
UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO



FACULTAD DE ENFERMERIA.



TESIS:

**ESTILO DE VIDA DE LAS MUJERES CON DIABETES MELLITUS TIPO II EN
LA COLONIA SOLIDARIDAD DE MORELIA MICHOACAN**

PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIATURA ENFERMERIA

PRESENTA:

CORTES SALINAS RIGOBERTO

ASESORA: MAESTRA EN ENFERMERIA BARBARA MONICA LEMUS

COASESORA: MAESTRA EN ENFERMERIA ANA CELIA ANGUIANO

MORELIA, MICHOACAN A OCTUBRE DEL 2014

DIRECTORIO

Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela
Directora

M.E.Ruth Esperanza Pérez Guerrero
Secretaria Académica

M.C.E Roberto Martínez Arenas
Secretario Administrativo

DEDICATORIA

A DIOS TODOPODEROSO

Por permitirme culminar con éxito el esfuerzo de todos estos años de estudio. Para Él mi agradecimiento infinito.

A MIS PADRES:

MIGUEL CORTES Y JUANA SALINAS †

Por ser el pilar fundamental en mi vida, por todo su esfuerzo y sacrificio, lo que hizo posible el triunfo profesional alcanzado. Para ellos mi AMOR, OBEDIENCIA Y RESPETO.

A MI ESPOSA:

KAREN ADRIANA ANDRADE.

Por ser una persona excepcional. Quien me ha brindado su apoyo incondicional y ha hecho suyos mis preocupaciones y problemas. Gracias por tu amor, paciencia y comprensión.

A MI HIJO:

SANTIAGO KALEB CORTES

Por ser lo más grande y valioso que Dios me ha regalado, quienes son mi fuente de inspiración y la razón que me impulsa a salir adelante.

A MIS HERMANOS/AS.

Por su ayuda y apoyo incondicional que me brindaron en los momentos que más lo necesité, mis sinceros agradecimientos.

A MIS FAMILIARES Y AMIGOS/AS.

Que de una u otra forma me ayudaron y participaron para que lograra el presente éxito profesional. Gracias por sus palabras de aliento y fe en mí.

AGRADECIMIENTOS

*A LA UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
Por haberme otorgado la oportunidad de formarme como universitario en esta ilustre e histórica
institución.*

*A LA FACULTAD DE ENFERMERÍA
Por haberme permitido culminar con éxito mis estudios profesionales*

*A MI ASESORA DE TESIS M.E BARBARA MONICA LEMUS LOEZA
Por orientarme con especial dedicación, afecto y respeto.*

*A mis MAESTRAS Y MAESTROS por compartir sus conocimientos, impulsarme y facilitar
recorrer el camino del aprendizaje para llegar al final de mi formación profesional.*

TABLA DE CONTENIDO

| TEMAS | NUMERO DE PAGINA |
|---------------------------------------|---------------------------------|
| PORTADA | 1 |
| DIRECTORIO | 2 |
| DEDICATORIA | 3 |
| AGRADECIMIENTOS | 4 |
| TABLA DE CONTENIDOS | 5 |
| RESUMEN | 6 |
| ABSTRACT | 7 |
| I. INTRODUCCION | 8 |
| II. JUSTIFICACION | 10 |
| III. PLATIAMIENTO DEL PROBLEMA | 13 |
| IV. MARCO TEORICO | 14 |
| V OBJETIVOS | 41 |
| VI. METODOLOGIA | 42 |
| VII. RESULTADOS | 45 |
| VII.DISCUSION | 50 |
| XI. CONCLUSIONES | 52 |
| X. SUGERENCIAS | 54 |
| XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 55 |
| XII. REFERENCIAS CONSULTADAS | 63 |
| XIII. ANEXOS | 71 |

RESUMEN

Introducción La prevalencia mundial de la Diabetes Mellitus se ha incrementado en grado impresionante durante los dos últimos decenios en mujeres **Objetivo** Conocer el estilo de vida de mujeres adultas con Diabetes Mellitus tipo II en la colonia solidaridad de Morelia Michoacán. **Justificación** **Metodología**, Cuantitativo, descriptivo, transversal, y prospectivo, Muestra constituida por 27 mujeres adultas, instrumento adaptado del cuestionario de prácticas y creencias estilos de vida de Arrivillaga M. (2002). Validado por alfa de cronbach de .780 prueba piloto realizada en población con las mismas características **Resultados** al analizar estos datos de Diabetes Mellitus tipo II se presenta con más frecuencia a partir de 41 años y con este análisis nos damos cuenta que entre más edad más se presentan **Discusión** De acuerdo a la investigación de Chaparro 2009; donde se menciona la información que analiza la relación diabetes tipo II y ejercicio físico es abundante que está considerado uno de los pilares en el tratamiento **Conclusiones** los factores se asocian al estilo de vida de las mujeres con diabetes mellitus tipo II puede generar alteraciones en el cuidado que brinda las mujeres **Sugerencias** Dentro de un proyecto tan importante, siempre se desea que haya un mejora continua del mismo.

- **Introducción**
- **Objetivo**
- **Justificación**
- **Metodología,**
- **Resultados**
- **Discusión**
- **Conclusiones**
- **Sugerencias**

ABSTRACT

Introduction The global prevalence of diabetes mellitus has increased in impressive degree during the last two decades in women **Objective** To know the lifestyle of adult women with Type II Diabetes Mellitus in the solidarity of Morelia Michoacán colony. **Justification** **Methodology**, Quantitative, descriptive, transversal, prospective sample consisting of 27 adult women, the questionnaire instrument adapted practices and beliefs lifestyles Arrivillaga M. (2002) . Validated by Cronbach's alpha of .780 pilot conducted in populations with similar characteristics to analyze these data **Results** in Type II Diabetes Mellitus occurs most frequently from 41, with this analysis we find evidence that among older more **Discussion** According to present research Chaparro 2009; where information that analyzes the relationship type II diabetes and exercise is abundant mentioned is considered a cornerstone in the treatment **Conclusions** factors associated with the lifestyle of women with diabetes mellitus type II may generate changes in the care women offered **suggestions** Within such an important project , you always want to be a continuous improvement.

- **Introduction**
- **Objective**
- **Justification**
- **Methodology**
- **Results**
- **Discussion**
- **conclusions**
- **suggestions**

I. INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus tipo II es considerado un problema de salud pública, encontrándose entre las primeras causas de morbilidad y mortalidad en los pacientes hospitalizados, teniendo alto grado de complicación por los daños micro vasculares que se presentan, estos aspectos hacen imprescindible el reconocimiento precoz y oportuno de la enfermedad a través de exámenes específicos de screening, con el objetivo de implementar medidas tendientes a prevenir este desorden metabólico con etiología multifactorial (Consenso Nacional de Diabetes Tipo II, 2003).

Esta investigación se enfoca a determinar el estilo de vida de las mujeres que con este padecimiento y su influencia en el incremento de las complicaciones, en su mayoría ya presentan las complicaciones propias de la enfermedad y la deficiencia de la vida diaria.

El propósito de la investigación, fue tomar conciencia tanto por parte de las mujeres diabéticas, la familia, los allegados y la población en general sobre la importancia de la prevención de las complicaciones crónicas, mediante el reconocimiento temprano de las mismas, la intervención oportuna adecuada y eficiente, en este grupo de mujeres en su estilo de vida y la corrección de factores de riesgo, capaz de que se prevean medidas tendientes a evitar la complicación micro o macrovascular, dadas por la toxicidad de la hiperglucemia, desencadena el deterioro de los órganos de la economía humana, desencadenando retinopatía, nefropatía, neuropatía, y predisponiendo a la enfermedad cardiovascular, principal causa de muerte del paciente diabético

La educación tanto de la paciente diabética, su familia y la población sobre el estilo de vida que constituye el pilar fundamental en la prevención de las complicaciones funestas que esta patología encierra, tomando medidas preventivas, que conlleven a acciones consistentes en el fomento de conocimientos mediante una información adecuada que permita corregir los factores de riesgo en forma precoz y oportuna y la aplicación de un programa

de reconocimiento temprano de dichas complicaciones, por parte de las mujeres para que mejoren su vida diaria en beneficio de ellas mismas y de su familia, ellas mismas que debe aceptar la incurabilidad de esta enfermedad y la gravedad que conlleva el permitir que se desencadenen las complicaciones crónicas.

En el desarrollo de la investigación se combina la inducción, deducción, análisis y síntesis, apoyándose en los postulados que determinan la investigación Cuantitativa, descriptiva, siendo.

II. JUSTIFICACION

La Diabetes Mellitus tipo II es un problema de salud pública mundial con una elevada y creciente prevalencia. La Federación Internacional de Diabetes ha establecido que 366 millones de personas tuvieron diabetes en 2011 y calcula que para el año 2030 esta cifra habrá aumentado hasta alcanzar los 552 millones.

La afectación por este padecimiento es evidente en diversos indicadores de salud. En el rubro de egresos hospitalarios, los datos muestran que durante el año 2009 la diabetes fue la sexta causa de egresos hospitalarios en mujeres. Igualmente se observó a nivel nacional que durante el año 2010 la diabetes se convirtió en la segunda causa de mortalidad hospitalaria (OMS, 2011).

En México la Secretaría de Salud estima que la prevalencia se ha elevado hasta el 14.4%, con más de 5 millones de personas mayores de 20 años que padecen esta enfermedad, la cual aumenta con la edad, superando el 20% después de los 50 años (OMS 2012).

La prevalencia de Diabetes Mellitus tipo II en México ha aumentado progresivamente Sin embargo, las estadísticas indican que la mortalidad y la morbilidad cada vez son mayores, lo que hace que la búsqueda de nuevos fármacos para la diabetes se enfoque también a obtener beneficios alrededor de la reducción de factores de riesgo para otras enfermedades como la vascular cerebral, el infarto del miocardio o la hipertensión, y a considerar, a la par, el costo menor del medicamento. También es importante señalar que la atención médica se proporciona por lo general al enfermo crónico, que muy pocas veces se extiende a los demás integrantes de una familia, y que en países mesoamericanos y sudamericanos no se tiene una cultura preventiva para la conservación de la salud. durante los últimos seis decenios y de modo alarmante en los últimos 20 años, hasta alcanzar cifras de 10 a 20% en la infancia, 30 a 40% en la adolescencia y hasta 60 a 70% en los adultos. (SSA, 2012).

Aunque la prevalencia de la Diabetes Mellitus tipo I como la Diabetes Mellitus tipo II está aumentando en todo el mundo, cabe esperar que la del tipo II aumenta con más rapidez en el futuro a causa de la obesidad creciente y la reducción de la actividad física. (INEGI 2007).

En América Latina el número de personas con diabetes se calculó en 62.8 millones en el año 2011 y se espera que alcance los 91.1 millones en 2030. En México este padecimiento se ha convertido en el principal problema de salud, con una prevalencia de 14%. (INSP 2012)

En el año 2010 se registraron en el país más de 72 mil muertes por diabetes, ubicándose como la principal causa de muerte. Del total de decesos, 52.2% ocurrió en mujeres y 47.8% en hombres. (SINAIS, 2007)

La Secretaria de Salud del Estado de Michoacán de Ocampo reporto que la diabetes fue la segunda causa de mortalidad en edad reproductiva con una tasa de 41.8 por 100 ,000 habitantes en el año 2011. (SSM, 2012)

La afectación por este padecimiento es evidente en diversos indicadores de salud en Morelia . En el rubro de egresos hospitalarios, los datos muestran que durante el año 2009 la diabetes fue la sexta causa de egresos hospitalarios en mujeres y quinta en hombres en hospitales de referencia³. Igualmente se observó a nivel nacional que durante el año 2010 la diabetes se convirtió en la segunda causa de mortalidad hospitalaria⁴. También destaca este padecimiento como la causa más importante de amputación de miembros inferiores de origen no traumático, así como de otras complicaciones como retinopatía e insuficiencia renal (SSA, 2008).

La Colonia Solidaridad de Morelia Michoacán se ha venido incrementando el número de casos de Diabetes Mellitus tipo II generalmente debido a factores como la mala calidad de vida al tener una mala alimentación, y la falta de ejercicio, un factor importante que contribuye es la herencia genética, el uso de los medios de comunicación electrónicos como la televisión, computadora, radio si se parte de la evidencia que la Diabetes Mellitus tipo II puede ser generada tanto por un estilo de vida sedentario, como por la ingesta de alimentos hipocalóricos, podemos decir que la diabetes Mellitus tipo II es una consecuencia de la influencia de los medios de comunicación los cuales fomentan tanto el sedentarismo como el aumento de la ingesta hipocalórica, mal estilo de vida enfocado a las adultas jóvenes con esta enfermedad.(SSA,2011)

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La importancia de estudiar el estilo de vida de mujeres con diabetes Mellitus tipo II es una enfermedad cada día más frecuente en mujeres en edad adulta; Su prevalencia ha aumentado en el curso de los últimos años en relación con la mayor disponibilidad de nutrientes y con cambios en el estilo de vida: predominio de sedentarismo y disminución de la actividad física en mujeres la presencia de malos hábitos nutricionales. Es origen de trastornos físicos y psicológicos y tiende a auto perpetuarse con graves repercusiones sobre la morbilidad y mortalidad durante la vida adulta. (SSA, 2011)

La diabetes es como problema de salud pública a nivel mundial significa una gran preocupación, también los aumentos en las demandas de servicios de salud por las personas en los desgastes de la vida laboral de las mujeres.

Sus complicaciones agudas (hipoglucemia, cetoacidosis, coma) son consecuencia de un control inadecuado de la enfermedad mientras sus complicaciones crónicas (cardiovasculares, nefropatías, retinopatías, neuropatías y daños micro vasculares) son consecuencia del progreso de la enfermedad. (SSA,2012)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el dos mil once recuerda que una mala alimentación y la obesidad son dos factores importantes en esta enfermedad, que se produce cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el cuerpo no puede utilizar de forma efectiva esa insulina.

El azúcar en la sangre es un efecto común de la diabetes, que lleva con el tiempo a graves daños en muchos de los sistemas del cuerpo.

3.1. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es el estilo de vida de Mujeres Adultas con Diabetes Mellitus tipo II en la colonia solidaridad de Morelia Michoacán?

IV- MARCO TEORICO

4.1.1. Antecedentes históricos de la diabetes mellitus tipo II

De acuerdo a la investigación de Gregorio en 2008; La primera referencia por escrito, que comúnmente se acepta, corresponde al papiro encontrado por el epidemiólogo alemán George Ebers en 1873, cerca de las ruinas de Luxor, fechado hacia 1500 antes de era cristiana. Este papiro se conserva hoy en día en la biblioteca de la universidad de Leipzig (Alemania). En un rollo de papiro que al desenrollar medía 20 metros de largo por 25cm de ancho y en él está escrito todo lo que se sabía o se creía saber sobre la medicina. Un párrafo está dedicado a la extraña enfermedad, a la que siglos después los griegos llamarían diabetes.

Diez siglos después se encontraba en la India otra referencia, en el libro de Ayur Veda Suruta (veda significa ciencia) se describe una extraña enfermedad, propia de las personas pudientes, de obesos, de personas que comen mucho dulce y arroz cuya característica más peculiar es que se orina tenía un olor muy dulce, por lo cual la llamaron "madhumeha" (orina de miel); se explica también que esta enfermedad habitualmente afectaba a varios miembros dentro de una misma familia. Posiblemente esta sea la primera descripción de otras de las formas de presentación de la diabetes Mellitus tipo I y tipo II asociada en gran medida a la obesidad.

El nombre de diabetes es de origen griego y significa "pasa a través de", pero no ese está de acuerdo en quien la bautizó de esta manera. Unos piensan que fue Apolonio de Menfis mientras que otros señalan a Areteo de Capadocia. (Durrington, 2008.).

Si está claro que este último se aloja fatal evolución y desenlace de la enfermedad. Areteo interpretó así los síntomas de la enfermedad: a estos enfermos se les desase su cuerpo poco a poco y como los productos de desecho tienen que eliminarse disueltos en agua, necesitan orinar mucho. Esta agua perdida tenía que ser reemplazada bebiendo mucho. Como la grasa se funde poco a poco se pierde peso y como los músculos también van desasiéndose el enfermo se queda sin fuerza. (Avicena, 2001)

A pesar de sus grandes conocimientos, durante el imperio romano solo merecen destacarse a Celso, que hizo una detallada de la enfermedad y fue el primero en aconsejar el ejercicio físico, y Galeno y que interpreto que la enfermedad era consecuencia del fallo del riñón, que no era capaz de retener la orina. Esta idea permaneció en la mente de los médicos durante siglos. (Feliche, 2004)

La edad media sufre un importante vacío en cuestiones de ciencia y algunos aspectos de la cultura aunque podíamos citar a: (Paracelso, 2006)

4.1.2. Concepto de diabetes mellitus tipo II

Enfermedad sistémica, crónica-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se asocia con deficiencia en la producción o acción de la insulina, afectando el metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

La diabetes mellitus tipo II es un grupo heterogéneo de síndromes clínicos caracterizados por hiperglucemias. Puede haber carencia absoluta o relativa de insulina, o resistencia a su acción. Hay evoluciones clínicas distintas y regímenes terapéuticos diferentes; el común denominador es la hiperglucemia. La diabetes mellitus tipo II es un cuadro clínico que se caracteriza por perturbación del metabolismo de glucosa y otras sustancias calorígenas, así como la aparición tardía de complicaciones vasculares y neuropatías. (NOM-015-SSA2-1994).

La diabetes mellitus tipo II es un trastorno del metabolismo de los carbohidratos, lípidos y proteínas, que se asocian con una deficiencia absoluta o relativa de la secreción de insulina y grados variables de resistencia a la misma.

En su expresión clínica completa se caracteriza por hiperglucemia en ayuno, y en la mayoría de los pacientes con larga evolución, por complicaciones

vasculares microangiopáticas, especialmente en ojos y riñones; así mismo por una frecuencia aumentada de enfermedades macro vasculares, como son la cardiopatía isquémica, afección vascular periférica y neuropatía. (Marshall 2004).

4.1.3. Valoración inicial del paciente:

Descartar diabetes tipo I o secundaria. La determinación de anticuerpos contra el ácido glutámico decarboxilasa (anti GAD) ha demostrado ser útil en el diagnóstico de la diabetes tipo 1 de inicio lento en el adulto (tipo LADA). Estaría indicada su determinación en diabéticos adultos no obesos y de rápida progresión.

Preguntar por antecedentes familiares de diabetes y enfermedad cardiovascular precoz.

Determinar la presencia de otros factores de riesgo, especialmente los cardiovasculares: tabaquismo, hipertensión, obesidad y dislipemia.

Valorar el grado evolutivo de la diabetes: presencia de complicaciones crónicas.

Interrogar acerca del uso de medicamentos, sobre todo de aquellos que puedan influir sobre los niveles de glucemia.

Conocimientos y valores del paciente acerca de la enfermedad y su tratamiento. Analizar su actividad física, dieta, y el entorno familiar y social para determinar las posibilidades de actuación.

Examen de la función tiroidea mediante palpación y determinación de TSH en mujeres mayores de 50 años y/o presencia de dislipemia.

Examen de la boca y de la piel.

Nota: El resto de la anamnesis, exploración física y pruebas complementarias que se deben hacer en el momento del diagnóstico figuran en el epígrafe sobre frecuencia y contenido de las visitas. (Vaccaro , 2004)

4.1.4. Fijación de objetivos iniciales de control de acuerdo con el paciente

En principio deberíamos intentar conseguir que la HbA1c (hemoglobina glucosilada) se encuentre en valores alrededor o por debajo del 7%, dado que se ha demostrado que mediante el estricto control glucémico se reducen las complicaciones microvasculares (UKPDS 33, 1998), y a largo plazo, también las macrovasculares (Holman , 2008).

4.1.5. Síntomas

Los síntomas de la diabetes tipo II son similares a los de la tipo I, aunque muchas veces se presentan lentamente y pueden pasar desapercibidos por meses o quizá años. (Care, 1998)

Revisiones médicas regulares pueden ayudar a identificar la enfermedad e iniciar el tratamiento adecuado con el fin de evitar o prevenir las complicaciones. Los síntomas más comunes de la diabetes tipo 2 incluyen:

- 1: Sed excesiva
- 2: Orinar frecuentemente
- 3: Aumento de apetito
- 4: Visión borrosa
- 5: Fatiga
- 6: Heridas que no sanan
- 7: Azúcar en la orina
- 8: Piel reseca
- 9: Piquetes en los pies
- 10: Infecciones urinarias y vaginales frecuentes

4.1.6. Causas y factores de riesgo

La causa exacta de la diabetes mellitus tipo II aún siguen siendo desconocidas, pero con el rápido aumento del número de personas a quienes se les ha diagnosticado esta enfermedad en los últimos años, nuevas teorías e investigaciones se están desarrollando. (Mann , 1997)

Ciertamente, la historia familiar y la genética juegan un papel importante; si uno de sus padres tiene la enfermedad, usted tiene un alto riesgo de desarrollarla también. Los hijos de las personas con diabetes mellitus tipo II se deben medir sus niveles de azúcar anualmente.(AAD,1998)

Algunas investigaciones demuestran que el estilo de vida también juega un papel muy importante. Como cada vez la vida se vuelve más sedentaria, ha aumentado importantemente el número de casos de diabetes mellitus tipo II, especialmente en niños con obesidad e inactivos.

4.1.7. Otros factores de riesgo para tener en cuenta:

1: Las personas generalmente desarrollan diabetes mellitus tipo II después de los 45 años, pero en años recientes el promedio de edad de aparición de la enfermedad ha disminuido. La diabetes mellitus Tipo II ha empezado a presentarse en niños también.

2: La diabetes gestacional incrementa el riesgo de que la mujer desarrolle diabetes mellitus tipo II en los siguientes años en un 40%.

3: La raza y el grupo étnico juegan un papel muy importante en el riesgo de desarrollar la diabetes mellitus tipo II, especialmente los afro-americanos, los hispanos y los asiáticos.

4.1.8. Reduciendo el riesgo

En el 2002 el programa de prevención de diabetes, estudio clínico a gran escala llevado a cabo por el Instituto Nacional de Salud en Estados Unidos, encontró que:

-
- Los cambios en el estilo de vida, de alimentación y de ejercicio, así como la reducción de peso pueden prevenir o retardar la aparición de la diabetes. (Los participantes en el estudio hicieron ejercicio durante 150 minutos a la semana y bajaron de peso en un 7%).

Los participantes que cambiaron su estilo de vida redujeron el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en un 58%. (INS USA, 2002).

4.1.9. Actividad física y diabetes mellitus tipo II

De acuerdo a la investigación de Chaparro 2009; La información que analiza la relación diabetes tipo II y ejercicio físico es abundante y muy significativa. El ejercicio físico en un amplio abanico de posibilidades está considerado uno de los pilares en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo II, incluyendo desde hace ya algún tiempo, el entrenamiento de la fuerza (“resistance exercise” en la literatura inglesa). Las últimas conjeturas que enlazan diabetes y ejercicio físico acercan una visión más adaptada y específica para cada persona, enfocándose en niveles múltiples y tomando una perspectiva ecológica, reconociendo el papel del ambiente y las correlaciones entre los múltiples niveles, permitiendo examinar la interacción entre las dimensiones singulares de cada individuo con los componentes múltiples de su entorno, entendiendo a cada individuo como un sistema dinámico influido por el contexto. (Chaparro 2009).

4.2. ESTILO DE VIDA

Estilo de vida es la forma de vivir con la enfermedad y como se lleva para prevenir complicaciones a través de actividades físicas, la alimentación, medicación y así llevar un control que mejore la calidad de vida, a través de los cambios en el estilo de vida, así como la reducción de peso pueden prevenir o retardar la aparición de la diabetes mellitus tipo II.

4.2.1. Buena comida, alcohol, tabaco, agotamiento: factores de riesgo.

La higiene de vida depende mucho de una dieta equilibrada y razonable. Hay que evitar la sobrealimentación, tan frecuente en nuestra época. Comer cosas ligeras pero variadas. Lo ideal sería levantarse de la mesa todavía “con un poquito de hambre”. Las comidas demasiado abundantes conducen

directamente al exceso de peso, el cual aumenta el trabajo del corazón y de las articulaciones y predisponen a las enfermedades cardiovasculares. El obeso no cabe en la piel: ¡los kilos de más son muy difíciles de llevar! Hay que saber rechazar los estimulante so reducirlos al mínimo; en primer lugar, el alcohol, que casi siempre colabora en el exceso de peso y representa uno de los grandes factores de riesgo de accidentes cardiovasculares.

El tabaco es también muy nocivo. Deteriora el sistema respiratorio: disminuye la capacidad vital, provoca irritaciones de las vías aéreas superiores, bronquitis ligeras y luego crónicas, cáncer de laringe (1000 muertes por año) y del pulmón (15000 muertes por año).

4.2.2. Inactividad Física. La actividad física disminuye el riesgo de presentar diabetes mellitus tipo II. La realización de ejercicio (caminar a paso rápido de 30 a 45 minutos) 3 veces por semana está asociado con grandes reducciones en el riesgo del desarrollo y los beneficios son mayores en aquellas personas con alto riesgo de diabetes mellitus tipo II.

El efecto protector del ejercicio puede ser en la prevención de la resistencia a la acción de la insulina, y produciendo una mejor acción de la insulina en los tejidos muscular, adiposo (grasa) y hepático (hígado).

4.2.3. Tabaquismo. Estudios sobre el efecto agudo del fumar sobre la tolerancia a la glucosa demuestran que la respuesta metabólica en una prueba con carga (toma oral) de glucosa se altera, dando mayor incremento de glucosa en la sangre (hiperglucemia) con el fumar. Así mismo los fumadores suelen presentar un aumento de las concentraciones en la sangre de insulina y poca acción de la insulina en los tejidos musculares, grasos y del hígado, además las personas que fuman tienen elevación del colesterol (grasa) malo (LDL), y esta elevación del colesterol es un factor de riesgo también para el desarrollo de diabetes mellitus tipo II.

4.2.4. Urbanización. Ciertos cambios en el estilo de vida en grupo de población susceptible, pueden incrementar el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. La urbanización es generalmente relacionada a grandes cambios en el estilo

de vida, como son la alimentación, la actividad física, así como un incremento en la obesidad, la cual puede incrementar el riesgo de intolerancia a la glucosa y diabetes mellitus tipo II. (Alberti 2003).

4.3. La higiene de vida

De acuerdo a la investigación de Gregorio 2008 y para complementar más acerca del estilo de vida, encontramos sobre la “Higiene de vida”, esa expresión parece indicar coacciones y penitencias de toda clase. En realidad, la higiene de vida permite explotar mejor todos los recursos del cuerpo y la mente.

4.3.1. Dormir a horas regulares

El sueño ocupa más de una tercera parte de nuestra vida. Una persona de 75 años ¡ha pasado más de 25 años durmiendo! Pero nada puede remplazar el sueño, porque es indispensable para la recuperación física. Sin embargo, si el promedio se establece entre 7 y 8 horas por noche, la duración del sueño necesario es diferente para cada uno. La regularidad de la hora de acostarse es muy importante, pues las variaciones constantes de esos horarios trastornan los ciclos fisiológicos naturales. Por esto, el sueño será siempre de mejor calidad si viene regularmente con el mismo horario por razones de recuperación muscular y para preservación de la espalda, se aconseja dormir sobre un colchón duro. Así se permite al organismo “respirar un poco”, física y moralmente. La regularidad en los horarios diarios se debe conservar al máximo (horas de levantarse, de comer, de trabajar, de acostarse). Algunos estudios han demostrado que el trabajo por turno el cambio de horario cada 8 o días, perturba no solamente el sueño, sino ciertos ritmos biológicos naturales (Especialmente el de las secreciones hormonales). De ahí que la irregularidad del sueño y las salidas nocturnas se deben evitar. (Gregorio 2008)

4.3.2. Actividad física para luchar contra el sedentarismo.

Se recomienda caminar todos los días una media hora, no tomar el ascensor o la escalera eléctrica y hacer un poco de deporte los fines de semana. En conclusión, la higiene de vida es un poco de buen sentido y de voluntad para dominar los excesos de todo género... y ponerse unas “notas sobresalientes” por sentirse mejor. (Katzung, Bertram . 2007)

4.3.3. Recomendaciones alimentarias para diabéticos

- 1: Difundir y fomentar entre la población las siguientes recomendaciones:
- 2: Conocer los principios de la alimentación correcta y ponerlos en práctica.
- 3: Consumir mayores cantidades de verduras, frutas y leguminosas.
- 4: Dividir la dieta en tres a cinco comidas diarias.
- 5: Preferir los alimentos con alto contenido de hidratos de carbono complejos y ricos en fibra.
- 6: Moderar el consumo de alimentos ricos en grasas de origen animal y azúcares simples.
- 7: Reducir el consumo de sal. Para ello, evitar agregar sal a los platillos y aminorar el consumo de alimentos enlatados, en salmuera o encurtidos.
- 8: Si se consume alcohol hacerlo en forma medida (1 a 2 bebidas por día, cuando mucho).

4.3.4. Conseguir un peso cercano al ideal.

- 1.- minimizar el riesgo de hipoglucemia comiendo 5-6 veces por día (ideal 3 comidas y 2 colaciones).
- 2.- respetar los horarios de comidas y no saltarse ninguno.
- 3.- motivar el consumo de edulcorantes nutritivos; fructuosa y sorbitol; y no nutritivos: sacarina.
- 4.- vigilar los carbohidratos, proteínas altas y lípidos bajos.
- 5.- evitar el consumo de azúcares simples y sales.
- 6.- incluir cada día cantidad suficiente de cereales como pan integral.
- 7.- proteínas de alto valor biológico (aporte de aminoácidos esenciales en mayor cantidad).
- 8.- no más de tres huevos por semana.

-
- 9.- no más del 10% de las calorías provenientes de grasas, debe corresponder a grasas saturadas y el resto a no saturadas (poli insaturadas y mono insaturadas).
 - 10.- restringir el colesterol a menos de 300mg /día.
 - 11.- eliminar la grasa visible de carnes y aves antes de su cocción.
 - 12.- incluir legumbres (en reemplazo de los cereales), pastas alimenticias y arroz entre dos y cuatro veces por semana.
 - 13.- máxima 700mg de cereales integrales por porción.
 - 14.- incluir diariamente verduras en forma cruda (ensaladas).
 - 15.- administración de vitaminas (C, E, Y COMPLEJO B, ACIDO FOLICO), que permitirá mejorar la inmunidad y la visión al diabético.
 - 16.- limitar el aporte de Na a 1000kcal. De la ingesta total sin exceder de 3000mg/día.
 - 17 beber entre un litro a litro y medio de agua al día, (4-6 vasos).
 - 18.- bebidas sin azúcar de bajas calorías, consumirse en forma controlada.
 - 19.- mayor ingesta de fibra soluble en agua.
 - 20.- el consumo de productos para diabéticos debe ser controlados, consultado y recomendado por un especialista.

DISTRIBUCION

CHO= 55-60%

PROTEINAS = 15-20%

LIPIDOS= 25-35%.

4.3.5. Alimentos permitidos.

Carbohidratos

- 1: Lácteos descremados: leche descremada, yogurt y queso.
- 2: Cereales: integrales, panecillo, salvado, trigo, arroz, cebada, avena, papa (tubérculos).
- 3: Carnes: magras (res, pechuga de pollo sin piel, pescado blanco, ostión, salmones, atún, sardina)
- 4: Leguminosas: camote, frijol, garbanzo, lenteja, alubia, habichuela, chicharos, ejotes.

5: Verduras: brócoli, zanahorias, acelgas, espinacas, lechugas, coliflor, pimienta, calabacitas, tomates, ejote, cebolla, apio, garbanzos, tomate.

6: Frutas: melón, fresa, naranja, manzana, papaya, cítricos, uvas, piña, sandía, durazno, mamey, guayaba y tamarindo.

7: Grasas: aceite de oliva, soja, cártamo, crudos, margarinas, aguacates, aceites de pescado.

4.3.6. Alimentos no permitidos

1: Lácteos: leches enteras, queso Oaxaca, requesón, yogurt.

2: Cereales: refinados (harinas).

3: Carnes: cerdo, yema de huevo.

4: Frutas y verduras en jugo

5: Grasas: de coco, manteca de cerdo, mantequilla.

6: Oleaginosas: almendras, pistaches, nueces, cacahuates, semillas de girasol.

7: Bebidas: refresco, cerveza, pulque, o cualquier tipo de bebidas.

8: Comida chatarra y embutidos.

NUTRIENTES A VIGILAR

1: CHO = Azúcares simples

2: PROTEINAS = deben ser de origen animal/vegetal.

3: LIPIDOS = deben ser poli insaturados.

4: Mg = su deficiencia puede tener papel en la resistencia a la insulina.

5: sodio = reducido para proteger el riñón y evitar la insuficiencia renal.

6: hierro y cobre = mantener en niveles normales; por causa estrés oxidativo.

7: Vitaminas hidrosolubles y liposolubles. (Flores 2008).

4.4. Un estilo de vida saludable puede prevenir la mayoría de los casos de diabetes mellitus tipo II

De acuerdo con la revista de la menopausia nos brinda dato interesante sobre que Las mujeres pueden prevenir la mayoría de los casos de diabetes mellitus (DM) tipo II, adoptando un estilo de vida más saludable de acuerdo al estudio de las enfermeras (de Boston), un estudio de cohorte prospectivo de enfermeras que comenzó en 1976. Para este análisis cerca de 85.000

mujeres libres del diagnóstico de DM de base, fueron incluidas. Durante 16 años de seguimiento, aproximadamente, se presentaron 3.300 casos de DM. El sobrepeso u obesidad fue el factor individual predictor de DM más importante, aunque la falta de ejercicio, una dieta pobre, fumar y la abstinencia del uso de alcohol, fueron asociados con un aumento significativo del riesgo de diabetes aún después de ajustarse para el índice de masa corporal. En las mujeres con DM, 91% se podían atribuir a comportamientos en el estilo de vida. La cohorte de mujeres con el más bajo riesgo para DM (3.4% de la población del estudio) tenía un riesgo relativo de DM de 0.09 (95% IC, 0.05 _ 0.17). Se identificaron cinco factores dietarios y de estilo de vida como contribuyentes a su bajo riesgo de DM: teniendo un índice de masa corporal menor de 25, comiendo una dieta rica en cereales, fibra y grasas poli saturadas, involucrándose en actividad física moderada a vigorosa por lo menos durante 30 minutos diarios, absteniéndose de fumar y consumiendo cantidades moderadas de alcohol. (Charlton 2003)

Comentario. Este estudio provee buenas noticias acerca de los beneficios de un modo de vida saludable. Sus hallazgos relacionando el estilo de vida con la diabetes refuerzan los hallazgos del Programa de Prevención de Diabetes, un estudio clínico aleatorizado que fue terminado prematuramente porque el 58% de reducción de nuevos casos de diabetes en una población de alto riesgo que perdió el 7% de peso corporal y que hacía ejercicio 150 minutos por semana. Cuánto tiempo se puede demorar la aparición de la diabetes, no se sabe, pero indudablemente estas son buenas nuevas para cualquiera con una familia con historia familiar y factores de riesgo para diabetes mellitus tipo II (Stuenkel 2001)

4.4.1. Control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV)

Dentro de los objetivos de control tiene especial importancia el control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), porque aproximadamente el 65% de los diabéticos fallecen a consecuencia de una enfermedad CV, en parte debido a la propia diabetes (el riesgo CV se multiplica por dos en hombres y por cuatro

en mujeres), pero también debido a su frecuente asociación con otros FRCV como son la HTA, la dislipemia y la obesidad. (Juutilainen, 2005)

Aunque sin llegar al nivel de pacientes no diabéticos que padecen una enfermedad coronaria, por lo que se recomienda actuar agresivamente sobre todos los FRCV persiguiendo los mismos objetivos de control que en prevención secundaria. . (Bulugahapitiya, 2009)

Además también ha quedado demostrada la obtención de mayores beneficios en cuanto a morbilidad y mortalidad CV con el tratamiento agresivo de los FRCV en diabéticos- (Collins, 2003).

Se puede considerar un objetivo de buen control glucémico para todos los pacientes la consecución de una HbA1c < del 7%. Sin embargo dependiendo de las características de los pacientes el objetivo de control puede ser diferente (Gerstein, 2008)

Del mismo modo en pacientes de corta evolución, con larga expectativa de vida y sin presencia de complicaciones puede recomendarse un objetivo de control glucémico aún mas estricto (HbA1c<6,5%), siempre que éste se pueda conseguir sin generar hipoglucemia ni otros efectos secundarios (Patel ,2008)

4.4.2. Intervención terapéutica en la diabetes mellitus tipo II

Dado que la diabetes mellitus mellitus tipo II es una enfermedad crónica y progresiva, será preciso modificar el tratamiento de los pacientes a lo largo de su evolución de una manera escalonada. Si los objetivos glucémicos individualizados no se alcanzan en 2-4 meses, se debe intensificar la intervención para maximizar sus beneficios y avanzar al siguiente nivel de terapia. En el algoritmo de manejo terapéutico se resumen las recomendaciones de las guías de práctica clínica del Ministerio de Sanidad y Consumo. (MSC, 2008)

4.4.3. Dieta:

Cantidad de calorías adecuada a la actividad física, edad, sexo y situación ponderal.

Composición adaptada según presencia de factores de riesgo (HTA, dislipemia) o complicaciones macro y micro vasculares. En general se recomienda que entre un 45-65% del total de calorías de la dieta sean hidratos de carbono, 10-35% proteínas y 20-35% grasas (evitar ácidos grasos trans y reducir los saturados < 7%). En pacientes que reciben insulina rápida con las comidas es conveniente ajustar la dosis en función de las raciones de hidratos de carbono consumidas, por lo que los pacientes deben aprender a cuantificarlas(ADA, 1991).

Es recomendable el consumo de cereales integrales y alimentos ricos en fibra vegetal.

Se pueden permitir consumos moderados de alcohol con las comidas (máximo 2 unidades al día).

4.4.4. Actividad física:

Valorar la que realiza habitualmente y adaptar las recomendaciones a sus posibilidades y preferencias.

Considerar los riesgos que puede suponer sobre las complicaciones (cardiopatía isquémica, neuropatía, retinopatía, hipoglucemias, etc.)

Se recomienda realizar ejercicio aeróbico de intensidad moderada (50-70% de la frecuencia cardíaca máxima: 220 menos la edad en años), dependiendo de la situación basal de cada persona durante al menos 30 minutos y como mínimo 5 días a la semana (ADA, 2011).

4.5. Farmacoterapia

En la actualidad se dispone de siete grupos de antidiabéticos (además de la insulina) que poseen los siguientes mecanismos de acción:

Estimulan la secreción de insulina: sulfonilureas, secretagogos de acción rápida (glinidas), inhibidores de la dipeptidilpeptidasa IV y análogos del GLP-1 (glucagon-like peptide-1) (exenatida). (Nathan , 2009)

Disminuyen la resistencia a la insulina: biguanidas y glitazonas.

Reducen o enlentecen la absorción de la glucosa: inhibidores de las α -glucosidasas.(UKPDS, 1998)

4.5.1. Biguanudas

Inhibe la neo glucogénesis hepática. Es el fármaco inicial de elección en todos los pacientes con diabetes mellitus tipo II (salvo intolerancia o contraindicación). No produce aumento de peso, reduce de manera significativa las complicaciones macro vasculares y es el único antidiabético que ha demostrado una reducción de la mortalidad; (NICE, 2009).

Su efecto secundario más frecuente es la diarrea que se produce en torno a un 30% de los pacientes, la cual es dosis-dependiente y suele ser transitoria. Otros efectos secundarios menos frecuentes son náuseas, vómitos, dolor abdominal y pérdida de apetito. No produce hipoglucemia en monoterapia aunque puede agravar la producida por otros hipoglucemiantes. (Holman, 2008)

Contraindicaciones:

Insuficiencia renal (filtrado glomerular <50 ml/min) y hepática.

Insuficiencia respiratoria y/o cardíaca severa.

Embarazo o lactancia, cirugía mayor o enfermedad grave.

Alcoholismo.

Enfermedad aguda grave o cirugía mayor.

Durante 24 horas anteriores y posteriores al uso de contrastes yodados.

4.5.2. Sulfonilureas

Estimulan la secreción de insulina preformada en el páncreas. Reducen el riesgo de complicaciones micro vasculares y a largo plazo también las macro vasculares (Holman , 2008).

Sus efectos secundarios más frecuentes son el aumento de peso y las hipoglucemias (menor riesgo de hipoglucemia con glimepirida y gliclacida de liberación retardada). Los alimentos interfieren en su absorción (excepto

glimpirida) por lo que se administrarán al menos 30 minutos antes de la ingesta. (MSC, 2008)

Contraindicaciones:

Diabetes con déficit de insulina: tipo1 o secundaria a enfermedad pancreática.

Embarazo, cirugía mayor o enfermedad grave.

Antecedentes de reacciones adversas a sulfamidas.

Enfermedad hepática (si es leve puede usarse glipizida).

Enfermedad renal (si es leve-moderada puede usarse gliquidona, gliclazida y glimepirida). (NICE, 2009)

4.5.3.Glitazonas

En la actualidad solamente se comercializa la pioglitazona tras la retirada de la Rosiglitazona. Su acción se produce aumentando la captación y el uso de glucosa en músculo y tejido graso. Su eficacia es similar a la de las sulfonilureas y metformina. La pioglitazona redujo ligeramente los eventos CV en pacientes que ya habían tenido un evento previo (Dormandy , 2005).

Su principal indicación sería en combinación con metformina en pacientes obesos en los que ha fracasado la monoterapia con metformina. No producen hipoglucemias, sin embargo producen retención de líquidos que puede dar lugar a anemia dilucional, descompensación de una insuficiencia cardíaca ó edemas. También suelen producir un discreto aumento de peso. La pioglitazona tiene un efecto beneficiosos sobre el metabolismo lipídico ya que aumenta el HDL-colesterol y reduce los triglicéridos.

Contraindicaciones: diabetes tipo 1, embarazo o lactancia, insuficiencia cardíaca o hepatopatía (realizar controles de enzimas hepáticos). (Nathan, 2009)

Inhibidores de alfa glucosidasas

Actúan retardando la absorción de hidratos de carbono a nivel intestinal. Son útiles si existe hiperglucemia posprandial con glucemia basal no muy elevada.

La acarbosa ha demostrado una reducción de la aparición de eventos CV en un metanálisis (Hanefeld , 2004).

No producen hipoglucemias en monoterapia. Cuando se utilizan en combinación con sulfonilureas, glinidas o insulina pueden producirse hipoglucemias que se tratarán con glucosa oral, pero no con sacarosa (azúcar), debido a que está retardada su absorción. Su efecto secundario más frecuente es la flatulencia que se produce hasta en un 30% de los casos.

Contraindicaciones: embarazo o lactancia, trastornos gastrointestinales (trastornos absorción y digestión, enteropatías inflamatorias), insuficiencia renal severa o cirrosis.

Secretagogos de acción rápida: glinidas [repaglinida / nateglinida]

Producen una liberación postprandial de insulina pancreática a través de un receptor diferente al de las sulfonilureas. Carecen de estudios a largo plazo sobre reducción de complicaciones y mortalidad. Son ventajosos para el control de hiperglucemias posprandiales y tienen menor riesgo de hipoglucemias que las sulfonilureas. La repaglinida es más potente que la nateglinida. Se debe advertir a los pacientes que omitan la dosis si se saltan una comida debido a que producen una liberación rápida de insulina y de corta duración por lo que podría desencadenarse una hipoglucemia. También pueden ser útiles en pacientes con un horario y distribución de comidas irregular. Pueden ser utilizadas en pacientes ancianos y con insuficiencia renal. Sus efectos secundarios son hipoglucemias y discreto aumento de peso.

Contraindicaciones: diabetes tipo1 o secundaria a enfermedad pancreática, embarazo o lactancia e insuficiencia hepática. Repaglinida no debe asociarse con gemfibrozilo.

Inhibidores de la dipeptidil-peptidasa 4: inh. DPP-4

Actúan inhibiendo a la enzima DPP-4, la cual tiene como función degradar al péptido intestinal GLP-1, el cual se libera en el intestino ante la llegada de los alimentos produciendo la liberación de insulina pancreática e inhibiendo la de glucagón. Poseen como principal característica el control de la hiperglucemia sin producir incremento de peso y con una incidencia de hipoglucemias muy baja. Tienen una potencia hipoglucemiante moderada. Se administra en dosis única diaria (sitagliptina y saxagliptina) o en dos dosis (vildagliptina). Están indicadas en tratamiento combinado con metformina, sulfonilureas y pioglitazona, particularmente si existe riesgo significativo de hipoglucemia. La sitagliptina también está indicada en monoterapia (si intolerancia o contraindicación a metformina), en triple terapia (junto a metformina y sulfonilurea) y en combinación con insulina. En la actualidad no poseen estudios sobre su capacidad de reducir la aparición de complicaciones crónicas.

Contraindicaciones: diabetes tipo1 o secundaria a enfermedad pancreática, embarazo o lactancia e insuficiencia renal moderada o grave. La vildagliptina también esta contraindicada en caso de insuficiencia hepática o elevación de transaminasas.

La exenatida es un polipéptido con una estructura similar al GLP-1 intestinal, pero con modificaciones en su estructura que impiden su degradación por la enzima DPP-4, por lo que tiene una vida media prolongada. La exenatida incrementa la secreción de insulina glucosa-dependiente por la célula beta, de manera que deja de estimular su liberación en cuanto la glucemia se normaliza. Además también actúa inhibiendo la secreción de glucagón por las células alfa pancreáticas. Posee otros efectos que también son de utilidad como son el enlentecimiento del vaciado gástrico y la disminución del apetito. Reduce la glucemia de una manera eficaz con escasas o nulas hipoglucemias y produciendo además pérdida de peso, por lo que es una alternativa útil en pacientes obesos (IMC >35 kg/m²). Sus principales inconvenientes son la necesidad de administración por vía parenteral (subcutánea) dos veces cada día, su elevado coste y la elevada frecuencia de efectos adversos (nauseas en un 50% de los pacientes). En la actualidad no posee estudios sobre su

capacidad de reducir la aparición de complicaciones crónicas.

Contraindicaciones: Diabetes tipo I o secundaria a enfermedad pancreática, embarazo o lactancia y pancreatitis aguda o crónica.

4.5.4. Insulina

Indicaciones de insulinización:

Diabetes mellitus tipo I.

Diabetes Gestacional.

Diabetes mellitus tipo II:

Fracaso del tratamiento con antidiabéticos orales (HbA1c >7,5%) a pesar de combinación a dosis plenas.

Descompensaciones hiperglucémicas agudas.

Enfermedades intercurrentes: sepsis, IAM, cirugía mayor, traumatismo grave, intolerancia oral, insuficiencia cardiaca, hepática o renal aguda.

Embarazo.

Acetonuria intensa o pérdida de peso no explicable por dieta hipocalórica.

Condiciones previas a la insulinización: antes de instaurar el tratamiento con insulina el paciente y su cuidador deben saber. (Nathan, 2009)

Con una dosis de insulina:

Esta pauta se utilizará en pacientes con diabetes tipo II que ya no se controlan con antidiabéticos orales (ADOS). Para ello comenzaremos añadiendo a los ADOS una dosis de insulina intermedia (antes de acostarse) (Yki-Jarvinen, 1999) o una insulina prolongada (a cualquier hora). La dosis inicial será de 10 unidades internacionales (UI) o también 0,2 UI/Kg/ día. A continuación habrá que subir progresivamente la dosis de insulina hasta conseguir un buen control. El parámetro que nos va a dirigir en este proceso es la glucemia capilar en ayunas que deberá determinar el paciente mediante la realización de autocontroles.

Las modificaciones en el tratamiento insulínico se recomienda realizarlas suave y lentamente: se aumentará la dosis inicial en 2 UI cada 3 días hasta conseguir

que la glucemia en ayunas sea menor de 130 mg/dl. Si los valores están muy alterados (glucemia ayunas >180 mg/dl) se incrementará la dosis 4 UI cada 3 días. (Nathan , 2009).

Inicialmente mantendremos la misma pauta de fármacos orales que recibía el paciente (excepto rosiglitazona). El momento de ajustar los ADOs será cuando consigamos el control adecuado de la glucemia, entonces podremos retirar los ADOs, manteniendo siempre que sea posible la metformina y opcionalmente, dependiendo de la respuesta, también se puede mantener la sulfonilurea.

Al cabo de 3 meses de haber ajustado la insulina se determinará la HbA1c, si su valor es menor de 7,5% se mantendrá el tratamiento, si es mayor se iniciará el tratamiento con múltiples dosis de insulina.

Con múltiples dosis de insulina:

El objetivo de esta pauta es conseguir un control glucémico estricto a lo largo de todo el día. Básicamente podemos encontrarnos ante dos situaciones diferentes de partida:

Diabéticos tipo II a tratamiento con una dosis de insulina y metformina que presentan valores de HbA1c >7,5%, fundamentalmente a expensas de valores de glucemia postprandial elevados. En estos casos será preciso añadir insulina rápida (o ultrarápida) antes de las comidas.

Paciente que no recibían previamente insulina como puede ocurrir en: debut de diabetes tipo 1, diabetes gestacional o diabetes tipo LADA; aunque también puede ser necesario de manera temporal en diabéticos tipo II en el transcurso de enfermedades intercurrentes graves, descompensaciones agudas, presencia de cetonurias intensas, pérdida de peso o embarazo.

Por lo tanto el tratamiento con múltiples dosis de insulina se instaurará de distinta manera según la situación de partida:

Paciente con diabetes tipo II a tratamiento con una dosis de insulina prolongada y metformina. En este caso se mantiene el mismo tratamiento

añadiendo una dosis de insulina rápida (4UI) antes de las comidas en que la glucemia capilar posprandial sea mayor de 180 mg/dl a las 2 horas.

Paciente con diabetes tipo II a tratamiento con insulina intermedia y metformina. En este caso se puede:

Cambiar la insulina intermedia por prolongada procediéndose a continuación del mismo modo que en el supuesto anterior.

Añadir una segunda dosis de insulina intermedia antes del desayuno si la glucemia antes de la cena es mayor de 130 mg/dl. En este caso repartiremos la dosis de insulina que recibía (60% antes desayuno y 40% antes de la cena).

Si a pesar de recibir 2 dosis de insulina intermedia la HbA1c es mayor de 7,5% se puede cambiar por una mezcla de insulinas si las glucemias postprandiales del desayuno y la cena están elevadas, pudiendo añadirse además una dosis de insulina rápida antes de la comida del mediodía si la glucemia postprandial esta elevada.

Pacientes no tratados previamente con insulina. En este caso se comenzará administrando 0,2-0,3 UI/Kg/día de insulina en una sola dosis a cualquier hora si esta es prolongada o dos dosis de intermedia (60% antes del desayuno y 40% antes de la cena). En cuanto tengamos un buen control de las glucemias preprandiales se añadirá insulina rápida o mezcla igual que en los supuestos anteriores. También podrá añadirse metformina si procede.

Ejemplos de pautas con múltiples dosis insulina:

Rápida [Desayuno] *Rápida* [Comida] *Rápida*[Cena] *Prolongada*

Mezcla [Desayuno] *Rápida* [Comida] *Mezcla*[Cena]

Ajuste de dosis

El ajuste de la dosis se hará basándose en el resultado de los perfiles glucémicos. Como norma óptima se hará una determinación de glucemia capilar antes y dos horas después de cada comida principal (desayuno, comida y cena); seis en total (si recibe insulina intermedia o mezcla por la noche puede ser necesaria una determinación de madrugada con el fin de determinar la presencia de hipoglucemias nocturnas). Inicialmente mientras estamos ajustando la dosis de insulina se realizará un perfil cada 2-3 días,

posteriormente cuando el control sea adecuado se reducirá su frecuencia, recomendándose al menos un perfil cada semana en pacientes que buscamos un control intensivo.

Cada tipo de insulina se ajusta en función de un valor de glucemia capilar:

La dosis de insulina intermedia (mezcla) de la mañana se variará en función de la glucemia antes de la cena y la dosis de insulina intermedia (mezcla) de la cena en función de la glucemia en ayunas.

La dosis de insulina prolongada se ajustará siempre en función de la glucemia en ayunas.

La dosis de insulina rápida (o ultrarrápida) en función de la glucemia a las dos horas después de la comida correspondiente.

Las modificaciones en el tratamiento insulínico se recomienda realizarlas suave y lentamente:

La dosis inicial de insulina prolongada o intermedia (mezcla) se aumentará 2 UI cada 3 días (4 UI si valores glucemia >180 mg/dl), hasta conseguir que la glucemia en ayunas o antes de la cena (según cada caso) alcance nuestro objetivo <130 mg/dl.

La dosis inicial de insulina rápida (4UI) se incrementará a razón de 2UI cada 3 días hasta que la glucemia posprandial correspondiente sea menor de 180 mg/dl.

En primer lugar se controlarán las cifras de glucemia basales (antes desayuno, almuerzo y cena), y una vez que esto se consiga (<130 mg/dl) se procederá al control de las posprandiales hasta conseguir nuestro objetivo (<180 mg/dl). (Hansson , 1998)

Horario de comidas e insulina

Se recomienda administrar la insulina rápida o mezclas antes de las comidas, si es insulina rápida (regular) es recomendable administrarla 20 a 30 minutos antes y en el caso de las ultrarrápidas: lispro, aspart y glulisina, inmediatamente antes o incluso al finalizar la ingesta. En el caso de utilizar insulina prolongada, se puede administrar a cualquier hora. En el caso de utilizar una mezcla o intermedia se administrará antes del desayuno y antes de la cena.

Estos pacientes deben hacer 5-6 comidas al día: desayuno, media mañana, almuerzo, merienda, cena y al acostarse. Los horarios y cantidad de carbohidratos de las comidas deben de ser estables. Es preciso además considerar la actividad física. (Nathan, 2009)

La terapia combinada se basa en el aprovechamiento del efecto sinérgico de los diferentes mecanismos de acción de los fármacos. Además permite utilizar menores dosis, pudiéndose reducir la frecuencia o gravedad de los efectos adversos con una efectividad superior. Existen multitud de posibles combinaciones, sin embargo hay algunas que no se recomiendan como son: la combinación de una sulfonilurea con una glinida, glinidas con inhibidores de las alfa-glucosidasas o insulina con rosiglitazona. Existen multitud de posibles combinaciones pero las más recomendadas son:

Metformina - sulfonilurea: actualmente se acepta que esta combinación es el tratamiento de primera elección cuando fracasa la monoterapia, siempre y cuando no existan contraindicaciones o intolerancia a alguno de ellos.

Metformina - glinida: podría ser una alternativa a la asociación metformina+sulfonilurea (actualmente de elección y con mayor experiencia de uso) en pacientes con riesgo de hipoglucemias (p.e.: ancianos), con horarios de comida irregulares o en pacientes en los que predominan las hiperglucemias posprandiales.

Metformina - pioglitazona: aunque ambas tienen acción sobre la resistencia a la insulina, la metformina actúa preferentemente en el hígado y la pioglitazona en tejidos periféricos, por lo que su acción se ve potenciada. Además esta combinación produce tan solo un leve aumento de peso (menor que la pioglitazona en monoterapia) por lo que resulta de utilidad en pacientes con sobrepeso u obesidad. ;(ACCORD, 2010)

Metformina - inh. DPP-4: indicado en pacientes con problemas de aumento de peso o hipoglucemias con otras combinaciones.

Terapia combinada con tres fármacos orales: las combinaciones más recomendadas son las compuestas por metformina, sulfonilurea y: pioglitazona o un inh DPP-4. Estas podrían ser una alternativa a utilizar, temporalmente, en pacientes que no aceptan de ninguna manera la insulinización.

Exenatida - metformina: es una combinación útil en pacientes obesos (IMC >35 kg/m²) que no se controlan con fármacos orales en combinación ya que consigue reducir peso.

Insulina - metformina: esta asociación es de primera elección en pacientes que no se controlan con combinación de antidiabéticos orales, ya que se acompaña de una estabilidad en la evolución del peso, a diferencia del aumento que ocurre en el tratamiento con insulina en monoterapia.

Insulina - pioglitazona: es una asociación útil en aquellos pacientes con sobrepeso u obesidad en los que la metformina no se tolera o esta contraindicada.

Insulina - glinida: es una combinación similar a la de insulina con sulfonilurea aunque con menor experiencia de uso. Puede ser útil en pacientes con glucemias postprandiales elevadas. (Patel, 2007)

Tratamiento de otros factores de riesgo cardiovascular

Hipertensión arterial: el objetivo es reducir las cifras por debajo de 140/80 mm de Hg; (Cooper RM, 2010). En pacientes con cifras de tensión sistólica entre 130-139 mmHg ó tensión diastólica entre 80-85 mmHg deberán instaurarse cambios en el estilo de vida (dieta y ejercicio). Cuando las cifras tensionales sean \geq de 140 mm de Hg de sistólica u 85 mm de Hg de diastólica a pesar del tratamiento higiénico-dietético, deberá instaurarse tratamiento farmacológico (Mancia, 2009).

El tratamiento farmacológico inicial debe incluir un IECA; en caso de intolerancia o efectos secundarios se sustituirá por un ARAII. Si no es suficiente para alcanzar el objetivo se añadirá una tiazida (si filtrado glomerular (FG) >30 ml/min) o un diurético de asa (si FG <30 ml/min); en caso de seguir sin conseguirse el objetivo podrá añadirse un antagonista del calcio y si persistiese el mal control un β -bloqueante (Lindholm, 2002).

En diabéticos que hayan sufrido un infarto de miocardio y/o presenten insuficiencia cardíaca debería incluirse siempre un β -bloqueante debido a que ha demostrado una reducción de la mortalidad (Wiysonge, 2007)

Hiperlipidemia: la máxima prioridad en el tratamiento es reducir el LDL colesterol por debajo de 100 mg/dl, por ello en caso de no ser suficiente el

tratamiento higiénico-dietético (reducción de grasas saturadas, grasa trans, ingesta de colesterol, pérdida de peso si está indicada e incremento del ejercicio físico) las estas serán el tratamiento de primera elección (Pyorala, 1997). En diabéticos con un riesgo CV muy elevado (presencia de evento CV) se recomienda reducir el LDL colesterol por debajo de 70 mg/dl, para ello puede ser necesario asociar niacina, resinas, fibra tos o ezetimiba a las esta tina (ADA, 2011). En caso de existir un nivel de triglicéridos >350 mg/dl, será necesaria la utilización de un fibrato en mono terapia, o asociado a una esta tina si además presenta también niveles elevados de LDL-colesterol esta combinación debe utilizarse con gran precaución por el riesgo de miopatía, por lo que es preciso estar alerta, suspender el tratamiento y determinar la CPK ante síntomas de miositis; la combinación de pravastatina-fenofibrato parece ser la más segura) (Keech , 2005).

Tratamiento antia regante: aunque existen abundantes evidencias acerca del beneficio del tratamiento antia regante con ácido acetilsalicílico (AAS) en la prevención tanto primaria como secundaria de eventos cardiovasculares en personas de alto riesgo, no ocurre lo mismo en los individuos con diabetes. En estudios recientes se ha podido constatar su falta de eficacia tanto en la prevención primaria como secundaria de eventos cardiovasculares en diabéticos. (Calvin, 2009)

Parece que esto es debido a que en ellos existe una resistencia a la acción del AAS a nivel plaquetario. Por todo ello podemos concluir que en la actualidad no hay suficientes evidencias que sustenten la recomendación del uso de AAS en prevención primaria en diabéticos. (Belch, 2008)

Como alternativas se están estudiando la utilización de dosis mas elevadas de AAS (superiores a 300 mg/día) o su asociación o sustitución por otros antia regantes como son el clopidogrel o prasugrel (Duzenli, 2008)

Tabaquismo: todos los diabéticos fumadores deben ser advertidos del riesgo que supone para ellos el hábito tabáquico y se les debe estimular a su abandono. En estos pacientes pueden utilizarse sustitutos de nicotina (chicles, parches,), bupropion o vareniclina (Eisenberg, 2008)

En el caso de utilizar bupropion es preciso controlar la presión arterial y en el de vareniclina debe tenerse especial precaución en pacientes con alteraciones psiquiátricas subyacentes y suspender el fármaco si aparece cualquier síntoma depresivo (AGEMED, 2008).

Obesidad: a todo paciente diabético con sobrepeso u obesidad (IMC >25), se le debe instaurar una dieta hipocalórica y estimular a la realización de ejercicio de manera regular. Pérdidas de peso modestas en torno a un 5-10% del peso corporal es un objetivo eficaz y realista. También existen opciones farmacológicas como son el orlistat, la fluoxetina o la exenatida que pueden ayudar en la pérdida de peso.(NICE, 2009)

En aquellos sujetos con una edad comprendida entre los 20 y 60 años, que presentan una obesidad severa (IMC >35 kg/m²) y que no responde a ninguna terapia ha resultado ser una alternativa eficaz el empleo de la cirugía bariátrica, ya que se ha demostrado en ensayos clínicos una reducción importante del peso corporal (-20%), consiguiendo además mejorar de manera sustancial el control glucémico (reducción de 2 puntos la HbA1c), e incluso consiguiendo la remisión de la diabetes en un porcentaje importante de casos (Bucwald, 2009).

¿Cómo prevenir y tratar la nefropatía diabética?

En el estudio UKPDS se observó que el riesgo de aparición de complicaciones micro vasculares (nefropatía, neuropatía y/o retinopatía) se reduce en un 37% en 10 años por cada punto de descenso de la HbA1c e igualmente un 37% por cada 10 mm de Hg de descenso de presión arterial sistólica (Stratton IM,2000). Por lo tanto el correcto control de ambos factores es necesario para la prevención y ralentización en la evolución de las complicaciones micro vasculares. (UKPDS, 1998)

Diagnóstico precoz de nefropatía: se recomienda realizar una determinación anual de micro albuminuria por debajo de los 75 años. El despistaje se realizará mediante la determinación del índice albúmina/creatinina en una muestra de orina matutina. Ante la presencia de micro albuminuria, es preciso un control aun mas estricto de los factores de progresión: HTA, tabaco, dislipemias, prohibición de fármacos nefrotóxicos y tratamiento de las infecciones urinarias (Documento de consenso, 2002)

Cuantificación de la función renal: se recomienda realizar una determinación anual para detectar precozmente su deterioro y posteriormente valorar su evolución. Para su cálculo en diabéticos es preferible utilizar la ecuación del MDRD para valorar las ventajas de la creatinina sérica y para detectar insuficiencia renal oculta y poder reducir el riesgo de sobredosificación digitalica. MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal durante un año, en el que se analizaron las determinaciones de digoxina desde la base de datos del laboratorio (ambas nos permiten estimar su valor en función del sexo, la edad (años), la creatinina plasmática (mg/dl) o el peso (Kg) (Rigalleau , 2005).

Los distintos grados de insuficiencia renal vienen determinados por el nivel del filtrado glomerular . (Levey, 2003).

Control de la hipertensión arterial (HTA): su control estricto disminuye en un 29% el riesgo de progresión de la microalbuminuria. El tratamiento de elección de la HTA en diabéticos con micro albuminuria o nefropatía son los IECA o ARA II (Mann, 2008).

Control glucémico: en pacientes con nefropatía se recomienda un adecuado control glucémico (HbA1c $\leq 7\%$). En caso de insuficiencia renal severa pueden utilizarse insulina, glinidas y pioglitazona; no pudiendo utilizarse los restantes antidiabéticos.

Micro albuminuria sin HTA: es aconsejable la utilización de un IECA o ARAII.

En caso de insuficiencia renal moderada o grave es recomendable la restricción de proteínas por debajo de 0,8 gr/Kg de peso/día. (ADA, 2011)

Cuando se utilicen IECAS y/o ARA II en pacientes con nefropatía es preciso monitorizar los niveles séricos de potasio por el riesgo de hiperpotasemia.

Criterios derivación a nefrología:

Diabéticos con hipertensión refractaria al tratamiento.

Deterioro rápidamente progresivo de la función renal.

Hiperpotasemia que no cede tras la suspensión de IECA, ARA II o diurético ahorrador de potasio.

Pacientes con afectación severa de la función renal: filtrado glomerular < 30 ml/min.

V. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

Determinar el Estilo de Vida de Mujeres Adultas con Diabetes Mellitus tipo II

5.2. Objetivos específicos

5.2.1. Detectar el número de casos de Diabetes Mellitus Tipo II

5.2.2. Identificar la ocupación de las Mujeres que presentan Diabetes Mellitus Tipo II.

5.2.3. Definir el control sobre las cifras que Glucosa en sangre de las Mujeres que presentan Diabetes Mellitus tipo II.

5.2.4. Especificar el tipo de Actividad Física y Deporte y la cantidad del mismo que realizan.

VI.- METODOLOGIA

Tipo de estudio:

Cuantitativo, descriptivo, transversal, no experimental y prospectivo.

6.3. Universo de trabajo:

Se integró con 27 mujeres en la edad de 35 a 50 años con Diabetes Mellitus tipo II en la Colonia Solidaridad segunda etapa, de Morelia, Michoacán.

6.4. Muestra:

Se estructuró por conveniencia con 27 mujeres de 35 a 50 años que presentaron la diabetes mellitus tipo II de colonia solidaridad de Morelia, Michoacán.

6.5. Criterios de inclusión:

Mujeres de 35 a 50 años con diabetes mellitus tipo II de la colonia solidaridad de Morelia Michoacán.

6.6. Criterios de exclusión

- 6.6.1. Mujeres con complicaciones adversas a la enfermedad
- 6.6.2. Mujeres que no tengan tiempo por que trabajan
- 6.6.3. Mujeres con falta de disponibilidad
- 6.6.4. Mujeres que tengan problemas de audición
- 6.6.5. Mujeres con enfermedades adicionales a la diabetes mellitus tipo II

6.7. Criterios de eliminación:

Mujeres que no quieran participar en el estudio
Que no conteste el cuestionario completo.

6.8. variables

Dependiente: Diabetes tipo II

Independiente: Estilo de vida

6.9. Procedimientos:

El presente estudio inicio con la búsqueda de la bibliografía con la finalidad de conformar el marco teórico para sustentar la presente investigación, posterior a ello se indagó sobre la utilización de la escala de y los estudios relacionados; luego se conformaron las variables personales y laborales, realizando la operacionalización de cada una de ellas, la investigación para estructurar el instrumento y realizar las pruebas de validez y confiabilidad del mismo el instrumento utilizado se aplicó a las Mujeres 46 que fueron detectadas con la encuesta piloto y las cuales contaba con las características se requerían para la investigación, se aplicó de forma indirecta es decir que el encuestador en este caso los responsables directos de la investigación aplicaron el cuestionario de forma oral a las participantes, se respeto la confidencialidad y el anonimato y datos de los casos ya detectados con el fin de avanzar en la recolección de los datos deseados con un cuestionario adaptado del cuestionario de prácticas y creencias sobre Estilos de Vida.

Para acceder a los sujetos de estudio, se solicitó la autorización de las instancias correspondientes para llevar a cabo el proyecto, una vez presentado y aprobado, se explicó a las señoras los objetivos de la investigación haciendo énfasis en que los cuestionarios serian de carácter anónimo, que su participación era voluntaria, que no conllevaba riesgo alguno y no habría represarías si no deseaban participar. Todo ello permitió la aplicación de los instrumentos en las por parte, hecho lo cual se aplicaron instrumentos mencionados en la colonia solidaridad.

6.8. Análisis estadístico:

Se hizo uso de la estadística descriptiva, utilizando media, mediana, moda y desviación estándar. El instrumento conformado por seis variables personales y estilo de vida, se validó con el coeficiente Alfa de Cronbach obteniéndose .780 El procesamiento de datos se hizo con el paquete estadístico SPSS versión 15 para Windows, la prueba piloto se realizó en la colonia solidaridad de Morelia Michoacán con características similares a las estudiadas.

6.9. Consideraciones éticas:

Esta investigación estuvo basada en los artículos de la ley general de salud en materia de investigación de salud en México, según los señalamientos en el título segundo del capítulo I artículo 16 donde se menciona el cuidado y la privacidad de la información de cada uno de los individuos de estudio y que solamente se le investigara si él lo autoriza y se le dará informes de los resultados de la misma en el momento que el lo requiera; artículo 17 el cual refiere que no existe riesgo en los sujetos de la investigación, como en el caso del presente estudio.

El mismo título, y capítulo señalan en el Artículo 20 acerca del conocimiento informado el cual será presentado para su aceptación, o no aceptación en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos: La justificación y los objetivos de la investigación y los procedimientos que vayan a usarse en caso de que sean estudios experimentales.

VII. RESULTADOS

Los resultados en contra dos en la investigación mostraron que las mujeres con diabetes mellitus tipo II respecto a su edad se encontraban desde los 29 a los 72 años de edad, destacando los rangos en los grupos de 35 a 46 y de 47 a 52 años de edad con 18.52% respectivamente.

Respecto al sexo el 100% de las personas estudiadas fueron 27 mujeres las que presentan diabetes mellitus tipo II.

En este aspecto nos muestra el índice de masa corporal que se presenta las mujeres con diabetes mellitus tipo II el 44.44% cuentan con sobrepeso y 37.04% están entre los rangos normales del IMC, un 3.70% cuentan con Obesidad tipo I, un 11.11% Obesidad tipo II y un 3.70% que solo es una persona cuenta con Obesidad tipo III.

En base la escolaridad que presentan prevalece en las mujeres con diabetes mellitus tipo II es de 74.07% dominante en la primaria, y 18.52% tienen la secundaria terminada o trunca y 7.41% tienen el bachillerato terminado o trunca.

En este resultado de la investigación muestra que la mayoría de las mujeres con diabetes mellitus tipo II en su estado civil prevalece que son casadas con un porcentaje de 59.26%. Siguiendo el estado civil de viudas con un 22.22%, un 7.41% de separadas y un 11.11% solteras.

Con respecto a la actividad económica se muestra que las mujeres con diabetes mellitus tipo II, que en un 70.37% que son 19 mujeres de las 27 que encueste no trabajan, solo son amas de casa, y un 29.6% trabajan que son solo 8 si trabaja.

En este resultado nos demuestra que el 100% de las mujeres encuestadas tienen hijos esto las motive a un óptimo autocuidado

Este resultado nos muestra que las mujeres con diabetes mellitus tipo II que realizan actividades físicas tiene más prevalencia el 29.36% algunas veces, le sigue 25.93% frecuentemente, los de menor prevalencia 22.22% siempre y 22.22% nunca.

En este aspecto da como resultado que las mujeres que realizan algún deporte prevalece el 62.96%, 17 de las 27 mujeres que caminan, adicional de sus actividades diarias el 22.22% que no realizan actividad física, los de menor prevalencia es 7.41% las mujeres que realizan aeróbicos, 3.70% las que hacen abdominales, caminan de igual forma las que hacen abdominales, caminan y hacen bicicleta.

Estos nos demuestran que las mujeres el tiempo utilizan para practicar deporte los de más prevalencia es 50.00% 21 a 30 minutos, 38.89% 1 hora y los de menos prevalencia 5.56% 31 a 40 minutos, 5.56% 5 a 10 minutos, en su mayoría se mantiene activas físicamente y esto es muy bueno para mantener o llevar un estilo de vida saludable.

En este aspecto nos da a conocer que las mujeres utilizan su tiempo libre con la familia y amigos porque tiene mayor prevalencia de un 70.37% siempre, 18.52% frecuentemente y los de menor 7.41% algunas veces, 3.70% nunca. Tal vez con ello mejoren o mantengan un estilo de vida saludable.

En este nos arroja como resultado si dedican tiempo libre actividades recreativas las mujeres los de mayor prevalencia 37.04% nunca, 25.93% algunas veces, los de menor 18.52% siempre, 18.52% frecuentemente, de la no dedican tiempo a las actividades recreativas, esto tiene que ver directamente con el estilo de vida.

Por medio resultado no damos cuenta en que tipos de actividades las mujeres que realizan predomina 37.04% no realizan ninguna, 29.63% tejen, 14.81% pasear y las que menos 7.41% coser, 3.70% leer, 3.70% bailar, 3.70% tejer y leer, desarrollan se puede observa que en realidad no son variadas las actividades recreativas que desarrollan las mujeres en esta Colonia.

Al interpretar que las mujeres con diabetes mellitus tipo II, va al médico en forma preventiva se aprecia se preocupan por su estado de salud en los de mayor porcentaje se encuentra 66.67% frecuentemente, 18.52% siempre y los de menos 7.41% algunas veces, 7.41% nunca. Esto colabora a que mantengan un estilo de vida aceptable por lo menos.

Al enfocada cómo se está vigilando la curva de glicemias en las mujeres diabéticas, teniendo con mayor prevalencia 65.67% cada mes, 15.52% casi nunca y con menos 7.41% cada 15 días, 3.70% cada semana, 3.70% 2º más veces a la semana, por lo tanto se mantienen al tanto para mejorar o mantener un buen estilo de vida.

También nos muestra como se ha afectado a estas mujeres la diabetes mellitus tipo II y si detectaron un cambio físico esto repercute directamente en el estilo de vida lo demuestra los porcentajes de mayor prevalencia 59.26% siempre, 25.93% frecuentemente y los de menor 7.41% algunas veces, 7.41% nunca.

Nos da a conocer que las mujeres no están consientes de los riesgos que implica el no revisarse constantemente los senos para detectar posibles factores de riesgo para su salud lo demuestra los porcentajes 44.44% nunca, 25.93% frecuentemente, 25.93% algunas veces, 3.70% siempre, esto repercute directamente en un mal autocuidado y por ende mal estilo de vida.

Da como algo diferente a los anteriores, esto quiere decir que las mujeres con diabetes mellitus tipo II toman más importancia las posibles enfermedades uterinas que a las mamas lo demuestra los porcentajes 44.44% frecuentemente, 33.33% algunas veces, 18.52% nunca, 3.70% siempre en cuanto se realicen los exámenes tendrán mejor estilo de vida.

En esta nos da a conocer que las mujeres tiene Hábitos Alimenticio por la prevalencia mas alta 70.37% nunca, 25.93% algunas veces y 3.70% frecuentemente, esto nos habla de que en este aspecto tienen un buen auto cuidado.

En cuanto que mayoría las mujeres mantienen equilibrada su alimentación incluyendo diferentes grupos alimenticios esta manera prevalencias mas altas son 37.04% frecuentemente, 33.33% algunas veces, 25.93% siempre y el menor 3.70% nunca, por lo menos tienen una alimentación saludable y equilibrada.

Nos arroja que las mujeres con diabetes mellitus tipo II en su mayoría si tiene en cuenta que no deben de ingerir las grasas de forma abundante, lo demuestra los mayores porcentajes 44.44% siempre, 25.93% algunas veces, 14.81% frecuentemente, 14.81% nunca, esto es importante para llevar un adecuado autocuidado y de igual forma un estilo de vida.

Obtiene como resultado sobresaliente que el universo total, las mujeres no mantienen horarios de comida establecidos y están omitiendo un de mas comidas más importante en el día como lo es el desayuno, por la prevalencias dominantes como 29.63% nunca, 29.63% siempre, 22.22% algunas veces, 18.52% frecuentemente.

Se conoce los resultados muy positivos que pueden repercutir de forma favorable para el estilo de vida de las Mujeres con diabetes mellitus tipo II los porcentajes lo demuestran 81.48% nunca, 14.81% algunas veces, 3.70% frecuentemente; nos demuestra que las mujeres no están consumiendo comidas chatarras y/o rápidas.

Se demuestra de igual forma que en su mayoría no han consumido tabaco, esto implica un estilo de vida saludable es este aspecto de determinan por lo porcentaje más alto obtenido 92.59% nunca y el menor 7.41% siempre.

En este contenido podemos observar de las mujeres no consumen licor, esto habla de su gran mayoría que en este aspecto del alcoholismo no se muestran datos que sean de alarma me baso en los porcentajes arrojado 96.30% nunca, 3.70% siempre.

En el dominio de descanso y sueño y los datos obtenidos que 44.44% siempre, 29.63% frecuentemente, 22.22% algunas veces, 3.70% nunca; esto demuestra que las mujeres están durmiendo por lo menos 7 horas diarias o más, en general se habla de buenos hábitos de descanso y sueño.

Estos nos arrojan datos importantes ya que demuestra que la mayoría de las mujeres presenta un sueño fraccionado es decir que despierta en varias ocasiones durante la noche esto por los obtenidos 44.44% algunas veces, 25.93% frecuentemente, 18.52% nunca, 11.11% siempre, esto no es favorable para un adecuado estilo de vida.

Da como resultados de cómo es que inician el día con una noche mal dormida, estos datos obtenidos con mayor prevalencia 44.44% algunas veces, 33.33% nunca, con menor 11.11% frecuentemente, 11.11% siempre, esto muestra que las mujeres tendrán un rendimiento bajo durante el día debido al cansancio por no dormir adecuadamente.

En este demuestra que las mujeres con diabetes mellitus tipo II se mantienen con sueño durante el día, por los resultados obtenidos los de mayor prevalencia 48.15% algunas veces, 33.33% nunca y los de menor 11.11% frecuentemente, 7.41% siempre, esto afecta directamente en el rendimiento.

VII. DISCUSIÓN

De acuerdo a la investigación de Chaparro 2009; donde se menciona que la información que analiza la relación diabetes tipo II y ejercicio físico es abundante y muy significativa y que el ejercicio físico es un amplio abanico de posibilidades y que está considerado uno de los pilares en el tratamiento de la diabetes tipo II coincidimos totalmente con el autor de este artículo de la revista Digital de Buenos Aires. Ya que encontramos en una de nuestras correlaciones que el ejercicio físico significativo refleja considerablemente un estilo de vida más saludable que las que no lo practican y es más que obvio esperar estos resultados ya que si desde pequeños adoptáramos el deporte como algo cotidiano mejoraría nuestro estilo de vida desde entonces. No solo con este aspecto del Estilo de Vida sino también con todos los pilares que lo forman como son; El deporte, La alimentación, el Tiempo de Ocio, el Auto cuidado y el Sueño.

De acuerdo con Charlton 2003, Se identificaron cinco factores dietarios y de estilo de vida como contribuyentes a su bajo riesgo de DM: teniendo un índice de masa corporal menor de 25, comiendo una dieta rica en cereales, fibra y grasas poli saturadas, involucrándose en actividad física moderada a vigorosa por lo menos durante 30 minutos diarios, absteniéndose de fumar y consumiendo cantidades moderadas de alcohol.

De acuerdo con Alberti 2003. La media de calidad del estilo de vida Estilo de vida es la forma de vivir con la enfermedad y como se lleva para prevenir complicaciones a través de actividades físicas, la alimentación, medicación y así llevar un control que mejore la calidad de vida, a través de los cambios en el estilo de vida, así como la reducción de peso pueden prevenir o retardar la aparición de la diabetes.

Pero de acuerdo a la investigación de Gregorio 2008 también es muy que para complementar un mejor estilo de vida, la "Higiene de vida", esa expresión parece indicar coacciones y penitencias de toda clase. En realidad, la higiene de vida permite explotar mejor todos los recursos del cuerpo y la mente. La higiene de vida depende mucho de una dieta equilibrada y razonable. Hay que evitar la sobrealimentación, tan frecuente en nuestra época. Comer cosas

ligeras pero variadas. Lo ideal sería levantarse de la mesa todavía “con un poquito de hambre”. Las comidas demasiado abundantes conducen directamente al exceso de peso, el cual aumenta el trabajo del corazón y de las articulaciones y predisponen a las enfermedades cardiovasculares.

De acuerdo con Katzung, Bertram . 2007 Actividad física para luchar contra el sedentarismo, se recomienda caminar todos los días una media hora, no tomar el ascensor o la escalera eléctrica y hacer un poco de deporte los fines de semana. En conclusión, la higiene de vida es un poco de buen sentido y de voluntad para dominar los excesos de todo género... y ponerse unas “notas sobresalientes” por sentirse mejor considere mucho con in vestigacion Gregorio 2008.

Pero Díaz 1999 en su investigación indica el tratamiento y el objetivo inmediato es bajar los altos niveles de glucemia. Los objetivos a largo plazo son prevenir complicaciones relacionadas con la diabetes aprenda estas habilidades Cómo evaluar y registrar la glucemia, qué comer y cuándo, cómo tomar los medicamentos, si se necesitan, cómo reconocer y tratar los niveles altos y bajos de glucemia, cómo manejar los días en que se está enfermo, dónde comprar los suministros para la diabetes y cómo almacenarlos. (Díaz 1999).

De acuerdo a la investigación de Nathan, 2009 se da Esta pauta se utilizará en pacientes con diabetes tipo 2 que ya no se controlan con antidiabéticos orales para ello comenzaremos añadiendo a los ADOS una dosis de insulina al día.

IX. CONCLUSIONES

Al analizar los factores se asocian al estilo de vida de las mujeres con diabetes mellitus tipo II en un grupo de mujeres para generar estrategias que permitan minimizar el problema reviste importancia porque la diabetes mellitus tipo II y su estilo de vida ya que es un proceso paulatino, puede generar alteraciones en el cuidado que brinda las mujeres a su familia a su propia persona y que origina ausentismo en sus labores diarios.

Con este análisis nos damos cuenta que entre más edad que presentan las usuarias más se presentan los casos de Diabetes Mellitus. Es decir que a mayor edad tienen las personal es más frecuente que se den los casos de DMII.

Llama la atención ya que tiene que ver directamente con el estilo de vida que llevan estas mujeres con diabetes mellitus tipo II, de entrada se puede deducir que ya que hay un alto nivel de sobrepeso y obesidad se podría decir que el estilo de vida no es muy saludable y que entre las similitudes encontrada, entre una mujer se diagnostico mediante pruebas glicemia capilar y estudio sanguíneo, estacándose entre las similitudes la existencia de las mujeres que presento factores predisponentes para la diabetes mellitus tipo II la colonia estudiada, como las mujeres , con edades entre 41 a 52 años de edad, otras con antecedentes familiares

Las mujeres de la colonia solidaridad que fueron diagnosticadas con la diabetes mellitus tipo II algunos problemas de agotamiento emocional obtuvieron un porcentaje de 33.3 despersonalización de atención familia.

No se tuvo la posibilidad de establecer la significancia entre variables para demostrar su la significancia.

Llama la atención que entre las discrepancias se destacaron a las mujeres que no quisieron que presentaron diabetes mellitus tipo II ya que únicamente dispocion para participar pero no tenían tiempo.

Se logra concluir que hay algunos factores influyeron a favor de la investigación de la diabetes mellitus tipo II.

Gracias a la participación de las Mujeres que viven en la Colonia Solidaridad de Morelia Michoacán que tienen Diabetes Mellitus Tipo II al responder el cuestionario.

X. SUGERENCIAS

1. Dentro de un proyecto tan importante de un problema de salud pública mundial como lo es el estilo de vida de las mujeres con diabetes mellitus tipo II siempre se desea que haya una mejora continua del mismo, por lo tanto se sugiere a futuros estudiantes que tengan interés en el proyecto, para la demanda de esta enfermedad en los clientes de los servicios de salud y que comparen los resultados que arroja esta investigación, se logre una mejora en el estilo de vida de estas mujeres que son los pilares de sus hogares
2. Educar a la población estudiantil en general sobre la Diabetes Mellitus periódicamente, y así crear conciencia sobre las consecuencias producidas por ésta.
3. Promover por medio de organismos competentes, la creación de ambientes que promuevan la práctica de actividades deportivas frecuentes en la comunidad estudiantil con el fin de evitar alteraciones como la obesidad y dislipidemias, así mismo disminuir los que ya se encuentran elevados.
4. Establecer programas de prevención primaria dirigidos a modificar el comportamiento de la población mediante un equipo que incluya psicólogos y mujeres que contribuyan a la motivación necesaria para el cambio del estilo de vida..
5. Educar a la población sobre hábitos alimenticios adecuados.
6. Realizar más estudios sobre prevalencia de factores de riesgo en las comunidades y extenderlo a las poblaciones más jóvenes para de esta forma fomentar desde temprana edad, estilos de vida adecuados que mejoren.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Álvarez, E. (2000). Etiopatogenia de Diabetes Mellitus. Revista de Medicina Interna. Buenos Aires. 35: 51-52.
2. American Diabetes Association. (1997). Report of the expert committee on the diagnosis y classification of Diabetes Mellitus; 20: 1183-1197.
3. Villalba Y. (2003). Metas para el Manejo del Paciente Diabético. Actualización en Medicina Interna. 62 – 68.
4. Arreola F, Paniagua R, Díaz Bensussen S, Urquieta B, López Montaña E, Partida Hernández G1999.. Bone mineral content, volu 25-hydroxycalciferol and zinc serum levels in insulin-dependent (type 1) diabetic patients. Arch Invest Med Pp.195-199.
5. Secretaria de salud, 2008, dirección general de epidemiologia, casos nuevos de Diabetes Mellitus Tipo 2 del Estado de Michoacán.
6. http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012_PresentacionOficialCorta_09Nov2012.pdf
7. http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2006_PresentacionOficialCorta_06FEB,2006.pdf
8. Secretaria de salud, 2011, dirección general de epidemiologia, casos nuevos de Diabetes Mellitus Tipo 2 del Estado de Michoacán.
9. Secretaria de salud, 2012, dirección general de epidemiologia, casos nuevos de Diabetes Mellitus Tipo 2, del Estado Michoacán.:
10. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-015-SSA2-1994 Diario Oficial de la Federación 12 Abril 2000.
11. Vaccaro O, Eberly LE, Neaton JD, Yang L, Riccardi G, Stamler J 2004 Jul 12;164(13):1438-43; Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Impact of diabetes and previous myocardial infarction on long-term survival: 25-year mortality follow-up of primary screenees of the Multiple Risk Factor Intervention Trial. Arch Intern Med.. PubMed [PMID: 15249353](#) [Texto completo](#)
12. Care. 2011 American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2011. Diabetes;34(suppl 1):S11-S61. [PMID: 19118286](#) [Texto completo](#)

-
13. Mann JF, Schmieder or both, in people at high vascular risk, 1997: a multicentre, randomised, double-blind, controlled trial. Lancet p.p;372:547-53. PubMed [PMID: 18707986](#)
 14. Charlton Lewis Delfina ,2003.climaterio y menupausia una mirada de genero. Revista menopausia cr.vol,IV,num.102,trimestral,pp107-112.
 15. Diabetes tipo 2 en español. Asociación americana de Diabetes1991. www.diabetesaldaldia.com/todosobreladiabetes/diabetestipo2/html.
 16. Diabetes tipo 2 en español. Asociación americana de Diabetes1998. www.diabetesaldaldia.com/todosobreladiabetes/diabetestipo2/html.
 17. Diabetes tipo 2 en español. Asociación americana de Diabetes2011. www.diabetesaldaldia.com/todosobreladiabetes/diabetestipo2/html.
 18. Publicado por Gregorio en 5/19/2009 08:44:00 PM
- FUENTE: N Engl J Med, Vol 345, NO 11,Sept 13 2001 N Engl J Med, Vol 345, NO 11,Sept 13 2001.
19. Juutilainen A, Lehto S, Ronnema T, Pyorala K, Laakso M2005;28:2901-7,. Type 2 diabetes as a "coronary heart disease equivalent": an 18-year prospective population-based study in Finnish subjects. Diabetes Care. PubMed [PMID: 16306552](#) [Texto completo](#)
 20. Bulugahapitiya U, Siyambalapitiya S, Sithole J, Idris I, 2009;vol(26) pp:142-8. Is diabetes a coronary risk equivalent? Systematic review and meta-analysis. Diabet Med. PubMed [PMID: 19236616](#)
 21. Collins R, Armitage J, Parish S, Sleight P, Peto R; Heart Protection Study Collaborative Group, 2003;pp361with simvastatin in 5963 people with diabetes: a randomised placebo-controlled trial. Lancet. PubMed [PMID: 12814710](#)
 22. Gerstein HC, Miller ME, Byington RP, Goff DC Jr, Bigger JT, Buse JB, et al2008;vol(358)pp:2545–2559. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. N Engl J Med. PubMed [PMID: 18539917](#) [Texto completo](#)
 23. Patel A, MacMahon S, Chalmers J, Neal B, Billot L, Woodward M, 2008;vol(358)pp:2560–2572. Intensive blood glucose control and
-

-
- vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. N Engl J Med. PubMed [PMID: 18539916](#) [Texto completo](#)
24. Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, Ferrannini E, Holman RR, Sherwin R, 2009;vol(32)pp:193-203. Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes Care. PubMed [PMID: 18945920](#) [Texto completo](#)
25. UK Prospective Diabetes Study Group 1998;vol(352)pp:854–865: Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). Lancet. PubMed [PMID: 9742977](#)
26. NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2009) Type 2 diabetes: newer agents for blood glucose control in type 2 diabetes. [Internet]. [acceso 14/3/2011] Disponible en: <http://www.nice.org.uk/CG87ShortGuideline>
27. Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil HA 2008;vol(359)pp:1577–1589: 10-Year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. N Engl J Med. PubMed [PMID: 18784090](#) [Texto completo](#)
28. Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. N Engl J Med 2001(Sep 13); (345)pp:790-797.
29. HU FB, MANSO JE, STAMPFER MJ et al. Cynthia Stuenkel, MD Clinical Professor of Medicine Endocrinology and Metabolism University of California, San Diego
30. Publicado por George "Jorge Ivan" en 5/19/2009 08:44:00 PM
31. FUENTE: N Engl J Med, Vol 345, NO 11, Sept 13 2001 N Engl J Med, Vol 345, NO 11, Sept 13 2001.
32. Hanefeld M, Cagatay M, Petrowitsch T, Neuser D, Petzinna D, Rupp M, 2004;vol(25)pp:10-6. Acarbose reduces the risk for myocardial infarction in type 2 diabetic patients: meta-analysis of seven long-term studies. Eur Heart J. PubMed [PMID: 14683737](#) [Texto completo](#)
33. Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, Dahlof B, Elmfeldt D, Julius S, Menard, 1998; vol(351)pp: 1755-1762. Effects of intensive blood-
-

-
- pressure lowering and low-dose aspirin on patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomized trial. Lancet. PubMed [PMID: 9635947](#)
34. Dormandy JA, Charbonnel B, Eckland DJ, Erdmann E, Massi-Benedetti M, Moules IK, PROactive investigators, 2005;vol(366)pp:1279-89. Secondary prevention of macrovascular events in patients with type 2 diabetes in the PROactive Study (PROspective pioglitAzone Clinical Trial In macroVascular Events): a randomised controlled trial. Lancet.. PubMed [PMID: 16214598](#)
35. Patel A; ADVANCE Collaborative Group, MacMahon S, Chalmers J, Neal B, Woodward M, Billot L, 2007;vol(370)pp:829-40. Effects of a fixed combination of perindopril and indapamide on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus (the ADVANCE trial): a randomised controlled trial. Lancet. PubMed [PMID: 17765963](#)
36. Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, Ambrosioni E, Burnier M, Caulfield MJ, 2009;vol(27)pp:2121-58. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. J Hypertens.. PubMed [PMID: 19838131](#)
37. Lindholm LH, Ibsen H, Dahlöf B, 2002;vol(359)pp:1004-1010. Cardiovascular morbidity and mortality in patients with diabetes in the Losartan Intervention for Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. Lancet. PubMed [PMID: 11937179](#)
38. Wiysonge CS, Bradley H, Mayosi BM, Maroney R, Mbewu A, Opie LH, Volmink J. Betabloqueantes para la hipertensión (Revisión Cochrane traducida, 2008 Número 4). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*,. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). [Texto completo](#)
39. Keech A, Simes RJ, Barter P, Best J, Scott R, Taskinen MR, 2005;vol(366)pp:1849-61. Effects of long-term fenofibrate therapy on cardiovascular events in 9795 people with type 2 diabetes mellitus (the
-

-
- FIELD study): randomised controlled trial. Lancet. PubMed [PMID: 16310551](#)
40. ACCORD study group, 2010;vol(362)pp:1575-85 . Effects of intensive blood pressure control in type 2 diabetes mellitus. N Engl J Med. PubMed [PMID: 20228401](#) [Texto completo](#)
41. Calvin AD, Aggarwal NR, Murad MH, Shi Q, Elamin MB, Geske JB, 2009;vol(32)pp:2300. Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events. A systematic review and meta-analysis comparing patients with and without diabetes. Diabetes Care. -6. PubMed [PMID: 19741185](#) [Texto completo](#)
42. Belch J, MacCuish A, Campbell I, Cobbe S, Taylor R, Prescott R, 2008;pp337:a1840 I. The prevention of progression of arterial disease and diabetes (POPADAD) trial: factorial randomised placebo controlled trial of aspirin and antioxidants in patients with diabetes and asymptomatic peripheral arterial disease. BMJ doi:10.1136/bmj.a1840. [PMID: 18927173](#)[Texto completo](#).
43. Duzenli MA, Ozdemir K, Aysel N, Soyulu A, Tokac M, 2008;vol(102)pp:396-400. Comparison of increased aspirin dose versus combined aspirin plus clopidogrel therapy in patients with diabetes mellitus and coronary heart disease and impaired antiplatelet response to low-dose aspirin. Am J Cardiol. PubMed [PMID: 18678294](#)
44. Eisenberg MJ, Filion KB, Yavin D, Bélisle P, Mottillo S, Joseph L, 2008;vol(179)pp:135-44. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. CMAJ. PubMed [PMID:18625984](#) [Texto completo](#)
45. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, 2008. Nota informativa de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios sobre Vareniclina (Champix®) [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo, AGEMED; [acceso 21/02/2011]. Disponible en: <http://www.agemed.es/actividad/alertas/usoHumano/seguridad/vareniclin-a-enero08.htm>
46. Documento de consenso 2002 sobre pautas de detección, prevención y tratamiento de la nefropatía diabética en España. Nefrología 2002;vol(22)pp:521-530. [Texto completo](#)
-

-
47. Rigalleau V, Lasseur C, Perlemoine C, Barthe N, Raffaitin C, Liu C, 2005; vol(28)pp:838-43. Estimation of glomerular filtration rate in diabetic subjects: Cockcroft formula or modification of Diet in Renal Disease study equation?. *Diabetes Care*. PubMed [PMID: 15793182](#)
[Texto completo](#)
48. Levey AS, Coresh J, Balk E, Kausz AT, Levin A, Steffes MW, 2003; vol(139)pp:137-147. National Kidney Foundation Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification. *Ann Intern Med*. PubMed [PMID: 12859163](#) [Texto completo](#)
49. Buchwald H, Estok R, Fahrenbach K, Banel D, Jensen MD, Pories WJ, 2009; vol(122)pp: 248–256. Weight and type 2 diabetes after bariatric surgery: systematic review and meta-analysis. *Am J Med*. PubMed
50. UK Prospective Diabetes Study Group, 1998; vol(352)pp:837–853 : Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet*. PubMed [PMID: 9742976](#)
51. Por: Chaparro Ballesteros Emilio José - Abril de 2009
<http://www.efdeportes.com/> Revista Digital- Buenos Aires - Año 14 - N° 131
52. Alberti KG, Zimmet 2003;15:539-53 . Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of PZ, a WHO consultation. *Diabet Med*. PubMed [PMID:9686693](#).
53. Lüllmann, Heinz; Klaus Mohr (2004) (en español). *Atlas de Farmacología*. Elsevier, España. pp. 264. ISBN 8445811606.
http://books.google.es/books?id=Ac2Cn1w96PwC&source=gbs_navlinks_s.
54. Katzung, Bertram G. (2007). «Chapter 41. Pancreatic Hormones & Antidiabetic Drugs». *Basic & Clinical Pharmacology* (9 edición). McGraw-Hill. pp. 981. ISBN 0071451536.
55. Livingstone SJ 1990. Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS): multicentre randomised placebo- controlled trial. *Lancet*;364:685– 696. PubMed [PMID: 15325833](#).
-

-
56. Flores Juana Antonia -Le-Roux, David Benaiges Boix, Juan Pedro-Botet 2008. Insuficiencia cardíaca y desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 *Medicina Clínica*, Volume 138, Issue 13, Pages 579-583
57. Álvarez Alba Rafael, 2002. Salud pública y Medicina Preventiva. Editorial el manual moderno. 3ª edición pp. 354-355.
58. Consejo de Salubridad General 2003; Cuadro Básico y Catálogo de Instrumental y Equipo Médico.
59. Islas S, Revilla MC. Diabetes y dislipidemias. En: Islas S, Revilla-Monsalve MC editores. Diabetes mellitus. Tercera edición. McGraw-Hill Interamericana México; 2005. pp.484-499
60. Hernández Carlos Augusto, mayo, 2003. Investigación formativa nomadas(col) num.18.pp.183-193.
61. Madigan S.L., Majumdar S. R., Toth E. L. , Feeny D. H. & Johnson J. A. (2003). Health-related quality of life deficits associated with varying degrees of disease severity in type 2 diabetes. *Health and Quality of Life Outcomes*. 1-78.
62. Fernández-López J.A., Orozco- Beltrán D., Rancaño-García I. & Hernández-Melia R.(2000). Evaluación de la calidad de vida en un grupo de enfermos de diabetes mellitus atendidos en un Centro de Salud. *Sociedad Valenciana de Medicina Familiar Comunitaria*. Alicante, España.
63. Jacobson A. M. (1987). Diabetes quality of life measure reliability and Validity of diabetes quality of life. *Mapi Research Institute*. Francia.
64. Jacobson A., Barofsky P., Cleary L & Rand L. (1988). Diabetes quality of life measure. *Diabetes Care*. 17: 267-274.
65. Meza S. (2004). *Calidad de Vida en Pacientes Ambulatorios con Diabetes Mellitas Tipo* Tesis de Maestría no publicada. Facultad de Enfermería de la Universidad, Autónoma de Nuevo León.
66. Pita R., Fotakopoulou O., Zafiri M., Roikou K., Simos G., Didagelos T. & Karamitsos, D. (2002). Depression, quality of life and diabetes mellitus. *Hipokratia*. Suplemento 6 (1)44-47.
67. Polit, D. F. & Hungler, B.P. (1999). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. (6a. ed.) México: McGraw-Hill Interamericana.
-

REFERENCIAS DE PÁGINAS EN INTERNET SI UTILIZADAS

1. <http://www.informador.com.mx/internacional/2008/53970/6/oms-advierte-que-diabetes-se-duplicara-en-2030.htm>
2. <http://www.INEGI2007.SSA.mx>
3. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-t5.htm>
4. <http://www.informador.com.mx/internacional/2011/53970/6/oms-advierte-que-diabetes-se-duplicara-en-2030.htm>
5. AVICENA,2001http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol11_supl2_05/revisiones/r4_v11_supl205.htm

XII. BIBLIOGRAFÍAS CONSULTADAS

1. Aguirre Aet 1998. Enciclopedia de la enfermería médico quirúrgico. Océano Centrum. España Vol. II. Pp. 347.
2. Brunner 1991 . Manual de enfermería. 4ª edición. Mc Graw Hill Interamericana. 249.
3. Arreola F, Paniagua R, Herrera J, Díaz S, Mondragón L, Bermúdez JA, Pérez E, Villalpando S. Low plasma zinc and androgen in insulin-dependent diabetes mellitus. Arch Androl 1986; 16:151-154.
4. Arreola F, Herrera R, Junco E, Díaz Bensussen S, Pérez Pastén E, Partida Hernández G. Effect of zinc replacement on gonadal function in type 1 Diabetes mellitus. Diabetes 1991. Pp 40-49.
5. Baumgartner TG. Trace elements in clinical nutrition. NCP 1993. Pp.251-263.
6. Islas S, Revilla MC. Diabetes y dislipidemias. En: Islas S, Revilla-Monsalve MC editores. Diabetes mellitus. Tercera edición. McGraw-Hill Interamericana México; 2005. pp.484-499
7. Larrañaga J, Carballo MJ, Rodríguez M, Fernández JA. Microminerales. En: Dietética y Dietoterapia. Primera edición. McGraw-Hill Interamericana. España.1997.p.99
8. NOM-174-SSA1-1998. Norma Oficial Mexicana. Para el Manejo integral de la obesidad..
9. Partida Hernández G, Gómez García A, Arreola F. Hemoglobina glicosilada (HbA1) en el embarazo. Ginecol Obstetr Mex 2000. Pp.420-424.
10. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-t5.htm>.
11. TILE//A:/Diabetesynutriciónprimerapágina.htm3
12. <http://www.diariovoces.com.pe/?p=27154>
13. Dra. Diana Carolina Díaz Rojas
<http://www.diariovoces.com.pe/?p=27154>
14. **Blanca Valdez** <http://www.milenio.com/node/673399>
15. <http://geosalud.com/diabetesmellitus/DMtipo2.htm>
16. Álvarez 1996 pp. 246
17. Hernández 2003 pp. 183

-
18. Ann Marriner Tomey. Martha Raile Ahigood 2003. Modelos y teorías en Enfermería. Mosby. 5ª edición Pp. 188.
 19. Derek Leroith, Simeon I. Taylor y Jerroold 2003. Molesfsky, Diabetes Mellitus, fundamentos y clínica. Mac Graw-Hill Interamericana, 2ª edición. México Df. pp. 406-419.
 20. Lerman Israel 2002 atención integral del paciente diabético “métodos para la enseñanza ambulatoria del control” 3ª edición. Mc Graw-Hill Interamericana pp. 105.
 21. World Health Organization, Department of Noncommunicable Disease Surveillance 1999. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications." Geneva: WHO;. Disponible en PDF.
 22. González-Campo 1989. En Cos Manual de Bioquímica Editorial: Nacional: México. Pp. 42.
 23. Guyton-Hall 1997. Fisiología médica. Editorial: Mc. Graw-Hill
 24. Interamericana pp. 736
 25. Murray Robert-Mayes Peter-Granner 1997 Bioquímica de Harper Editorial: El manual moderno. México 968.
 26. Patología estructural y funcional. Cotran - Kumar – Collins Editorial: Mc. Graw-Hill Interamericana. Sexta edición.
 27. Patología sistemática Veterinaria. Trigo Tavera, Fcoj. Ed. Mc. Graw-Hill Interamericana.
 28. Enfermería Médico Quirúrgica. Bruner – Suddart. Editorial Interamericana México 2007.
 29. Consejo de Salubridad General 2003; Cuadro Básico y Catálogo de Instrumental y Equipo Médico.
 30. http://www.salud.gob.mx/unidades/csg/cuads_bas_cat2002/instru_2002.htm
 31. El proceso de investigación científica Mario Tamayo 3ª edición México 1994 pp. 75 – 108.
 32. Demett y Plum Tratado de medicina Interna vol. I y II ed. Mc Hill Interamericana
 33. Guía para realizar investigaciones sociales. Raúl Rojas Soriano. Primera trigésima sexta edición 2008 pp 35-305.

-
34. Aguilar SAC, Gómez PJF, Lerman GI, Vázquez ChC, Pérez MO, Posadas RC. Diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias: posición
35. Brenner BM, Cooper ME, de Zeeuw D, Keane WF, Mitch WE, Parving HH et al. Effects of losartan on renal and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes and nephropathy. *N Engl J Med*. 2001;345(12):861-9. PubMed [PMID: 11565518](#) [Texto completo](#)
36. de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología. *Rev End Nutr* 2004. Pp. 7-41.
37. Cano-Pérez JF, Franch J, Mata M. Guía de tratamiento de la diabetes tipo 2 en Atención Primaria. 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2004.
38. Chiasson JL, Josse RG, Gomis R, Hanefeld M, Karasik A, Laakso M. Acarbose for prevention of type 2 diabetes mellitus: the STOP-NIDDM randomized trial. *Lancet* 2002;359:2072-2077. PubMed [PMID: 12086760](#)
39. Cooper-DeHoff RM, Gong Y, Handberg EM, Bavry AA, Denardo SJ, Bakris GL, Pepine CJ. Tight blood pressure control and cardiovascular outcomes among hypertensive patients with diabetes and coronary artery disease. *JAMA*. 2010;304:61-8. PubMed [PMID: 20606150](#) [Texto completo](#)
40. Cowie CC, Rust KF, Byrd-Holt DD, Gregg EW, Ford ES, Geiss LS, Bainbridge KE, Fradkin JE. Prevalence of diabetes and high risk for diabetes using A1C criteria in the U.S. population in 1988–2006. *Diabetes Care* 2010;33:562–568. PubMed [PMID: 20067953](#) [Texto completo](#)
41. DECODE Study Group, the European Diabetes Epidemiology Group. Glucose tolerance and cardiovascular mortality: comparison of fasting and 2-hour diagnostic criteria. *Arch Intern Med* 2001;161:397-405. PubMed [PMID: 11176766](#) [Texto completo](#)
42. De Berardis G, Sacco M, Strippoli GF. Aspirin for primary prevention of cardiovascular events in people with diabetes: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2009;339:b451. PubMed [PMID: 19897665](#)
-

-
43. Cubbon RM, Gale CP, Rajwani A, Abbas A, Morrell C, Das R, et al. Aspirin and mortality in patients with diabetes sustaining acute coronary syndrome. *Diabetes Care* 2008;31:363-5. PubMed [PMID: 17959865](#)
[Texto completo](#)
44. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med*. 2002 Feb 7;346(6):393-403 PubMed [PMID: 11832527](#) [Texto completo](#)
45. Duckworth W, Abraira C, Moritz T, Reda D, Emanuele N, Reaven PD, et al. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2009;360:129-39. PubMed [PMID: 19092145](#)
46. Eriksson KF, Lindgärde F. Prevention of type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus by diet and physical exercise. The 6-year Malmö feasibility study. *Diabetologia*. 1991 Dec;34(12):891-8. PubMed [PMID: 1778354](#)
47. Gaede P, Lund-Andersen H, Parving HH, Pedersen O. Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008;358:580-91. PubMed [PMID: 18256393](#) [Texto completo](#)
48. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2006/08. [Texto completo](#)
49. Heart Outcomes Prevention Evaluation (HOPE) Study Investigators. Effect of ramipril on cardiovascular and microvascular outcomes in people with diabetes mellitus: results of the HOPE study and MICRO-HOPE study. *Lancet* 2000; 355: 253-259. [PMID: 10675071](#)
50. Gillett MJ. International Expert Committee report on the role of the A1c assay in the diagnosis of diabetes: *Diabetes Care* 2009; 32(7): 1327-1334. *Clin Biochem Rev*. 2009 Nov;30(4):197-200. PubMed [PMID: 20011212](#) [Texto completo](#)
51. Jeppsson JO, Kobold U, Barr J, Finke A, Hoelzel W, Hoshino T, et al. International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (IFCC): Approved IFCC reference method for the measurement of
-

-
- HbA1c in human blood. Clin Chem Lab Med. 2002;40:78-89. [PubMed PMID: 11916276](#) [Texto completo](#)
52. Lindstrom J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, Aunola S, Eriksson JG, Hemio K, et al 2006;368:1673–1679. Sustained telmisartan reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. Lancet. PubMed [PMID: 17098085](#)
53. Lewis EJ, Hunsicker LG, Clarke WR, Berl T, Pohl MA, Lewis JB et al. Renoprotective effect of the angiotensin-receptor antagonist irbesartan in patients with nephropathy due to type 2 diabetes. N Engl J Med 2001; 345: 851-860. PubMed [PMID: 11565517](#) [Texto completo](#)
54. Li G, Zhang P, Wang J, Gregg EW, Yang W, Gong Q, et al. The long-term effect of lifestyle interventions to prevent diabetes in the China Da Qing Diabetes Prevention Study: a 20-year follow-up study. Lancet 2008;371:1783–1789. PubMed [PMID: 18502303](#)
55. RE, McQueen M, Dyal L, Schumacher H, Pogue J, et al. Renal outcomes with, ramipril,
56. Natarajan S, Liao Y, Sinha D, Cao G, McGee DL, Lipsitz SR. Sex differences in the effect of diabetes duration on coronary heart disease mortality. Arch Intern Med 2005;165:430-5. PubMed [PMID: 15738373](#) [Texto completo](#)
57. Norris SL, Zhang X, Avenell A, Gregg E, Schmid CH, Kim C, Lau J. Efficacy of pharmacotherapy for weight loss in adults with type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis. Arch Intern Med. 2004 Jul 12;164(13):1395-404. PubMed [PMID: 15249348](#) [Texto completo](#)
58. ONTARGET Investigators, Yusuf S, Teo KK, Pogue J, Dyal L, Copland I, et al. Telmisartan, ramipril, or both in patients at high risk for vascular events. Engl J Med 2008;358:1547-59. PubMed [PMID: 18378520](#) [Texto completo](#)
59. Parving HH, Lehnert H, Brochner-Mortensen J, Gomis R, Andersen S, Arner P. The effect of irbesartan on the development of diabetic
-

-
- nephropathy in patients with type 2 diabetes. N Eng J Med 2001;345: 870-878. PubMed [PMID: 11565519](#) [Texto completo](#)
60. Phung OJ, Scholle JM, Talwar M, Coleman CI. Effect of noninsulin antidiabetic drugs added to metformin therapy on glycemic control, weight gain, and hypoglycemia in type 2 diabetes. JAMA. 2010;303:1410-8. PubMed [PMID: 20388897](#) [Texto completo](#)
61. Pyorala K, Pedersen TR, Kjekshus J, Faergeman O, Olsson AG, Thorgeirsson G. Cholesterol Lowering with simvastatin improves prognosis of diabetic patients with coronary heart disease: a subgroup analysis of the Scandinavian Simvastatin Study (4S). Diabetes Care 1997; 20: 614-620. PubMed [PMID: 9096989](#)
62. Rigalleau V, Lasseur C, Perlemoine C, Barthe N, Raffaitin C, Liu C, et al. Estimation of glomerular filtration rate in diabetic subjects: Cockcroft formula or modification of Diet in Renal Disease study equation?. Diabetes Care 2005;28:838-43. PubMed [PMID: 15793182](#) [Texto completo](#)
63. Schramm TK, Gislason GH, Køber L, Rasmussen S, Rasmussen JN, Abildstrøm SZ, et al. Diabetes patients requiring glucose-lowering therapy and nondiabetics with a prior myocardial infarction carry the same cardiovascular risk: a population study of 3.3 million people. Circulation 2008;117:1945-54. PubMed [PMID: 18378618](#) [Texto completo](#)
64. Selvin E, Steffes MW, Zhu H, Matsushita K, Wagenknecht L, Pankow J et al. Glycated hemoglobin, diabetes, and cardiovascular risk in nondiabetic adults. N Engl J Med 2010;362:800–811. PubMed [PMID: 20200384](#) [Texto completo](#)
65. SED (Sociedad Española de Diabetes), Menéndez Torre E, Lafita Tejedor J, Artola Menéndez S, Millán Nuñez-Cortés J, Alonso García A, Puig Domingo M, et al. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico de la hiperglucemia en la diabetes tipo 2: Documento de Consenso. Av Diabetol. 2010;26:331-8. [Texto completo](#)
66. Stratton IM, Adler AI, Neil HA, Matthews DR, Manley SE, Cull CA, et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. BMJ 2000;321:405-12. PubMed [PMID: 10938048](#) [Texto completo](#)
-

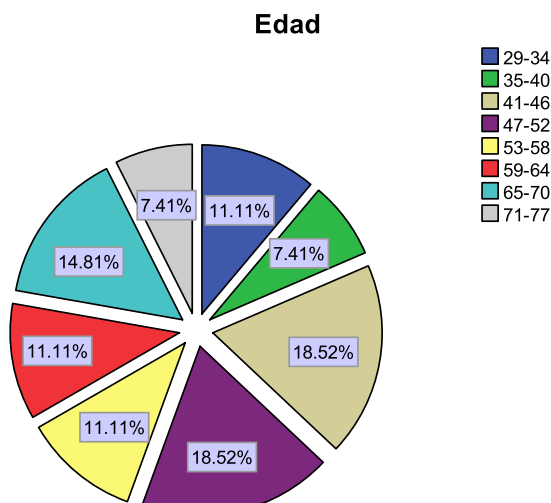
-
67. Torgerson JS, Hauptman J, Boldrin MN, Sjostrom L. XENical in the prevention of diabetes in obese subjects (XENDOS) study: a randomized study of orlistat as an adjunct to lifestyle changes for the prevention of type 2 diabetes in obese patients. *Diabetes Care* 2004;27:155–161. PubMed [PMID: 14693982](#) [Texto completo](#)
68. UK Prospective Diabetes Study Group: Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes (UKPDS 38). *BMJ* 1998; 317:703–713. PubMed [PMID: 9732337](#) [Texto completo](#)
69. Whelton PK, Barzilay J, Cushman WC, Davis BR, Iamathi E, Kostis JB, et al. Clinical outcomes in antihypertensive treatment of type 2 diabetes, impaired fasting glucose concentration, and normoglycemia: Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). *Arch Intern Med* 2005;165:1401-9. PubMed [PMID: 15983290](#) [Texto completo](#)
70. Whiteley L, Padmanabhan S, Hole D, Isles C. Should diabetes be considered a coronary heart disease risk equivalent?: results from 25 years of follow-up in the Renfrew and Paisley survey. *Diabetes Care*. 2005;28:1588-93. PubMed [PMID: 15983305](#) [Texto completo](#)
71. Wiviott SD, Braunwald E, Angiolillo DJ, Meisel S, Dalby AJ, Verheugt FW, et al. Greater clinical benefit of more intensive oral antiplatelet therapy with prasugrel in patients with diabetes mellitus in the trial to assess improvement in therapeutic outcomes by optimizing platelet inhibition with prasugrel-Thrombolysis in Myocardial Infarction 38. *Circulation*. 2008;118:1626-36. PubMed [PMID: 18757948](#) [Texto completo](#)
72. Wiysonge CS, Bradley H, Mayosi BM, Maroney R, Mbewu A, Opie LH, Volmink J. Betabloqueantes para la hipertensión (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). [Texto completo](#)
73. Yki-Jarvinen H, Ryysy L, Nikkilö K, Tulokas T, Vanamo R, Heikkilö M. Comparison of bedtime insulin regimens in patients with type 2 Diabetes
-

-
- Mellitus. A randomized controlled trial. *Ann Intern Med* 1999. 130; 389-396. PubMed [PMID: 10068412](#) [Texto completo](#)
74. Younis N, Broadbent DM, Vora JP, Harding SP. Incidence of sight-threatening retinopathy in patients with type 2 diabetes in the Liverpool Diabetic Eye Study: a cohort study. *Lancet* 2003;361:195-200 PubMed [PMID: 12547541](#)
75. Zhang X, Gregg EW, Williamson DF, Barker LE, Thomas W, Bullard KM et al. A1C level and future risk of diabetes: a systematic review. *Diabetes Care* 2010; 33:1665–1673 PubMed [PMID: 20587727](#) [Texto completo](#)
76. Ziemer DC, Kolm P, Weintraub WS, Vaccarino V, Rhee MK, Twombly JG et al. Glucose-independent, black-white differences in hemoglobin A1c levels: a cross-sectional analysis of 2 studies. *Ann Intern Med* 2010;152:770–777 PubMed
77. Antithrombotic Trialists (ATT) Collaborators. Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials. *Lancet*. 2009;30:1849-60. PubMed [PMID: 19482214](#)
78. Barnett AH, Bain SC, Bouter P, Kalberg B, et al. Angiotensin-Receptor Blockade versus Converting-Enzyme Inhibition in Type 2 Diabetes and Nephropathy. *N Engl J Med* 2004;351:1952-61. PubMed [PMID: 15516696](#). [Texto completo](#)

XIII. ANEXOS

ANEXO:1° GRAFICAS DE LOS REULTADOS

Referente al rango de edad de las mujeres con diabetes mellitus tipo II

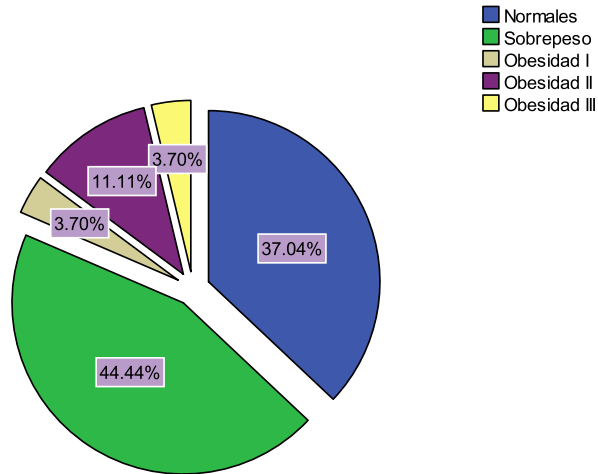


Dibujo 1 Fuente; Tabla 1

grafica 1° fuente: mujeres con diabetes mellitus tipo II de la colonia solidaridad

En la presente grafica se muestra la edad en la que las mujeres que presentan la Diabetes Mellitus tipo II con mayor frecuencia abarcan las edades de 41 a 46 años y de 47 a 52 años de edad, con un porcentaje de 18,52% respectivamente. Sin embargo la diabetes se presenta en nuestro estudio desde los 29 años y hasta los 72 años.

categoria del imc

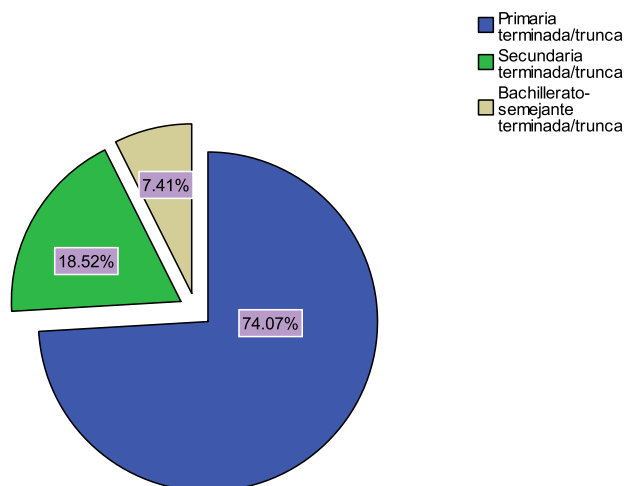


Dibujo 2 Fuente; Tabla 2

Grafica 2° ° fuente: mujeres con diabetes mellitus tipo II de la colonia solidaridad

En esta grafica nos muestra índice de masa corporal de las mujeres que se presenta con la diabetes mellitus tipo II el 44.44% cuentan con sobrepeso y 37.04% están entre los rangos normales del IMC, un 3.70% cuentan con Obesidad tipo I, un 11.11% Obesidad tipo II y un 3.70% que solo es una persona cuenta con Obesidad tipo III.

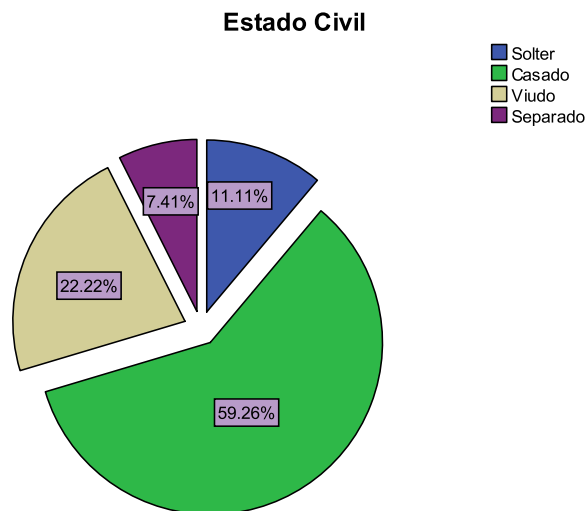
Escolaridad



Dibujo 3 Fuente; Tabla 3

Grafica 3° fuente: mujeres con diabetes mellitus tipo II de la colonia solidaridad

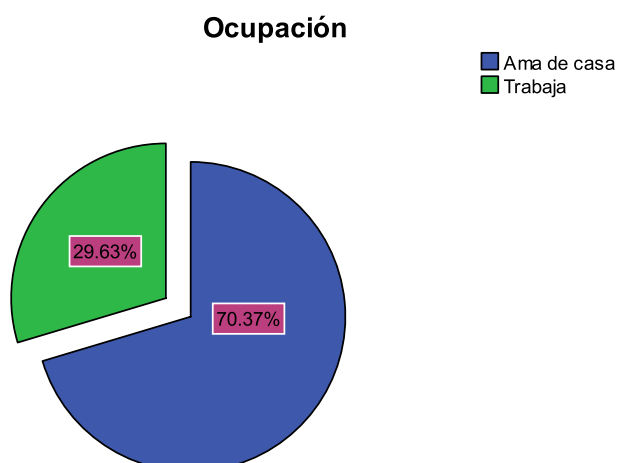
En esta grafica nos dá muestra que la escolaridad que presentan prevalece en las mujeres con diabetes mellitus tipo II es de 74.07% dominante en la primaria, y 18.52% tienen la secundaria terminada o trunca y 7.41% tienen el bachillerato terminado o trunco.



Dibujo 4 Fuente; Tabla 4

Grafica 4° fuente: mujeres con diabetes mellitus tipo II de la colonia solidaridad

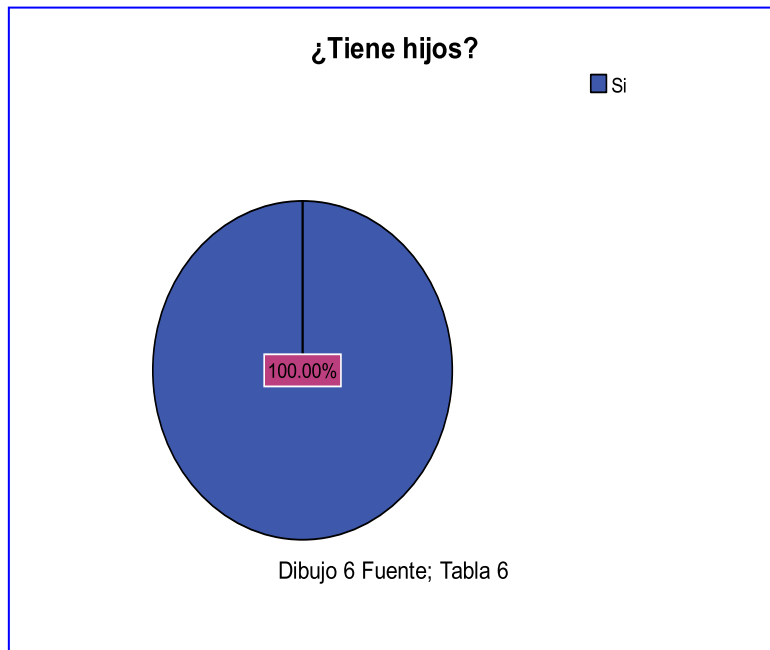
Esta grafica muestra que la mayoría de las mujeres con diabetes mellitus tipo II en su estado civil prevalece que son casadas con un porcentaje de 59.26%. Siguiendo el estado civil de viudas con un 22.22%, un 7.41% de separadas y un 11.11% solteras.



Dibujo 5 Fuente; Tabla 5

Grafica 5° fuente: mujeres con diabetes mellitus tipo II de la colonia solidaridad

Con respecto a la actividad económica se muestra en la grafica que las mujeres con diabetes mellitus tipo II, que en un 70.37% que son 19 mujeres de las 27 que encueste no trabajan, solo son amas de casa, y un 29.6% trabajan que son solo 8 si trabaja.

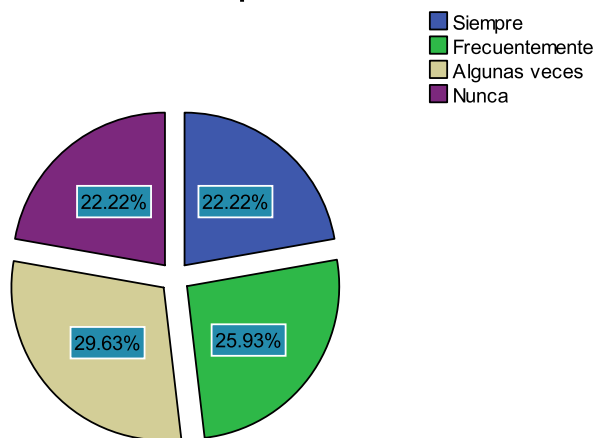


Grafica 6° fuente: mujeres con diabetes mellitus tipo II de la colonia solidaridad

En esta grafica nos demuestra que el 100% de las mujeres encuestadas tienen hijos,

.

Hace ejercicio, camina, trota o juega algún deporte

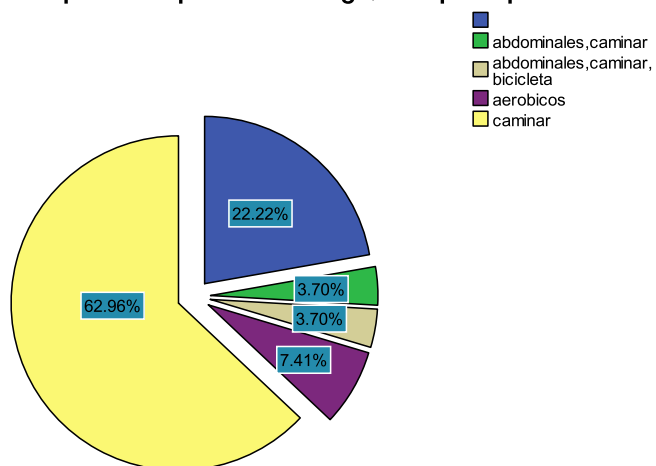


Dibujo 7 Fuente; Tabla 7

Grafica 7 ° fuente: mujeres con diabetes mellitus tipo II de la colonia solidaridad

Esta grafica nos muestra que las mujeres con diabetes mellitus tipo II que realizan actividades física tiene más prevalencia el 29.36% algunas veces, le sigue 25.93% frecuentemente, los de menor prevalencia 22.22% siempre y 22.22% nunca.

En caso que su respuesta sea Si ¿Qué deporte practica?

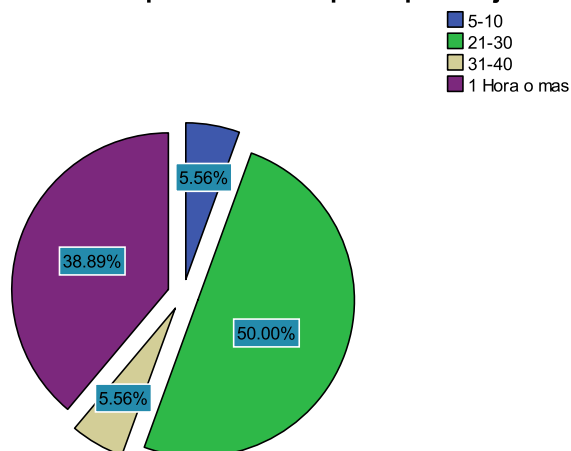


Dibujo 8 Fuente; Tabla 8

Grafica 8° fuente: mujeres con diabetes mellitus tipo II de la colonia solidaridad

En esta grafica muestra las mujeres que realizan algún deporte prevalece el 62.96%, 17 de las 27 mujeres que caminan, adicional de sus actividades diarias el 22.22% que no realizan actividad física, los de menor prevalencia es 7.41% las mujeres que realizan aeróbicos, 3.70% las que hacen abdominales, caminan de igual forma las que hacen abdominales, caminan y hacen bicicleta.

¿Por cuanto tiempo realiza cualquier tipo de ejercicio?

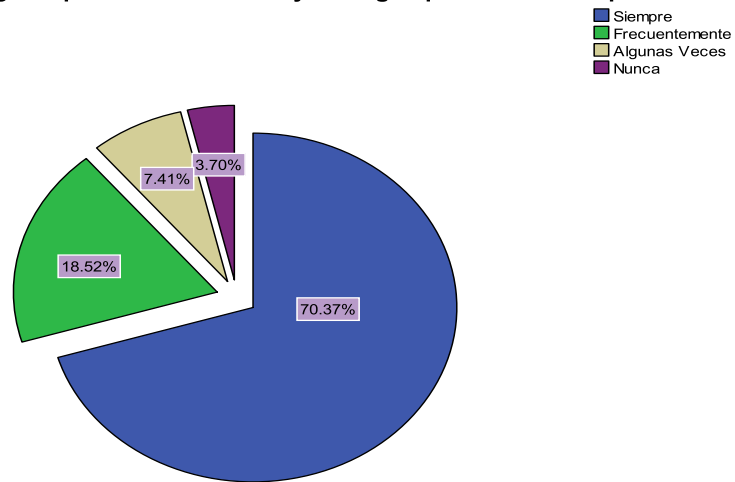


Dibujo 9 Fuente; Tabla 9

Grafica 9° fuente: mujeres con diabetes mellitus tipo II de la colonia solidaridad

Estos nos demuestran que las mujeres el tiempo utilizan para practicar deporte los de mas prevalecia es 50.00% 21 a 30 minutos, 38.89% 1 hora y los de menos prevalencia 5.56% 31 a 40 minutos, 5.56% 5 a 10 minutos , en su mayoría se mantiene activas físicamente y esto es muy bueno para mantener o llevar un estilo de vida saludable.

¿Comparte con su familia y/o amigos parte de su tiempo libre?

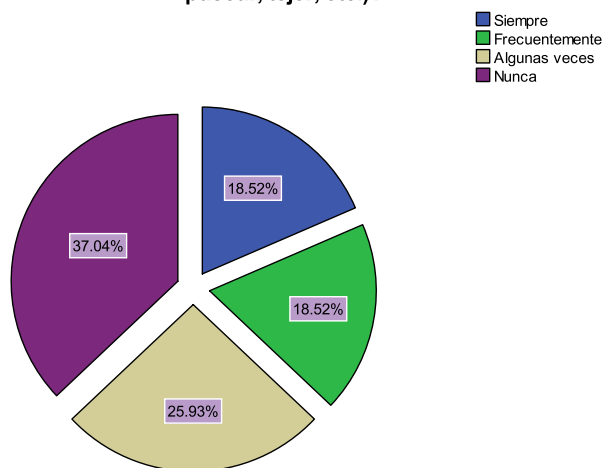


Dibujo 10 Fuente; Tabla 10

Grafica 10° fuente: mujeres con diabetes mellitus tipo II de la colonia solidaridad

En esta grafica nos da a conocer que las mujeres utilizan su tiempo libre con la familia y amigos porque tiene mayor prevalencia de un 70.37% siempre, 18.52 frecuentemente y los de menor 7.41% algunas veces, 3.70% nunca. Tal vez con ello mejoren o mantengan un estilo de vida saludable.

¿En su tiempo libre realiza actividades de recreación (ir al cine, leer, pasear, tejer, etc.)?

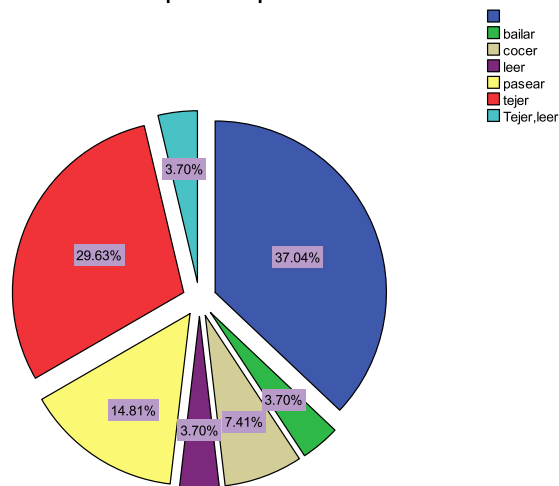


Dibujo 11 Fuente; Tabla 11

Grafica 11° fuente: mujeres con diabetes mellitus tipo II de la colonia solidaridad

En esta grafica arroja resultado si dedican tiempo libre actividades recreativas las mujeres los de mayor prevalencia 37.04% nunca, 25.93% algunas veces, los de menor 18.52% siempre, 18.52% frecuentemente, de la no dedican tiempo a las actividades recreativas, esto tiene que ver directamente con el estilo de vida.

Especificar que actividad realiza

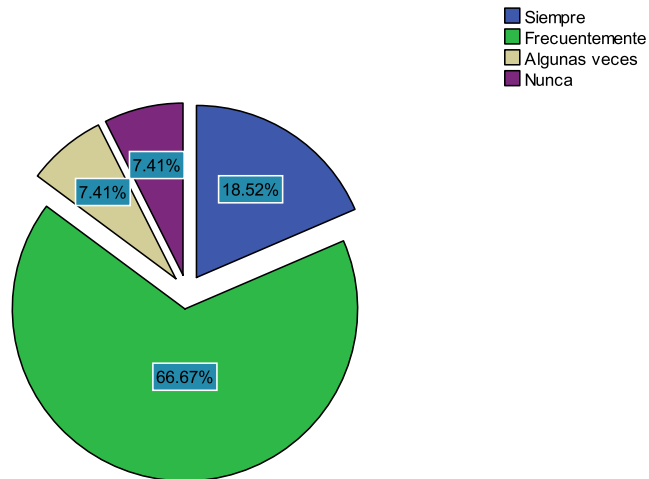


Dibujo 12 Fuente; Tabla 12

Grafica 12° fuente: mujeres con diabetes mellitus tipo II de la colonia solidaridad

Por medio esta grafica no damos cuenta en que tipos de actividades las mujeres que realizan predomina 37.04% no realizan ninguna, 29.63% tejen, 14.81% pasear y las que menos 7.41% coser, 3.70 %leer, 3.70% bailar, 3.70% tejer y leer, desarrollan se puede observa que en realidad no son variadas las actividades recreativas que desarrollan las mujeres en esta Colonia.

¿Va al médico en forma preventiva por lo menos una vez al año?

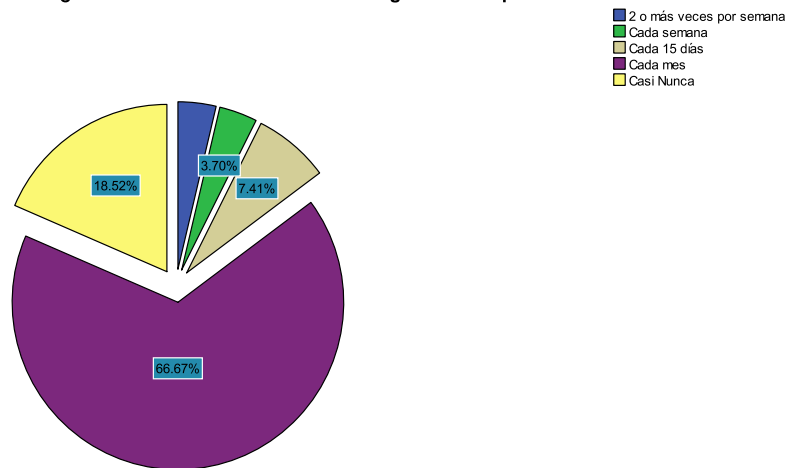


Dibujo 13 Fuente; Tabla 13

Grafica 13° fuente: mujeres con diabetes mellitus tipo II de la colonia solidaridad

Al interpretar en esta grafica que las mujeres con diabetes mellitus tipo II, va al médico en forma preventiva se aprecia se preocupan por su estado de salud en los de mayor porcentaje se encuentra 66.67% frecuentemente, 18.52% siempre y los de menos 7.41% algunas veces, 7.41% nunca. Esto colabora a que mantengan un estilo de vida aceptable por lo menos.

¿Qué tan frecuentemente realiza las glicemias capilares?

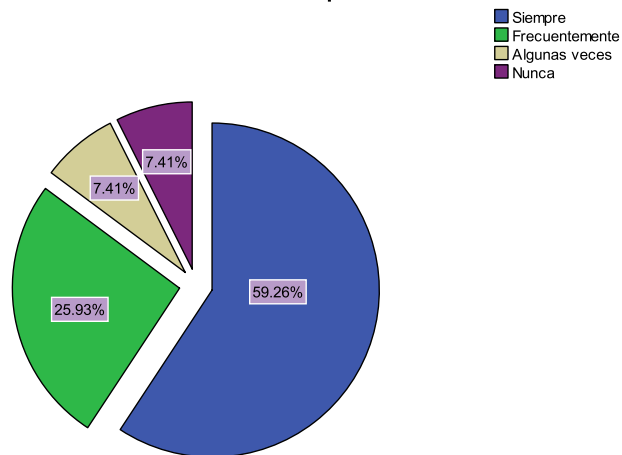


Dibujo 14 Fuente; Tabla 14

Grafica 14° fuente: mujeres con diabetes mellitus tipo II de la colonia solidaridad

En esta grafica va enfocada cómo se está vigilando la curva de glicemias en las mujeres diabéticas, teniendo con mayor prevalencia 65.67% cada mes, 15.52% casi nunca y con menos 7.41% cada 15 días, 3.70% cada semana, 3.70% 2° más veces a la semana, por lo tanto se mantienen al tanto para mejorar o mantener un buen estilo de vida.

A partir de la detección de su enfermedad ¿a observado cambios físicos en su cuerpo?

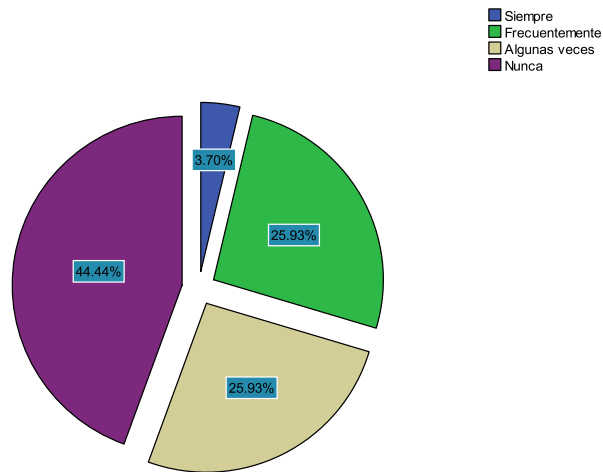


Dibujo 15 Fuente; Tabla 15

Grafica 15° fuente: mujeres con diabetes mellitus tipo II de la colonia solidaridad

Esta grafica nos muestra como se ha afectado a estas mujeres la diabetes mellitus tipo II y si detectaron un cambio físico esto repercute directamente en el estilo de vida lo demuestra los porcentajes de mayor prevalencia 59.26% siempre, 25.93% frecuentemente y los de menor 7.41% algunas veces, 7.41% nunca.

¿Se examina los senos en busca de nódulos u otros cambios, al menos una vez al año?

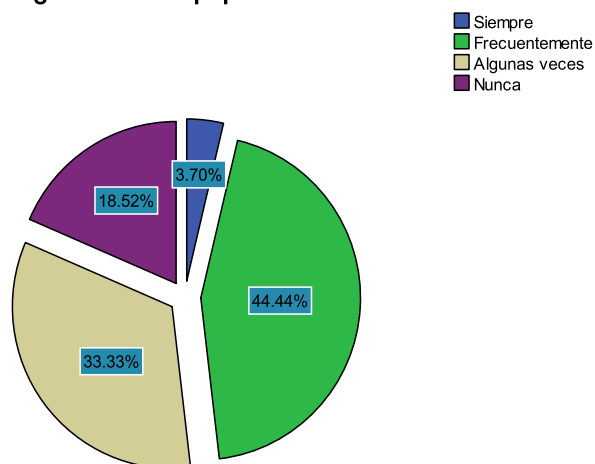


Dibujo 16 Fuente; Tabla 16

Grafica 16° fuente: mujeres con diabetes mellitus tipo II de la colonia solidaridad

Esta grafica nos dé muestra que las mujeres no están consientes de los riesgos que implica el no revisarse constantemente los senos para detectar posibles factores de riesgo para su salud lo demuestra los porcentajes 44.44% nunca, 25.93% frecuentemente, 25.93% algunas veces, 3.70% siempre, esto repercute directamente en un mal autocuidado y por ende mal estilo de vida.

¿Se realiza el papanicolaou anualmente?

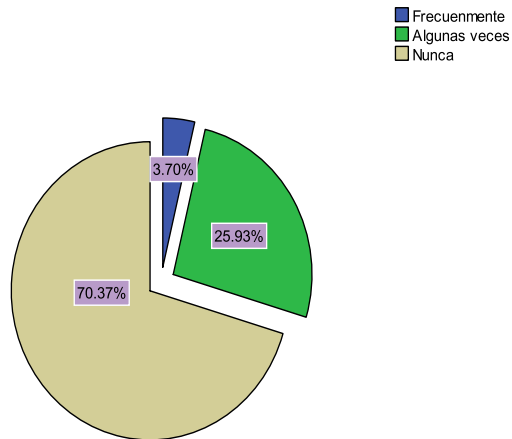


Dibujo 17 Fuente; Tabla 17

Grafica 17° fuente: mujeres con diabetes mellitus tipo II de la colonia solidaridad

En esta grafica algo diferentes a los anteriores, esto quiere decir que las mujeres con diabetes mellitus tipo II toman más importancia las posibles enfermedades uterinas que a las mamarías lo demuestra los porcentajes 44.44% frecuentemente, 33.33% algunas veces, 18.52% nunca, 3.70% siempre encunto se realicen los exámenes tendrán mejor estilo de vida.

¿Consume dulces, helados, pasteles mas de dos veces a la semana?



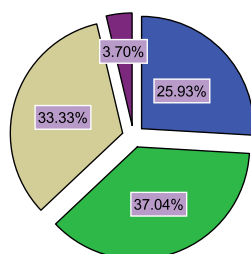
Dibujo 18 Fuente; Tabla 18

Grafica 18° fuente: mujeres con diabetes mellitus tipo II de la colonia solidaridad

En esta grafica nos demuestra que las mujeres tiene Hábitos Alimenticio por la prevalencia mas alta 70.37% nunca, 25.93% algunas veces y 3.70% frecuentemente, esto nos habla de que en este aspecto tienen un buen autocuidado.

¿Su alimentación incluye vegetales, frutas, panes, cereales y productos lácteos, granos enteros y fuentes adecuadas de proteína?

■ Siempre
■ Frecuentemente
■ Algunas Veces
■ Nunca

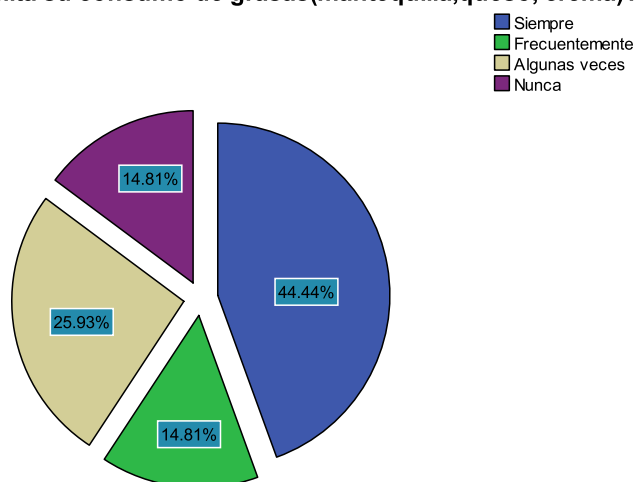


Dibujo 19 Fuente: Tabla 19

Grafica 19° fuente: mujeres con diabetes mellitus tipo II de la colonia solidaridad

En la grafica se muestra que mayoría las mujeres mantienen equilibrada su alimentación incluyendo diferentes grupos alimenticios esta manera prevalencias mas altas son 37.04% frecuentemente, 33.33% algunas veces, 25.93% siempre y el menor 3.70% nunca, por lo menos tienen una alimentación saludable y equilibrada.

¿Limita su consumo de grasas(mantequilla,queso, crema)?

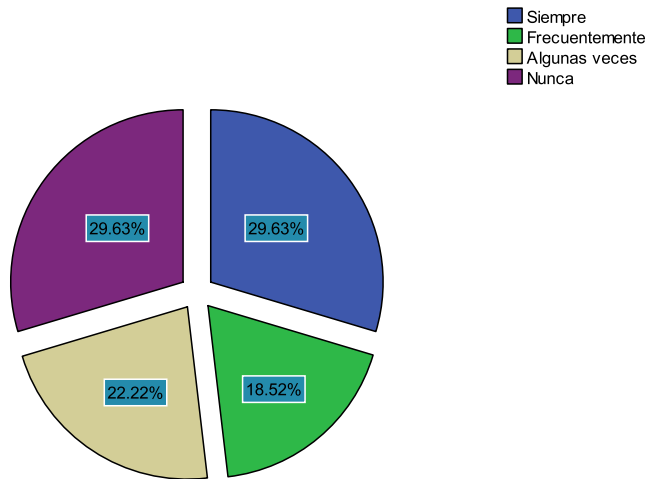


Dibujo 20 Fuente; Tabla 20

Grafica 20° fuente: mujeres con diabetes mellitus tipo II de la colonia solidaridad

En esta grafica nos muestra que las mujeres con diabetes mellitus tipo II en su mayoría si tiene en cuenta que no deben de ingerir las grasas de forma abundante, lo demuestra los mayores porcentajes 44.44% siempre, 25.93% algunas veces,14.81% frecuentemente, 14.81% nunca, esto es importante para llevar un adecuado autocuidado y de igual forma un estilo de vida.

¿Desayuna antes de iniciar su actividad diaria?

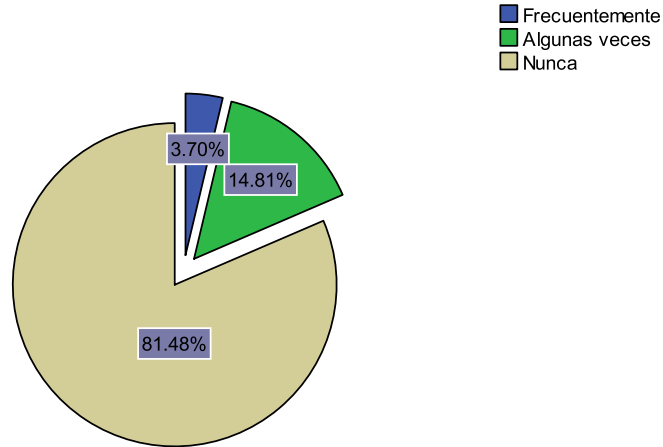


Dibujo 21 Fuente; Tabla 21

Grafica 21° fuente: mujeres con diabetes mellitus tipo II de la colonia solidaridad

En esta grafica demuestra que el universo total, las mujeres no mantienen horarios de comida establecidos y están omitiendo un de mas comidas más importante en el día como lo es el desayuno, por la prevalencias dominantes como 29.63% nunca, 29.63% siempre, 22.22% algunas veces, 18.52% frecuentemente.

¿Cosume comidas rapidas (pizza, hamburguesas,perro caliente?)

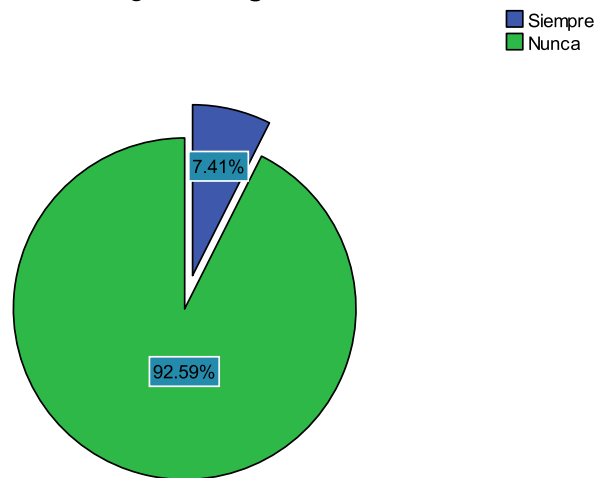


Dibujo 22 Fuente; Tabla 22

Grafica 22° fuente: mujeres con diabetes mellitus tipo II de la colonia solidaridad

En estas graficas se muestra los resultados muy positivos que pueden repercutir de forma favorable para el estilo de vida de las Mujeres con diabetes mellitus tipo II los porcentajes lo demuestran 81.48% nunca, 14.81% algunas veces, 3.70% frecuentemente; nos demuestra que las mujeres no están consumiendo comidas chatarras y/o rápidas.

¿Fuma cigarro o tabaco?

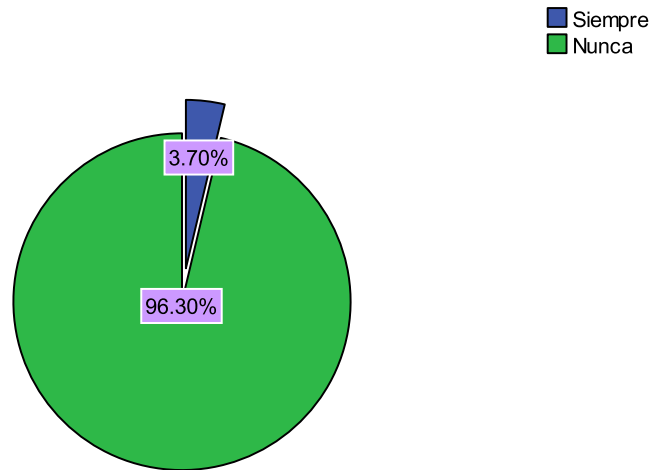


Dibujo 23 Fuente; Tabla 23

Grafica 23° fuente: mujeres con diabetes mellitus tipo II de la colonia solidaridad

En esta graficas se muestra de igual forma que en su mayoría no han consumido tabaco, esto implica un estilo de vida saludable es este aspectode determinan por lo porcentaje más alto obtenido 92.59% nunca y el menor 7.41% siempre.

¿Consume licor más de dos veces a la semana?

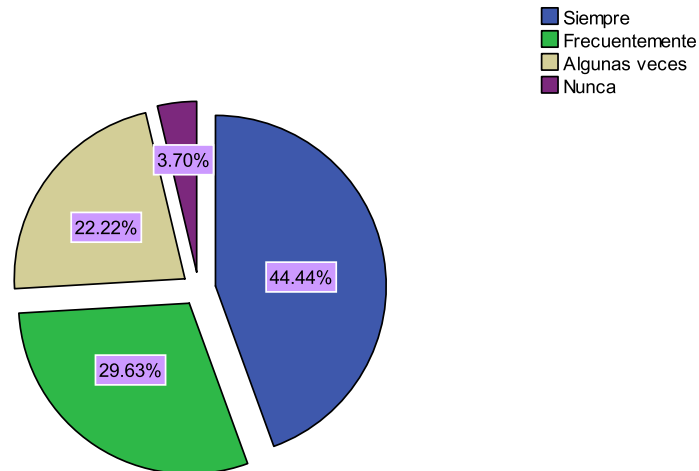


Dibujo 24 Fuente; Tabla 24

Grafica 24° fuente: mujeres con diabetes mellitus tipo II de la colonia solidaridad

En esta grafica podemos observar de las mujeres no consumen licor, esto habla de su gran mayoría que en este aspecto del alcoholismo no se muestran datos que sean de alarma me baso en los porcentajes arrojado 96.30% nunca, 3.70% siempre.

¿Duerme al menos 7 horas diarias?

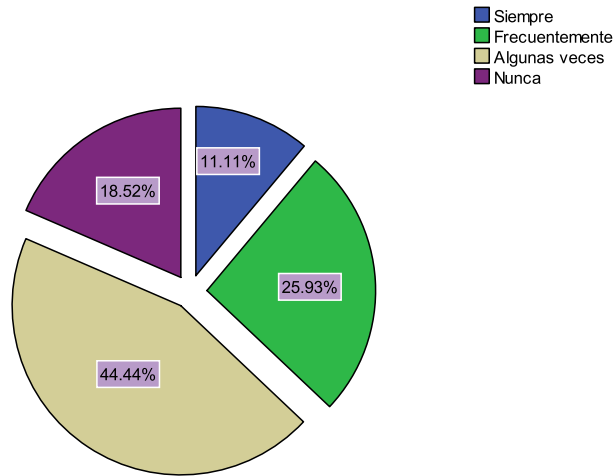


Dibujo 25 Fuente; Tabla 25

Grafica 25° fuente: mujeres con diabetes mellitus tipo II de la colonia solidaridad

Esta grafica nos muestra el dominio de descanso y sueño y los datos obtenidos que 44.44% siempre, 29.63% frecuentemente, 22.22% algunas veces, 3.70% nunca; esto demuestra que las mujeres están durmiendo por lo menos 7 horas diarias o más, en general se habla de bueno hábitos de descanso y sueño.

¿Se despierta en varias ocasiones durante la Noche?

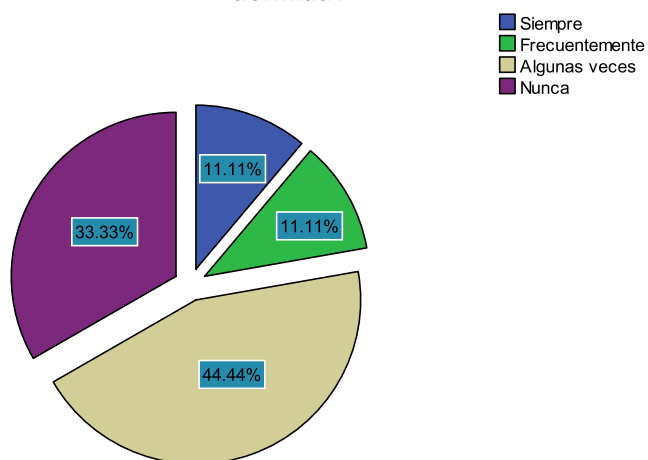


Dibujo 26 Fuente; Tabla 26

Grafica 26° fuente: mujeres con diabetes mellitus tipo II de la colonia solidaridad

Estas grafica nos arrojan datos importantes ya que demuestra que la mayoría de las mujeres presenta un sueño fraccionado es decir que despierta en varias ocasiones durante la noche esto por los obtenidos 44.44% algunas veces, 25.93% frecuentemente, 18.52% nunca, 11.11% siempre, esto no es favorable para un adecuado estilo de vida.

¿Se levanta en la mañana con la sensación de una noche mal dormida?

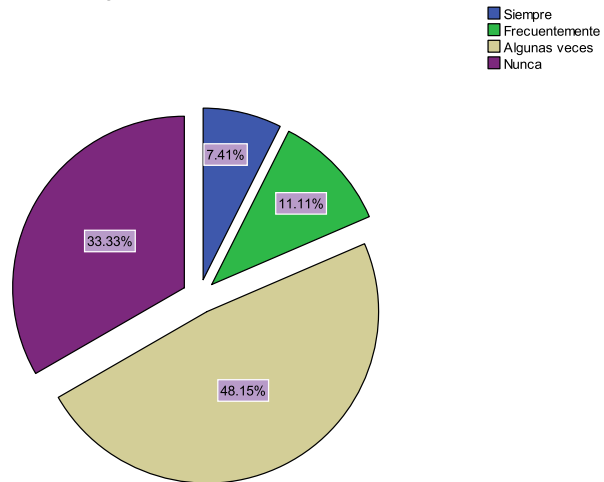


Dibujo 27 Fuente; Tabla 27

Grafica 27° fuente: mujeres con diabetes mellitus tipo II de la colonia solidaridad

Esta grafica nos muestra lo resultados de cómo es que inician el día con una noche mal dormida, estos datos obtenidos con mayo prevalencia 44.44% algunas veces, 33.33% nunca, con menor 11.11% frecuentemente, 11.11% siempre, esto muestra que las mujeres tendrán un rendimiento bajo durante el día debido al cansancio por no dormir adecuadamente

¿Se mantiene con sueño durante el día?



Dibujo 28 Fuente; tabla 28

Grafica 28° fuente: mujeres con diabetes mellitus tipo II de la colonia solidaridad

En esta grafica se demuestra que las mujeres con diabetes mellitus tipo II se mantienen con sueño durante el día, por los resultados obtenidos los de mayor prevalencia 48.15% algunas veces, 33.33% nunca y los de menor 11.11% frecuentemente, 7.41%siempre, esto afecta directamente en el rendimiento.

Anexo No 2. Instrumento

**Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Facultad de Enfermería**

INSTRUCTIVO DEL INSTRUMENTO:

**ESTILO DE VIDA DE LAS MUJERES CON DIABETES MELLITUS TIPO II EN
LA COLONIA SOLIDARIDAD DE MORELIA MICHOACAN**



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO



FACULTAD ENFERMERIA

**ESTILO DE VIDA DE LAS MUJERES CON DIABETES MELLITUS TIPO II EN
LA COLONIA SOLIDARIDAD DE MORELIA MICHOACAN**

**Objetivo: Evaluar las prácticas y el estilo de vida de Mujeres adultas con
Diabetes Mellitus Tipo II**

**Las siguientes preguntas se le realizaran a la mujer que tenga diabetes
mellitus tipo II de forma clara, concisa y se colocara en la línea la
respuesta que otorgue la entrevistada con una X en las opciones que
correspondan**

ENFOQUE GENERAL

1.- Edad: 29- 34 ____ 35 – 40 ____ 41 – 46 ____ 47 – 52 ____ 53 – 58 ____ 59 –
64 65 – 70 ____ 71 – 77 ____

2.- Peso: 40 - 50 ____ 51 - 60 ____ 61 - 70 ____ 71 - 80 ____ 81 - 90 ____
Más de 90 ____ kg.

3.- Talla. .50 - 1.60 ____ 1.61 - 1.70 ____ 1.71 - 1.80 ____ 1.81 - 1.90 ____
Más de 1.90 ____

4.- Determinar el IMC _____.

5.- Escolaridad: Primaria: terminada ____ trunca ____ Secundaria terminada
____ trunca ____ Bachillerato o semejante terminado ____ truco ____
Carrera Profesional terminada ____ truca ____

6.- Estado Civil: Soltero ____ Casado ____ Unión Libre ____ Viudo ____ Separado ____

7.- Ocupación:

Ama de Casa ____ Trabaja ____ ¿En qué? _____

8.- Tiene Hijos: Si ____ No ____ ¿Cuántos? _____

CONDICIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE

9.- Hace ejercicio, camina, trota, o juega algún deporte

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

10.- En caso que su respuesta sea Si ¿Qué deporte práctica?
_____.

11.- ¿Realiza ejercicios que le ayuden al funcionamiento cardiaco (como spinning, cardiobox, aeróbicos etc.)?

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

12.- ¿Práctica ejercicios que le ayudan a estar tranquilo (como taichí, kun fu, yoga, danza, meditación)?

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

13.- ¿Participa en programas o actividades de ejercicio bajo supervisión?

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

14.- ¿Por cuánto tiempo realiza cualquier tipo de ejercicios?

5-10 min ____ 11-20 min ____ 21-30 ____ 31-40 min ____ 1 hora o mas ____

TIEMPO DE OCIO

15.- Incluye momentos de descanso en su rutina diaria

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

16.- Comparte con su familia y/o amigos parte de su tiempo libre

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

17.- ¿Es importante para usted compartir momentos con su familia?

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

18.- En su tiempo libre realiza actividades de recreación (ir al cine, leer, pasear, tejer etc.)

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

19.- Especificar qué actividad realiza

20.- ¿Destina parte de su tiempo libre para actividades académicas o laborales?

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

AUTOCAUIDADO

21.- Va al odontólogo en forma preventiva por lo menos una vez al año

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

22.- Va al médico en forma preventiva por lo menos una vez al año

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

23.- Evita las exposiciones prolongadas al sol

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

24.- Checa por lo menos una vez al año su presión arterial

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

25.- Realiza exámenes de colesterol, triglicéridos por lo menos una vez al año

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

26.- Que tan frecuente realiza las glicemias capilares

2 o más veces por semana ____ Cada semana ____ Cada 15 días ____

Cada mes ____ Casi nunca ____

27.- A partir de la detección de su enfermedad ¿ha observado cambios físicos en su cuerpo?

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

28.- ¿Se examina los senos en busca de nódulos u otros cambios, al menos una vez al año?

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

29.- ¿Se realiza el Papanicolaou anualmente?

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

HABITOS ALIMENTICIOS (ULTIMOS 30 DÍAS)

30.- ¿Consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día?

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

31.- ¿Consume alimentos salados?

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

32.- ¿Consume cuatro refrescos normales o light a la semana?

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

33.- ¿Consume dulces, helados, pasteles mas de dos veces a la semana?

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

34.- ¿Su alimentación incluye vegetales, frutas, panes, cereales y productos lácteos, granos enteros y fuentes adecuadas de proteína?

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

35.- ¿Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso, crema)?

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

36.- ¿Come pescado y pollo más que carnes rojas?

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

37.- ¿Meteca (colaciones) entre comidas?

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

38.- ¿Consume carne más de cuatro veces a la semana?

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

39.- ¿Mantiene horario regular entre comidas?

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

40.- ¿Evita las dietas y los métodos que le prometen una rápida y fácil pérdida de peso?

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

41.- ¿Desayuna antes de iniciar su actividad diaria?

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

42.- ¿Consume comidas rápidas (pizza, hamburguesas, perro caliente)?

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

43.- ¿Fuma cigarro o tabaco?

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

44.- ¿Fuma más de media cajetilla de cigarros en la semana?

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

45.- ¿Consume licor más de dos veces a la semana?

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

46.- ¿Consume licor o alguna otra droga psicoactiva cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida?

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

47.- ¿Consume más de dos tazas de café al día (se incluye descafeinado)?

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

SUEÑO

48.- ¿Duerme al menos 7 horas diarias?

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

49.- ¿Duerme bien y se levanta descansado?

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

50.- ¿Le cuesta trabajo quedarse dormido?

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

51.- ¿Se despierta en varias ocasiones durante la Noche?

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

52.- ¿Se levanta en la mañana con la sensación de una noche mal dormida?

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

53.- ¿Hace Siestas?

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

54.- ¿Se mantiene con sueño durante el día?

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

55.- ¿Utiliza pastillas para dormir?

Siempre _____ Frecuentemente _____ Algunas Veces _____ Nunca _____

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo No.3

Consentimiento informado:

MORELIA MICHOACAN A..... DE..... 2013

Yo.....doy
mi consentimiento y acepto voluntariamente participar en la investigación sin
ninguna remuneración deseo apoyar porque cumplo con el perfil que requieren
para la investigación espero que con mi aportación se cumplan los objetivos y
ya que la información será confidencial no será revelada, podre retirarme de la
del estudio cuando yo lo desee, no tomare represarías no correré ningún
riesgo y con la explicación clara que me está dando el investigador si tengo
alguna duda me las resolverá y

.....
Nombre y firma del investigador

.....
Nombre y firma de los investigadores

.....
Nombre y firma de dos testigos