✓ Adecuadas coberturas ("*dressing*").
- ✓ Reconstrucción vascular.
- ✓ Amputación, en pacientes con evolución desfavorable.

Cuando no hay amenaza de la extremidad, estas medidas pueden ser implementadas con reposo, desbridamientos ambulatorios y antimicrobianos orales. Cuando las úlceras son profundas, hay celulitis, isquemia o gangrena, lo que en general amenaza la extremidad, el manejo debe hacerse hospitalizado con desbridamientos en pabellón y antimicrobianos endovenosos por tiempos más prolongados. El descontrol metabólico es otro elemento a considerar para decidir la hospitalización.

5.7. EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN DE LA APARICIÓN DE ÚLCERAS EN EL PIE DIABÉTICO

Según el Consenso de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascolar sobre Pie Diabético, se establecen como recomendaciones para la prevención:

1. Inspección diaria del pie para detectar lesiones ampollas, hemorragias, maceraciones o escoriaciones interdigitales. Se deberá utilizar un espejo para la inspección de planta y talón.
2. Antes de proceder a calzar el zapato, inspeccionar con la mano su interior para detectar resaltes, costuras con rebordes, o cuerpos extraños, que deberán ser eliminados.
3. El Calzado idóneo es aquel que cumple cuatro principios básicos:
 1. Las zapatillas de deporte con estas características son las más adecuadas para los paseos.
 2. Cambiar los calcetines y los zapatos dos veces al día.
 3. No caminar nunca sin calzado. Utilizar zapatillas amplias en lugares como playas y piscinas.

- ✓ Absorción de la carga mediante plantillas elásticas.
- ✓ Ampliación de la carga por distribución de la presión en mayor área.
- ✓ Modificación de las zonas de apoyo conflictivas.
- ✓ Aportación de amplia superficie.

Por ello debe ser extra profundo y ancho, se asociará a plantillas blandas para distribuir la presión y si existe deformidades se asociarán a ortesis rígidas para disminuir y distribuir las presiones anormales.

4. No utilizar nunca agua caliente o almohadillas eléctricas para calentar los pies.
5. No auto eliminar callosidades, acudir al podólogo.
6. No apurar el corte de las uñas, sino hacerlo de forma recta y limarlas suavemente.
7. Lavar los pies con agua y jabón durante cinco minutos. Proceder a un buen aclarado y exhaustivo secado sobre todo entre los dedos.
8. Antes de utilizar agua caliente en la higiene de los pies, medir la temperatura del agua con el codo.
9. Aplicar crema hidratante después del baño.
10. Notificar a su enfermera o médico las anomalías en su pie aunque estas sean indoloras. (oc.lm.ehu., 2013).

5.8. CUIDADOS DE ENFERMERIA

- Cómo reconocer y tratar los niveles bajos (hipoglucemia) y altos (hiperglucemia) de azúcar en sangre.
- Qué comer y cuándo comer.
- Cómo tomar los medicamentos orales.
- Cómo administrarse la insulina. A las personas que necesitan insulina se les enseña la manera de aplicarse las inyecciones ellos mismos, por parte del médico o la enfermera.
- Cómo medir y registrar la glucosa en sangre.
- Cómo ajustar la insulina y/o el consumo de alimentos o ambos según los cambios en los hábitos alimenticios y de ejercicio.

- Prevención de nuevas lesiones.
- Control del dolor.
- Información sobre cuidados de Enfermería.
- Educación para el autocuidado.
- Inspección diaria de los pies.
- Higiene minuciosa: baño con agua a 35°, duración 5'. Secar cuidadosamente. Hidratación.
- No "autocirugía". Cuidado de las uñas.
- Calzado cómodo y flexible.
- Inspección del calzado. Cambio frecuente.
- Calcetines de algodón, lana o hilo.
- No utilizar ligas.
- No calentar los pies en fuentes de calor directo.
- No caminar descalzo.
- Control de los factores de riesgo.
- Consultar si aparecen lesiones.

5.9. FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR PIE DIABÉTICO

El pie diabético se ha visto asociado con múltiples factores que contribuyen a su rápida aparición y progreso, por lo que es importante mencionarlos y conocerlos. Los factores de riesgo no modificables (edad, sexo, población), que influyen directamente en el desarrollo del pie diabético. Según los resultados de un estudio, la edad mayor de 45 años fue un importante factor de riesgo en 409 pacientes (79,4 %), y el sexo femenino a cualquier edad, en 367 (71,3 %). Por otra parte, existen factores de riesgo modificables (neuropatía periférica, aterosclerosis, insuficiencia venosa, hábito de fumar, adherencia al tratamiento, sitio de residencia, caminar descalzo, deformidad podálica, trauma e infección), que pueden influir de manera importante en la aparición de esta patología (dSPACE., 2011).

CAPITULO II

6. DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO: Se realizó un estudio mixto de corte transversal cuya finalidad fue identificar la influencia de los cuidados de enfermería en diabéticos con deformidades neuropáticas, atendidos en Hospital Rodríguez Zambrano e Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en el periodo comprendido de un año (2015-2016) mediante la observación directa de casos, encuestas y el uso del método descriptivo

POBLACIÓN

La población para el presente estudio está conformada por los 259 pacientes atendidos en las unidades de cirugía y consulta externa en el Hospital Rodríguez Zambrano y en el hospital del IESS de la ciudad de Manta.

PLAN DE MUESTREO.

Muestreo aleatorio simple con pacientes diabéticos atendidos en el hospital Rodríguez Zambrano y el Hospital del IESS de la ciudad de manta durante el periodo 2015 - 2016

MUESTRA

Se procedió a tomar una muestra aleatoria simple de 30 personas encuestadas atendidas en el hospital Rodríguez Zambrano y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la población antes mencionada y se determinó que la muestra corresponde al 11,58% de 259 pacientes atendidos en un mes del total de pacientes diabéticos que son atendidos semanalmente entre ambas unidades de salud.

$$\% = \frac{\text{Muestra} * 100}{\text{población}}$$

Criterios de inclusión a pacientes

- ❖ Pacientes diabéticos que se encuentre hospitalizados y atendidos en el hospital Rodríguez Zambrano y del IESS de la ciudad de Manta del área de la unidad de cirugía y consulta externa
- ❖ Que residan en la ciudad de Manta.
- ❖ Que hayan sido intervenidos en el área de cirugía por limpieza y atendidos en consulta externa.
- ❖ Hombres y mujeres.
- ❖ Adultos a partir de los 40 años de edad.

Criterios de exclusión a pacientes

- ❖ Pacientes diabéticos que no estén hospitalizados en el hospital Rodríguez Zambrano y del IESS de la ciudad de Manta del área de la unidad de cirugía y consulta externa.
- ❖ Que no residan en la ciudad de Manta.
- ❖ Hombre y mujeres con edad inferior a los 40 años de edad

HERRAMIENTAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Trabajo de observación directa, y de encuestas realizadas proporcionan la información de los pacientes a estudiarse.

FUENTES DE INFORMACIÓN.

Fuentes primarias: Observación directa, encuesta, datos que proporcionan los profesionales de salud involucrados en el cuidado de pacientes diabéticos con neuropatías.

Fuentes secundarias: Libros, internet, historial clínico del paciente

INSTRUMENTOS OPERACIONALES.

- Cuestionarios para encuesta
- Materiales de oficina.
- Internet
- Cámara fotográfica
- Impresiones
- Cd.

ESTRATEGIA OPERACIONAL PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y PROCESO DE LOS DATOS

Para la recolección de datos se trabajó con una población de 259 pacientes el cual la muestra para realizar esta investigación fue de forma directa por medio de una encuesta a 30 pacientes atendidos en el hospital Rodríguez Zambrano e IESS para la tabulación de datos se utilizó un Modelo técnico de carácter cuali-cuantitativo con representaciones graficas de los resultados mediante el uso de herramientas tecnológicas Microsoft Excel y Word a más del programa estadístico

IBM

SPSS

22.0.

6.1. MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN

MÉTODOS TEÓRICOS:

Permiten la construcción y desarrollo de la teoría científica, así como profundizar en el conocimiento de las regularidades y cualidades esenciales de los fenómenos. Estos cumplen una función gnoseológica importante, ya que nos posibilitan la interpretación conceptual de los datos empíricos encontrados. Entre los más usados se encuentran:

ANÁLISIS – SÍNTESIS: El análisis es un procedimiento mental mediante el cual un todo complejo se descompone en sus diversas partes y cualidades; en sus múltiples relaciones y componentes.

La síntesis establece mentalmente la unión entre las partes previamente analizadas y posibilita descubrir las relaciones esenciales y características generales entre ellas; se produce sobre la base de los resultados obtenidos previamente en el análisis.

ABSTRACCIÓN – CONCRECIÓN: Mediante ella se destaca la propiedad o relación de las cosas y fenómenos. Trata de descubrir el nexo esencial y oculto e inasequible al conocimiento empírico. El objeto es analizado en el pensamiento y descompuesto en conceptos. **La concreción** es la síntesis de muchos conceptos y por consiguiente de las partes. Se reproduce el objeto en el pensamiento en su totalidad, es un proceso de integración en el pensamiento.

LA DEDUCCIÓN es un procedimiento que a partir de la generalización se realizan las demostraciones o inferencias particulares. Se logra cadena de enunciados que son premisas o conclusiones que se obtienen de la lógica formal.

HISTÓRICO LÓGICO está vinculado al conocimiento de las distintas etapas de los objetos en su sucesión cronológica. Para conocer la evolución y desarrollo del objeto o fenómeno de investigación se hace necesario revelar su historia,

las etapas principales de su desenvolvimiento y las conexiones históricas fundamentales. Caracteriza al objeto en sus aspectos más externos, más fenomenológicos.

MÉTODO DESCRIPTIVO: Permite verificar la forma en la cual se manifiesta el fenómeno, evaluar las características del problema, a través de preguntas de investigación, sugerir y analizar aspectos potenciales en el accionar de los profesionales de enfermería hacia los usuarios diabéticos con deformidades neuropáticas.

MODALIDAD BIBLIOGRÁFICA: Bajo de esta modalidad se recopila información de libros, informes técnicos, internet e interesados en el tema que aportan con datos serios y relevantes, los cuales se analizaran y evaluarán para dar soporte a la presente investigación.

MÉTODOS EMPÍRICOS:

Los métodos empíricos permiten la obtención y elaboración de los datos empíricos y el conocimiento de los hechos fundamentales que caracterizan a los fenómenos.

OBSERVACIÓN CIENTÍFICA: Consiste en la percepción directa del objeto de investigación y de los fenómenos asociados a éste. Resulta una forma de acceder a la información directa e inmediata sobre el proceso, fenómeno u objeto que está siendo investigado.

LA ENCUESTA: Es una técnica de recogida de información donde, por medio de preguntas escritas organizadas en un formulario, se obtienen respuestas que reflejan los conocimientos, opiniones, intereses, necesidades, actitudes o intenciones de un grupo más o menos amplio de personas; se emplea para investigar masivamente determinados hechos o fenómenos.

MODALIDAD DE CAMPO: Se procede a tomar la información de los involucrados de forma directa a través de guías y encuestas, se define a la investigación de campo como “La recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios), sin manipular o controlar variable alguna”.

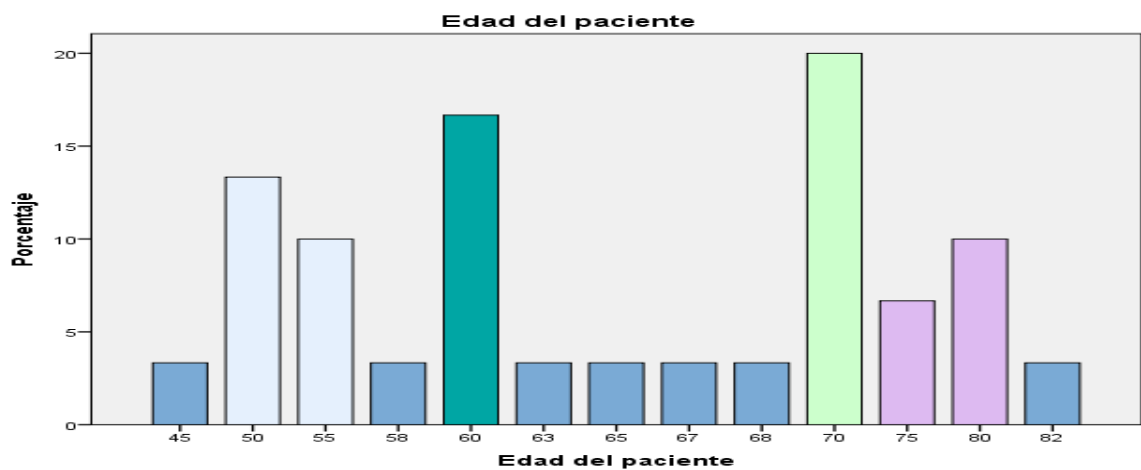
7. PRESUPUESTO

RECURSOS	PARCIAL	TOTAL
HUMANOS		
APOYO ESPECIALIZADO	\$500,00	\$500,00
EQUIPOS Y MATERIALES		
IMPRESIÓN	\$50,00	\$151,00
ANILLADOS	\$8,00	
RESMA DE PAPEL A4	\$12,00	
CD	\$6,00	
Cartuchos de tinta	75,00	
SUMINISTROS		
Transporte	\$75,00	\$205,00
Alimentación	\$60,00	
Internet	\$70,00	
SUBTOTAL		\$856,00
IMPREVISTOS 5%		\$42,80
TOTAL		\$898,80

8. RESULTADOS

GRAFITABLA N° 1

EDAD DEL PACIENTE		
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
45	1	3,3
50	4	13,3
55	3	10
58	1	3,3
60	5	16,7
63	1	3,3
65	1	3,3
67	1	3,3
68	1	3,3
70	6	20
75	2	6,7
80	3	10
82	1	3,3
Total	30	100



Elaborado por:

Pesantes Mero Esther Germania y Lucas Solórzano Thayra Joshelyn

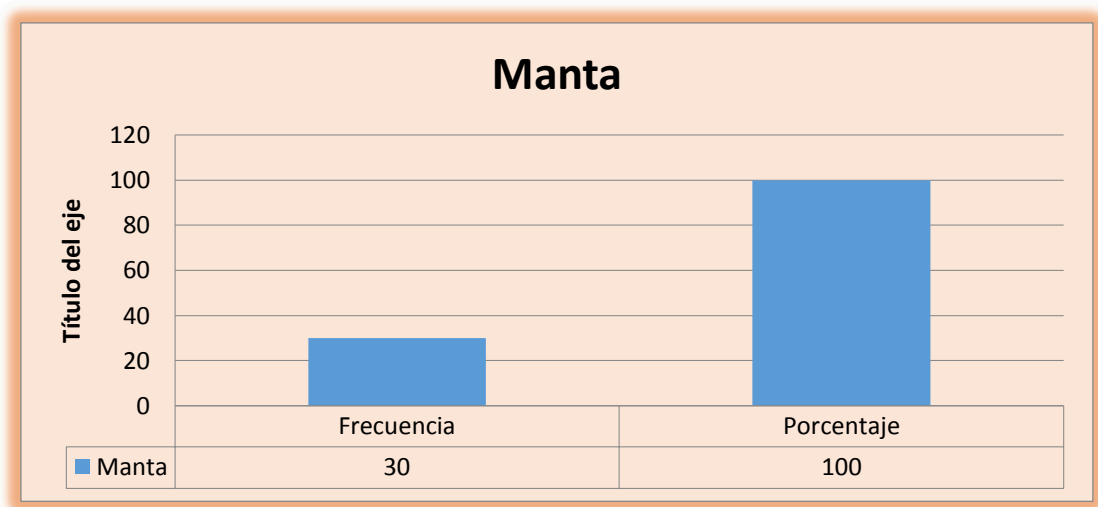
Fuente: Encuesta a pacientes diabéticos con deformidades neuropáticas.

Análisis.

Se evidencia que los pacientes encuestados tienen como característica la edad adulta y adultos mayores siendo la edad dominante 70 años con seis pacientes (20%), la mínima edad presente es de 45 años (3,3%) y la máxima edad encontrada es 82 años (3,3%). con un caso cada uno, este dato coincide con estudios en el Ecuador que aseguran la tasa de prevalencia de diabetes (paho.org, 2013)

GRAFITABLA N° 2

PROCEDENCIA DEL PACIENTE		
PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Manta	30	100



Elaborado por:

Pesantes Mero Esther Germania y Lucas Solórzano Thayra Joshelyn

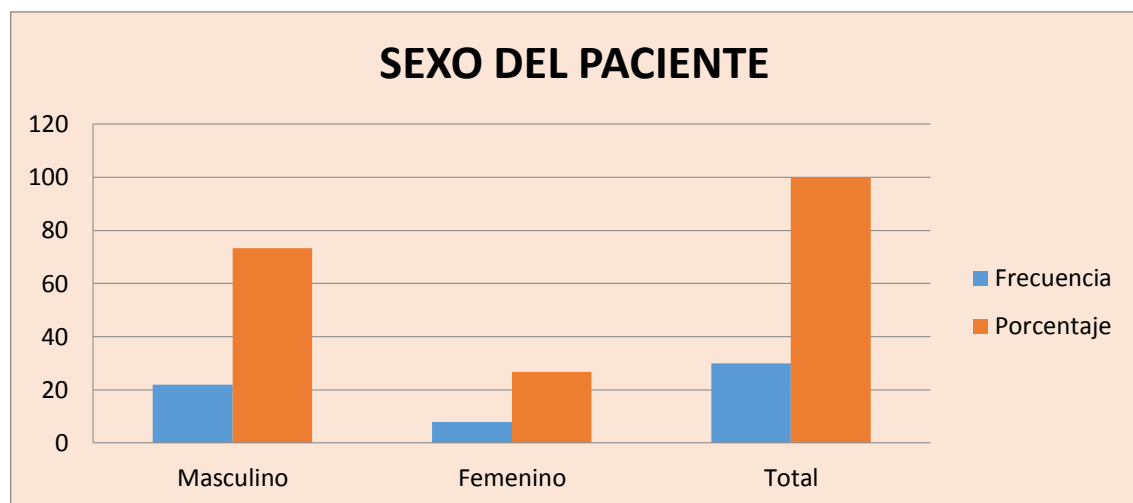
Fuente: Encuesta a pacientes diabéticos con deformidades neuropáticas.

Análisis.

Se evidencia que la población encuestada corresponde en un 100% a la ciudad de Manta, corroborando otros estudios que indican que Manta es una de las ciudades del Ecuador con mayor prevalencia de diabetes (Pacheco., Programa de atención Integral al paciente con úlcera del pie diabético, 2015)

GRAFITABLA N° 3

SEXO DEL PACIENTE		
SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	22	73,3
Femenino	8	26,7
Total	30	100



Elaborado por:

Pesantes Mero Esther Germania y Lucas Solórzano Thayra Joshelyn

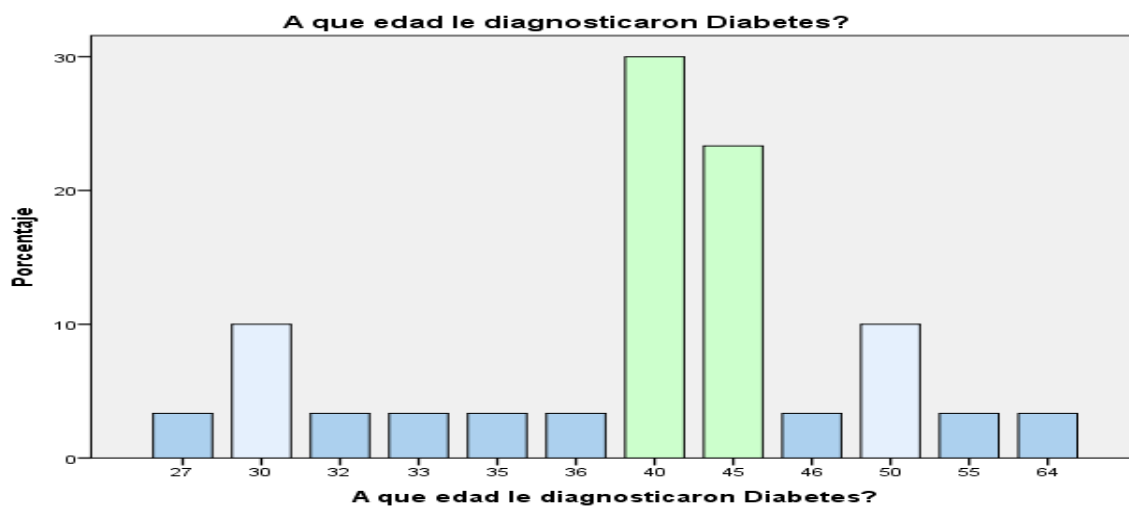
Fuente: Encuesta a pacientes diabéticos con deformidades neuropáticas.

Análisis.

Prevalece el sexo masculino con el 73,3% frente al femenino en menor proporción con el 26,7%.

GRAFITABLA N° 4

¿A QUE EDAD LE DIAGNOSTICARON DIABETES?		
EDAD DE DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
27	1	3,3
30	3	10
32	1	3,3
33	1	3,3
35	1	3,3
36	1	3,3
40	9	30
45	7	23,3
46	1	3,3
50	3	10
55	1	3,3
64	1	3,3
Total	30	100



Elaborado por:

Pesantes Mero Esther Germania y Lucas Solórzano Thayra Joshelyn

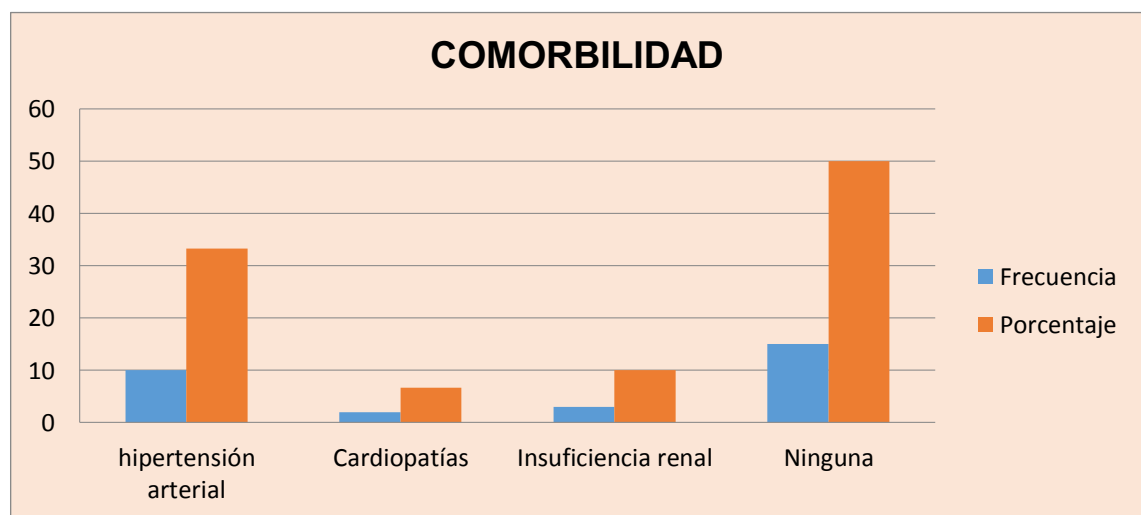
Fuente: Encuesta a pacientes diabéticos con deformidades neuropáticas.

Análisis.

De esta manera podemos evidenciar que la diabetes está atacando a personas cada vez más jóvenes, con casos entre los 37 años de edad (3.3%) alrededor de 26% de los encuestados no superan los 36 años, y el 30% les fue diagnosticada la enfermedad a la edad de 40 años esto coincide con datos de otras investigaciones relacionadas a la incidencia de la enfermedad (paho.org, 2013)

GRAFITABLA N° 5

¿QUÉ OTRA PATOLOGÍA TIENE COMO DIAGNOSTICO A MÁS DE LA DIABETES?		
COMORBILIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
hipertensión arterial	10	33,3
Cardiopatías	2	6,7
Insuficiencia renal	3	10
Ninguna	15	50
Total	30	100



Elaborado por:

Pesantes Mero Esther Germania y Lucas Solórzano Thayra Joshelyn

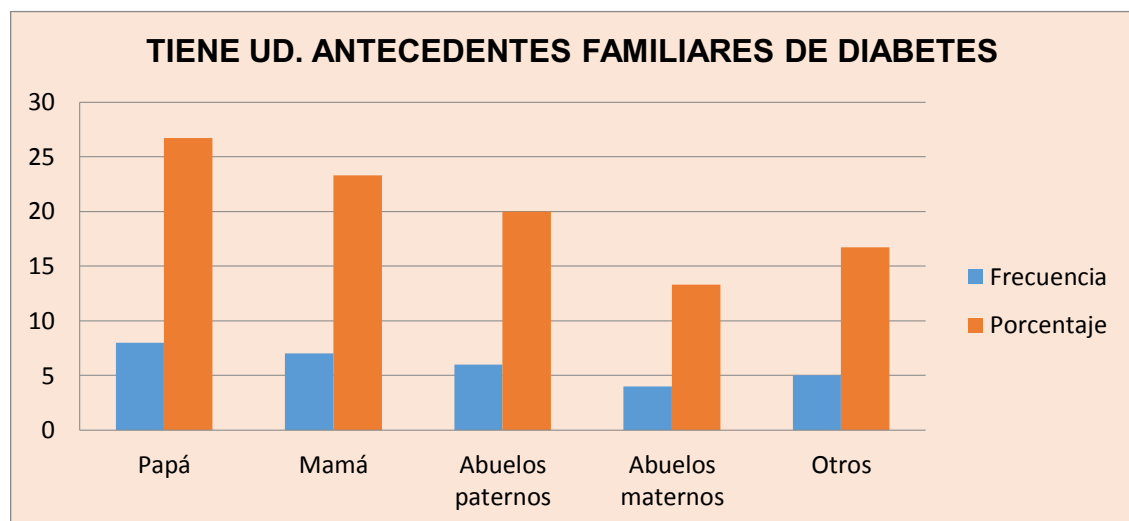
Fuente: Encuesta a pacientes diabéticos con deformidades neuropáticas.

Análisis.

Entre las patologías más frecuentes que acompañan a la diabetes en pacientes con neuropatías tenemos la hipertensión con el 33%, comprobamos que las cardiopatías y la insuficiencia renal se asocian a la diabetes a medida que ésta avanza en años y tipo de tratamiento que se recibe.

GRAFITABLA N° 6

¿TIENE UD. ANTECEDENTES FAMILIARES DE DIABETES?		
A FAMILIARES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Papá	8	26,7
Mamá	7	23,3
Abuelos paternos	6	20
Abuelos maternos	4	13,3
Otros	5	16,7
Total	30	100



Elaborado por:

Pesantes Mero Esther Germania y Lucas Solórzano Thayra Joshelyn

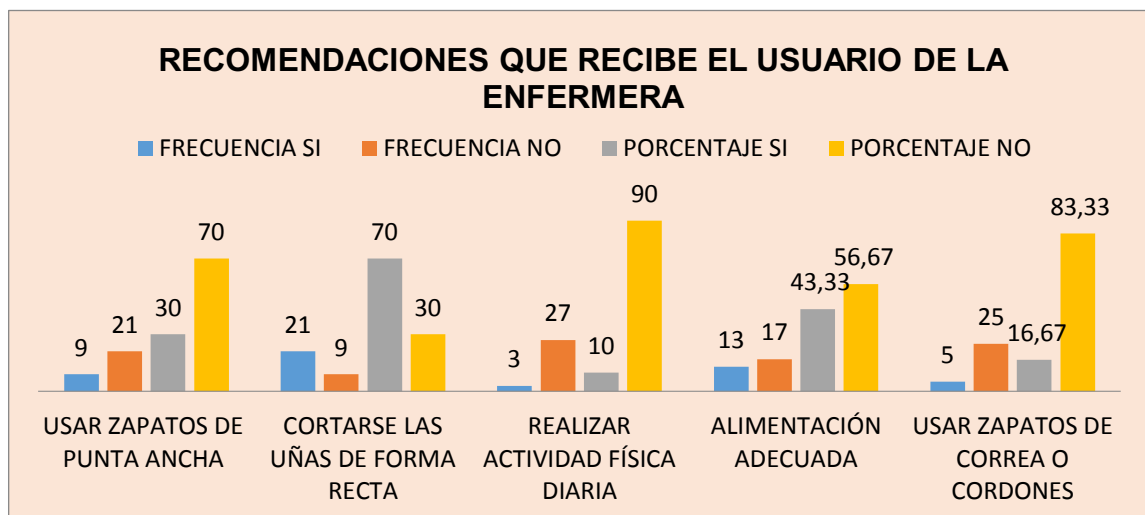
Fuente: Encuesta a pacientes diabéticos con deformidades neuropáticas.

Análisis.

El antecedente familiar de cada individuo es un factor predisponente para diabetes y todas las complicaciones que esta conlleva, los pacientes reaccionaron mostrando que sus padres habían presentado la enfermedad 50%, los abuelos paternos y maternos registran el 33,3%.

GRAFITABLA N° 7

RECOMENDACIONES QUE RECIBE EL USUARIO DE LA ENFERMERA				
INDICE	FRECUENCIA		PORCENTAJE	
	SI	NO	SI	NO
Usar zapatos de punta ancha	9	21	30	70
Cortarse las uñas de forma recta	21	9	70	30
Realizar actividad física diaria	3	27	10	90
Alimentación adecuada	13	17	43,3	56,7
Usar zapatos de correa o cordones	5	25	16,7	83,3



Elaborado por:

Pesantes Mero Esther Germania y Lucas Solórzano Thayra Joshelyn

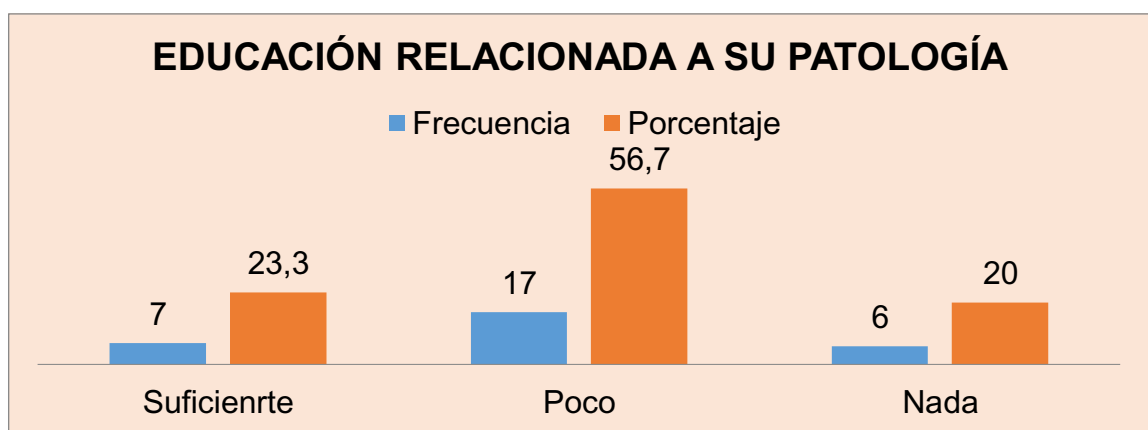
Fuente: Encuesta a pacientes diabéticos con deformidades neuropáticas.

Análisis.

Se evidencia que en su mayoría el personal de enfermería no realiza recomendaciones básicas de autocuidado a los pacientes diabéticos con deformidades neuropáticas, tales como el uso de zapatos de punta ancha y de correa o cordones (70 y 83% respectivamente), la alimentación adecuada y la actividad física (56,7 y 90% respectivamente) también son frecuencias de los que no se trata a menudo los indicadores de barra demuestran en sus mayores frecuencias y porcentajes el NO, las frecuencias de SI están muy por debajo de los estándares óptimos, se evidencia que la recomendación más frecuente impartida es el cote de uñas con el 70%

GRAFITABLA N° 8

¿EL PERSONAL DE ENFERMERÍA LE HA BRINDADO EDUCACIÓN RELACIONADA A SU PATOLOGÍA?		
INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Suficiente	7	23,3
Poco	17	56,7
Nada	6	20
Total	30	100



Elaborado por:

Pesantes Mero Esther Germania y Lucas Solórzano Thayra Joshelyn

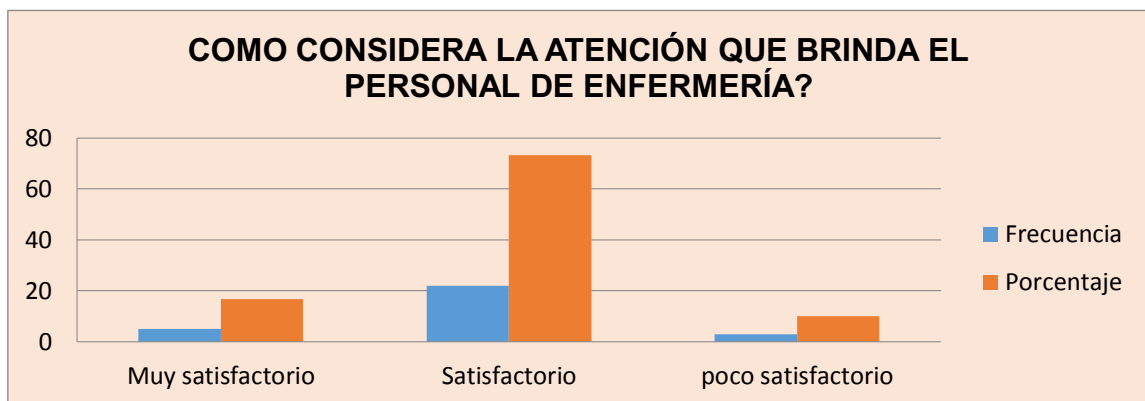
Fuente: Encuesta a pacientes diabéticos con deformidades neuropáticas.

Análisis.

La educación que brinda el personal de enfermería es poca en relación al autocuidado de los pacientes diabéticos con deformidades neuropáticas 56%, esto representa una cifra muy alarmante que va vinculada con las recomendaciones que el personal brinda a sus pacientes en el anterior análisis.

GRAFITABLA N° 9

¿COMO CONSIDERA LA ATENCIÓN QUE BRINDA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA?		
INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy satisfactorio	5	16,7
Satisfactorio	22	73,3
poco satisfactorio	3	10
Total	30	100



Elaborado por:

Pesantes Mero Esther Germania y Lucas Solórzano Thayra Joshelyn

Fuente: Encuesta a pacientes diabéticos con deformidades neuropáticas.

Análisis.

Los niveles de satisfacción de los pacientes hacia el personal de enfermería son satisfactorios en un 73,3%, esto indica que es necesario aún mejorar la calidad de atención hacia un nivel muy satisfactorio que solo representa el 16,7%, también se evidencian frecuencias de poca satisfacción representan un 10% y están condicionados mayormente a situaciones personales del paciente que la atención de enfermería en sí.

9. CONCLUSIONES

- La atención básica de la diabetes debe incluir el diagnóstico y tratamiento, la atención de salud, la rehabilitación social y profesional y la educación sobre la enfermedad, la cual se destinará no solo al paciente sino también a su familia.
- De acuerdo al estudio realizado con los usuarios indican que el personal de salud no realiza recomendaciones básicas de autocuidado a los pacientes diabéticos con deformidades neuropáticas, tales como el uso de zapatos de punta ancha y de correa o cordones que reducen ampliamente la posibilidad de que se presenten úlceras de pie diabético por presión o fricción, la alimentación adecuada y la actividad física son también criterios de los que no se trata a menudo, el personal da mayor énfasis en el cote de uñas.
- Esta propuesta está diseñada para mejorar el bienestar de la calidad de vida de los pacientes en relación a su salud que permitirá reducir la morbilidad en esta patología que se presenta en la actualidad.

10. RECOMENDACIONES

- Asegurar el cuidado desde el primer nivel de atención, enfocando la detección temprana y factores predisponentes como la edad y la comorbilidad a grupos prioritarios para disminuir tasas de letalidad.
- Que los profesionales de salud y entidades educativas promuevan todas las recomendaciones básicas de autocuidado a los pacientes diabéticos tales como el uso de zapatos de punta ancha y de correa o cordones que reducen ampliamente la posibilidad de que se presenten úlceras de pie diabético para trabajar como equipo multidisciplinario

ACTIVIDADES	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J
PLANIFICACION	X												
ELABORACION DEL PROYECTO		X											
APROBACION DEL PROYECTO		X											
REVISION DEL PROYECTO			X										
ELABORACION DE INSTRUMENTOS			X										
ELABORACION DE MARCO TEORICO													
ELABORACION DEL INDICE DE CONTENIDOS				X									
REVISION BIBLIOGRAFICA FINAL				X									
RECOLECCION DE DATOS					X	X							
ANALISIS DE DATOS						X	X						
TABULACION DE DATOS								X	X				
ELABORACION DE INFORME FINAL										X			
REVISION DE INFORME FINAL											X		
ELABORACION FINAL DE TESIS												X	
PRESENTACION													X

11. Bibliografía

- /dspace. (2010). /dspace.unl.edu.ec. Recuperado el 04 de 03 de 2016, de dspace.unl.edu.ec: (<http://dspace.unl.edu.ec>
- /dspace. (2010). (<http://dspace>. Recuperado el 20 de 01 de 2016, de (<http://dspace>: (<http://dspace.ucuenca.edu.ec>
- /mediacentre. (2009). /www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/). Recuperado el 04 de 02 de 2016, de www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/): (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>).
- /mediacentre. (2012). /www.who.int/mediacentre/. Recuperado el 16 de 03 de 2016, de [/www.who.int/mediacentre/](http://www.who.int/mediacentre/): (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- /salud.ccm. (2014). /salud.ccm.net. Recuperado el 24 de 03 de 2016, de [/salud.ccm.net](http://salud.ccm.net): <http://salud.ccm.net/contents/208-el-pie-diabetico>
- barcelo. (01 de 2010). [barcelo.com](http://www.barcelo.edu.ar). Recuperado el 16 de 03 de 2016, de [barcelo.com](http://www.barcelo.edu.ar): (<http://www.barcelo.edu.ar>).
- CONICYTEC. (2011). *Epidemiología*. Chile: Se-gunda Edición.
- Cowley MS, B. E. (2009). *Foot ulcer risk and location in relation to prospective clinical assessment of foot shape and mobility among persons with diabetes*. .
- Daniellevy. (2009). [wikipedia.org](http://es.wikipedia.org/wiki/Pie_diab%C3%A9tico). Recuperado el 04 de 04 de 2016, de [wikipedia.org](http://es.wikipedia.org/wiki/Pie_diab%C3%A9tico): (https://es.wikipedia.org/wiki/Pie_diab%C3%A9tico
- dspace. (2011). bdigital.ces.edu.co:8080. Recuperado el 24 de 02 de 2016, de bdigital.ces.edu.co:8080: (<http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream>
- Ecuador, A. n. (2008). *constituicion*. Montecsty.
- FW, W. (1983. act. 2015). *algorithms of foot care*. In *The Diabetic Foot*.
- Garcia. (2008). *Estudio Clinico - rpidemiologico diabetes*. La Habana, Cuba.
- giresol. (2012). www.giresol.org . Recuperado el 3013, de www.giresol.org .

Lagman. (2008). *Embriología Humana*.

Langman., S. (2008). *Embriología medica* . Murcia.: Editoria medica Panamericana S.A.

oc.lm.ehu. (2013). /www.oc.lm.ehu.es. Recuperado el 16 de 03 de 2016, de /www.oc.lm.ehu.es:
http://www.oc.lm.ehu.es/Seiq/Articulosmes/REIQ10_03.pdf#page=37

OPS. (01 de 02 de 2016). cursos.campusvirtualsp.org. Recuperado el 10 de 07 de 2016, de cursos.campusvirtualsp.org:
<https://cursos.campusvirtualsp.org/course/view.php?id=20>

Pacheco., D. J. (15 de Abril de 2015). Programa de atención Integral al paciente con úlcera del pie diabético. Santo domingo, Santo domingo de los Tsachilas, Ecuador.

Pacheco., D. J. (abril de 2015). Síndrome del pie diabético. Sto. Domingo, Sto. Domingo de los Tsachilas, Ecuador.

Pacheco., D. J. (05 de 2015). Síndrome del pie diabético. Santo Domingo., Santo Domingo de los Tsachilas., Ecuador.

paho.org. (2013). paho.org. Recuperado el 02 de 02 de 2016, de paho.org:
(http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1400:la-diabetes-un-problema-prioritario-de-salud-publica-en-el-ecuador-y-la-region-de-las-americas&Itemid=360)

Peña, D. I. (2009.). *Manejo de diabetes*. barcelona.

Profesiona, P. 1. (sd de sd de 2011). www.lexis.com.ec. Recuperado el 21013, de www.lexis.com.ec.

salud.ccm. (2014). salud.ccm.net. Recuperado el 24 de 02 de 2016, de salud.ccm.net:
(<http://salud.ccm.net/contents/208-el-pie-diabetico>):

Sordía, D. R. (14 de julio de 2008). <http://bvs.sld.cu>. Recuperado el 01 de junio de 2014, de <http://bvs.sld.cu>:
http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol38_2_00/hie06200.htm

Valdez., A. (s.f.). (<http://www.ehowenespanol.com>. Recuperado el marzo de 2013, de (<http://www.ehowenespanol.com>: (http://www.ehowenespanol.com/significado-del-metodo-descriptivo-investigacion-sobre_135646/) alan valdez | Traducido por alejandro moreno

CAPITULO III

12. PROPUESTA

TITULO

Adaptación de un modelo de actuación para el manejo de pacientes diabéticos.

ANTECEDENTES.

La diabetes es una enfermedad crónica cuya prevalencia sigue aumentando progresivamente en los últimos años hasta superar los 347 millones de personas afectadas en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que las muertes por diabetes sean multiplicadas en una proyección hasta el 2030. (diario, 2009)

En múltiples estudios relacionados a la diabetes se habla de sus factores de riesgo y las complicaciones neuropáticas, los cuidados de enfermería han estado presentes a lo largo de la historia y pretenden mejorar la calidad de vida de los pacientes, existen cuidados de enfermería que son de gran importancia y que a menudo los profesionales no lo practican, esta propuesta pretende hacer énfasis en la educación preventiva primaria y secundaria.

12.2. JUSTIFICACIÓN

La diabetes afecta a un gran número de individuos en todo el mundo los protocolos de actuación en enfermedades son de fundamental importancia para reducir la comorbilidad y mortalidad de pacientes, es necesario que el personal de enfermería esté suficientemente preparado para educar al paciente mejorando los estándares de satisfacción en todos los niveles de atención, por lo que la adaptación de un modelo de actuación para el manejo de pacientes diabéticos como propuesta se justifica porque pretende aportar con el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

12.3. OBJETIVOS DE LA PROPUESTA

OBJETIVO GENERAL

Adaptar un de protocolo de actuación para el manejo de pacientes diabéticos atendidos en Hospital Rodríguez Zambrano e Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Manta periodo 2016

OBJETIVO ESPECÍFICO

- ✓ Mejorar los estándares de calidad en la atención de enfermería en pacientes diabéticos
- ✓ Fortalecer la difusión de información necesaria para el tratamiento integral de los pacientes diabéticos.
- ✓ Impulsar el autocuidado y disciplina alimentaria.
- ✓ Promover la práctica de valores, fomento de autoestima y conducta.

UNIDAD FINANCIERA ADMINISTRATIVA

Facultad de enfermería, universidad laica Eloy Alfaro de Manabí vía a San Mateo en Manta Manabí Ecuador.

FINANCIAMIENTO

Estudiantes ejecutores del proyecto.

ORGANISMOS QUE INTERVIENEN

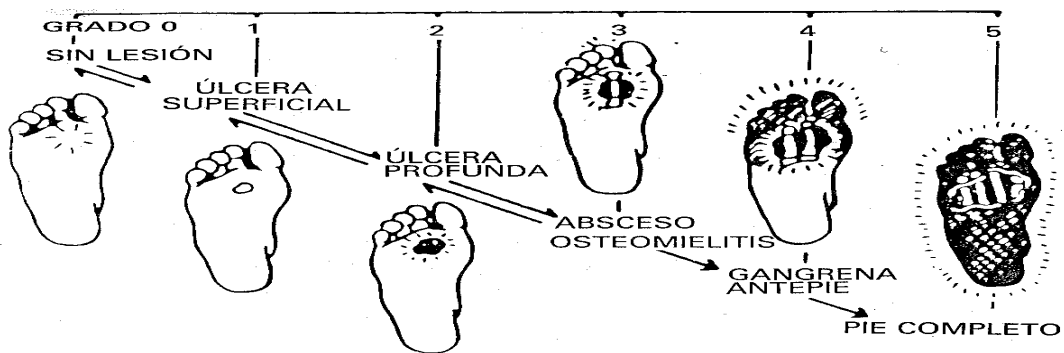
- MSP, Hospital Rodríguez Zambrano
- Hospital del IESS

PUNTOS DE RIESGO EN DESARROLLO DE UPD

- ✓ Dedos martillo/garra (HR =1.43 (1.06, 1.94) p=0.02)
- ✓ Deformidad rígida digital (HR=1.77 (1.18, 2.66) p=0.006)
- ✓ Prominencia cabeza metatarsal (HR=1.38 (1.02, 1.88), p=0.04)
- ✓ Pie de Charcot vs. Pie neutro (HR=2.34 (1.33, 4.10), p=0.003)

(Cowley MS, 2009)

CLASIFICACIÓN DE WAGNER



EL CALZADO DEL PACIENTE DIABÉTICO DEBE CUMPLIR LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS.

- ✓ Puntera ancha, alta y redondeada permitiendo la movilidad de los dedos del pie.
- ✓ Tacón ancho y no excesivamente alto (entre 2-4 cm).

- ✓ La suela y el cambrillón deben ser rígidos evitando el derrumbamiento del pie.
- ✓ El ajuste del calzado debe ser mediante cordones, hebillas, velcros que permita abrochar el zapato a nivel del dorso del pie
- ✓ Es muy importante destacar que los zapatos para diabéticos deben estar libres de costuras, pliegues y oquedades, para evitar la aparición de roces y heridas.
- ✓ La profundidad de los zapatos debe ser mayor de lo normal con el fin de evitar roces
- ✓ En la zona del contrafuerte, y sobre todo facilitar la inclusión de una plantilla ortopédica.
- ✓ Los materiales del zapato deben ser preferiblemente pieles finas y blandas, que impidan
- ✓ la formación de arrugas y aristas en el interior del zapato.
- ✓ La lengüeta debe cumplir con la función de almohadillado
- ✓ El contrafuerte debe ser rígido para mantener el talón en una posición correcta e impedir su desviación. (Pacheco., Síndrome del pie diabético, 2015)

12.4 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA EL MANEJO DE PACIENTE DIABETICO

NIVEL PRIMARIO

- ✓ Detección temprana y manejo de factores de riesgo
- ✓ Inspección y evaluación de los pies en cada consulta:
- ✓ Monofilamento de 10 g de Siemens – Wainstein: Evalúa sensibilidad superficial y profunda por toque y presión sobre cara plantar de la punta del dedo gordo, base de la cabeza del 1ero y 5º metatarsianos.
- ✓ Diapasón de 128 Hz: Investiga la sensibilidad vibratoria y profunda.
- ✓ Reflejo Aquiliano: Estudia la sensibilidad propioceptiva o profunda.
- ✓ Higiene podológica (atención de callos, uñas, etc.)
- ✓ Educación sobre uso adecuado de calzado
- ✓ Educación sobre prevención de trauma (no caminar descalzo, uso de medias o calcetines, etc.)
- ✓ Ejercicio físico supervisado

NIVEL SECUNDARIO

- ✓ Evitar que se avance de los grados 1 y 2 de Wagner a los más severos.
- ✓ Cuidado adecuado de las úlceras y corrección de los factores desencadenantes.
- ✓ Debe intervenir en lo posible un equipo multidisciplinario especializado.

NIVEL TERCIARIO

- ✓ Evitar la amputación y la discapacidad.
- ✓ Comprende prevención secundaria más medidas de rehabilitación para asegurar una adecuada calidad de vida del paciente.
- ✓ Debe intervenir un equipo multidisciplinario especializado con experto en rehabilitación

ANEXOS



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ

FACULTAD DE ENFERMERÍA



GUÍA DE OBSERVACIÓN DIRECTA con base en principios éticos de dignidad humana, a usuarios diabéticos con deformidades neuropáticas atendidos en Hospital Rodríguez Zambrano e Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Manta periodo 2015 – 2016 para determinar cómo influyen los cuidados de enfermería en su patología.

Fecha de observación: día _____ mes _____ año _____

Sexo del paciente: M F

Unidad _____ **operativa:**

Área _____ **de** _____ **atención:**

Paciente presenta **ulcera** o **neuropatía** especificar **Wagner:**

Amputación: SI NO

Otros hallazgos:



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ

FACULTAD DE ENFERMERÍA



Encuesta dirigida a usuarios diabéticos con deformidades neuropáticas atendidos en Hospital Rodríguez Zambrano e Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Manta periodo 2015 – 2016 para determinar cómo influyen los cuidados de enfermería en su patología.

Consentimiento informado.

Certifico que he sido informado sobre el propósito de esta encuesta por lo que autorizo el uso de los datos proporcionados de manera exclusiva para el trabajo de titulación de las internas de enfermería Pesantes Mero Esther Germania y Lucas Solórzano Thayra Joshelyn. Para constancia dejo al final de este documento mi firma y numero de cedula

Edad cumplida: _____

Procedencia: _____

Sexo: M F

- a) ¿A qué edad le diagnosticaron diabetes? _____
- b) Comorbilidad. ¿Qué otra patología tiene como diagnostico a más de la diabetes? _____
- c) ¿Tiene Ud. Antecedentes familiares de diabetes?
1. Papá
 2. Mamá
 3. Abuelos paternos
 4. Abuelos maternos
 5. Otros

d) Entre las sugerencias dadas por el personal de enfermería señale las que con mayor frecuencia le repiten.

1. Utilizar zapatos de punta ancha.
2. Cortarse las uñas de forma recta.
3. Realizar actividad física diaria
4. Alimentación adecuada
5. Utilizar zapatos de correas o cordones
6. Todas
7. ninguna

e) ¿El personal de enfermería le ha brindado educación relacionada a su patología?

1. Suficiente
2. Poco
3. Nada

f) En el trato hacia su persona ¿Cómo considera la atención que brinda el personal de enfermería?

1. Muy satisfactoria
2. satisfactoria
3. Poco satisfactoria
4. insatisfactoria

Firma_____

Nº de cedula_____

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS DEL ESTUDIO DE CAMPO

