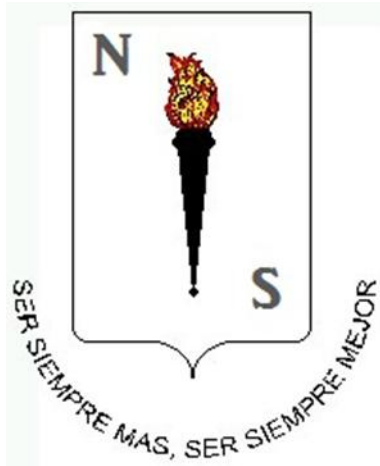


**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

CLAVE: 8722



TESIS

**TRATO DIGNO Y CALIDAD DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO II**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

ALUMNA:

MIRIAM GIL TORRES

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

Morelia, Michoacán 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A mi padre por ser el pilar de casa y sobre todo por los ejemplos de perseverancia, constancia y disciplina que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para seguir y salir adelante en todo lo que soy, y por su gran amor.

A mi madre por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada por ese gran amor e incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo. Esta tesis es también suya.

A la universidad Nacional Autónoma de México porque a lo largo de mi vida a formado parte de mi formación académica preparándome para un futuro mejor.

Porque a lo largo de mi vida a formado parte de mi segundo hogar dándome las herramientas necesarias para lograr un conocimiento académico y práctico y así lograr la persona que ahora soy.

De manera general a cada uno que me formo académicamente y me brindaron sus conocimientos, consejos y clases y me ayudaron a decidir mi vocación.

A quienes el destino nos ha unido y forman parte de mi vida, simplemente por sus consejos, ayudas de cualquier tipo pero sobre todo por ser únicos y originales. Gracias por compartir conmigo esas risas, cafés, reuniones y pláticas que me han aligerado las clases, exámenes, tareas también compartidos. GRACIAS POR SU AMISTAD.

AGRADECIMIENTOS

Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres, Efraín Gil Hernández y Elia Torres González por darme la vida, gracias por mostrarme el camino correcto y guiarme por él, porque con su comprensión, cariño y todo su amor desinteresado son mi gran fortaleza, por servirme de apoyo y hacer el papel de mejores amigos, por darme todo sin pedir nada, por su dedicación, por renunciar a todo a cambio de cuidarme, porque siempre buscan lo mejor para mí y darme lo que necesito, por disfrutar cada momento que pasamos en la vida, por formarme como una persona con carácter sólido, por ser un buen ejemplo, por compartir experiencias y vivencias única, porque gracias a ustedes todo lo que tengo no hubiera sido posible.

A mi escuela de Enfermería Nuestra Señora de la Salud Por darme la oportunidad de formarme académicamente y practica para mi conocimiento de mi profesión y ser parte de mí.

A mis compañeros y amigos por formar parte de mi vida compartir conmigo experiencias que las hacen únicas todas sus risas y compañía que me brindaron a lo largo de mi carrera y sin dejar atrás esas tristezas, estrés y enojos que nos caracterizan pero siempre sacaron una sonrisa en mi persona mil gracias por todo siempre los llevare en mi corazón.

A mi asesora de tesis solo me queda decirle Dra. Yanitzia Álvarez Reyes mil gracias por apoyarme en esta tesis sobre todo por la atención y la paciencia que me tubo y su conocimiento brindado bendiciones para usted.

INDICE

INTRODUCCION.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
PREGUNTA DE INVESTIGACION	9
OBJETIVOS.....	10
HIPÓTESIS	10
JUSTIFICACIÓN	11
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	12
TIPO DE INVESTIGACION	12
UNIDADES DE ANALISIS.....	12
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	12
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	12
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	12
LIMITES	12
.....	14
TRATO DIGNO Y CALIDAD EN ENFERMERIA	15
Capitulo I.	15
CALIDAD.....	15
DEFINICION DE TRATO DIGNO	15
2. PRINCIPIOS ETICOS	16
2.1 RESPETO	16
2.4 AMABILIDAD.....	17
4. POLITICAS.....	20
5. DEFINICION DE INDICADOR	21
6. INDICADORES DE CALIDAD EN ENFERMERIA.....	21
7. DEFINICION DE ACTITUDES DE ENFERMERIA	22
7.1 TIPOS DE ACTITUDES DE ENFERMERIA.....	22
8. DEFINICION DE CALIDAD.....	23
8.1DEFINICION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	23
9. PROGRAMA DE ATENCION EN SALUD EN MEXICO.....	24

11. ACREDITACIÓN Y GARANTÍA DE CALIDAD.	28
12. SISTEMA NACIONAL DE INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD.	29
13. COMITÉ NACIONAL POR LA CALIDAD EN SALUD. (CONACAS)	30
13.1 COMITÉS ESTATALES DE CALIDAD EN SALUD (CECAS)	31
13.2 GESTORES DE CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALES.	31
14. PACIENTE (COCASEP) EN HOSPITALES Y ATENCIÓN PRIMARIA.	32
14. 1 COMPONENTE DE CALIDAD EN CONVENIOS DE GESTIÓN DEL SPSS. ...	34
15. Capacitación en Calidad.	35
.....	38
DIABETES MELLITUS TIPO II.....	39
CAPITULO II.....	39
1. DIABETES MELLITUS TIPO II.....	39
2. EPIDEMIOLOGIA NIVEL MUNDIAL	41
3. EPIDEMIOLOGIA EN MEXICO	42
4. ETIOLOGIA.....	43
5. CALIDAD DE VIDA EN DIABETES MELLITUS TIPO II.....	43
6. FISIOPATOLOGIA.....	44
7. COMPLICACIONES	45
8. DIAGNOSTICO.....	46
9. TRATAMIENTO.....	47
10. DIETA.....	48
10.1 ALIMENTOS	49
10.2 EI EJERCICIO	50
10.3 VISITAS DE ENFERMERIA	51
11 PREVENCIÓN	53
12 MYRA ESTRIN LEVINE "MODELO DE LA CONSERVACIÓN"	53
13 NANCY ROPER, WINIFRED W. LOGAN, ALISON J TIERNEY	54
CAPITULO III. INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA.....	58
CUESTIONARIO PERSONAL DE ENFERMERIA.....	58
CUESTIONARIO PARA PACIENTES.....	63
CONSENTIMIENTO INFORMADO	68
CAPITULO IV. Ética de Estudio	69

CODIGO DE ETICA PARA ENFERMERIA	69
DECALOGO DEL CODIGO DE ETICA	73
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	75
CONCLUSIONES	76
ANEXOS	79
GUION METODOLOGICO	79
GLOSARIO	85
BIBLIOGRAFÍA	87

INTRODUCCION

En esta investigación que se presenta se habla sobre el trato digno y calidad que el personal de enfermería otorga a los pacientes con diabetes mellitus tipo II haciendo de manera oportuna mencionar cuales son las actitudes que el personal toma para brindar sus servicios.

La percepción del usuario se construye a partir de sus expectativas, la satisfacción de sus necesidades y los resultados obtenidos del proceso de atención, reflejando el grado de satisfacción con la atención y la calidad de los servicios recibidos.

Aunque la calidad parece un atributo inherente y obvio a la prestación de los servicios de salud no siempre esta se garantiza. Se debe desde la perspectiva de la equidad y la eficacia realizar estudios de los resultados del quehacer en la atención integral de la salud, en forma sistemática y sistémica.

Evaluar la percepción del usuario, le permite al área de enfermería obtener un conjunto de conceptos y actitudes en relación a la atención ofertada, situando áreas de oportunidad y la creación de estrategias para la mejora continua, minimizando las deficiencias que pongan en riesgo la satisfacción de la población usuaria.

Dando también a conocer sus respectivas estadísticas de la calidad y trato digno que se maneja en las diferentes áreas donde el personal de enfermería elabora dando a conocer el trato que tiene enfermería con el paciente que tiene esta enfermedad ya mencionada se viene desarrollando paulatinamente en los diversos contextos de la sociedad creando así espacios en los que se promueve los derechos y deberes tanto del personal de enfermería como los propios pacientes.

Brindando una atención holística donde abarque estos dos grandes aspectos como lo son la calidad y el trato digno que el paciente requiere al momento de requerir la atención por parte del área del personal de enfermería conociendo así sus obligaciones y derechos para mantener una buena correlación enfermera paciente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El concepto de calidad ha evolucionado a lo largo de los años y dado lugar a que tanto lo referente a su función como a su ámbito y objeto de control hayan variado hasta nuestros días, cuando la calidad se configura como un modelo de gestión y un estilo de dirección implantado.

El Trato Digno es una dimensión de la calidad de la atención médica y se define en la Cruzada como el conjunto de indicadores que miden el grado de satisfacción, en la percepción (en cuanto a tiempo de espera, trato amable y respetuoso, información adecuada) que el usuario o familia, tiene acerca del trato y la atención proporcionada por el profesional de Enfermería.

El derecho a trato digno y respetuoso hacia el usuario, se refiere a la aceptabilidad que el comportamiento tanto verbal como no verbal se establece en la relación del profesional de enfermería con aquel, más allá de un saludo simple.

Es por ello que esta investigación se lleva a cabo dado que en la actualidad el usuario se le debe de asegurar el acceso efectivo de servicios de salud con calidad es importante contar con información de calidad que favorezca la toma de decisiones explicando las realidades de las cuales funcionan las instituciones.

Digno es proveerle la información adecuada y pertinente para que el usuario pueda tomar una decisión. Digno es plantearle alternativas de solución y procurarías en su caso. Es cobrarle los honorarios por servicios acorde a su capacidad de pago. A la importancia del servicio otorgado y de los medios utilizados en su parte para ello. Procurarle un entorno de confianza, de comodidad y de esperanza si es posible, al lado de sus seres queridos.

Tratarle con paciencia, constancia, tolerancia y prudencia, serle leal y guardián celoso de sus circunstancias con independencia de su origen, posición social, estado de aseo, olor o patología.

El usuario no solamente se queja por un mal servicio un diagnostico mal elaborado al contrario por un mal trato que se le brinda al momento de solicitar los servicios de salud en el área de enfermería.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cómo es el trato digno y calidad de enfermería en el paciente con diabetes mellitus tipo II en el centro de salud DR. JUAN MANUEL GONZALEZ URUEÑA?

OBJETIVOS

GENERAL:

Conocer el trato digno y calidad que le brinda en enfermería al paciente con diabetes mellitus tipo II.

ESPECIFICO:

- Analizar el trato digno y calidad del paciente.
- Describir los tipos de actitudes que toma la enfermera en sus intervenciones.

HIPÓTESIS

El trato digno y la calidad que brinda al personal de enfermería a los pacientes diabéticos tipo II no son favorables por las actitudes que el personal de enfermería muestra al momento que brinda su atención e intervención durante su estancia durante su consulta.

JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente se ha convertido en un objeto esencial de los sistemas de salud desde la perspectiva de calidad asistencial, puesto que se identifica con los procesos de mejora de los servicios sanitarios para elevar la calidad de la atención. La Comisión Internacional de Enfermería propone el trato digno como un indicador de calidad. La enfermera es el personaje que tiene más interacción con el paciente.

Es por ello que aquí se dará a conocer que trato digno y calidad se le brinda a los pacientes con diabetes en el área de enfermería dando a conocer las actitudes que la enfermera brinda a los usuarios.

Dando a conocer las estadísticas donde se valora la calidad y el trato digno que se le brinda a los pacientes con diabetes, brindándole una mayor confiabilidad a los servicios que se le ofrecen y con mayor seguridad que el paciente los amerita donde se le cuestionara si conoce sus derechos y obligaciones que tiene en el área de salud.

La orientación hacia la calidad exige procedimientos para evaluar la eficiencia, la efectividad y la seguridad de las intervenciones preventivas, de apoyo y curativas.

Es el derecho de todos los pacientes a recibir una atención adecuada de acuerdo al sistema de calidad el cual busca un desempeño eficiente en los servicios de salud, así mismo que el personal de salud respete su integridad como persona llevando a la práctica todos los valores como profesionales, y así mismo también respetar las decisiones que el paciente pueda tener sobre su tratamiento, pero sin olvidar los derechos con los que cuentan las enfermeras para poder ejercer su profesión y ser tratada del mismo modo con respeto.

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

TIPO DE INVESTIGACION

- CUALITATIVA Y CUANTITATIVA. Esta investigación describe datos e información numérica, dando con claridad los elementos que generan el problema y así examinando los datos especialmente en el campo de estadística mostrando las gráficas correspondientes.

UNIDADES DE ANALISIS

- TRATO DIGNO Y CALIDAD DE ENFERMERIA
- PACIENTE CON DIABETES TIPO II

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Jefa de Enfermeras del centro de salud "Dr. Juan Manuel González Urueña"
- Las enfermeras del centro de salud "Dr. Juan Manuel González Urueña"
- Pacientes con Diabetes
- Familiares de Pacientes

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personal Médico
- Personal Indistinto a Enfermería (trabajadoras sociales, químicos, intendencia, pasantes de medicina y odontología, archivistas)

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Cuestionarios que no se terminen de contestar

LIMITES

Esta investigación se realizara en el Centro de Salud "DR. JUAN MANUEL GONZALEZ URUEÑA". En los servicio de Consulta Externa, Planificación Familiar, Dental, Nutrición, Ginecología, Vacunación, urgencias áreas donde la enfermera brinda su atención al paciente, se realizara en un tiempo del 25 de julio 2016 al 31 de mayo 2017.

CAPITULO I

TRATO DIGNO Y CALIDAD DE ENFERMERIA



TRATO DIGNO Y CALIDAD EN ENFERMERIA

Capitulo I.

CALIDAD

Según la OMS define la calidad, a nivel general, como "el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos, y la máxima satisfacción del paciente con el proceso. (Fernández, 2003).

DEFINICION DE TRATO DIGNO

El Trato Digno es una dimensión de la calidad de la atención médica y se define en la Cruzada como el conjunto de indicadores que miden el grado de satisfacción, en la percepción (en cuanto a tiempo de espera, trato amable y respetuoso, información adecuada) que el usuario o familiar, tiene acerca del trato y la atención proporcionada por el profesional de Enfermería (pública, 2003).

El derecho a trato digno y respetuoso hacia el usuario, se refiere a la aceptabilidad que el comportamiento tanto verbal como no verbal se establece en la relación del profesional de enfermería con aquel, más allá de un saludo simple

Digno es el atenderle con oportunidad, delicadeza, cortesía y en conciencia, Digno es proveerle la información adecuada y pertinente para que el usuario pueda tomar una decisión. Digno es plantearle alternativas de solución y procurarías en su caso. Digno es cobrarle los honorarios por servicios acorde a su capacidad de pago. Ala importancia del servicio otorgado y de los medios utilizados en su parte para ello.

Digno es procurarle un entorno de confianza, de comodidad y de esperanza si es posible, al lado de sus seres queridos. Digno es tratarle con paciencia, constancia, tolerancia y prudencia. Digno es serle leal y guardián celoso de sus circunstancias independientemente de su origen, posición social, estado de aseo, olor o patología. (Cerón, 2006)

2. PRINCIPIOS ETICOS

2.1 RESPETO

Es una aptitud imprescindible para conseguir una buena comunicación con los usuarios, este se trasmite a través de acciones y aptitudes. El respeto es una actitud que enfatiza la valía e individualidad de otra persona, implica que las o sentimientos de la persona son especiales y únicos, incluso aunque a los demás les parezca similar en muchas formas.(centinela, 2006).

El respeto se transmite escuchando a las personas de lo que está expresando además es importante proporcionarle privacidad cuando se realicen los procedimientos y explicarle adecuadamente los cuidados o actividades que le va a realizar. (centinela, 2006).

2.2 INFORMACION

La información y el consentimiento informado forma parte de un proceso de relación destinado a la toma de decisiones clínicas no solo por el medico sino también por los usuarios de ahí que se trata de un proceso continuado y fundamentalmente verbal y de ahí también que se trate de un acto clínico, con su finalidad de instaurar, facilitar y llevar a cabo un tratamiento médico.

El proceso de intercambio de relación esencialmente hablado, debe acreditar lo que debería exigir su constancia por escrito que el usuario ha recibido toda su información que desde su punto de vista le es necesaria para tomar una decisión.

Darle a conocer las normas establecidas dentro del hospital, Explicarle los cuidados o actividades que le va a realizar, Enseñarle al familiar sobre los cuidados con respecto a su padecimiento. (centinela, 2006).

2.3 INTERES

La enfermera debe estar siempre atenta a las necesidades de los usuarios y especialmente cual es la ayuda que ellos requieren, debe mostrar respeto por los usuarios, disponibilidad y deseos de trabajar con él siempre viéndolo como una persona única y fomentando su autonomía. La forma en que la enfermera siente la acción de ayuda a los usuarios supone la diferencia en el resultado de la asistencia, desde el punto de vista de expansión de la personalidad. Entregar turno de manera adecuada para que haya continuidad en los cuidados de enfermería. (centinela, 2006).

2.4 AMABILIDAD

Una persona amable es aquella que por su actitud afable, complaciente y afectuosa es digna de ser respetada por que también respeta al otro. La amabilidad es la manera más sencilla, delicada y tierna de tratar al otro, libre de exclusivismos.

Es entonces cuando la amabilidad se convierte en una constante porque el comportarse de manera complaciente y afectuosa con los demás, sentir su felicidad, es lo mismo que sentir la propia dicha y alegría compartida. Ser amable

llega a ser algo así como una necesidad biológica del espíritu. Esto se manifiesta al saludarlo con amabilidad y presentarse por su nombre.(centinela, 2006)

3. CARTA DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES

LEY GENERAL DE SALUD

NOM-168-SSA-1-1998, del Expediente Clínico.

1 RECIBIR ATENCION MÉDICA ADECUADA por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.

2 RECIBIR TRATO DIGNO Y RESPETUOSO.

El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, pudor a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

3 RECIBIR INFORMACION SUFICIENTE, CLARA, OPORTUNA Y VERAZ.

El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; que la información que se brinde sea oportuna, con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.

4 DECIDIR LIBREMENTE SOBRE SU ATENCIÓN.

El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

5 OTORGAR O NO SU CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO.

El paciente, o en su caso el responsable, los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnósticos o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico, incluyendo las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.

6 SER TRATADO CON CONFIDENCIALIDAD.

El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

7 CONTAR CON FACILIDADES PARA OBTENER UNA SEGUNDA OPINIÓN.

El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

8 RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA EN CASO DE URGENCIA.

Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones

9 CONTAR CON UN EXPEDIENTE CLINICO.

El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.

10 SER ATENDIDO CUANDO SE INCONFOR ME POR LA ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA.

El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente, cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados. Asimismo, tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud. (LEY GENERAL DE SALUD , s.f.)

4. POLITICAS

Es responsabilidad de enfermería tratar dignamente al usuario.

Es responsabilidad del jefe de servicio de enfermería realizar seguimiento sobre la información y el trato que reciben los usuarios en la unidad.

Es responsabilidad de los jefes de guardia aplicar las encuestas de trato digno a los usuarios.

Es responsabilidad de la enfermera de calidad generar los reportes, analizar y difundir la información.(Cerón, 2006)

5. DEFINICION DE INDICADOR

Es una herramienta para mejorar la calidad de los servicios de enfermería, esto para garantizar una atención oportuna, en un ambiente seguro, eficiente y humano en todo el sistema nacional de salud. Se define como un medio para constatar, estimar, valorar, controlar y autorregular los resultados de un proceso. La aplicación de un indicador requiere condiciones específicas y fijas para no alterar el resultado. Los indicadores deben evaluarse en forma permanente.

El sector de la salud con respecto a la calidad del cuidado está cambiando dramáticamente. El crecimiento explosivo de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), los gastos por servicios de cuidado de la salud han llevado a captar más atención del público, de pagadores privados y entidades reguladoras gubernamentales y privadas. Los gastos derivados del cuidado de la salud aumentan continuamente, por lo que se está cuestionando a las instituciones y proveedores de servicios de salud esperando que se demuestre el valor y la calidad de estos servicios. El cuidado del paciente se puede medir a través de indicadores que reflejan la forma como se está brindando este cuidado, conocido también como "monitoria del cuidado.

(Enfermería, Medicina, Revistas Médicas, Salud, 2002)

6. INDICADORES DE CALIDAD EN ENFERMERIA

1. Medir la satisfacción del paciente o usuario con el cuidado:
2. Actitudes de cuidado
3. Percepción del cuidado
4. Medir los resultados en los pacientes
5. Establecer los indicadores de la calidad del cuidado.

(Enfermería, Medicina, Revistas Médicas, Salud, 2002)

7. DEFINICION DE ACTITUDES DE ENFERMERIA

Toma de decisiones acorde a la formación integral basada en el discernimiento personal y comunitario. Respeto y valoración por sí mismos, por los demás, por su cultura y por la naturaleza. Compromiso de servicio, a partir de la reflexión y definición de sus posturas con respecto a valores trascendentales de la existencia humana. Ética en su profesión dentro de un marco de valores y principios humanista-cristianos, contribuyendo con ello a la conformación de una sociedad más libre, justa. (ROE, 2011)

7.1 TIPOS DE ACTITUDES DE ENFERMERIA

- La enfermera saluda al paciente de forma amable. Un punto muy importante ya que a partir de aquí tanto la enfermera (o) logra una identificación visual del paciente.
- La enfermera se presenta con el paciente. Esto para proporcionar un ambiente en el cual exista respeto y sobre todo comunicación entre el paciente y el enfermero (a).
- Se dirige al paciente por su nombre. Podemos decir que es para la identificación correcta del paciente y así existe una mejor relación entre el paciente y el enfermero (a).
- Le explica sobre los cuidados o actividades que le van a realizar. Se realiza esta acción para contar con la colaboración del paciente, en cualquier proceso que esté a punto de ejecutarse.
- Se interesa por que su estancia sea agradable. Se logra este punto a través de la comunicación y la atención oportuna al paciente, es decir brindando servicios de calidad en cada momento.

- Ofrece un ambiente de confort, intimidad y seguridad. Se puede obtener a través de la información que se le ofrece al paciente, por ejemplo sobre el área en el que se encuentra y cuidando de aquellas acciones que pueden provocar algún tipo de accidente. Como en todos los puntos se necesita también de una comunicación efectiva.
- Le enseña sobre los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento. Aquí se le explican al paciente todas las acciones que puede desempeñar para ayudar en su cuidado.
- Hay continuidad en los cuidados de enfermería las 24 horas del día. Para ello se deben de seguir manejando los puntos anteriores sin olvidar que depende de la forma en que el paciente sea tratado para poder contar con su colaboración (Palomino, 2012)

8. DEFINICION DE CALIDAD

“Calidad, la totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o servicio) o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores. Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión” (CALIDAD, 2012)

8.1 DEFINICION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La Resolución "Política y Estrategia Regional para la Garantía de la Calidad de la Atención Sanitaria, incluyendo la Seguridad del Paciente", CSP 27/16 (218.39 kB) aprobada en 2007 delinea las acciones regionales en base a seis (6) estrategias:

- Introducir y fortalecer la cultura de la evaluación, la mejora continua y la seguridad del paciente entre los profesionales.
- Identificar líderes nacionales que actúen de forma proactiva y realicen acciones relativas a la calidad de atención y seguridad del paciente.
- Involucrar en la calidad a los niveles de gobierno y gerenciales, al mismo tiempo que a los niveles de ejecución.
- Realizar un trabajo interdisciplinario.
- Promover la participación activa de los profesionales para la gestión de la calidad.
- Incorporar la participación del paciente, la familia y la comunidad en la toma de decisiones y en la promoción del autocuidado. (SALUD, 2011)

9. PROGRAMA DE ATENCION EN SALUD EN MEXICO

Ante la creciente necesidad de salvaguardar la seguridad de las personas que acuden diariamente a recibir servicios de salud y de asistencia social, sea con propósitos de prevenir enfermedades o mantener y recuperar la salud, las autoridades del Sector Salud y Educativo han establecido mecanismos de aseguramiento de la calidad de los recursos humanos en formación. Para el caso de la enfermería, esta condición (la de formar personas con un alto nivel de competencia técnica, profundo sentido ético profesional y compromiso social) ha devenido un reto y un desafío en las últimas décadas, especialmente porque hoy más que antes se tiene muy claro el compromiso de dispensar cuidados de enfermería con calidad y con un gran respeto para la dignidad humana. Cabe destacar sólo algunos de los factores que se han ido analizando y estableciendo como puntos de referencia para situar en dónde estamos y hacia dónde queremos llevar a la profesión de enfermería en México.

Primero, es conveniente señalar que la profesión de enfermería, a diferencia de otras disciplinas, se forma básicamente en tres niveles académicos: medio superior, licenciatura y posgrado; por tanto, la complejidad para regular y garantizar la calidad de los egresados es mayor profesión.

Las instituciones que pretendan formar personal de enfermería deben considerar las oportunidades que hay en el mercado en la actualidad, es importante determinar cuáles son esas carencias en los ámbitos locales, estatales o institucionales, para no generar una su distribución inequitativa de escuelas en el país, lo que provoca que en algunos lugares la matrícula del propio estado, y en otras entidades se exceda la oferta educativa.

Las condiciones de infraestructura (como laboratorios, bibliotecas) y convenios con instituciones de salud para las prácticas clínicas, noción del personal de enfermería, dadas las características de la profesión que tiene un componente práctico muy importante. Es indispensable que los recursos. (Salud, 2012)

10. REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA CALIDAD

Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES)

El día viernes 30 de diciembre del año 2016 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Calidad en la Atención Médica para el ejercicio fiscal 2017. Dicho Programa tiene como objetivo "Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, mediante el impulso a la consolidación de la calidad en los Establecimientos de Atención Médica y Áreas Administrativas y Centrales de Calidad de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, a través de acciones de mejora de la calidad para la atención de los problemas de salud prioritarios".

Los mecanismos de financiamiento que considera el programa se establecen en las convocatorias públicas para participar en los Proyectos de Mejora de la Calidad en la Atención Médica y Premio Nacional de Calidad en Salud, los cuales están dirigidos a los Establecimientos de Atención Médica, Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, así como Áreas Administrativas y Centrales de Calidad, de los Servicios Estatales de Salud de las Entidades Federativas, de la Secretaría de Salud o coordinados sectorialmente por ésta, a través de la Comisión

Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad y demás instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

Las modalidades para acceder al financiamiento para el desarrollo de Proyectos de Mejora de la Calidad en la Atención Médica son:

Proyectos de Gestión en Red: son proyectos de mejora que se desarrollan en redes conformadas de acuerdo a lo establecido en la convocatoria que se emita en términos de las Reglas de Operación, en los Establecimientos de Atención Médica con la finalidad de incidir en la mejora de la calidad de la atención en los temas de salud definidos como prioritarios, y en el acceso efectivo a servicios de salud con calidad. Esta modalidad otorgará Financiamiento hasta por un importe máximo de \$3,000,000.00 (Tres millones de pesos 00/100 M.N.) por proyecto, conforme a la convocatoria respectiva.

Proyectos de Capacitación: son proyectos que desarrollan las Áreas Centrales de Calidad de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de brindar conocimientos, técnicas, herramientas y habilidades que coadyuven a mejorar la calidad de la atención en los temas de salud definidos como prioritarios. Esta modalidad otorgará Financiamiento hasta por un importe máximo \$250,000.00 (Doscientos cincuenta mil pesos 00/100 M.N.) por proyecto, conforme a la convocatoria respectiva.

Proyectos de Investigación: son proyectos que desarrollan los Establecimientos de Atención Médica en materia de calidad de la atención en los temas de salud definidos como prioritarios con la finalidad de generar conocimientos basados en la evidencia científica. Esta modalidad otorgará Financiamiento hasta por un importe máximo de \$250,000.00 (Doscientos cincuenta mil pesos 00/100 M.N.) por proyecto, conforme a la convocatoria respectiva.

Las categorías en las que se podrá participar en el Premio Nacional de Calidad en Salud y en el Reconocimiento al Mérito por la Mejora Continua son:

El Premio Nacional de Calidad en Salud Reconoce en cinco categorías a los Establecimientos de Atención Médica, Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, así como Áreas Administrativas y de Calidad que han alcanzado un grado de avance y consolidación del Modelo de Gestión de la Calidad en Salud.

- Categoría 01: Establecimientos de Atención Médica de Primer Nivel de Atención. \$650,000.00 (Seiscientos cincuenta mil pesos 00/100 M.N.).
- Categoría 02: Hospitales Generales y de Especialidad. \$550,000.00 (Quinientos cincuenta mil pesos 00/100 M.N.).
- Categoría 03: Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Regionales, Hospitales de Alta Especialidad, Hospitales Federales de Referencia. \$450,000.00 (Cuatrocientos cincuenta mil pesos 00/100 M.N.).
- Categoría 04: Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento. \$350,000.00 (Trescientos cincuenta mil pesos 00/100 M.N.).
- Categoría 05: Áreas Administrativas y de Calidad. \$300,000.00 (Trescientos mil pesos 00/100 M.N.).

El Reconocimiento al Mérito por la Mejora Continua: otorga financiamiento a Establecimientos de Atención Médica, Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, así como Áreas Administrativas y de Calidad que habiendo participado en la emisión 2016

Del Premio Nacional de Calidad en Salud obtengan el mayor incremento en puntos dentro de su categoría, tomando como base la evaluación alcanzada en el 2016.

- Categoría 01: Establecimientos de Atención Médica de Primer Nivel de Atención. \$100,000.00 (Cien mil pesos 00/100 M.N.).
- Categoría 02: Hospitales Generales y de Especialidad. \$100,000.00 (Cien mil pesos 00/100 M.N.).
- Categoría 03: Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Regionales, Hospitales de Alta Especialidad, Hospitales Federales de Referencia. \$100,000.00 (Cien mil pesos 00/100 M.N.).
- Categoría 04: Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento. \$100,000.00 (Cien mil pesos 00/100 M.N.).
- Categoría 05: Áreas Administrativas y de Calidad. \$100,000.00 (Cien mil pesos 00/100 M.N.). ((DGCES), 2017)

11. ACREDITACIÓN Y GARANTÍA DE CALIDAD.

Los criterios de acreditación son de tres tipos:

Capacidad: Explora suficiencia de recursos para prestarlos servicios básicos y de Gastos catastróficos Valor ponderal 50%

Seguridad: Explora condiciones de una práctica médica segura para El paciente Valor ponderal 35%

Calidad: Mínimos indispensables de gestión De calidad, que ayuden a los procesos de mejora continua Valor ponderal 15%. Para Acreditar la prestación de servicios básicos se requiere cumplir el 85% O más de los criterios Para gastos catastróficos 90% o más. (VARELA, 2012)

12. SISTEMA NACIONAL DE INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD.

El Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) es una herramienta que permite registrar y monitorear indicadores de calidad en las unidades de los servicios de salud, además de darles seguimiento y la oportunidad de establecer comparaciones entre las unidades de atención médica en el país.

Contar con un sistema integral de medición para el Sistema Nacional de Salud que integre evidencias de mejora de la calidad técnica, calidad percibida y calidad en la gestión adecuado a las necesidades de información y evaluación de líneas de acción del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD).

- Realizar el levantamiento de encuestas, con preguntas claras y entendibles.
- Registrar la información en el Sistema INDICAS de manera local.
- Analizar la información.
- Definir e implantar acciones de mejora.
- Evaluar las acciones de mejora.
- Publicar los resultados de las acciones de mejora implantadas.

Una vez registrada y enviada la información a través de la plataforma nacional, se hace el análisis de los resultados de periodos anteriores para poder evaluar la unidad y realizar comparaciones entre las unidades, jurisdicciones y estados, para conocer cómo está el proceso en cada unidad médica y así tomar decisiones e implantar acciones de mejora jurisdiccional, delegacional o estatal. (Salud, 2012)

13. COMITÉ NACIONAL POR LA CALIDAD EN SALUD. (CONACAS)

El Gobierno Federal se ha propuesto mejorar los niveles de salud de los mexicanos garantizando el trato adecuado en la prestación del servicio, fortaleciendo al Sistema Nacional de Salud para que dé respuesta con calidad y respeto al ciudadano, desarrollando una Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica, cuyo objetivo es conducir y operar esta estrategia considerando la formación y capacitación de los profesionales de la salud.

Para que esto se lleve a cabo en el Sistema Nacional de Salud, es necesario contar con una instancia que coordine y analice acciones en el ámbito de la calidad de los servicios de salud, que favorezcan la práctica profesional, la difusión de avances en la calidad técnica de los servicios médicos y de enfermería y la orientación al usuario; razones que justifican la constitución de un órgano de consulta y coordinación que integre y oriente todos los esfuerzos dirigidos a la mejora continua en materia de calidad en la prestación de servicios de salud.

Uno de los objetivos de la Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica es el de Mejorar la calidad de la atención y seguridad del paciente en los servicios de salud, cuya línea de acción se traduce en Institucionalizar la Gestión de la Calidad y Seguridad a través del Comité Nacional por la Calidad en Salud. ((CONACAS), 2013)

13.1 COMITÉS ESTATALES DE CALIDAD EN SALUD (CECAS)

Los Comités Estatales de Calidad pretenden coordinar y alinear los esfuerzos en el ámbito de la calidad de los servicios de salud, pero en los casos específicos de las entidades federativas, en congruencia con la Política Nacional de Calidad en Salud.

Se pretende que existan éstos en todas las entidades federativas, como un espacio de encuentro interinstitucional para definir, compartir y avanzar, con base en los lineamientos federales, en la mejora de la calidad en cada una de las entidades federativas.

Uno de los objetivos de la Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica es el de Mejorar la calidad de la atención y seguridad del paciente en los servicios de salud, cuya línea de acción se traduce en Incentivar la creación de equipos multidisciplinarios para la mejora de la calidad y seguridad a través de los Comités Estatales de Calidad en Salud. (CECAS, 2013)

13.2 GESTORES DE CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALES.

La calidad es un atributo esencial de la atención médica que resulta fundamental para lograr los objetivos nacionales de salud y el futuro sostenible del sistema de salud. En México existen antecedentes de iniciativas para mejorar la calidad de los servicios que datan de 1956; sin embargo, fue hasta el año 2001 cuando gran parte de los esfuerzos fueron canalizados en una estrategia nacional, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

En esa perspectiva, en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 se establece implementar el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) como el instrumento del gobierno federal para elevar la calidad de los servicios médicos.⁵ Este programa entra en actividad en 2007; es implementado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGECS), operado por personal de los SESA e incluye acciones dirigidas a garantizar la mejora de la calidad técnica y seguridad del paciente, la calidad percibida por los usuarios y la calidad en la gestión de los servicios de salud. Para lograrlo, el programa incluye diversos proyectos, destacando el de Gestores de Calidad en Atención Primaria y Hospitales, objeto de la presente investigación. El proyecto de gestores se orienta a generar una figura capaz de llevar a cabo las actividades planeadas a nivel federal en las jurisdicciones y en las unidades de atención médica. La estructura del programa contempla dos tipos de gestores: el gestor jurisdiccional y el de unidades médicas (unidad de atención primaria u hospitales).

A pesar de que la palabra "gestor de calidad" ha empezado a ganar terreno como puesto clave dentro del Sistema de Salud, existen pocos trabajos que describan sus características. El presente trabajo muestra los resultados obtenidos a partir de una evaluación al SICALIDAD realizada durante 2009 por un equipo de evaluadores externos a la Secretaría de Salud, en coordinación con la DGCE y la Dirección de Evaluación del Desempeño (DGED). El objetivo del presente artículo es describir las características personales y laborales de los gestores de calidad, las principales actividades que desarrollan, así como su percepción sobre las limitaciones, oportunidades de mejora y los principales retos del programa.

(Suñol R, 2012)

14. PACIENTE (COCASEP) EN HOSPITALES Y ATENCIÓN PRIMARIA.

La estrategia de SICALIDAD prevé como un instrumento la garantía de la calidad, que los establecimientos de salud acrediten su calidad, capacidad y seguridad.

El Sistema de Acreditación y Garantía de Calidad es la puerta a la calidad que coloca al establecimiento de salud en condiciones de incorporarse a un esquema de mejora continua y calidad total que lo ubique en condiciones de competitividad en el marco de los proyectos de apoyo que promueve la Dirección General de Calidad y Educación en Salud tales como el premio nacional por la calidad en salud, capacitación y acuerdos de gestión.

El paso inmediato a la acreditación y certificación considerado como una de las herramientas básicas de SICALIDAD, es el desarrollo metodológico de un modelo de gestión de calidad total basado en el reconocimiento de que la calidad es una cualidad de la atención a la salud esencial para:

- La consecución de los objetivos nacionales de salud.
- La mejora de la salud de la población.
- El futuro sostenible del sistema de salud.

Este modelo constituye la solución aplicable en los diferentes ámbitos de los servicios de salud, públicos y privados y en los diversos niveles de la estructura, federal, estatal y municipal o local. Incluye además una serie de procedimientos estandarizados para la mejora de los procesos de calidad técnica, percibida y de gestión de los servicios que propicien el desarrollo de capacidades en el personal directivo y operativo útiles para la identificación, análisis y resolución de problemas en un recorrido sistematizado a través de la ruta de la calidad.

SICALIDAD promueve la adopción de una metodología de trabajo que se basa en los Modelos de Excelencia o de Calidad Total como estrategia para el aseguramiento de la calidad de los servicios de salud.

El modelo de calidad total como itinerario para la obtención del Premio Nacional para la Calidad en Salud, agrupa todos los esfuerzos que se realizan por parte de los centros en relación a los proyectos SICALIDAD, integrándolos en un modelo de reflexión estratégica y consecución de resultados que impactan en la calidad. (salud, 2012)

14. 1 COMPONENTE DE CALIDAD EN CONVENIOS DE GESTIÓN DEL SPSS.

- El ejercicio profesional de la calidad médica y de enfermería
- Tomar decisiones clínicas y gerenciales basadas en la mejor evidencia disponible.
- Asegurar recursos humanos competentes y certificados.
- Conformar grupos interesados en la mejora continua de la calidad: núcleos y consejeros de calidad.
- Generar nuevas competencias en el personal de salud: trabajo en equipo, medicina basada en evidencias.
- Construir un modelo de cuidados de enfermería enfocado al autocuidado y atención domiciliaria.
- Experiencias de calidad y seguridad de los pacientes
- Alinear intervenciones, programas de las subsecretarías y con ello el ejercicio programático con el presupuestal.
- Desarrollar la organización, capacitación, investigación, profesionalización y educación continua del personal de salud.
- Desarrollar una cultura de seguridad en el personal de salud y los usuarios.
- Impulsar el modelo de seguridad del paciente basado en experiencias exitosas.

- Integrar al sector privado en las políticas en salud.
- Evaluar y analizar mediante los sistemas de información los costos de salud y de la no calidad.
- Incluir instituciones educativas en los Comités de Calidad. (CALIDAD, 2012)

15. Capacitación en Calidad.

El Instituto para el Fomento a la Calidad Total, es una asociación civil sin fines de lucro que realiza investigación y desarrollo en materia de gestión organizacional, para contribuir al desarrollo de líderes visionarios que dirijan organizaciones privadas y públicas altamente competitivas. Para lograr este fin, el IFC pone al alcance de la comunidad empresarial instrumentos de aprendizaje tales como el

Modelo Nacional para la Competitividad, que en su aplicación, genera una reflexión estratégica para fomentar el desarrollo de capacidades y ventajas difíciles de imitar; y el Premio Nacional de Calidad que reconoce a las organizaciones que se distinguen por su calidad y competitividad. Su misión, es realizar acciones y programas destinados a impulsar la consolidación de capacidades organizacionales, en los sectores que inciden en la competitividad de México para mejorar la calidad de vida de sus habitantes. (Competitividad, 2003)

15.1 FORO NACIONAL E INTERNACIONAL DE CALIDAD EN SALUD.

Desde el año 2003, la Secretaría de Salud ha llevado a cabo de forma anual nueve foros nacionales y dos reuniones de calidad (una regional y una nacional) con el objetivo de intercambiar experiencias y difundir mejores prácticas de calidad entre los servicios de salud. Cada uno de estos eventos ha contado con la participación de alrededor de 2,000 profesionales de la salud de las principales

instituciones que componen el Sistema Nacional de Salud. Foro Nacional e Internacional por la Calidad en Salud: "Las Palancas para la Calidad de los Sistemas de Salud" Este año, junto con el Consejo de Salubridad General, la Academia Nacional de Medicina y la Representación en México de la OPS/OMS se llevó a cabo el Foro Nacional e Internacional por la Calidad en Salud "Las Palancas para la Calidad de los Sistemas de Salud".

El objetivo del foro fue difundir los proyectos interinstitucionales e intersectoriales que garanticen la integración y desarrollo del Sector Salud en el marco del Programa Nacional de Calidad en Salud; reconocer a las unidades médicas cuyo compromiso con la calidad las ha llevado a ser ganadoras del Premio Nacional de Calidad en Salud; y conocer experiencias de otros países en materia de calidad.

(INTERNACIONAL, 2003)

CAPITULO II

PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO II



DIABETES MELLITUS TIPO II

CAPITULO II.

1. DIABETES MELLITUS TIPO II

La diabetes mellitus tipo 2 representa en México un asunto de preocupación en salud pública. Su impacto físico y emocional a lo largo del proceso de la cronicidad deteriora la calidad de vida de las personas que la padecen. (Lauro, 2004)

La diabetes de tipo 2 (también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta) se debe a una utilización ineficaz de la insulina 3. Este tipo representa la mayoría de los casos mundiales 3 y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física.

Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo 1, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse solo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones.

Hasta hace poco, este tipo de diabetes solo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños. (OMS, 2016)

La Organización Mundial de la Salud considera al estilo de vida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos. De esta manera, ha propuesto la siguiente definición: *"Los estilos de vida son patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo a su capacidad para elegir y a sus circunstancias socioeconómicas"*.

Entre los dominios que integran el estilo de vida se han incluido conductas y preferencias relacionadas con el tipo de alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, responsabilidad para la salud, actividades animadas, relaciones interpersonales, prácticas sexuales, actividades laborales y patrones de consumo. (pública, 2003)

La diabetes mellitus tipo 2 es un trastorno metabólico que se caracteriza por hiperglucemia (nivel alto de azúcar en la sangre) en el contexto de resistencia a la insulina y falta relativa de insulina; en contraste con la diabetes mellitus tipo 1, en la que hay una falta absoluta de insulina debido a la destrucción de los islotes pancreáticos.³ Los síntomas clásicos son sed excesiva, micción frecuente y hambre constante. La diabetes tipo 2 representa alrededor del 90 % de los casos de diabetes, con el otro 10 % debido principalmente a la diabetes mellitus tipo 1 y la diabetes gestacional. Se piensa que la obesidad es la causa primaria de la diabetes tipo 2 entre personas con predisposición genética a la enfermedad (aunque este no es el caso de las personas con ascendencia de Asia Oriental).

La diabetes tipo 2 es controlada inicialmente con el aumento de ejercicio y cambios en la dieta. Si la glucemia no baja adecuadamente con estas medidas, pueden ser necesarios medicamentos como la metformina o la insulina. En los pacientes tratados con insulina, típicamente existe el requisito de revisar rutinariamente la glucemia.

Las tasas de diabetes tipo 2 han aumentado notablemente desde 1960, en paralelo con la obesidad. Para 2010 había aproximadamente 285 millones de personas diagnosticadas con la enfermedad en comparación con alrededor de 30 millones en 1985.

La diabetes tipo 2 es típicamente una enfermedad crónica asociada con una disminución de la esperanza de vida de diez años. Las complicaciones a largo plazo de la hiperglucemia pueden incluir enfermedades del corazón, derrames cerebrales

Retinopatía diabética (afecta la vista), insuficiencia renal que puede requerir diálisis y mala circulación en las extremidades que conduce a amputaciones. La cetoacidosis, una complicación aguda y característica de la diabetes tipo, es poco común, sin embargo puede ocurrir un coma hiperosmolar hipoglucémico. (GASTEIZ, 2008)

2. EPIDEMIOLOGIA NIVEL MUNDIAL

La incidencia de la diabetes tipo 2 va en aumento en todo el mundo y alcanza proporciones epidémicas. En 2010, se estimaba que afectaba a 285 millones de personas, (aproximadamente el 6 % de la población adulta del mundo y representaba cerca del 90 % de todos los casos de diabetes. Actualmente, se calcula que estas cifras han aumentado a 347 millones de personas. La diabetes es común tanto en el mundo desarrollado como en vías de desarrollo. No obstante, sigue siendo menos frecuente en los países subdesarrollados.

Las mujeres parecen estar en mayor riesgo al igual que ciertos grupos étnicos, como aquellos del Sudeste Asiático, de las islas del Pacífico, los latinos y los nativos americanos. Lo anterior puede deberse a una mejor sensibilidad a un estilo de vida occidental en ciertos grupos étnicos. Considerada tradicionalmente una enfermedad de adultos, la diabetes tipo 2 se diagnostica cada vez más a niños en paralelo con el alza de las tasas de obesidad. La diabetes tipo 2 se diagnostica ahora con tanta frecuencia como la diabetes tipo 1 en los adolescentes de Estados Unidos.

Las tasas de diabetes en 1985 se estimaron en 30 millones, lo que aumentó a 135 millones en 1995 y 217 millones en 2005. Se cree que este aumento se debe principalmente al envejecimiento de la población mundial, una disminución del ejercicio y las crecientes tasas de obesidad.

Para 2000, los cinco países con el mayor número de personas con diabetes fueron la India (31,7 millones), China (20,8), los Estados Unidos (17,7), Indonesia (8,4) y Japón (6,8). La Organización Mundial de la Salud reconoció la diabetes como una epidemia global. (GASTEIZ, 2008)

3. EPIDEMIOLOGIA EN MEXICO

En el año 2012, la Federación Internacional de Diabetes (IFD, por sus siglas en inglés) estimó que más de 371 millones de personas vivían con dicha enfermedad y que 4.8 millones de personas mueren a causa de la misma.

Por otro lado a nivel mundial se estima que para el año 2030 el número de personas diabéticas se incremente a 439 millones, lo que representa el 7.7% de la población adulta (de 20 a 79 años de edad) del mundo.

Respecto al comportamiento de esta enfermedad en México, de 1998 al 2012 se ha observado una tendencia hacia el incremento en un 4.7%, pasando de una tasa de morbilidad de 342.1 a 358.2

Casos por cada 100 mil habitantes, específicamente en el año 2012 se reportaron 418,797 pacientes diagnosticados con diabetes (lo cual representa el 0.4% de la población mexicana), el 59% de los casos fueron del sexo femenino, siendo el grupo etario de 50-59 años de edad el más afectado, con una tasa de morbilidad de 1,237.90 casos por cada 100 mil habitantes

Cabe señalar que el comportamiento que presenta esta patología es hacia el incremento, si la tendencia permanece igual se espera para el año 2030 un aumento del 37.8% en el número de casos y 23.9% en la tasa de morbilidad. (LOPEZ, 2013)

4. ETIOLOGIA

Las causas de la diabetes tipo 2 son el resultado de la interacción entre el estilo de vida, factores ambientales y genéticos. Las mutaciones genéticas parecen ser responsables de menos de un 10% de la variabilidad del fenotipo, por lo que todo indica que los factores ambientales son la principal causa del desarrollo de la enfermedad. Aunque algunos factores están bajo el control personal, como la dieta, otros no lo están, como el envejecimiento, pertenecer al sexo femenino y la genética. Dentro de los determinantes ambientales, la flora intestinal parece tener una importancia crucial, tanto en el desarrollo de la diabetes como de la obesidad.

Se ha asociado la falta de sueño con la diabetes tipo 2. Se cree que ésta actúa a través de su efecto sobre el metabolismo. El estado nutricional de una madre durante el desarrollo fetal puede también desempeñar un papel, uno de cuyos mecanismos propuestos es la metilación alterada del ADN. (GASTEIZ, 2008)

5. CALIDAD DE VIDA EN DIABETES MELLITUS TIPO II

Se sabe que un número de factores de estilo de vida son importantes en el desarrollo de la diabetes tipo 2, como la obesidad y el sobrepeso (definido como un índice de masa corporal [IMC] superior a 25), la falta de actividad física, una dieta pobre, el estrés y la urbanización. El exceso de grasa corporal está asociado con un 30 % de los casos en las personas de ascendencia china y japonesa, el 60-80 % en los de ascendencia europea y africana y el 100 % en los indios Pima y las islas del Pacífico. Los que no son obesos suelen tener un alto índice cintura/cadera.

Los factores dietéticos también influyen en el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. El consumo excesivo de bebidas endulzadas con azúcar está asociado con un riesgo aumentado.

También es importante el tipo de grasas en la dieta: las grasas saturadas y los ácidos grasos trans aumentan el riesgo y las grasas poliinsaturadas y mono insaturadas lo disminuyen. Comer mucho arroz blanco parece desempeñar un papel en aumentar del riesgo. Se cree que la falta de ejercicio provoca un 7 % de los casos. (GASTEIZ, 2008)

6. FISIOPATOLOGIA

La diabetes tipo 2 se debe a la producción insuficiente de insulina de los islotes pancreáticos en el contexto de insulino resistencia. Esta última, que es la incapacidad de las células para responder adecuadamente a los niveles normales de insulina, se produce principalmente en los músculos, el hígado y el tejido adiposo. En el hígado, la insulina normalmente suprime la liberación de glucosa. Sin embargo, debido a la resistencia a la insulina, el hígado libera inapropiadamente glucosa en la sangre. La proporción entre la resistencia a la insulina y la disfunción de las células beta difiere entre los individuos. Algunos tienen principalmente resistencia a la insulina y solo un defecto menor en la secreción de insulina; y otros tienen una ligera resistencia a la insulina y fundamentalmente una falta de secreción de insulina

Otros mecanismos potencialmente importantes asociados con la diabetes tipo 2 y la resistencia a la insulina incluyen: aumento de la degradación de lípidos dentro de los adipocitos, resistencia y falta de incretina, altos niveles de glucagón en la sangre, aumento de la retención de sal y agua por los riñones y una regulación inadecuada del metabolismo por el sistema nervioso central. Sin embargo, no todas las personas con resistencia a la insulina desarrollan diabetes, ya que también se requiere una disfunción de la secreción de insulina por los islotes pancreáticos. (GASTEIZ, 2008)

6.1 CUADRO CLINICO

Síntomas clásicos de la diabetes son

- poliuria (micción frecuente),
- polidipsia (aumento de la sed),
- polifagia (aumento del hambre).
- pérdida de peso.

Otros síntomas que se presentan comúnmente en el diagnóstico

- Visión borrosa.
- Neuropatía periférica.
- Infecciones vaginales recurrentes.
- Fatiga.

Las personas con diabetes mellitus tipo 2 pueden presentar rara vez un coma hiperosmolar hípér glucémico, un estado de glucemia muy alta asociada con una disminución de la conciencia e hipotensión. (GASTEIZ, 2008)

7. COMPLICACIONES

La diabetes tipo 2 es típicamente una enfermedad crónica asociada con una disminución de la esperanza de vida de diez años. Esto se debe en parte a una serie de complicaciones con las que se asocia, entre ellas:

- El riesgo de enfermedad cardiovascular aumentado de dos a cuatro veces,
- La enfermedad isquémica del corazón
- Derrame cerebral
- Aumento de 20 veces en las amputaciones de miembros inferiores
- Aumento de las tasas de hospitalización

- Ceguera no traumática
- Insuficiencia renal
- Disfunción cognitiva
- La enfermedad de Alzheimer
- La demencia vascular
- Nigricans
- Disfunción sexual
- Infecciones frecuentes (GASTEIZ, 2008)

8. DIAGNOSTICO

El umbral para el diagnóstico de la diabetes se basa en la relación entre los resultados de las pruebas de tolerancia a la glucosa, la glucemia en ayunas o HbA1c y complicaciones como problemas de la retina. Se prefiere la glucemia en ayunas o al azar sobre la prueba de tolerancia a la glucosa, ya que son más convenientes para las personas. La HbA1c tiene las ventajas de que el ayuno no es necesario y los resultados son más estables, pero tiene la desventaja de que la prueba es más costosa que la medición de glucemia. Se estima que el 20 % de las personas diabéticas en los Estados Unidos no saben que tienen diabetes.

La diabetes mellitus tipo 2 se caracteriza por una alta glucemia en el contexto de resistencia a la insulina y deficiencia relativa de insulina. En contraste con la diabetes mellitus tipo 1 en la que hay una deficiencia absoluta de insulina debido a la destrucción de células de los islotes pancreáticos y la diabetes mellitus gestacional que es un nuevo inicio de hiperglucemia asociado con el embarazo. La diabetes tipo 1 y tipo 2 normalmente se pueden distinguir basándose en las circunstancias presentadas.

Si el diagnóstico es dudoso la prueba de anticuerpos puede ser útil para confirmar la diabetes tipo 1 y los niveles de péptido C pueden ser útiles para confirmar la diabetes tipo 2, pues los niveles de péptido C son normales o altos en la diabetes tipo 2, pero bajos en la diabetes tipo 1. (GASTEIZ, 2008)

9. TRATAMIENTO

El control de la diabetes tipo 2 se centra en intervenciones del estilo de vida, la reducción de otros factores de riesgo cardiovascular y el mantenimiento de la glucemia en el rango normal.

La automonitorización de la glucemia en personas con diabetes tipo 2 recién diagnosticada puede usarse en combinación con educación, sin embargo, su beneficio en los que no usan insulina en dosis múltiples es cuestionable. El control de otros factores de riesgo cardiovascular, como la hipertensión, el colesterol alto y el micro albuminuria, mejora la esperanza de vida. La disminución de la presión arterial sistólica a menos de 140 mmHg se asocia con un menor riesgo de muerte y mejores resultados. El control intensivo de la presión arterial (< 130/80 mmHg) en oposición al estándar (< 140/85–100 mmHg) se traduce en una ligera disminución en el riesgo de derrame cerebral, pero no tiene efecto sobre el riesgo general de muerte.

La disminución intensiva de glucemia (HbA1c < 6 %) en comparación con la estándar (HbA1c de 7-7,9 %) no parece cambiar la mortalidad.^{60 61} El objetivo del tratamiento es típicamente una HbA1c de alrededor del 7 % o una glucemia en ayunas de menos de 7,2 mmol/L (130 mg/dL).

Sin embargo, estos objetivos pueden ser modificados previa consulta clínica profesional, teniendo en cuenta los riesgos particulares de hipoglucemia y la esperanza de vida. Se recomienda que todas las personas con diabetes tipo 2 reciban regularmente un examen oftalmológico. El tratamiento de la periodontitis en diabéticos puede dar lugar a una pequeña mejora en la glucemia.

La metformina generalmente se recomienda como tratamiento de primera línea, ya que hay cierta evidencia de que disminuye la mortalidad. La metformina no debe utilizarse en aquellos con severos problemas renales o hepáticos.

Entre otras clases de medicamentos se encuentran:

- Sulfonilureas,
- Tiazolidinedionas,
- Inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4
- Inhibidores de SGLT2
- Péptido similar al glucagón tipo 1

Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) previenen la enfermedad renal y mejoran los resultados en diabéticos; a diferencia de los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II).

Las inyecciones de insulina se pueden añadir a la medicación oral o usarse solas. Cuando la insulina nocturna es insuficiente, dos dosis diarias pueden lograr un mejor control.

Las insulinas de acción prolongada

- Glargina
- Detemir (GASTEIZ, 2008)

10. DIETA

La dieta es el pilar básico del tratamiento de la DM 2. Sin embargo, la evidencia sobre el tipo de dieta (calorías totales, composición por principios inmediatos, menús, raciones, intercambio, etc.) y la forma de conseguir la adhesión por parte del paciente a la misma continúa siendo un área que requiere evidencias sólidas para poder realizar recomendaciones firmes.

Los objetivos del tratamiento dietético en la diabetes incluyen el logro de un peso adecuado, con el mantenimiento de los niveles de glucosa lo más próximos al rango de normalidad, y la mejoría del perfil lipídico y de la presión arterial; todo ello teniendo en cuenta las preferencias personales y culturales de los pacientes.

Puesto que el 80% de los diabéticos tipo 2 tienen sobrepeso u obesidad, se debe considerar en primer lugar si el paciente precisa una dieta hipocalórica.

Las recomendaciones generales acerca de la proporción de principios inmediatos en la dieta, tanto para pacientes con sobrepeso como con normo peso, no son diferentes de las de la población general. Los paneles de recomendación de las diferentes guías mantienen, para las personas diabéticas, la proporción de 50%-60% de aporte de las necesidades energéticas en forma de hidratos de carbono, un 15% en forma de proteínas y menos del 30% en forma de grasas. (GASTEIZ, 2008)

10.1 ALIMENTOS

Dentro de los hidratos de carbono encontramos 2 grupos que se deben tener en cuenta en la alimentación de las personas con diabetes:

Azúcares: azúcar de mesa, algunos edulcorantes como la fructosa, frutas y zumos de frutas, leche y yogur, dulces, bebidas azucaradas, chocolate y productos de bollería o pastelería.

Almidones: presentes en los alimentos farináceos como arroz, pasta, patata, legumbres, pan, cereales, bollería y pastelería.

Parece razonable pensar que la cantidad de hidratos de carbono se debe adaptar a cada persona según sus características personales y especialmente sus niveles de actividad física. Así las cantidades de alimentos como pan, arroz, pasta o legumbres se deberán aumentar en personas que realizan ejercicio físico de forma habitual y reducir en aquellos otros más sedentarios.

Los edulcorantes artificiales son un grupo de sustancias que aportan sabor dulce a los alimentos sin aumentar el aporte en hidratos de carbono. De este modo, al utilizar estas sustancias en lugar del azúcar se reduciría la cantidad de hidratos de carbono ingeridos y con ello, se moderarán los niveles de glucosa en sangre.

El efecto directo del consumo de alimentos ricos en grasas (aceite, mantequilla, nata, frutos secos o partes grasas de animales) o en proteínas (carne, pescados, huevo, queso entre otros) es mucho menor en comparación con el consumo de alimentos ricos en hidratos de carbono (DIABETES, 2016)

10.2 EI EJERCICIO

El ejercicio físico ejerce sus efectos saludables al actuar sobre diferentes niveles que se comentarán brevemente. Uno de los cambios se produce en los propios protagonistas del movimiento, como son los músculos, las articulaciones y los huesos.

El ejercicio habitual aumenta la flexibilidad, la velocidad y la fuerza de contracción muscular mediante modificaciones anatómicas y fisiológicas: las fibras musculares aumentan en grosor y en número, mejoran su capacidad (enzimas y transportadores) para aprovechar la energía, y aumentan su vascularización para favorecer el aporte de los nutrientes y el oxígeno. El ejercicio mejora los movimientos de las

articulaciones. Respecto a los huesos, el ejercicio físico favorece el depósito de calcio, lo que constituye una de las armas más eficaces para prevenir la osteoporosis.

Y a que el ejercicio físico requiere un gasto energético, uno de los efectos beneficiosos del ejercicio físico se ejerce sobre el metabolismo de las grasas y de la glucosa. Es de destacar que la práctica habitual de ejercicio físico es la única medida no farmacológica capaz de elevar los niveles de colesterol HDL, el colesterol «bueno».

También los triglicéridos se reducen con el ejercicio físico continuado. Igualmente son bien conocidos los efectos beneficiosos del ejercicio físico sobre la hiperglucemia, que actúa en dos niveles fundamentales: por una parte, el ejercicio físico favorece el consumo de glucosa por el músculo por otra, es la única medida no farmacológica capaz de reducir la resistencia del músculo a la acción de la insulina.

Ambas acciones son muy beneficiosas para la diabetes, por eso el ejercicio físico es uno de los pies del trípode que, junto con la dieta y la medicación, debe sustentar un correcto tratamiento de la diabetes. (NOIALS, 2006)

10.3 VISITAS DE ENFERMERIA

El personal de enfermería tiene un papel fundamental en el control y en la educación de la persona diabética

- Anamnesis
- Hipoglucemias (número y circunstancias)
- Síntomas de hiperglucemia (poliuria, polidipsia)
- Calambres y parestesias
- Claudicación intermitente. Dolor torácico
- Lesiones en los pies

- Consumo de tabaco
- Evaluación del cumplimiento
- Alimentación
- Ejercicio
- Tratamiento farmacológico
- Higiene y cuidado de los pies

Objetivos terapéuticos (tratamiento y educación)

- Exploración
- Peso (IMC)
- Examen de los pies
- Presión arterial (decúbito y ortostatismo)
- Glucemia capilar (sólo cuando sea preciso)
- Examen de las zonas de punción
- Evaluación de la libreta de autocontrol
- Glucemias capilares
- Frecuencia y técnica de autoanálisis
- Registro de hipoglucemias
- Peso
- Educación diabetológica
- Programa educativo inicial
- Consejo mínimo para dejar de fumar
- Intervenciones anuales de refuerzo(GASTEIZ, 2008)

11 PREVENCIÓN

Vigilar el peso. El sobrepeso es un factor muy importante en el desarrollo de la diabetes; además, aumenta el riesgo de sufrir derrames cerebrales y ataques de corazón.

Reducir el consumo de calorías: comer menos alimentos con un alto contenido de grasa y azúcar y bebidas gaseosas y alcohólicas. Y evitar el tabaquismo

Hacer del ejercicio parte integral de una rutina diaria. Realizar un mínimo de 30 minutos en actividades que requieran esfuerzo físico. Además ayuda a controlar el peso, el ejercicio fortalece el sistema cardiovascular.

Aprender a relajarse y controlar la tensión emocional. Estas medidas reducen el riesgo de desarrollar diabetes y mejoran su estado general de salud.

12 MYRA ESTRIN LEVINE "MODELO DE LA CONSERVACIÓN"

Para Myra Estrin Levine, la salud está determinada socialmente. En su modelo deja explícito que la salud está predeterminada por los grupos sociales y no es solamente una ausencia de situaciones patológicas. Presenta a la persona de forma holística y como el centro de las actividades de enfermería.

Considera que el papel de la enfermera consiste en apoyar al individuo para que mantenga el mejor funcionamiento de todas sus partes, esto lo logrará mediante el cumplimiento de cuatro principios básicos a saber: Mantenimiento de Energía del Individuo; Mantenimiento de la Integridad Estructural; Mantenimiento de la Integridad personal; Mantenimiento de la Integridad social. (MODELOS, 2011)

Esta teórica que se menciona principalmente es manejada en esta investigación para los principios básicos que la enfermera debe saber, pero sobre todo poder manejarlos con los pacientes que muestran la patología de diabetes mellitus tipo II, para que así aplicar estos puntos básicos manteniendo su integridad al momento de cualquier intervención que le brinde.

13 NANCY ROPER, WINIFRED W. LOGAN, ALISON J TIERNEY

Estas tres enfermeras, elaboraron un modelo de enfermería basado en el modelo de vida. Pero previo a esto, se describieron unos Fundamentos básicos sobre las bases en las que se fundamentaban dichos modelos. Estos (resumidamente) son:

- La vida se describe como una mezcla de Actividades vitales
- Lo propio del individuo viene marcado por como realiza estas actividades
- El Ser Humano es valioso en todas sus fases de la vida, y va siendo progresivamente mas independiente hasta ser adulto
- La dependencia que pueda tener una persona no limita su dignidad.
- Hay unos factores que influyen en el conocimiento, actitudes y conducta del individuo: biológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales y político-económicos.
- Una persona enferma puede tener un problema real o potencial. A su vez, estos problemas surgen por diferentes hechos importantes que parecen querer satisfacer sus actividades vitales
- Problema potencial engloba además, de fomento y mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad.

- Las enfermeras deben ser en cierto modo educadoras de la salud, y su actuación, se basa en colaborar con el paciente, quien normalmente posee autonomía a la hora de tomar decisiones.
- Lo específico de la enfermera es prevenir, investigar, resolver o afrontar de forma positiva los problemas relacionados con las Actividades Vitales.

Aparte de todo estos principios fundamentales en los que en gran medida se basa su modelo de enfermería. Debemos indicar que es lo que entendían ellas por enfermería, y como hemos indicado antes, se centra básicamente en prevenir problemas potenciales.

Para explicar sus modelos es necesario primero definir algunos conceptos:

PERSONA: el centro de ambos modelos es la persona individual, dentro de un contexto influido por factores biológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales y político-económicos.

SALUD: se habla de independencia asistida. Una persona puede sentirse sana aun cuando tenga una discapacidad manifestada. El resultado que se espera es la adquisición y el mantenimiento de un estado de salud positivo

ENTORNO: el entorno incluye todo aquello que es físicamente externo ala persona.

Para entender el modelo que presentan Logan, Roper y Tierney hay que dividirlo en dos modelos diferentes pero plenamente unidos: el modelo vital y el modelo de enfermería. Estos dos modelos tienen cuatro conceptos principales que son: Actividades vitales, Tiempo de vida, Línea continua de dependencia e independencia y el análisis de la influencia que tiene sobre estos cinco grupos de factores amplios: factores biológicos, factores psicológicos, factores ambientales, factores socioculturales y factores político económicos. Teniendo en cuenta que la influencia de dichos factores es diferente en cada individuo, se ve obligado de distinguir un quinto concepto principal, que esta interaccionado con la influencia de los factores en cada individuo, se llama “individualidad vital”

- **Actividades vitales:** en este modelo se trata a la persona. Y como persona se caracteriza por las siguientes 12 actividades vitales: mantenimiento de un entorno seguro, comunicación, respiración, comida y bebida, eliminación, higiene personal y vestido, control de la temperatura corporal, movilidad, trabajo y ocio, expresión de la sexualidad y sueño.

En las actividades vitales, varían completamente de una persona a otra, porque están compuestos por numerosos elementos que destacan por la prioridad que establecemos todas las personas sobre unos o sobre otros. Esta idea de prioridad de unas actividades vitales, ante otro es esencial en la enfermería, porque tendremos que tratar la relevancia que tienen cada dato que hemos recogido de la persona a tratar

- **Tiempo de vida:** este concepto se define como el momento que transcurre entre el nacimiento y la muerte de las personas. Estos datos temporales se registran en la mayoría de los países, apuntando la causa del fallo, aun pudiendo así realizar predicciones de cada grupo de población.
- **Línea continua de dependencia e independencia:** aquí se estudia la dependencia e independencia de la persona. Es estudiada relacionando lo con cada actividad vital por separado. Se reconoce que hay fases de la vida en la que una persona todavía no ha perdido la capacidad de realizar las actividades vitales.
- **Individualidad vital:** aquí se estudian las influencias que tienen cinco factores a la hora de que la persona consiga satisfacer sus actividades vitales. Los factores influyentes, son los ya nombrados anteriormente: biológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales y político-económicos.

Durante estos modelos de enfermería, se hacen una serie de afirmaciones teóricas, las cuales son importantes para llegar a entender la importancia que tiene este modelo en torno a la enfermería y todo lo que la rodea. En el transcurso de su vida las personas requieren asistencia de enfermería. Las enfermeras deben ser conscientes de esta individualidad vital antes de evaluar una enfermería individualizada con estos objetivos:

- 1) Prevenir los problemas potenciales que pueden convertirse en reales
- 2) Mitigar o resolver los problemas reales
- 3) Afrontar positivamente los problemas que no puedan resolverse
- 4) Prevenir la reaparición de los problemas
- 5) Afrontar positivamente la muerte y el estado agonizante del paciente dolor de los allegados.

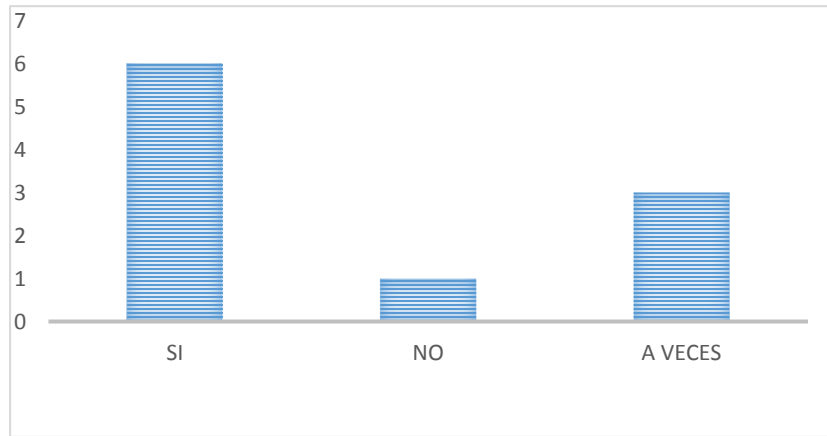
Esta teoría es un método lógico, en el que Roper, Logan y Tierney han aplicado la lógica inductiva partiendo de la observación de las situaciones asistenciales y de su análisis para desarrollar enunciados teóricos. Este modelo ha sido utilizado por numerosas clínicas, aunque también tuvo críticas negativas. La primera edición del libro en el que se explica este modelo fue en 1980, y entonces la expresión sexual era tabú en el Reino Unido, ahora las cosas han cambiado y se habla de ello con total libertad. En la segunda edición se presentaron una serie de factores; como el ejercicio personal (el modelo de enfermería puede ser utilizado por las enfermeras de cualquier especialidad y aplicado a cualquier paciente), formación e investigación.

Los modelos siguen siendo objeto de ampliaciones, cambio y tareas de depuración. Los conceptos que hayan perdido utilidad en la enfermería deberán ser eliminados.

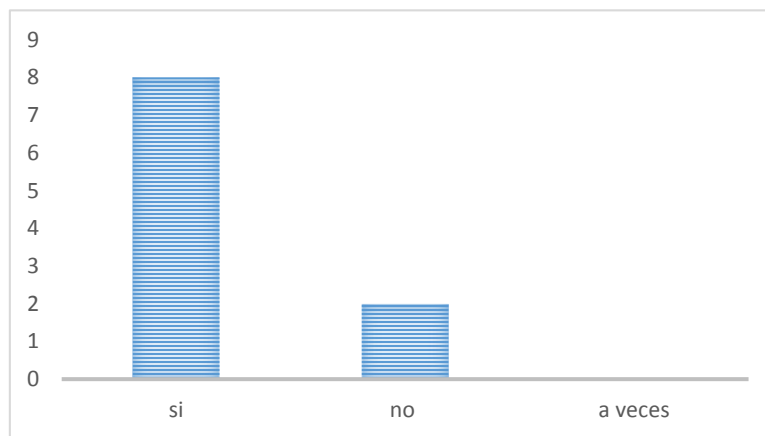
En estos modelos de los cuales se mencionan para que la enfermera conozca el afrontamiento de problemas en caso de que no brinde un buen trato digno al paciente, o al momento de alguna evaluación de calidad mantenga un indicador donde se mantenga afirmaciones teóricas bien establecidas pero sobre todo que su forma de intervención sea el adecuado sin dejar atrás su entorno del paciente y patología.

CAPITULO III. INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA.

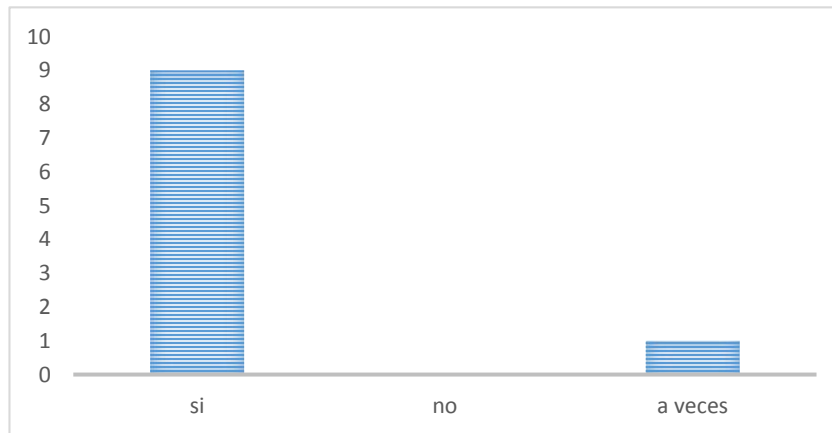
CUESTIONARIO PERSONAL DE ENFERMERIA



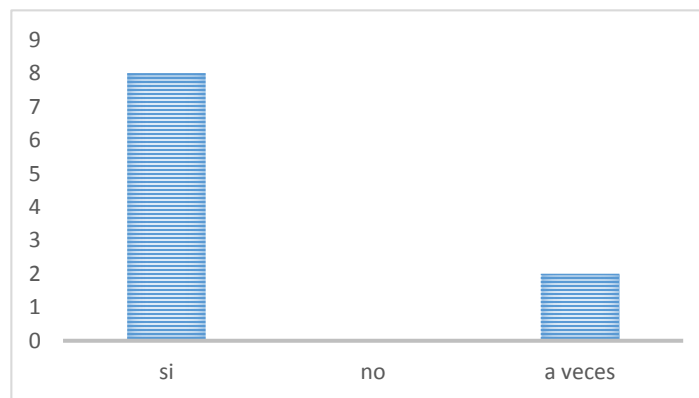
En este grafico se muestra la pregunta donde se le interroga al personal de enfermería sobre si se presenta con el paciente al inicio de su turno donde la mayoría de los encuestados menciona que sí, mientras que los demás mencionan que a veces debido a que no tienen el tiempo para hacerlo o simplemente se les olvida saludar al paciente.



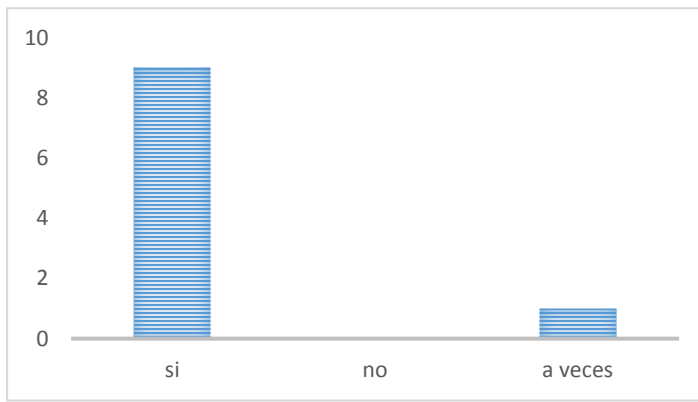
Esta grafica muestra si el personal de enfermería se dirige el paciente por su nombre donde la mayoría contesta que sí, y en menor porcentaje dice que no debido que mencionan que por la cantidad alta de pacientes que atienden no dedican el tiempo para llamarlos por su nombre.



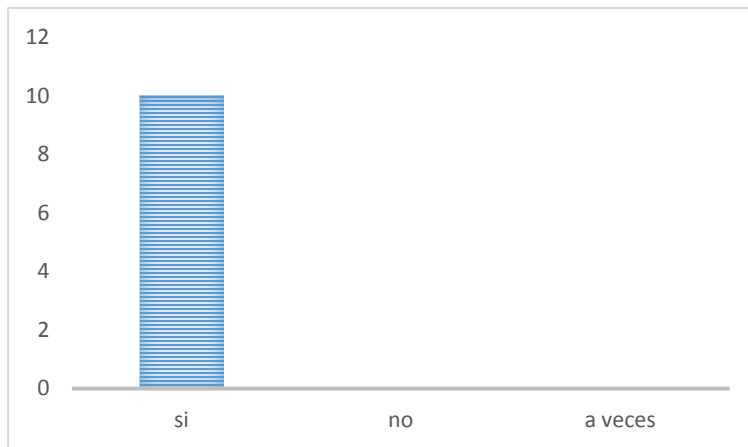
En esta grafica se interroga al personal de enfermería que si explica los cuidados del padecimiento que debe seguir el paciente donde la mayoría menciona que si, y el otro porcentaje menciona que a veces argumentando por el tiempo y cantidad alta de pacientes.



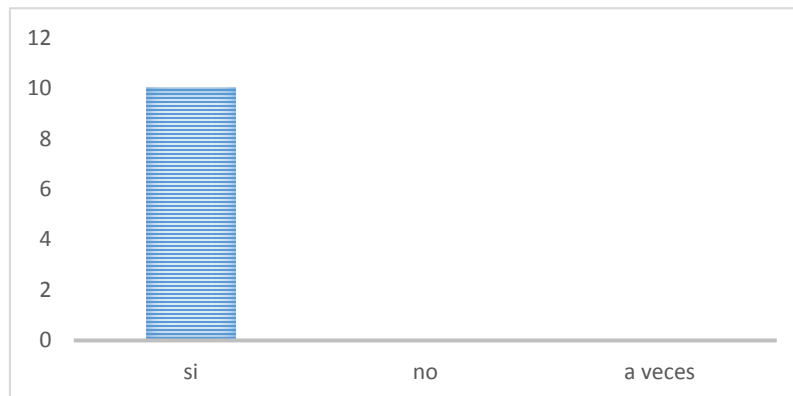
En este grafico se interroga al personal del personal de enfermería que si procura ofrecer las condiciones necesarias para respetar la intimidad del paciente donde la mayoría contesta que si para dar un buen trato digno, y el otro porcentaje dice que a veces debido a que la infraestructura no cuenta con lo necesario para hacerlo.



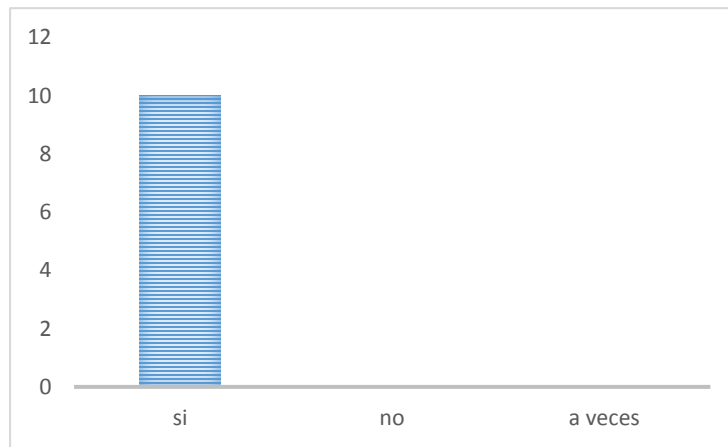
Se cuestiona al personal de enfermería si procuran brindar una estancia agradable donde menciona la mayoría que sí y la otra en ocasiones debido a la carga de pacientes y no tener buenas instalaciones.



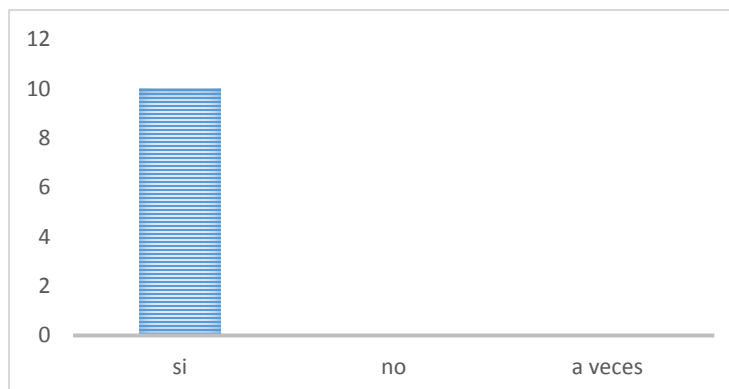
Esta grafica el cuestionamiento de enfermería es si brinda seguridad al paciente donde mencionan la mayoría que si procurando que su estancia este tranquilo el paciente.



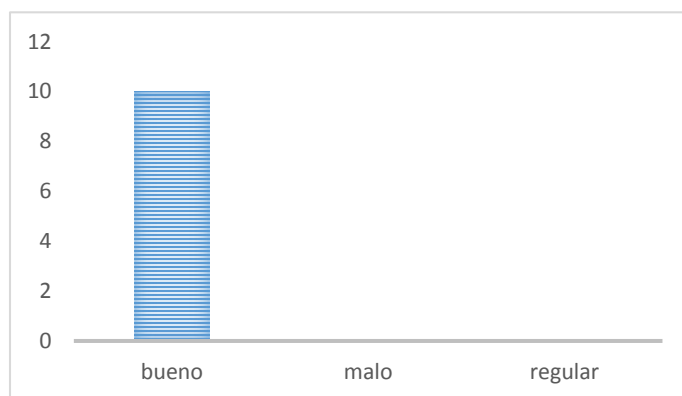
Se cuestiona al personal de enfermería si trata al paciente con respeto donde arrojan que siempre lo hacen manteniendo su profesión y respetando al paciente.



Se pregunta al personal de enfermería si brinda el apoyo e información de los cuidados junto con su familiar del paciente sobre su padecimiento donde la mayoría contesta que si debido a que siempre surgen dudas y tratan de aclarar lo más posible y para que tengan una recuperación de manera óptima y mas rápida.

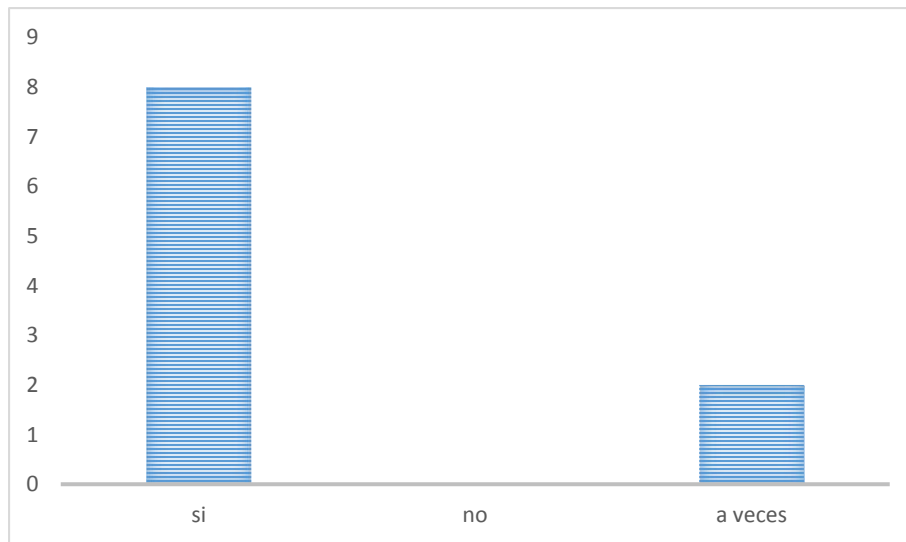


Se encuesta al personal de enfermería que si se encuentra satisfecha por el trato que brinda a los pacientes donde la mayoría manifiesta que si para brindar una buena atención y de mejor calidad posible.

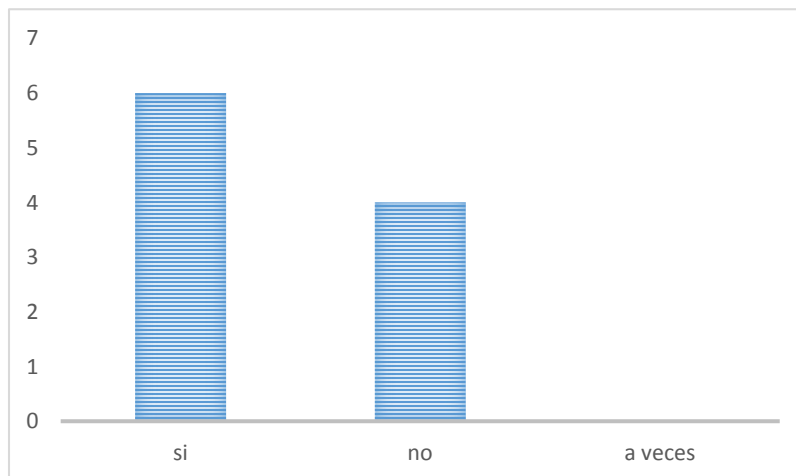


Se interroga al personal de enfermería que como considera el trato que proporciona al paciente con diabetes mellitus tipo II, donde la mayoría lo considera bueno por ser empáticos, por amabilidad porque consideran que las personas deben ser tratadas con equidad y sobre todo para que haya respeto.

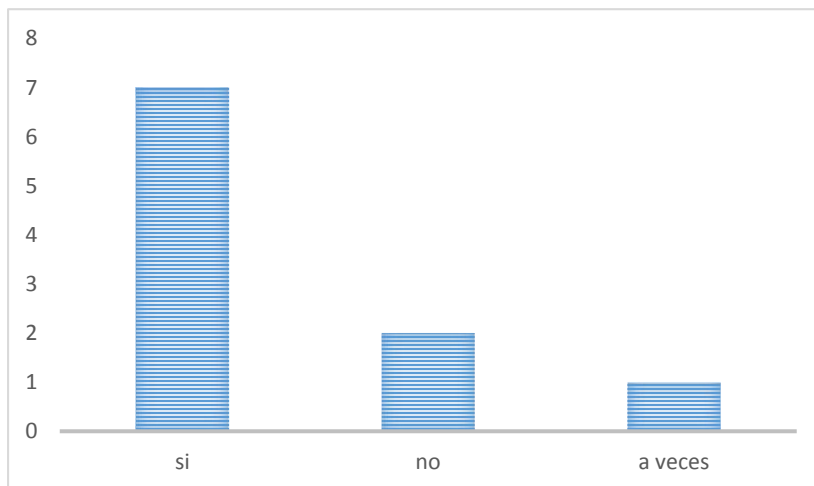
CUESTIONARIO PARA PACIENTES



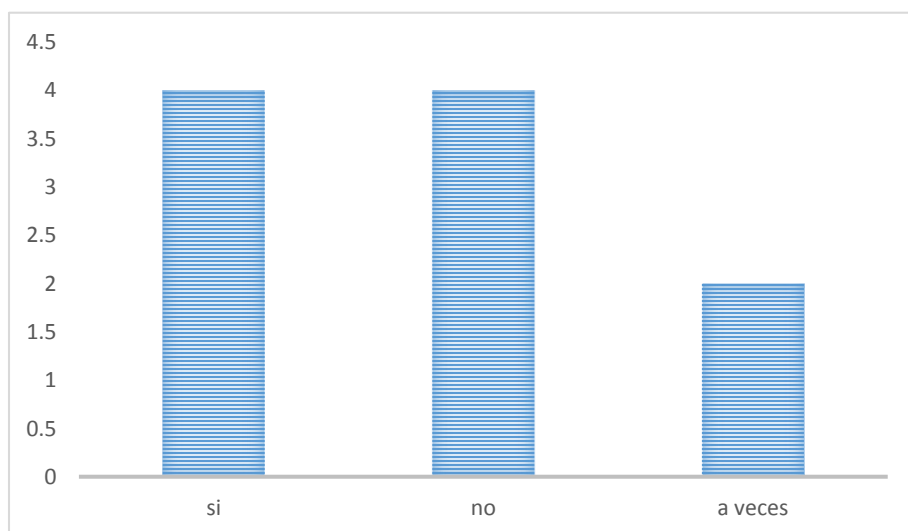
Se interroga a la paciente que si el personal de enfermería lo saluda de forma amable la mayoría menciona que sí y el otro porcentaje menciona que a veces argumentando que a veces la actitud del personal no es favorable, coincidiendo que el personal como ya lo menciono si cumple con saludar de forma amable a los pacientes.



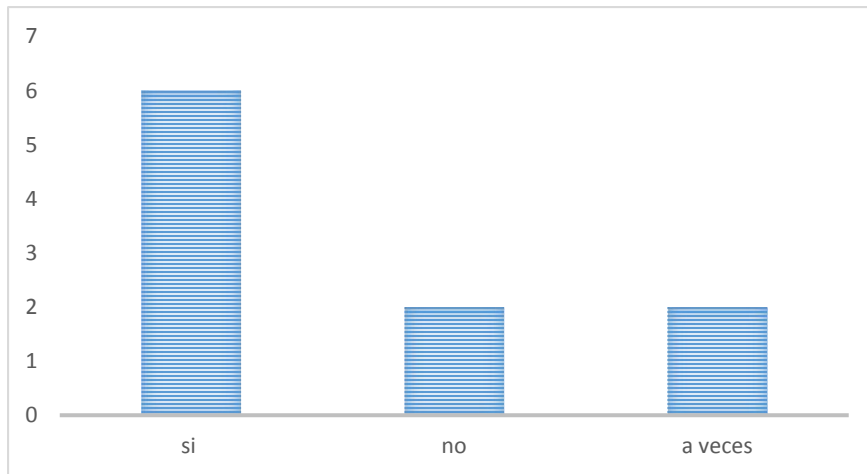
Se interroga al paciente que si el personal de enfermería se presenta con ellos dando como resultado que la gran mayoría si y el otro porcentaje dice que no que siempre están ocupados ya se con personal u en otras labores.



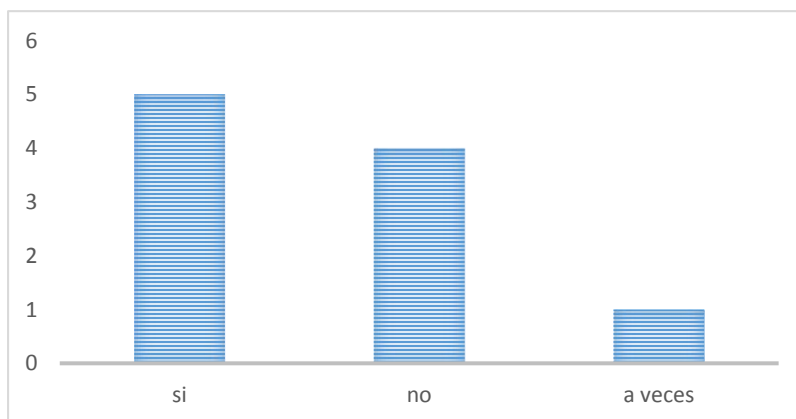
Se interroga al paciente sobre si el personal de enfermería se dirige por su nombre donde la mayoría menciona que sí y el otro porcentajes menciona que porque tienen muchos pacientes o simplemente se les olvida dando como conclusión que el personal de enfermería si coincide con sus contestaciones para brindar su atención.



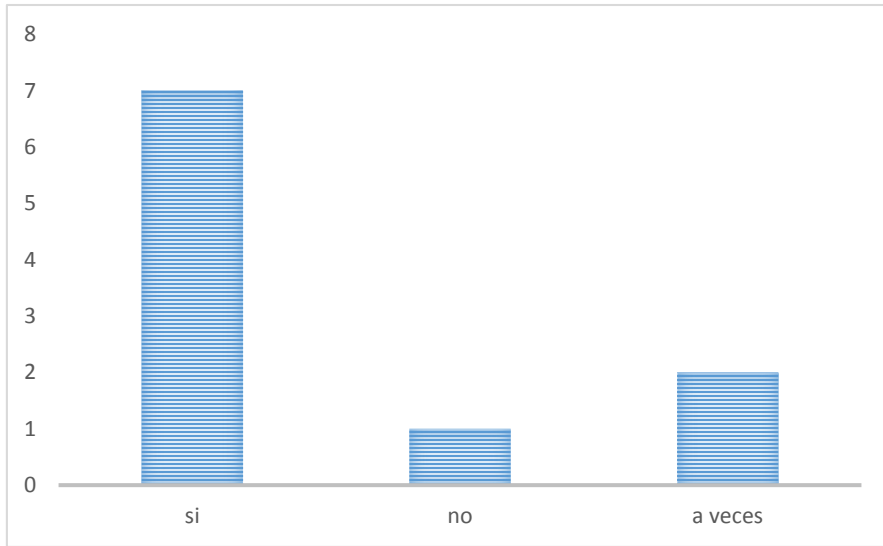
Se pregunta al paciente que si el personal de enfermería les explica sobre los cuidados y actividades que van a realizar sobre su padecimiento donde se puede ver que existe una igualdad entre sí y no y se puede concluir que en lo que menciona el personal de enfermería que si lo explica, no siempre lo hace.



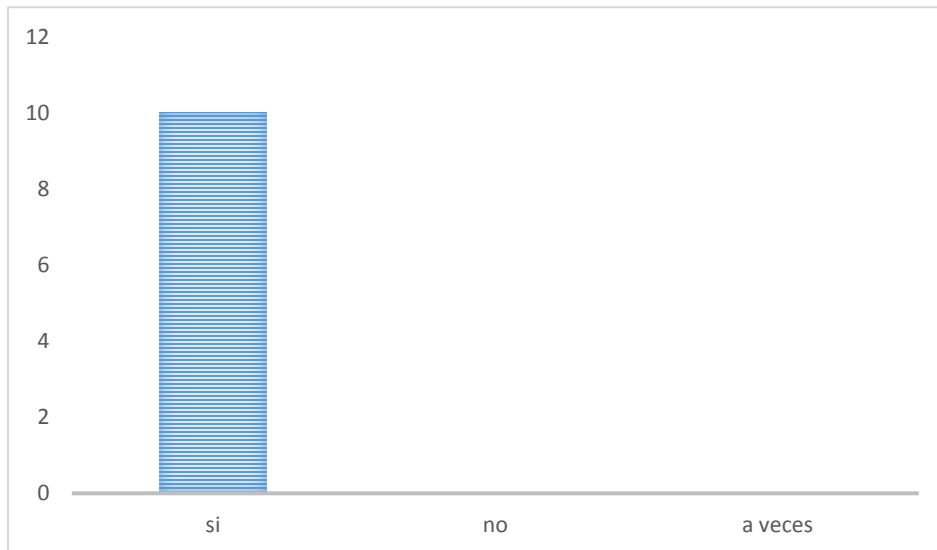
Se cuestiona al paciente si el personal de enfermería procura ofrecer las condiciones necesarias que guarden su intimidad la mayoría contesta que si y las otras partes mencionan que no lo hacen por el tiempo y mala infraestructura.



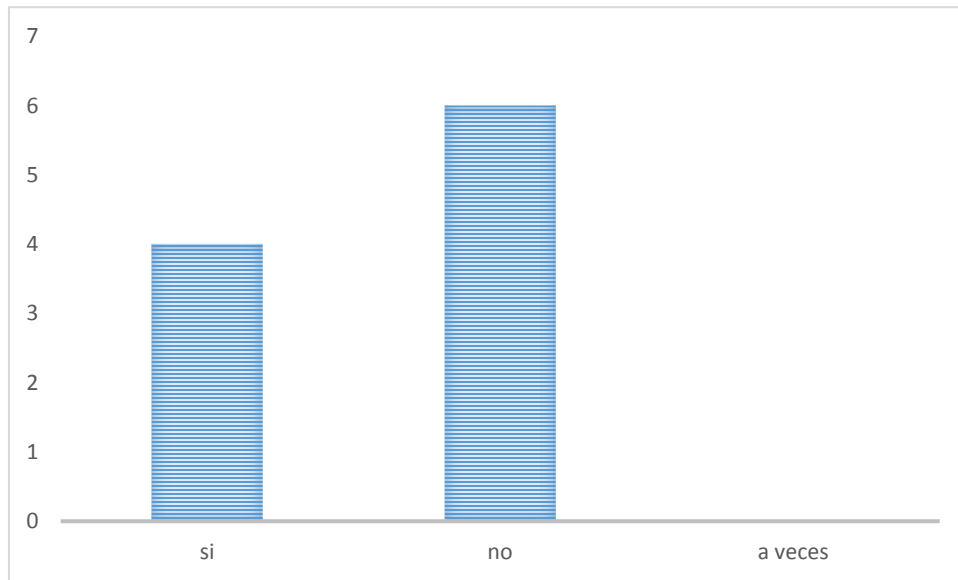
Se interroga al paciente que si el personal de enfermería le ofrece las condiciones necesarias para guardar su intimidad donde menciona la mayoría que sí y el otro porcentaje que no dice que por el mal tiempo y actitud del personal de enfermería.



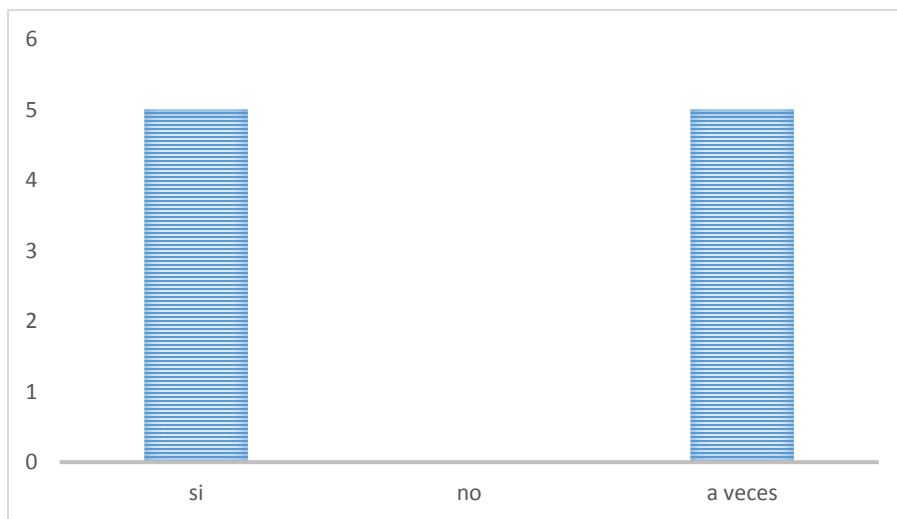
Se interrogo al paciente que si el personal de enfermería le brinda seguridad al atenderle y la mayoría menciona que si por el trato bien que le da y el otro manifiesta que muchas de las veces no por el poco tiempo que tiene.



Se interrogo al paciente sobre si en el departamento de enfermería lo trata con respeto donde todos manifiestan que si al momento de brindar su atención.



Se pregunta al paciente que si el personal de enfermería le enseña sobre los cuidados que debe tener junto con su familiar donde la mayoría menciona que no, debido a que no tienen el tiempo para darlo, y cabe concluir y mencionar que respecto a la encuesta que menciono el personal que si lo hacían el paciente menciona lo contrario.



Se cuestiona al paciente si está satisfecho con el trato que el personal de enfermería le brinda donde la mayoría contesta que si pero cabe mencionar que a veces no porque no tienen una buena actitud.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TEMA: TRATO DIGNO Y CALIDAD DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

Responsables: GIL TORRES MIRIAM

Asesora: M.P. Yanitzia Álvarez Reyes

En la Escuela de Enfermería Hospital Nuestra Señora de la Salud se está realizando un estudio sobre TRATO DIGNO Y CALIDAD DE ENFERMERIA EN PACIENTES MELLITUS TIPO II.

La información que usted proporcione será de mucha utilidad para la investigación, por lo cual se le invita a colaborar en este trabajo sin embargo su participación es voluntaria, de manera que usted está en su derecho de no participar si así lo desea, en caso de que usted requiere alguna aclaración podrá solicitarla en el momento.

La información que usted aporte será confidencial y únicamente será utilizada para los resultados de la investigación, quedando en anonimato su nombre y datos personales.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Habiendo contado con la información proporcionada sobre la investigación y habiendo tenido la oportunidad de hacer preguntas, de recibir respuestas que me dejen satisfecha y entendiendo que tengo derecho a no responder el cuestionario, sin que esto tenga consecuencias para mi trabajo, **ACEPTO** participar en la investigación.

Morelia, Michoacán 27 de marzo del 2017

Nombre y firma del participante

CAPITULO IV. Ética de Estudio

CODIGO DE ETICA PARA ENFERMERIA

CAPITULO I.

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo primero.- El presente Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

CAPITULO II.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LAS PERSONAS

Artículo segundo.- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo tercero.- Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo cuarto.- Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

Artículo quinto.- Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

Artículo sexto.- Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

Artículo séptimo.- Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

Artículo octavo.- Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

Artículo noveno.- Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.

CAPITULO III.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS COMO PROFESIONISTAS

Artículo décimo.- Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.

Artículo décimo primero.- Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.

Artículo décimo segundo.- Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.

Artículo décimo tercero.- Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

Artículo décimo cuarto.- Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.

Artículo décimo quinto.- Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.

Artículo décimo sexto.- Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente.

CAPITULO IV.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SUS COLEGAS

Artículo décimo octavo.- Compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y colegas de su profesión.

Artículo décimo noveno.- Dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal.

Artículo vigésimo.- Ser solidaria con sus colegas en todos aquellos aspectos considerados dentro de las normas éticas.

Artículo vigésimo primero.- Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de información fidedignas y actuales o buscar asesoría de expertos.

Artículo vigésimo segundo.- Mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos.

CAPITULO V

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SU PROFESION

Artículo vigésimo tercero.- Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.

Artículo vigésimo cuarto.- Contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.

Artículo vigésimo quinto.- Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada.

CAPITULO VI

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LA SOCIEDAD

Artículo vigésimo sexto.- Prestar servicio social profesional por convicción solidaria y conciencia social.

Artículo vigésimo séptimo.- Poner a disposición de la comunidad sus servicios profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia.

Artículo vigésimo octavo.- Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras.

DECALOGO DEL CODIGO DE ETICA

PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MEXICO

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

LEY GENERAL DE SALUD

TITULO QUINTO

Investigación para la Salud

CAPITULO UNICO

ARTÍCULO 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

I.- Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;

II.- Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;

III.- A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;

IV.- Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;

V.- Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y

VI.- A la producción nacional de insumos para la salud .

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.
Elaboración del protocolo.	+	+								
Elaboración del marco teórico			+	+						
Elaboración de instrumentos					+					
Prueba del instrumento						+	+			
Recopilación de información							+			
Análisis y ordenación de datos.								+		
Elaboración del informe final									+	
Exposición de los trabajos y datos.										+
Publicación del artículo.										+

CONCLUSIONES

Se determina que el trato que le brinda el personal de enfermería incidió negativamente con lo que refiere el paciente con diabetes mellitus tipo II dado que no muestra plena satisfacción con el trato que brinda enfermería.

La seguridad que le brinda el personal de enfermería al paciente con este tipo de padecimiento se le otorga de una manera eficaz donde el paciente se siente seguro al momento de cuestionar sobre su padecimiento.

La calidad que se brinda es buena dado que el personal de enfermería cuenta con instalaciones adecuadas para poder brindar un buen trato dado que muchas de las ocasiones por el alto porcentaje de pacientes que tiene que atender no se dan las condiciones óptimas para tal desempeño.

Se cumple con el objetivo de las actitudes que implementa el personal de enfermería, y que los limita para poder brindar una buena atención y trato digno al paciente con diabetes mellitus tipo II, dando a conocer su respuesta al momento que da a conocer los cuidados que este debe de seguir respecto a su padecimiento.

Por otro lado al comparar los análisis entre la calidad y el trato que brinda el personal de enfermería se llega a la conclusión de que existe una gran deficiencia entre el trato dado, ya que el personal no cuenta con buenas actitudes para brindar un buen trato digno, cabe mencionar que el personal menciona que si brinda un buen trato pero en el área de pacientes menciona que la mayoría de las ocasiones no se brinda como debería de ser.

Es debido a esto que se puede concluir que la calidad es buena al momento que el personal de enfermería se dirige hacia el paciente después de haber analizado el trato que se brinda ya que los estándares de no es acorde calidad es que el

personal de enfermería brinde los conocimientos necesarios que el paciente lo demande dando así una atención con calidad y calidez

En cuanto a las actitudes referidas por el paciente que toma el personal de enfermería cuando se interroga del tratamiento o los cuidados que debe seguir para la explicación de estos junto con su familiar existe una mala atención de calidad debido a que no se le brinda el conocimiento de estos.

La relación que hay entre la enfermera paciente es básica para un buen trato digno y calidad pero por cuestiones de alto porcentaje de pacientes que acuden al centro de salud "DR. JUAN MANUEL GONZALEZ URUEÑA", no siempre es favorable dado que no cuentan con las condiciones para guardar la intimidad al momento que hay una intervención o consulta médica dado que con la infraestructura que se cuenta no tiene el suficiente espacio lo cual la calidad disminuye siendo ya detectadas.

En relación a las actividades referidas al cuidado durante la administración del tratamiento las enfermeras siempre cumplen con las acciones relacionadas a la verificación de la orden médica, dando así un trato que el paciente exige, pero también donde el paciente tiene que respetar las obligaciones que se le marcan para poder recibir una atención oportuna.

Llegando también a la conclusión que para poder brindar una buena atención integral con calidad y calidez se requiere tener las mejores y máximas condiciones tanto de infraestructura como de actitudes personales, dado que es fundamental para que el usuario o paciente reciba la atención como se merece, y esto es uno de los principales obstáculos que atraviesa el centro de salud "DR. JUAN MANUEL GONZALEZ URUEÑA", dado que se carece de material de insumos como de infraestructura adecuada para la atención que el paciente necesita.

A lo largo de la presente investigación se logró mostrar el trato y la calidad que brinda el personal de enfermería del centro de salud "DR. JUAN MANUEL

GONZALEZ URUEÑA" la gran diferencia que existe entre la percepción que tiene enfermería de como brinda su atención y como el paciente lo maneja de diferente manera concluyendo que cada vez es mayor la deficiencia de trato digno hacia los pacientes con diabetes mellitus tipo II devaluando también su calidad en servicio.

ANEXOS

GUIÓN METODOLÓGICO

TEMA	PREGUNTA	VARIABLES	DEFINICIÓN DE VARIABLES	OBJETIVOS	HIPÓTESIS
<p>Trato digno y calidad de enfermería en el paciente con diabetes tipo II en el centro de salud Dr. JUAN MANUEL GONZALEZ URUEÑA</p>	<p>¿Cómo es el trato digno y calidad de enfermería en el paciente con diabetes mellitus tipo II ?</p>	<p><u>Independiente:</u> Trato digno calidad</p>	<p>TRATO DIGNO:: Son aquellas percepciones que el paciente tiene acerca del personal de enfermería. El trato digno debe de seguir criterios importantes como la presentación del personal, su actitud hacia el paciente, así como la información que le brindará al mismo respecto a su estado de salud. Todo esto englobado en una atmósfera de respeto mutuo.</p> <p>CALIDAD: Se concibe como la atención</p>	<p>GENERAL: Conocer el trato digno y calidad que le brinda en enfermería al paciente con diabetes mellitus tipo II</p>	<p>El trato digno y la calidad que brinda al personal de enfermería a los pacientes diabéticos tipo II no son favorables por las actitudes que el personal de enfermería muestra al momento que brinda su atención e intervención durante su estancia durante su consulta.</p>

			oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios	
		<u>Dependiente:</u> Paciente con diabetes mellitus tipo II.	PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO II: Es el paciente que padece de un trastorno metabólico que se caracteriza por hiperglucemia (nivel alto de azúcar en la sangre) en el contexto de resistencia a la insulina y falta relativa de insulina.	ESPECIFICO: <ul style="list-style-type: none"> • Analizar el trato digno y calidad del paciente. • Describir los tipos de actitudes que toma la enfermera en sus intervenciones.

Explique: _____

5. ¿PROCURA DENTRO DE LO POSIBLE SEA AGRADABLE LA ESTANCIA DEL PACIENTE?

SI NO A VECES

Explique: _____

6. ¿USTED BRINDA SEGURIDAD AL PACIENTE?

SI NO A VECES

Explique: _____

7. ¿USTED TRATA CON RESPETO AL PACIENTE?

SI NO A VECES

Explique: _____

8. ¿BRINDA EL APOYO E INFORMACIÓN DE LOS CUIDADOS JUNTO CON SU FAMILIAR DEL PACIENTE SOBRE EL PADECIMIENTO?

SI NO A VECES

Explique: _____

9. ¿SE ENCUENTRA USTED SATISFECHA POR EL TRATO QUE BRINDA A SUS PACIENTES?

SI NO A VECES

Explique: _____

10. ¿CÓMO CONSIDERA EL TRATO QUE PROPORCIONA AL PACIENTE?

BUENO

MALO

REGULAR

Explique: _____

GLOSARIO

TRATO DIGNO: Relación que tiene una persona con otra u otras No tenemos trato desde que terminamos la universidad. Forma de interactuar una persona con otra u otras Tenemos buen trato con el jefe. Manera de usar una cosa

CALIDAD EN SALUD: La Calidad es aquella cualidad de las cosas que son de excelente creación, fabricación o procedencia, Calidad describe lo que es bueno, por definición, todo lo que es de calidad supone un buen desempeño.

ACTITUDES: La actitud es un procedimiento que conduce a un comportamiento en particular. Es la realización de una intención o propósito.

POLITICAS: El término proviene de la palabra griega polis, cuyo significado hace alusión a las ciudades griegas que formaba los estados donde el gobierno era parcialmente democrático.

INDICADOR: Indicador es algo que indica o que sirve para indicar. Este verbo, por su parte, refiere a significar o mostrar algo con señales o indicios.

SEGURIDAD DE PACIENTE: es un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud.

REGLAS DE OPERACIÓN: Regla es un término que deriva de la lengua latina (regula) y que tiene múltiples usos. Puede tratarse de una herramienta hecha con un material sólido que permite realizar mediciones o dibujar una línea recta.

ACREDITACION: Acreditación es el proceso y el resultado de acreditar. Este verbo puede referirse a aquello que es merecedor de crédito o consideración, o a la acción de documentar de manera fehaciente que alguien tiene el derecho de realizar una determinada tarea o de permanecer en un cierto lugar.

CONACAS: es el de Mejorar la calidad de la atención y seguridad del paciente en los servicios de salud, cuya línea de acción se traduce en Institucionalizar la

Gestión de la Calidad y Seguridad a través del Comité Nacional por la Calidad en Salud.

CECAS: Los Comités Estatales de Calidad pretenden coordinar y alinear los esfuerzos en el ámbito de la calidad de los servicios de salud, pero en los casos específicos de las entidades federativas, en congruencia con la Política Nacional de Calidad en Salud.

ATENCIÓN EN SALUD: la atención es una cualidad que ostenta la percepción y que hace las veces de filtro de los estímulos ambientales, evaluando cuáles resultan ser los más relevantes e importantes, atribuyéndoles en este sentido la prioridad para luego recibir un procesamiento más profundo.

GESTOR DE CALIDAD: Promueve, asesora y da seguimiento a los proyectos y las acciones de mejora continua, Coordina el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, Refuerza la acción directiva para contribuir al otorgamiento de servicios de calidad del establecimiento de Salud.

CONVENIOS: conoce como convenio al contrato, convención o acuerdo que se desarrolla en función de un asunto específico.

DIABETES: Es una enfermedad crónica en la cual el cuerpo no puede regular la cantidad de azúcar en la sangre.

INCIDENCIA: La incidencia puede ser esencialmente definida como el número de nuevos casos de enfermedad que se presentan en una situación más o menos específica en un determinado período de tiempo.

AUTOMONITORIZACIÓN: Un método mediante el cual una persona puede determinar la cantidad de glucosa que tiene en la sangre sin necesidad de recurrir a un laboratorio.

BIBLIOGRAFÍA

- (CONACAS), C. N. (2013).
- (DGCES), D. G. (2017).
6. Suñol R, H. C. (2012).
- CALIDAD, S. (2012).
- CECAS. (2013).
- centinela, M. (2006).
- Cerón, M. E. (2006).
- Competitividad, M. N. (2003).
- DIABETES, F. D. (2016).
- Enfermería, M. M. (s.f.). *Vol. 04 No. 1.*
- Enfermería, Medicina, Revistas Médicas, Salud. (2002). *Vol. 04 No. 1.*
- Fernández, E. (2003).
- GASTEIZ, V. (2008). SANIDAD Y GUIA DE PRACTICA DE DIABETES TIPO II.
- INTERNACIONAL, F. (2003).
- Lauro, J. (2004).
- LEY GENERAL DE SALUD* . (s.f.). Obtenido de <http://www.conamed.gob.mx>.
- LOPEZ, M. J. (2013). *BOLETIN DE EPIDEMIOLOGIA EN EL PRIMER TRIMESTRE.*
- M., D. J. (s.f.).
- MODELOS, E. Y. (2011).
- no.4, S. p. (2003).
- NOIALS, A. (2006).
- OMS. (2016).
- Palomino, A. G. (2012).
- pública, S. (2003). Salud pública Méx vol.45 no.4. *Salud pública Méx vol.45 no.4.*
- ROE, e. (2011).

Salud, D. G. (2012).

SALUD, O. M. (2011).

salud, s. d. (2012). PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012.

Suñol R, H. C. (2012).

VARELA, D. J. (2012). ACREDITACION .

PAGINAS WEB:

http://www.hraeoaxaca.salud.gob.mx/media/119298/PROTOCOLO_DE_TRABAJO_DIGNO.pdf

Revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/98

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-t5.htm>

<http://hannyibarra.blogspot.mx/2012/02/trato-digno-de-enfermeria.html>

<https://es.scribd.com/doc/100331554/CALIDAD-TOTAL-EN-ENFERMERIA>

<http://spazioinwind.libero.it/assicurazionitaliano/diabetico.htm>

LIBROS:

DIABETES

Autor : Rosas Guzmán. Juan

Materia : Diabetes

Editorial : Intersistemas

Año : 2014

Edición : 2da

Idioma : Español

DIABETES SIN PROBLEMAS

Title Diabetes Sin Problemas. EL Control de la Diabetes con la Ayuda del Poder del Metabolismo.

Author Frank Suarez

Publisher eBookIt.com, 2015

ISBN 0978843762, 9780978843762

Length 895 pages

SAKUD Y NUTRICION EN LA DIABETES

ISBN: 9788415968481

Tema: Salud y Dietas - Salud y Nutrición

Editorial: OBELISCO

Fecha publicación: 2014

Páginas: 248

Idioma: Español

DIABETES NUCA MAS

ISBN: 9781418582883

Tema: - Libros sin catalogar

Editorial: NELSON

Fecha publicación: 2014

Páginas: 128

Idioma: Español

Formato electrónico: EPUB

CONVIVIR CON LA DIABETES

ISBN: 9789688606452

Tema: Materias Preclínicas - Medicina general

Editorial: PAX MEXICO

Fecha publicación: 2005

Páginas: 187

Idioma: Español

MANUAL DE EDUCACION EN DIABETES

ISBN: 9788499696621

Tema: Medicina general y especialidades - Endocrinología

Editorial: DIAZ DE SANTOS

Fecha publicación: 2013

Páginas: 212

Idioma: Español

Formato electrónico: PDF (380928KB)

GUIA DE DIABETES

ISBN: 9786074572087

Tema: Libros sin catalogar - Libros sin catalogar

Editorial: GAIA EDICIONES

0

NORMAS DE CONTROL DE CALIDAD

ISBN: 9786078384136

Tema: Economía - Contabilidad

Editorial: EDITORIAL LA CRUZ

Fecha publicación: 2014

Páginas: 408

Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD Han

Gary TL, Genkinger JM, Guallar E, Peyrot M, Brancati FL. Meta-analysis of ran

domized educational and behavioral interventions in type 2 diabetes. *Diabetes Educ.*

2003;29(3):488-501.

Ellis SE, Speroff T, Dittus RS, Brown A, Pichert JW, Elasy TA. Diabetes patient edu

cation: a meta-analysis and meta-regression. *Patient Educ Couns.* 2004;52(1):97-105.

van Dam HA, van der HF, van den BB, Ryckman R, Crebolder H. Provider-patient interaction in diabetes care: effects on patient self-care and outcomes. A systematic

review. *Patient Educ Couns.* 2003;51(1):17-28.

Montori VM. Review: interventions focusing on patient behaviors in provider-patient interactions improve diabetes outcomes. *ACP J Club.* 2004;140(2):51.

Norris SL, Engelgau MM, Narayan KM. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care.*

2001;24(3):561-87.

Chodosh J, Morton SC, Mojica W, Maglione M, Suttrop MJ, Hilton L, et al. Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. *Ann Intern Med.* 2005;143(6):427-38.

Norris SL, Nichols PJ, Caspersen CJ, Glasgow RE, Engelgau MM, Jack L, et al. Increasing diabetes self-management education in community settings. A systematic

review. *Am J Prev Med.* 2002;22(4 Suppl):39-66.

Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams RD. Group based training for self-ma

agement strategies in people with type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(2):CD003417.

Dalmau Llorca MR, Garcia BG, Aguilar MC, Palau GA. Educación grupal frente a individual en pacientes diabéticos tipo 2. Aten Primaria. 2003;32(1):36-41.

Karter AJ, Ackerson LM, Darbinian JA, D'Agostino RB, Jr., Ferrara A, Liu J, et al. Self-monitoring of blood glucose levels and glycemic control: the Northern California Kaiser Permanente Diabetes registry. Am J Med. 2001;111(1):1-9.

Nathan DM, McKittrick C, Larkin M, Schaffran R, Singer DE. Glycemic control in diabetes mellitus: have changes in therapy made a difference? Am J Med. 1996;100(2):157-63.

Welschen LM, Bloemendal E, Nijpels G, Dekker JM, Heine RJ, Stalman WA, et al. Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes who are not using insulin. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(2):CD005060.

Home glucose monitoring makes little difference in type 2 diabetes. J Fam Pract. 2005;54(11):936.

Sarol JN, Jr., Nicodemus NA, Jr., Tan KM, Grava MB. Self-monitoring of blood glucose as part of a multi-component therapy among non-insulin requiring type 2 diabetes patients: a meta-analysis (1966-2004). Curr Med Res Opin. 2005;21(2):173-84.

Farmer A, Wade A, Goyder E, Yudkin P, French D, Craven A, et al. Impact of self monitoring of blood glucose in the management of patients with non-insulin treated diabetes: open parallel group randomised trial. BMJ. 2007;335(7611):132.

Oria-Pino A, Montero-Pérez FJ, Luna-Morales S, del Campo-Vazquez P, Sánchez-Guijo P. Efectividad y eficacia del autoanálisis de la glucemia capilar en pacientes con DM 2. Med Clin (Barc). 2006;126(19):728-35.

O'Kane MJ, Bunting B, Copeland M, Coates VE; on behalf of the ESMON group. Efficacy of self monitoring of blood glucose in patients with newly type 2 diabetes (ESMON study): randomised controlled trial. BMJ. 2008 Apr 17. [Epub ahead of print].

