



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE:**

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TÍTULO:

**ABANDONO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO Y SU RELACIÓN
CON LA APARICIÓN DE COMPLICACIONES EN LOS
PACIENTES DEL CLUB DE DIABÉTICOS DEL CENTRO DE
SALUD N.-3 EN EL PERÍODO DE JULIO – DICIEMBRE DEL
2013.**

AUTORA:

Morales Montero Magaly Noemí

TUTORA:

MsC. Angélica Herrera

RIOBAMBA-ECUADOR

2013-2014

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL

Certificamos que la Srta. Morales Montero Magaly Noemí con C.I. 060294238-5 Egresada de la Universidad Nacional de Chimborazo de la carrera de Enfermería, desarrolló el presente trabajo de investigación: **ABANDONO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO Y SU RELACIÓN CON LA APARICIÓN DE COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES DEL CLUB DE DIABÉTICOS DEL CENTRO DE SALUD N.-3 EN EL PERÍODO DE JULIO – DICIEMBRE DEL 2013**, por lo tanto se encuentra apta para realizar la defensa pública de su tesina.

Se autoriza a las interesadas a hacer uso de la presente para los trámites pertinentes.



MsC. Angélica Herrera M.

Tutora del Trabajo de Investigación



MsC. Paola Machado

Presidenta del Tribunal



MsC. Carlos Vargas

Miembro del Tribunal

ACEPTACIÓN DE LA TUTORA

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del proyecto de grado presentado por la Srta. Magaly Noemí Morales Montero, para optar al título de Licenciada en Enfermería y que acepto asesorar a la estudiante en calidad de tutora, durante la etapa de desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.



.....
MsC. Angélica Herrera M.

DERECHO DE AUTORÍA

Yo **Magaly Noemí Morales Montero** soy responsable de todo el contenido de este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.

DEDICATORIA

Dedico con infinito amor y gratitud a Dios, por ser ejemplo vivo de lucha incansable, por guiar mi caminar diario.

De manera muy especial a mis padres quienes con su infinito amor han sido un pilar fundamental en mi vida que con sus sabios consejos me han brindado un apoyo incondicional en todo momento.

A mis queridos hermanos , a mis sobrinos a quienes amo con todo mi corazón porque estuvieron brindándome su apoyo siendo mi fuerza para superar los obstáculos que se han presentado a lo largo de mi vida, de la misma manera a la Msc. Angélica Herrera Tutora de mi tesis. Gracias a ellos puedo ver alcanzada esta meta en mi vida.

Magaly Morales

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme dado la vida, me ha dado la fortaleza en los momentos de debilidad para seguir adelante en las metas que me he propuesto.

A mis queridos padres, hermanos y sobrinos por su apoyo incondicional en todo momento para lograr las metas propuestas.

Mi profunda gratitud a la Universidad Nacional de Chimborazo, a la Facultad de Ciencias de la Salud Escuela de Enfermería por contribuir en la formación profesional.

Mi reconocimiento infinito a la Msc. Angélica Herrera, por orientarme con sus sabios conocimientos en el transcurso de la investigación brindándome asesoría orientación con ética y profesionalismo, y a todas las personas que de una u otra forma apoyaron para su culminación.

MUCHAS GRACIAS A TODOS
Magaly Morales

RESUMEN

El estudio se realizó en el Centro de Salud N.- 3 para determinar “cómo se relaciona el abandono del régimen terapéutico con la aparición de complicaciones en los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N° 3 periodo Julio – Diciembre 2013. Su propósito fue identificar las causas de abandono del régimen terapéutico el mismo que puede influir en la aparición de complicaciones. La hipótesis plantada es como se relaciona el abandono del régimen terapéutico en la aparición de complicaciones en los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.- 3 en el periodo Julio – Diciembre del 2013. Fue un estudio de tipo descriptiva explicativa y transversal de carácter documental, la población estuvo conformada por 70 pacientes diabéticos que acuden al Club del Centro de Salud N.-3, la información se obtuvo por medio de encuestas aplicadas a los pacientes. Como herramientas se utilizaron la observación y como instrumentos el cuestionario y la revisión de las Historias Clínicas, se procedió a la tabulación de datos elaborando tablas y gráficos con sus respectivos análisis e interpretación, según la investigación realizada se recalca la importancia del cumplimiento del tratamiento previene complicaciones y mejora la calidad de vida de los pacientes diabéticos. Los resultados obtenidos de la investigación fueron de los 70 pacientes que acuden al Club el 66% de los pacientes no cumplen con el régimen terapéutico siendo las principales causas el olvido de la toma, o cuando se sienten mejor dejan de tomar la medicación, el temor a los efectos secundarios, la falta de educación sobre la continuidad del cumplimiento del tratamiento. Las conclusiones que se obtuvieron a través de este estudio se puede demostrar que el abandono del régimen terapéutico provoca la aparición de complicaciones como son Pie Diabético un 49%, Retinopatía 31 %, Nefropatías 11% en los pacientes que no controlan adecuadamente su enfermedad, afectando a varios órganos por lo que es necesario que los pacientes cumplan con su tratamiento para así poder disminuir la rápida aparición de complicaciones que produce un impacto socioeconómico importante.



ABSTRACT

The study was conducted at the Health Center N. - 3 in order to determine "how the abandonment of the therapeutic regimen is associated with the occurrence of complications in the Diabetic Health Center Club patients No. 3, period July-December 2013. Its purpose was to identify the causes of abandonment of therapeutic regimen that may influence the onset of complications. The proposed hypothesis is how the abandonment of the therapeutic regimen is associated with the occurrence of complications in the Diabetic Health Center Club patients No. 3, period July-December 2013. It was a descriptive and cross-sectional study, and explanatory documentary character, the population consisted of 70 diabetic patients usually attending in Health Center Club N.-3. Information was obtained through surveys applied to patients. Observation was used as technique and questionnaire and reviewing medical charts as instruments. Tabulation was developed by the means of tables and charts with their analysis and interpretation. According to research the importance of adherence prevents stresses complications and improves the quality of life of diabetic patients. The results of the investigation were 70 patients attending in the Club, 66% of patients do not comply with the treatment regimen, the main causes might be forgetfulness of the shot, or when they feel better they stop taking the medication, fear to side effects, and lack of education about the continuity of treatment compliance. The conclusions that were obtained through this study show that the abandonment of the therapeutic regimen causes the appearance of complications such as diabetic foot 49%, 31% retinopathy, nephropathy

11% in patients not adequately control their disease, affecting several organs so it is imperative that patients comply with their treatment in order to reduce the rapid onset of complications that produces a significant socioeconomic impact.

Riobamba, September 29, 2014

TRANSLATION REVIEWED BY:


Lic. Dennys Tenelanda

ENGLISH TEACHER-UNACH



ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA	i
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL	ii
ACEPTACIÓN DE LA TUTORA	iii
DERECHO DE AUTORÍA	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT.....	viii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	ix
ÍNDICE DE FIGURAS	xiii
ÍNDICE DE CUADROS	xiii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
1. PROBLEMATIZACIÓN	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.3. OBJETIVOS	5
1.3.1. Objetivo General.....	5
1.3.2. Objetivos Específicos	5
1.4. JUSTIFICACIÓN	6
CAPITULO II	
2. MARCO TEÓRICO	7
2.1. POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL.....	7
2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	7
2.3. ANTECEDENTES DEL AREA DE ESTUDIO	9
2.3.1. Reseña histórica del Centro de Salud N.- 3	9
2.4 ABANDONO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO	10
2.5. TIPOS DE ABANDONO O INCUMPLIMIENTO	10

2.5.1.	Factores que inciden en el abandono del tratamiento	11
2.5.2	Factores socioeconómicos	11
2.5.3.	Factores relacionados con el equipo o sistema de asistencia sanitaria	11
2.5.4.	Factores relacionados con la enfermedad	12
2.5.5.	Factores relacionados con el tratamiento.....	12
2.5.6.	Factores relacionados con el paciente.....	12
2.6.	MÉTODOS PARA EVALUAR EL INCUMPLIMIENTO.....	13
2.6.1.	Métodos directos.....	13
2.6.2.	Métodos indirectos.....	13
2.6.3.	Test de Morisky-Green.	13
2.6.3.1.	Situaciones que se considera un incumplimiento terapéutico	14
2.6.3.2.	Consecuencias que puede tener un insuficiente cumplimiento terapéutico	15
2.6.4.	Condiciones para que un paciente cumpla con el tratamiento.....	15
2.6.5.	ESTRATEGIAS PARA FOMENTAR EL CUMPLIMIENTO	16
2.7.	DIABETES	20
2.7.1.	Epidemiología.....	20
2.7.2.	Anatomía del páncreas.....	20
2.7.3	El Glucagón	21
2.7.4.	Insulina.....	21
2.7.5.	Clasificación de la diabetes.....	22
2.7.5.1.	Diabetes Mellitus Tipo 1 (DMID) Diabetes mellitus insulinodependiente	22
2.7.5.2.	Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMNID) Diabetes mellitus no insulinodependiente	22
2.7.5.3.	Diabetes gestacional	22
2.7.6.	Fisiopatología.....	23
2.7.6.1.	Signos y síntomas	24
2.7.6.2.	Factores de riesgo	24
2.7.6.3	Criterios diagnósticos	25
2.7.6.3.1.	Prueba de glucosa sanguínea en ayuno (PGA)	25
2.7.6.3.2.	Prueba tolerancia oral a la glucosa (PTGO)	25
2.7.6.3.2.	Hemoglobina glicosilada	26

2.7.7	Complicaciones.....	26
2.7.7.1.	Complicaciones agudas.....	26
2.7.7.1.1.	Cetoacidosis Diabética (CAD).....	26
2.7.7.1.2.	Estado Hiperosmolar no Cetòsico.....	27
2.7.7.1.3.	Hipoglucemia.....	28
2.7.7.1.4..	Complicaciones crónicas	29
2.7.7.1.5.	Retinopatía diabética.....	30
2.7.7.1.6.	Nefropatía diabética	31
2.7.7.1.7.	Neuropatía Diabética	32
2.7.7.1.8.	Cambios Macrovasculares	33
2.7.7.1.9.	Pie diabético.....	34
2.7.7.1.10.	Enfermedad cerebro vascular.....	35
2.7.7.1.11.	Enfermedad vascular periférica	36
2.7.7.1.12	Enfermedad coronaria.....	36
2.7.7.2.	Cuidados de enfermería al paciente con DM (Diabetes Mellitus).....	37
2.7.7.3.	Cuidado de los pies	38
2.7.7.3.1.	Tratamiento.....	39
2.7.7.4.	Tratamiento no farmacológico de la diabetes	40
2.7.7.4.1.	Dieta.....	40
2.7.7.4.2.	Ejercicio	40
2.7.7.5.	Tratamiento farmacológico.....	40
2.7.7.5.1.	Antidiabéticos orales o Hipoglucemiantes orales	40
2.7.7.5.2.	Sulfonilureas	41
2.7.7.5.3	Meglitinidas o glinidas.....	42
2.7.7.5.4.	Biguanidas	43
2.7.7.5.5.	Tiazolidindionas o glitazonas.	44
2.7.7.5.6.	Inhibidores de la alfa-glucosidasa.....	45
2.7.7.5.7.	Insulina.....	46
2.8	DEFINICIÓN DE TÈRMINOS BÁSICOS	49
2.9	HIPÓTESIS Y VARIABLES	51
2.9.1.	Hipótesis	51
2.9.2.	Variables	51

2.10	OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	52
CAPÍTULO III		
3.	MARCO METODOLÓGICO.....	56
3.1.	MÉTODO	56
3.1.1.	Tipo de Investigación.....	56
3.1.1.1.	Tipo descriptiva	56
3.1.1.2.	Explicativa.	56
3.1.2.	Diseño de la Investigación	56
3.1.3.	Tipo de Estudio	56
3.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.....	57
3.3.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS	57
3.3.1.	Técnicas	57
3.3.2.	Instrumentos.....	57
3.4.	TECNICAS DE PROCEDIMIENTO PARA EL ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	57
CAPÍTULO IV		
4.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	58
4.2.	COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	83
CAPÍTULO V		
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	84
5.1.	CONCLUSIONES	84
5.2.	RECOMENDACIONES.....	86
5.3.	BIBLIOGRAFÍA - LINGÜOGRAFÍA.....	87
ANEXO N.- 1 Encuestas aplicadas a los pacientes del club de diabéticos del CSN.- 3		
.....		94
ANEXO N.- 2 Lista de pacientes del club de diabéticos del centro de salud N° 3....		97
ANEXO N.- 3 Aplicación de las encuestas a los pacientes del club		99
CAPÍTULO VI		
6.	PROPUESTA.....	102

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N.- 1	Estrategias para mejorar la adherencia.....	19
Figura N° 2	Diferencias entre cetoacidosis diabética y coma Hiperosmolar.....	27
Figura N.- 3	Fármacos Sulfonilureas.....	42
Figura N° 4	Fármacos Meglitinidas o glinidas	43
Figura N° 5	Fármacos Biguanidas	44
Figura N° 6	Fármacos Tiazolidindionas	45
Figura N° 7	Fármacos Inhibidores de la alfa-glucosidasa	45
Cuadro N° 1	Sexo de los pacientes del Club de Diabéticos.....	58
Cuadro N° 2	Ocupación de los pacientes del Club de Diabéticos	59
Cuadro N° 3	Procedencia de los pacientes del Club de Diabéticos	60
Cuadro N° 4	Estado civil de los pacientes del Club de Diabéticos.....	61
Cuadro N° 5	Nivel de instrucción de los pacientes del Club de Diabéticos	62
Cuadro N° 6	Ingreso económico de los pacientes del Club de Diabéticos	63
Cuadro N° 7	Disponibilidad económica para adquirir la medicación para tratar su enfermedad.....	64
Cuadro N° 8	Tipo de apoyo que recibe por parte de su familia.....	65
Cuadro N° 9	Conocimiento de la diabetes	66
Cuadro N° 10	Se interesa por conocer sobre su condición de salud.....	67
Cuadro N° 11	Tipo de diabetes de los pacientes que asisten al Club	68
Cuadro N° 12	Cumplimiento del régimen terapéutico para el control de la diabetes	69
Cuadro N° 13	Ha olvidado tomar alguna vez la medicación prescrita	70
Cuadro N° 14	Toma la medicación a la hora indicada.....	71
Cuadro N° 15	Cuando se encuentra mejor deja de tomar la medicación prescrita..	72
Cuadro N° 16	Razones por la que usted deja de tomar la medicación	73
Cuadro N° 17	A parte de la diabetes padece de otra enfermedad crónica	74
Cuadro N° 18	Fármacos que recibe para controlar la diabetes	74
Cuadro N° 19	El personal de salud le educa a Usted y su familia sobre el manejo y beneficios de los hipoglucemiantes orales o de insulina	76
Cuadro N°20	A recibido educación sobre diabetes.....	77
Cuadro N° 21	El personal de enfermería realiza seguimiento a los pacientes que	

	no acuden a sus controles.....	78
Cuadro N.- 22	¿Quién le realiza a usted su control de la glucosa?.....	79
Cuadro N°23	Conoce las complicaciones que puede ocasionar la diabetes	80
Cuadro N° 24	Ha presentado alguna complicación de la diabetes.....	81
Cuadro N° 25	Especialistas que acudido para el control de las complicaciones presentadas por la enfermedad.....	82

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1	Sexo de los pacientes del Club de Diabéticos	58
Gráfico N° 2	Ocupación de los pacientes del Club de Diabéticos	59
Gráfico N° 3	Procedencia de los pacientes del Club de Diabéticos.....	60
Gráfico N° 4	Estado civil de los pacientes del Club de Diabéticos	61
Gráfico N° 5	Nivel de instrucción de los pacientes del Club de Diabéticos.....	62
Gráfico N° 6	Ingreso económico de los pacientes del Club de Diabéticos.....	63
Gráfico N° 7	Disponibilidad económica para adquirir la medicación para tratar su enfermedad	64
Gráfico N° 8	Tipo de apoyo que recibe por parte de su familia	65
Gráfico N° 9	Conocimiento de la diabetes.....	66
Gráfico N° 10	Se interesa por conocer sobre condición de salud	67
Gráfico N° 11	Tipo de diabetes de los pacientes que asisten al Club	68
Gráfico N° 12	Cumplimiento del régimen terapéutico para el control de la diabetes	69
Gráfico N° 13	Ha olvidado tomar alguna vez la medicación prescrita.....	70
Gráfico N° 14	Toma la medicación a la hora indicada	71
Gráfico N° 15	Cuando se encuentra mejor deja de tomar la medicación prescrita. 72	
Gráfico N° 16	Razones por la que usted deja de tomar la medicación	73
Gráfico N° 17	A parte de la diabetes padece de otra enfermedad crónica.....	74
Gráfico N° 18	Fármacos que recibe para controlar la Diabetes.....	75
Gráfico N° 19	El personal de salud le educa a Usted y su familia sobre el manejo y beneficios de los hipoglucemiantes orales o de insulina	76
Gráfico N° 20	Ha recibido educación sobre diabetes	77

Gráfico N° 21	El personal de enfermería realiza seguimiento a los pacientes que no acuden a sus controles.....	78
Gráfico N. 22	¿Quién le realiza a usted su control de la glucosa?	79
Gráfico N° 23	Conoce las complicaciones que puede ocasionar la diabetes.....	80
Gráfico N° 24	Ha presentado alguna complicación de la diabetes	81
Gráfico N° 25	Especialistas que acudido para el control de las complicaciones presentadas por la enfermedad.....	82

INTRODUCCIÓN

La diabetes es un problema de salud pública que afecta a gran parte de la población en el mundo entero, está considerada como una enfermedad compleja que afecta a personas de cualquier condición social, está relacionada con factores como la obesidad, sedentarismo, herencia, hábitos y prácticas alimenticias equivocadas.

Aspectos que en los últimos diez años en el Ecuador han producido un incremento progresivo de las tasas de morbilidad y mortalidad especialmente en los grupos de edad de 35- 60 años en ambos sexos, esta enfermedad tiene un mayor impacto socio sanitario no solo por su alta prevalencia sino también por las complicaciones que produce como el Pie diabético, Retinopatía, Nefropatía, etc. si no se cumple con un tratamiento.

El incumplimiento del régimen terapéutico un problema común y desalentador en todos los países, está influenciado por varios factores sociales y económicos, del equipo o sistema de asistencia sanitaria, características de la enfermedad, tratamiento, factores relacionados con el paciente, etc. esta situación tiene muchas consecuencias como la aparición de complicaciones, empeorando su estado de salud y a veces la muerte, lo que provoca además un aumento en los costos sanitarios muchas veces innecesarios, sin embargo esto se puede prevenir concientizando a las personas para que cumplan adecuadamente con las prescripciones para que puedan alargar su vida.

El objetivo de la investigación fue determinar cómo se relaciona el abandono del régimen terapéutico con la aparición de complicaciones en los pacientes que acuden al Club de Diabéticos del Centro de Salud N.- 3 para poder ayudar a la solución del problema proporcionando una guía de información y educación al paciente y familia sobre la importancia del cumplimiento, se pudo notar que no todos los pacientes cumplen adecuadamente con el régimen terapéutico la misma que motivo a indagar las causas de incumplimiento y determinar las consecuencias que conlleva.

El estudio se estructuró en cuatro capítulos que fueron desarrollados y permite seguir una labor secuencial y eficiente los que se tratara a continuación:

Capítulo I.- En el marco referencial se establece el planteamiento del problema, la formulación del problema, se establecieron los objetivos, tanto generales como los específicos, por último la justificación en donde se identifica la importancia, relevancia, beneficiarios, factibilidad y la propuesta que se propone como alternativa de solución.

Capítulo II.- Corresponde al marco teórico donde se sustenta teóricamente los conocimientos en función de las dos variables de investigación, se hace referencia el posicionamiento teórico personal, investigaciones anteriores antecedentes del estudio, se establece la hipótesis de investigación, se identifican las variables tanto dependiente como independiente, llegando así a la operalización de las mismas y definición de términos básicos.

Capítulo III.- Está referido al marco metodológico de la investigación, en el mismo se presenta el diseño de la investigación, el tipo de estudio, la población y muestra, los métodos e instrumentos usados para la recolección de datos, el procedimiento para la recolección de información y las técnicas para el análisis de datos.

Capítulo IV.- Se encuentran los resultados obtenidos de la aplicación de las técnicas e instrumentos, utilizando tablas y gráficos correspondientes y realizando un análisis e interpretación de cada uno de ellos.

Capítulo V.- Explica las conclusiones y recomendaciones a las que se han llegado con la investigación. Además se presenta las referencias bibliográficas, anexos y la propuesta una Guía sobre medidas de prevención de complicaciones de la Diabetes.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMATIZACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2011 se contabilizaron más de 346 millones de personas con Diabetes Mellitus (DM) en el mundo. De acuerdo con este organismo, en Latinoamérica existen 15 millones de personas con DM (Diabetes Mellitus) y se considera que esta cifra alcanzará los 20 millones de personas en los próximos 10 años, además según estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la prevalencia podría llegar a 83 millones para el 2030. (Lilia E. Fragoso-Morales, 2013)

Pese a que es una enfermedad crónica degenerativa letal y afecta a una de cada diez personas, de los cuales apenas el 30% son tratados, lo que pone en peligro su vida. (News, 2013)

Se calcula que fallecieron 3,4 millones de personas como consecuencias de esta enfermedad. Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios. Casi la mitad de esas muertes corresponden a personas de menos de 70 años, y un 55% a mujeres, la OMS (Organización Mundial de la Salud) prevé que las muertes por diabetes se multipliquen por dos entre 2005 y 2030. (OMS, Datos y Cifras)

En el Ecuador existen aproximadamente unas 800.000 personas con diabetes, de las cuales apenas se encuentran diagnosticadas y con tratamiento unas 100.000 (20%), la prevalencia de Diabetes Mellitus tipo 2 es del 3%, es más frecuente en el pasar de los años; así, es del 1 % de personas mayores a 18 años, del 4% en mayores a 30 años, del 5% en mayores a 40 años y superior al 13 % en personas mayores a 60 años. (Aguiar Pezantes Martina, 2010)

El aumento mundial que ocurrirá la diabetes será debido al envejecimiento y crecimiento de la población, además de la tendencia en el aumento de la obesidad,

dietas no saludables y estilos de vida sedentarios, es una de las mayores amenazas de la salud pública de la población mundial (Lefebvre, 2003)

Sin embargo, el número es mucho mayor porque más de la mitad de las personas que la padecen no lo sabe. A ello hay que sumar los enfermos de Diabetes 1, cuya cifra total también es desconocida. Además se encuentra entre las 10 primeras causas de morbilidad y el cuarto lugar entre las causas de mortalidad. Según datos recopilados por el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) en el 2012 a nivel de la Provincia de Chimborazo hay un promedio de 1280 pacientes diabéticos y se ha constituido el cuarto lugar de causa de morbi mortalidad existe un alto índice en el área Urbana con un 39 % mientras que en el área rural 7% padecen de diabetes.

Durante el proceso de esta investigación de campo existe una relación directa con los pacientes seleccionados haciendo un seguimiento personalizado sobre los determinantes que causan el abandono del régimen terapéutico.

En el Centro de Salud N °3 se han identificado 256 pacientes con Diabetes registrados en las estadísticas de morbilidad de este Centro de los cuales 70 asisten a los controles médicos, se trabajó con los pacientes que acuden al Club de diabéticos en la cual el 50% de pacientes abandonan el tratamiento sea este con antidiabéticos o insulino terapia.

El abandono al tratamiento de los pacientes diabéticos continua siendo un problema importante en el campo de la salud pública, los factores inherentes que puede influir en el abandono el tratamiento, pueden ser la falta de compromiso por parte de los pacientes para seguir las dietas , el olvido de tomar la medicación a la hora indicada, el no realizar ejercicio recomendado , la falta de recursos económicos , el desconocimiento de la enfermedad y la calidad de los servicios de salud los cuales pueden ser una motivación importante para el paciente.

Como consecuencia, la condición del paciente diabético puede empeorar y abrir la posibilidad de complicaciones como insuficiencia renal, infartos al corazón o cerebro-vasculares y el pie diabético, que ante la muerte de células por falta de oxigenación, las lesiones no se sienten y se agravan con facilidad, al grado de necesitar la amputación de las extremidades inferiores.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo se relaciona el abandono del régimen terapéutico con la aparición de complicaciones en los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N° 3 en el periodo julio- diciembre del 2013?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

Determinar cómo se relaciona el abandono del régimen terapéutico con la aparición de complicaciones en los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N° 3 para concienciar en el cumplimiento del tratamiento y prevenir complicaciones.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Determinar el tipo de diabetes y el porcentaje de pacientes del Club de Diabéticos que abandonan el tratamiento.
- Identificar las causas de abandono del tratamiento de los pacientes del Club de diabéticos del Centro de Salud N.- 3.
- Describir los cuidados de enfermería brindados a los pacientes del Club de Diabéticos.
- Diseñar una guía sobre las medidas de prevención de complicaciones para los pacientes del Club de Diabéticos.

1.4. JUSTIFICACIÓN

El incumplimiento del tratamiento de las enfermedades crónicas y las consecuencias relacionadas con el incumplimiento son problemas de gran envergadura en la práctica médica, la educación del paciente diabético sobre el tratamiento es una herramienta fundamental para el control de la enfermedad logrando estabilizar al paciente diabético disminuyendo el riesgo de posibles complicaciones tanto agudas como crónicas. La investigación es importante porque permitió conocer las principales causas y el porcentaje de pacientes que abandonan del régimen terapéutico medidas de prevención en torno a las complicaciones ayudando a los pacientes diabéticos y sus familias a mejorar su condición promoviendo acciones que permitan favorecer el apego al tratamiento farmacológico y la total adherencia a las medidas integrales para el cuidado de la salud del diabético

El problema que se pretendió solucionar mediante esta investigación es lograr que los pacientes cumplan adecuadamente con el tratamiento y prevenir la aparición de complicaciones, mediante la actuación del personal de salud especialmente de enfermería que tiene como objetivo fundamental elevar la calidad de atención de los pacientes mediante la educación diabetológica.

El impacto científico de esta investigación es que permitirá analizar las consecuencias del abandono del tratamiento en los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.- 3.

Este trabajo es factible porque existió la colaboración de los pacientes para la obtención de la información, será un aporte para la población que padece esta enfermedad con el fin que los pacientes cumplan el tratamiento para la prevención o progreso de las complicaciones en los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.- 3 es de beneficio para el personal de salud y para el paciente, en cuanto que crea conciencia sobre la importancia del cumplimiento del tratamiento. La propuesta fue diseñar una guía sobre medidas de prevención de las complicaciones de la diabetes, para enriquecer los conocimientos de los pacientes y familiares con la finalidad de lograr que cumplan con el tratamiento e identificar las causas porque abandonan el régimen terapéutico para disminuir la morbimortalidad a causa de las complicaciones que se presentan por el abandono del régimen terapéutico.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL

El trabajo pertenece a la teoría de Dorothea Orem teoría del autocuidado, porque enseña al paciente las habilidades de supervivencia, el objetivo ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de auto cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de una enfermedad

Reforzar la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud.

2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Existen investigaciones relacionadas con el tema planteado:

Una investigación realizada sobre **“Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio”**. La visión del cuidador familiar. Realizado por Teresa Nury Hoyos Duque, María Victoria Arteaga Henao, Mónica Muñoz Cardona, en donde se concluye que la adherencia al tratamiento en personas con DM2 está mediada por múltiples factores que la dificultan como: concepciones culturales de la enfermedad, desencuentro entre los discursos del equipo profesional de salud y el saber popular, cansancio de tomar tantos medicamentos, miedo a la múltiples punciones por la aplicación de la insulina, insatisfacción con la calidad brindada de los servicios de salud y el costo económico de la enfermedad a largo plazo (IMBIOMED, 2013)

Según el estudio realizado en el año 2010 **“Factores que inciden en el incremento de las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus Tipo 2 en el servicio de medicina interna del Hospital Alfredo Noboa Montenegro cantón Guaranda**

Provincia Bolívar, periodo febrero 2009 - febrero 2010” realizado por Diana Cecilia Quisiguiña Jarrín , el propósito de la investigación, fue tomar conciencia tanto por parte de la población diabética, cuanto por el personal médico, 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 pacientes en su estilo de vida y la corrección de factores de riesgo, capaz de que se prevean medidas tendientes a evitar la complicaciones causas de muerte del paciente diabético. (Quisiguiña Jarrin, 2010)

Se encontró un trabajo realizado sobre “ **Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes Mellitus tipo II en el hospital de Ancud**” elaborado por Jorge Alejandro Giacaman Kompatzki , a través de los resultados obtenidos por el Test de Morisky Green Levine en una distribución porcentual según las respuestas, se ve que el olvido es uno de los mayores determinantes en la no adherencia a los tratamientos farmacológicos, lo que indica que uno de los aspectos implícitos de la individualidad en cómo la persona asimila para sí el tratamiento , se revela una enorme diversidad de factores que se vinculan con la adherencia terapéutica, como son la presencia de comorbilidades, los esquemas farmacológicos en donde cabe la politerapia, el olvido de tomar los medicamentos, los mitos cultura les, el nivel sociocultural. (Gaicaman Kompatzki, 2010)

En otra investigación sobre “**Factores asociados con la no adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos en un programa de control de riesgo cardiovascular de una empresa promotora de salud de Bucaramanga Colombia 2010**” realizado por Claudia Lucia Figueroa Pineda se evidencia que existe una alta no adherencia al tratamiento en diabetes en la población estudiada del más de 60% determinadas principalmente por factores clínicos tal como no uso o mal uso de la terapia farmacológica dietaría y de diabetes de más de 10 años . Sin embargo otros factores fueron independientemente asociados a la no adherencia como el estilo de vida de alto riesgo, asistir aveces acompañado a la consulta, convivir solo con el cónyuge, estar desempleado y tener inadecuada percepción de la atención y orientación en el tratamiento. (Figueroa Pineda, 2010)

Los estudios antes mencionados guardan estrecha relación con el presente estudio de investigación, estableciéndose como guías que incentivan la intervención del profesional de enfermería en la identificación de diversos factores que inciden en el abandono de régimen terapéutico de la diabetes.

2.3. ANTECEDENTES DEL AREA DE ESTUDIO

En la Dirección de Salud de la ciudad de Riobamba, cuenta con:

Unidades Operativas: Centro de Salud 1 y 3, SCS La Panadería, SCS Los Pinos, SCS Santa Rosa.

Unidades de Salud: Área 1 Sector Urbano de Riobamba, Área 2 Colta, Área 3 Guamate, Área 4 Alausi, Área 5 Chunchi, Área 6 Guano – Penipe, HPGDR, Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez.

2.3.1. Reseña histórica del Centro de Salud N.- 3

En el año 1993 se crea la Sub Área Riobamba Sur Occidental con 15 unidades de salud incluida el Centro de Salud N.- 3 que se constituía en la jefatura del área.

A partir de febrero del 1994 se reestructuran nuevamente las áreas y toma el nombre de Sub área Riobamba Chambo constituida con 24 unidades de salud incluido en centro 3 cabecera de área que se localiza en una casa arrendada de la Fausto Molina.

El Ministerio de Salud realizó un proceso de acreditación de áreas de salud en la que el área de Salud Riobamba Chambo fue evaluada y alcanzó los niveles óptimos de acreditación, por lo que mediante acuerdo Ministerial 1956 del 11 de Julio de 1995 se crea el área N.- 6 Riobamba Chambo con 24 unidades con capacidad técnica administrativa y financiera descentralizada.

En el año 1999 se realiza una última reestructuración de las áreas de salud en la que se cambia de denominación a Área de Salud N.- 1 Riobamba Chambo se excluye las unidades de Penipe y se incorpora nuevas unidades con la que el área queda constituida con 36 unidades operativas.

Con acuerdo ministerial N.- 00001549 del 01 de Agosto del 2012 el Área de Salud N.- 1 Riobamba Chambo cambia su denominación **DIRECCION DISTRITAL DE**

SALUD N.- 06D1 CHAMBO RIOBAMBA actualmente con 37 Unidades Operativas distribuidas en el cantón Riobamba y Chambo.

En el año 2009 se construyó el edificio ubicado en el parque industrial que consta de dos plantas , en la planta alta se encuentra funcionando el Centro de Salud que consta de una área dedicada a la prestación de los servicios de consulta externa (Medicina General, Ginecología , Obstetricia, Odontología) farmacia estadística , enfermería Nutrición y laboratorio .

Además en la planta baja funciona el área administrativa, el centro de atención de adolescentes, bodega, banco de vacunas, centro informático, auditorium un depósito para manejo de desechos infecto contagiosos.

2.4 ABANDONO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO

Iñesta, (2001) lo define:

“Como el fallo de los pacientes en cumplir las instrucciones del médico para tratar su enfermedad.”

El no cumplimiento del régimen terapéutico se refiere conducta del paciente que no cumple con las prescripciones médicas puede deberse a diversos factores, que pueden mejorar mediante las actividades de enfermería en la atención del paciente diabético.

2.5. TIPOS DE ABANDONO O INCUMPLIMIENTO

En cuanto a los diferentes tipos de incumplimiento podemos diferenciar:

- **Incumplimiento voluntario o intencionado.** Es el más frecuente y puede tener numerosas causas. Por Ej.: creer que la medicación es excesiva o insuficiente, o temer la aparición de reacciones adversas y abandonar el tratamiento.
- **Incumplimiento involuntario o no intencionado.** Que puede ser consecuencia de un olvido de la toma, por errores en la interpretación de las instrucciones dadas por el médico y/o farmacéutico; etc.

Otra clasificación de los diferentes tipos de incumplimiento puede ser:

- Que el paciente no adquiriera el medicamento y, por lo tanto, no inicie nunca el tratamiento.
- Que adquiriera la medicación y retrase el comienzo del tratamiento.
- Que retrase la adquisición e inicio del tratamiento.
- Que comience el tratamiento y lo abandone total o parcialmente antes de la finalización.
- Que inicie el tratamiento y lo lleve a cabo de forma incorrecta (Guicaman Kompatzki, 2010)

2.5.1. Factores que inciden en el abandono del tratamiento

La OMS (Organización Mundial de la Salud) considera que la adherencia es un fenómeno multidimensional determinado por la acción reciproca de cinco factores:

- Factores socioeconómicos,
- Factores relacionados con el equipo o sistema de asistencia sanitaria,
- Factores relacionados con la enfermedad,
- Factores relacionados con el tratamiento y
- Factores relacionados con el paciente.

2.5.2 Factores socioeconómicos

Los principales problemas socioeconómicos que deben abordarse en relación con la adherencia terapéutica son la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestable, la lejanía del centro de tratamiento, el alto costo de los medicamentos, la disfunción familiar, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y del tratamiento y la disfunción familiar.

2.5.3. Factores relacionados con el equipo o sistema de asistencia sanitaria

El acceso a los servicios de atención , la demora o inflexibilidad en los horarios de atención falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas,

poca capacidad del sistema para educar a las personas y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.

2.5.4. Factores relacionados con la enfermedad

Los factores relacionados con la enfermedad constituyen exigencias particulares relacionadas con la enfermedad que enfrenta el paciente. Algunos determinantes poderosos de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos.

2.5.5. Factores relacionados con el tratamiento

Los más notables, son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos, cuanto más complejo sea el régimen de tratamiento, menos probable será que la persona lo siga.

2.5.6. Factores relacionados con el paciente

Algunos de los factores que influyen sobre la adherencia terapéutica son la edad, nivel de instrucción, el olvido, el estrés psicosocial, los efectos adversos, la baja motivación, el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento, las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento, el entender mal y no aceptar la enfermedad, la falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad, el entender mal las instrucciones del tratamiento, las bajas expectativas de tratamiento, la inadecuada asistencia a los controles de seguimiento, el sentirse estigmatizado por la enfermedad y las expectativas con respecto al resultado del tratamiento, interactúan para influir sobre el comportamiento de adherencia. (OMS, 2004)

2.6. MÉTODOS PARA EVALUAR EL INCUMPLIMIENTO

2.6.1. Métodos directos.

Consisten en determinar el medicamento en los fluidos orgánicos, marcadores bioquímicos incorporados a él o sus metabolitos. Se realiza mediante toma de muestras de sangre, orina o saliva, y el uso de trazadores (como la fenobarbitona a dosis bajas que no es tóxica, es fácilmente medible, no es detectada por el paciente, tiene una semivida larga y mínima variación farmacocinética interpaciente, se ha utilizado para determinar los regímenes de tratamiento óptimos para los hipoglucémicos y se ha demostrado que 1 ó 2 dosis al día originan un mejor cumplimiento que 3 ó 4.

Son objetivos, específicos y con ellos se obtienen índices de incumplimiento mayores que con los métodos indirectos, pero también son más sofisticados, caros y están fuera del alcance de la atención primaria (Sacyl, 2012)

2.6.2. Métodos indirectos.

Valoran el cumplimiento a partir de informaciones facilitadas por el paciente, midiendo sucesos o circunstancias que se relacionan probablemente de forma indirecta, con el cumplimiento. Suelen ser sencillos y económicos de realizar. (Pérez, 2011)

2.6.3. Test de Morisky-Green.

Es breve y muy fácil de aplicar, validado y aplicado en numerosas patologías, puede proporcionar información sobre las causas del incumplimiento además presenta una alta especificidad, alto valor predictivo positivo y escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión es económico, subestima al buen cumplidor y sobrestima el no cumplimiento.

Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretenden valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento.

Las preguntas son las siguientes:

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?
4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación? (infac , 2011)

Para considerar a un paciente como **ADHERENTE**, si responde de forma correcta todas las preguntas (**NO, SÍ, NO, NO**).

Val Jiménez (1992) modificó la pregunta 2 para permitir que la respuesta correcta sea «NO», y de esta forma se consigue que para ser cumplidor haya que responder a las 4 preguntas de la misma forma: No/No/No/No.

¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas?

NO ADHERENTE: Si contesta “SI” en al menos una de las preguntas del Test Morisky-Green- Levine. (Cardenas Hernandez , 2009)

2.6.3.1. Situaciones que se considera un incumplimiento terapéutico

- Cuando no se aplica el medicamento recomendado o no sigue correctamente pauta la recomendada.
- Cuando se olvida alguna aplicación del medicamento, aunque sea un solo día.
- Cuando se aplican dosis superiores o inferiores de las aconsejadas o lo hace de forma incorrecta.
- Cuando no se aplica el medicamento a las horas indicadas.

2.6.3.2. Consecuencias que puede tener un insuficiente cumplimiento terapéutico

- Dificultades en el control de la enfermedad, los médicos o enfermeros pueden creer que el paciente, aunque aplica los medicamentos, no consigue un buen resultado. Para conseguirlo, aumentarán la complejidad del tratamiento y, al mismo tiempo, el riesgo de aparición de efectos secundarios y el cansancio del paciente.
- Falta o disminución de la eficacia esperada, que puede derivar en recaídas e insatisfacción del paciente.
- Malgasto de recursos del sistema sanitario (o el mismo paciente) que está pagando unos medicamentos que en realidad no toma o que toma de forma incorrecta, y que no pueden proporcionar la eficacia esperada. (Laboratorios LEO PharmaS.A.)

2.6.4. Condiciones para que un paciente cumpla con el tratamiento

- **Debe estar interesado en su salud.**

Teóricamente si alguien va al médico es que está preocupado por su salud, pero es mejor valorar qué es lo que conoce acerca de su enfermedad, cómo evoluciona, la razón por la que le han puesto un tratamiento, los riesgos de no seguir el tratamiento.

- **Considerar correcto el diagnóstico.**

El paciente debe tener la sensación de que el diagnóstico que le han dicho es acertado, ya que respeta al médico que lo ha hecho y/o reconoce los síntomas que padece con los asociados con el diagnóstico en cuestión.

- **Comprender cuáles son las consecuencias de la enfermedad diagnosticada.**

El paciente puede tener sus propias percepciones sobre la enfermedad, es necesario conocer estas percepciones y corregir lo que es erróneo, haciéndole comprender en

que consiste básicamente su enfermedad y sus consecuencias a corto, medio y largo plazo, si no se sigue adecuadamente el tratamiento.

- **Creer en la eficacia del tratamiento prescrito y que siguiéndolo va a mejorar o ejercer un cierto control sobre su enfermedad.**

En la mayor parte de las ocasiones los pacientes o no están informados o tienen conocimientos muy superficiales de los medicamentos que le han prescrito para el tratamiento de la enfermedad. Hay que informar sobre lo más importante de los mismos, indicando con palabras sencillas como actúan, como van a influir mitigando o curando la enfermedad y sus síntomas, poniendo énfasis en las enfermedades crónicas en las que los beneficios son a medio y largo plazo.

- **Conocer cómo y durante cuánto tiempo deberá tomar la medicación y encontrar formas de tomarla que no le origine más problemas que la enfermedad misma.**

Preguntar al paciente o cuidador, cuándo, cuánto y durante qué tiempo debe tomar los medicamentos. Generalmente no lo sabe pero lo tendrá escrito en la receta o en un informe adicional. Se debe estar seguro de que comprende bien como, cuando, cuanto y durante qué tiempo debe tomar el o los medicamentos.

- **Creer que se ocupan de él/ella como una persona, no como un caso más.**

El trato debe ser personalizado, respetuoso y profesional, documentando delante del paciente lo fundamental de la entrevista, aunque posteriormente se añadan o complementen los apuntes iniciales

2.6.5. ESTRATEGIAS PARA FOMENTAR EL CUMPLIMIENTO

- Simplificación del régimen terapéutico.
- Racionalizar la frecuencia de las dosis.
- Mejorar la administración y la palatabilidad.
- Explicación efectiva
- Mejorar la relación médico-paciente

a) Simplificación del régimen terapéutico:

- Coordinar las dosis.
- Ligarlas a las principales comidas.
- En los niños y adolescentes evitar la toma de medicamentos durante las horas escolares, si es posible, para evitar que pierdan la medicación y decrecer la estigmatización de la enfermedad en niños mayores o adolescentes.

b) Racionalizar la frecuencia de las dosis:

- Cambiar a medicamentos que tienen una duración de acción mayor. Se ha demostrado muy bien que las terapias de corta duración producen un cumplimiento mayor.

c) Mejorar la administración y la palatabilidad:

- Enseñar las técnicas correctas, acompañando una nota gráfica explicativa del procedimiento.
- Elegir productos más fáciles de tragar o formas más pequeñas aunque de menor concentración.
- Cambios a formas líquidas.

d) Explicación efectiva:

- Hablar a los pacientes sobre la enfermedad y el tratamiento.
- Usar lenguaje sencillo.
- Revisar las instrucciones al paciente en prospectos

e) Usar un lenguaje sencillo:

- Usar palabras sencillas.
- Usar frases cortas.
- Ser específico. (Iñesta García A. , 2011)

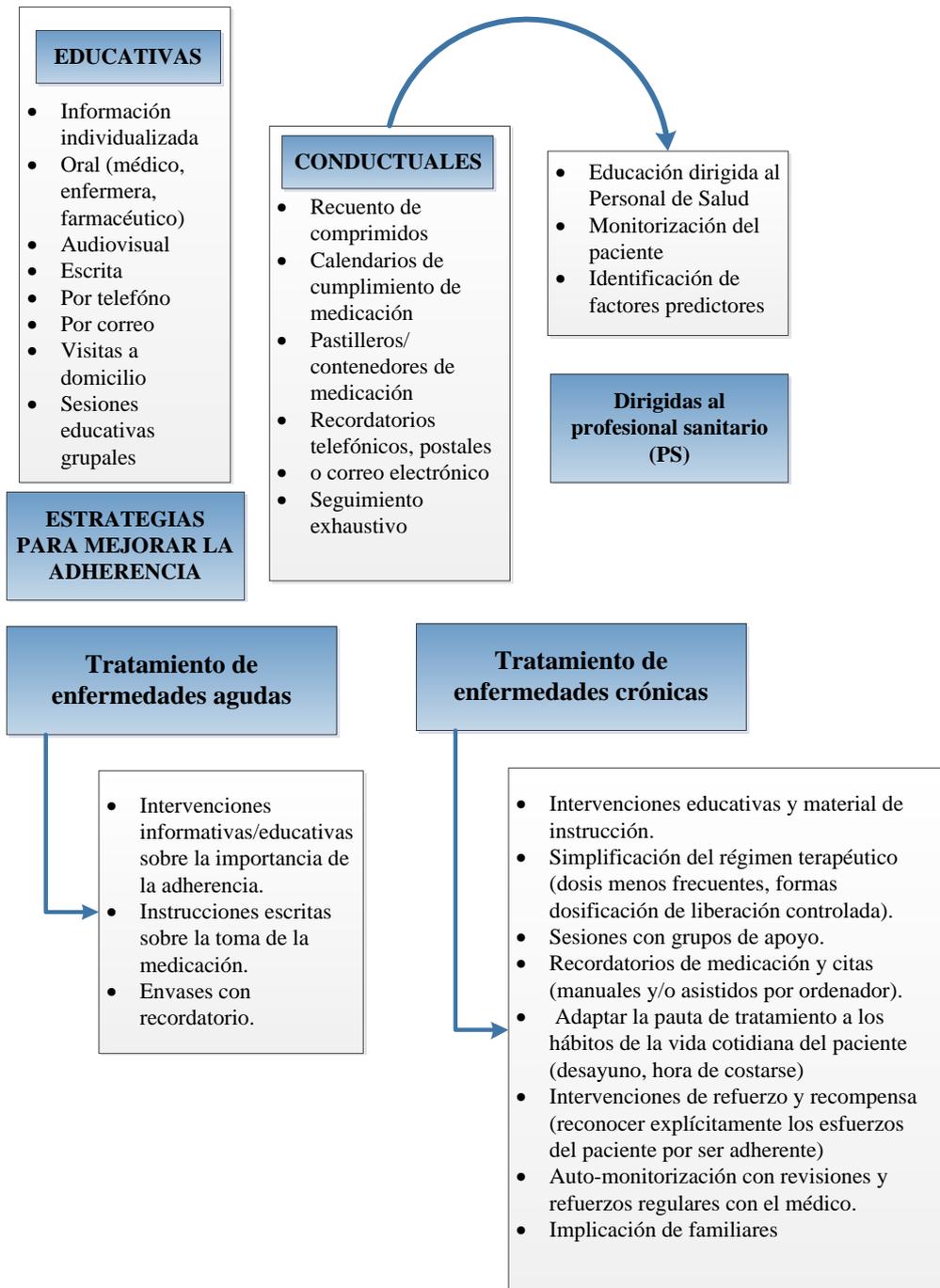
f) Mejorar la relación médico-paciente:

Hay una clara relación entre la buena comunicación médico - paciente una comunicación de calidad está relacionada positivamente con los resultados terapéuticos y por esto las habilidades para mejorar esta interacción constituyen una parte importante y necesaria de la competencia clínica.

Se han identificado diversos aspectos determinantes de la relación médico-paciente para conseguir una mejor adherencia, como son: la amabilidad, el acercamiento, el ánimo, la cooperación, la utilización de las mejores habilidades educativas, y en definitiva centrar la relación en el paciente, para que pueda participar en las decisiones.

Los profesionales deben ser capaces de obtener del paciente, las percepciones, los temores, y las expectativas del tratamiento de su enfermedad, explicarle básicamente en qué consiste la enfermedad, sus consecuencias a corto, medio y largo plazo, destacar la importancia de tomar la medicación correctamente, escucharlo activamente, darle explicaciones claras, valorar su comprensión, negociar el plan terapéutico y comprobar la importancia que da el paciente a la adherencia.

Figura N° 1 Estrategias para Mejorar la adherencia



Fuente: (Dillan, Valladares, Lizambic, & Sacristana, 2009)

2.7. DIABETES

Es una enfermedad crónica debida a la producción inadecuada de insulina (es una hormona que regula la azúcar en la sangre glucemia) que elabora las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas a un defecto de la acción o mala utilización de la hormona en los tejidos orgánicos o a ambas circunstancias con lo que resulta un metabolismo inadecuado de los hidratos de carbono, las grasas y proteínas cuyo principal indicador es la hiperglucemia. (Nuevo Manual de enfermería, pág. 289)

Un déficit de insulina trastorna el metabolismo de los carbohidratos, las proteínas y las grasas, este déficit puede producirse debido a que las células betas del páncreas no secreta insulina de manera adecuada o porque los receptores celulares periféricos o hepáticos son resistentes a la unión de la insulina o a su transferencia a través de la membrana celular.

2.7.1. Epidemiología

La Diabetes Mellitus (DM) es una de las enfermedades con mayor impacto socio sanitario, no solo por su alta prevalencia sino también por las complicaciones crónicas que produce y por su elevada tasa de mortalidad. (Jacome Coloma, 2011)

La forma más exacta de estimar la prevalencia de la DM (Diabetes Mellitus) es la práctica de un test de tolerancia oral a la glucosa. La incidencia de la DM (Diabetes Mellitus) tipo 2 se estima 8/1.000 habitantes al año y la DM (Diabetes Mellitus) tipo 1 en 11-12 casos por 10.000 habitantes

En Ecuador, desde hace más de un década la Diabetes Mellitus consta entre las primeras diez causas de mortalidad, ocupando el primer lugar en el último reporte presentado hace dos años por el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos).

2.7.2. Anatomía del páncreas

Es una glándula endocrina como exocrina, es un órgano aplanado localizado hacia atrás y ligeramente abajo del estómago está formado de una cabeza, un cuerpo y una cola.

La porción endocrina del páncreas consiste en cerca de un millón de acúmulos de células que se denominan islotes pancreáticos o islotes de Langerhans.

Está formado de tres tipos de células:

- **Células Alfa.-** las cuales secretan la hormona glucagón que aumenta la concentración del azúcar en la sangre.
- **Células Beta.-** las cuales secretan la hormona insulina que disminuye las concentraciones de azúcar en la sangre.
- **Células Delta.-** las cuales secretan la hormona inhibidora de la hormona del crecimiento o somatostina, esta hormona inhibe la secreción de insulina y el glucagón.

El glucagón y la insulina son las secreciones endocrinas del páncreas y se relacionan con la regulación de concentración del azúcar en la sangre.

2.7.3 El Glucagón

Es el producto de las células alfa cuya hormona es aumentar las concentraciones de azúcar en la sangre, el glucagón logra esto por medio de la aceleración de la conversión de glucógeno en el hígado (glucogènlisis) y de la gluconeogénesis.

El hígado libera la glucosa hacia la sangre y aumenta las concentraciones de azúcar sanguínea. (Diabetes.com, 2010)

La secreción de glucagón está directamente controlada por las concentraciones de azúcar en la sangre por medio de un sistema de retroalimentación negativa.

2.7.4. Insulina

Esta actúa en la disminución de las concentraciones de glucosa en la sangre, acelera el transporte de glucosa desde la sangre hacia las células en especial las fibras del musculo esquelético.

Acelera la conversión de glucosa a glucógeno (glucogénesis), la insulina también disminuye la glucogénesis, estimula la conversión de glucosa o de otros nutrientes a ácidos grasos (lipogenesis) y ayuda a estimular las síntesis de las proteínas. (Tortora & Derrickson, 2006)

2.7.5. Clasificación de la diabetes

La clasificación de la DM contempla cuatro grupos:

- Diabetes Mellitus Tipo 1 DM1
- Diabetes Mellitus Tipo 2 DM2
- Diabetes Mellitus Gestacional DMG

2.7.5.1. Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1D) Diabetes mellitus insulino dependiente

La Diabetes Mellitus insulino dependiente es la ausencia de la producción de la insulina se debe a la destrucción de las células B por un proceso auto inmunitario, suele aparecer de forma brusca a cualquier edad aunque es más frecuente en personas jóvenes (antes de los 30 años)

La concentración plasmática de la insulina es baja o indeterminable, los niveles de glucagón están elevados pero descienden al administrar insulina (Harrison, 1998).

2.7.5.2. Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2D) Diabetes mellitus no insulino dependiente

Diabetes mellitus no dependiente de insulina se debe a la disminución de la secreción de insulina endógena o el aumento a la resistencia a la insulina. Su aparición se relaciona con la obesidad y con la presencia de diferentes factores hereditarios y ambientales suele aparecer en personas de mediana o avanzada edad.

2.7.5.3. Diabetes gestacional

Cualquier grado de intolerancia a la glucosa que aparece únicamente durante el embarazo generalmente durante el segundo o tercer trimestre del embarazo como

consecuencia de la secreción de hormonas placentarias que inhiben la acción de la insulina, tras el parto la glicemia de la madre suele normalizarse, aunque en algunas mujeres suele desarrollarse una diabetes mellitus tipo 2.

Cuando las células dejan de recibir glucosa se ponen en marcha una serie de procesos metabólicos que pueden llegar a comprometer la vida de los individuos (Ona Gómez, 2014)

2.7.6. Fisiopatología

La fisiopatología de la DM (Diabetes Mellitus) tipo 2 es compleja e implica la interacción de factores ambientales (consumo calórico excesivo que conduce a la obesidad y la vida sedentaria) y genéticos aunque existen 3 alteraciones constantes:

- Resistencia a la acción de la insulina en los tejidos periféricos :músculo grasa y especialmente el hígado
- Secreción alterada de la insulina en respuesta al estímulo con glucosa
- Producción aumentada de glucosa por el hígado

Si exceptuamos las formas monogénicas específicas de enfermedad que pueden ser el resultado de defectos que están confinados a las vías de regulación de la acción de la insulina en el músculo, el hígado o la grasa o de los defectos de la secreción de insulina en las células B del páncreas, no se conoce la forma de interacción de los factores genéticos medioambientales y fisiopatológicos para desencadenar el inicio de la DM (Diabetes Mellitus) tipo 2.

De hecho las formas más frecuentes de DM (Diabetes Mellitus) tipo 2. son de naturaleza poligénica y se deben a la combinación de una secreción anormal de insulina y a la resistencia a la insulina, desde el punto de vista fisiopatológico es la incapacidad de las células B del páncreas para adaptarse a la reducción de la sensibilidad a la insulina que se produce a lo largo de la vida en las personas en momentos como la pubertad, embarazo, estilo de vida sedentario o exceso de

alimentación la que conducirá a la obesidad , lo que precipita el inicio de la DM (Diabetes Mellitus) tipo 2 .

Una predisposición genética de base parece ser un factor crítico en determinar la frecuencia de su aparición. (Tome, 2007)

2.7.6.1. Signos y síntomas

La sintomatología más común es:

- Polidipsia
- Poliuria
- Perder peso
- Poseer heridas que no sanan
- Poseer la piel seca y sentir picazón
- Perder sensibilidad o sentir hormigueo en los pies
- Visión borrosa
- Sensación de cansancio
- Irritabilidad
- Cambios en los estados de ánimo (Departamento de Salud de Puerto Rico, 2013)

2.7.6.2. Factores de riesgo

Se dividen en:

a) Los que se pueden modificar:

- Sobrepeso u obesidad.
- Hábitos de alimentación inadecuados (consumo de alimentos ricos en hidratos de carbono y grasa)
- Sedentarismo

b) Los que no se pueden modificar:

- Ser mayor de 40 años (el riesgo aumenta con la edad).
- Tener familiares de primer grado con diabetes (mamá, papá, hermanos).
- Pertenecer a una población étnica con alto riesgo.

- Haber tenido diabetes gestacional
- Haber tenido hijos con un peso mayor o igual a los 4.0 kg al nacer. (Torres, 2012)

2.7.6.3 Criterios diagnósticos

Los criterios revisados de diagnósticos de diabetes mellitus son publicados por grupos consenso de expertos de National Diabetes Data Group y la Organización Mundial de la Salud, en el que se diagnostica diabetes mellitus en los casos siguientes.

- 1.- Síntomas de diabetes más concentración de glucosa sanguínea al azar mayor o igual a 200 mg/ dl.
- 2.- Glucosa plasmática en ayunas mayor o igual 126 mg/ dl en dos tomas diferentes.
- 3.- Glucosa plasmática a las 2 horas mayor o igual a 200 mg/ dl durante una prueba de tolerancia a la glucosa.

2.7.6.3.1. Prueba de glucosa sanguínea en ayuno (PGA)

Si el nivel de glucosa en la sangre es de 100 a 125 mg/dl se presenta una forma de pre diabetes llamada intolerancia a la glucosa en ayunas lo que existe la posibilidad de desarrollar diabetes tipo 2 , un nivel de glucosa en sangre por encima de 126 mg/dl confirmado con otra prueba de glucosa sanguínea en ayuno realizada otro día confirma el diagnóstico de diabetes.

2.7.6.3.2. Prueba tolerancia oral a la glucosa (PTGO)

Esta prueba requiere un ayuno de ocho horas antes de la prueba, la glucosa en sangre en medida inmediatamente después, a intervalos de tiempo y después de dos horas de haber bebido una solución glucosada con 75gr de glucosa disuelta en agua.

Si el nivel de glucosa esta entre 140- 199 mg/dl dos horas después de haber bebido el líquido se tiene una forma de pre diabetes llamada intolerancia a la glucosa lo que existe la posibilidad de desarrollar diabetes tipo 2. Una glucosa de 200mg/dl o más

después de dos horas de haber tomada una solución glucosada se confirma con otra PTGO (Prueba tolerancia oral a la glucosa) otro día.

2.7.6.3.2. Hemoglobina glicosilada

La hemoglobina es una proteína que se encuentra dentro de los glóbulos rojos esta se encarga del transporte de oxígeno la glucosa se une a la hemoglobina la misma que se encuentra en niveles muy elevados en la sangre por la deficiencia de insulina o por la incapacidad de esta para poder llevar a las células, esa glucosa en exceso entra a los glóbulos rojos se une con moléculas de hemoglobina glucosilándola

2.7.7 Complicaciones

2.7.7.1. Complicaciones agudas

- Cetoacidosis Diabética CAD
- Síndrome hiperglucémico Hiperosmolar no Cetósico
- Hipoglucemia

2.7.7.1.1. Cetoacidosis Diabética (CAD)

Condición grave de la diabetes mellitus que obedece a un metabolismo incompleto de las grasas secundario a un déficit de insulina, en la cual se produce una gran cantidad de cuerpos cetónicos provenientes del hígado puede presentarse en casos de Diabetes Mellitus tipo I puede aparecer en circunstancias como abuso de alcohol, pancreatitis, accidentes cerebrovasculares, infarto al miocardio y efectos de algunos fármacos como corticoides dobutamina etc. (Ona Gómez, 2014)

a) Síntomas

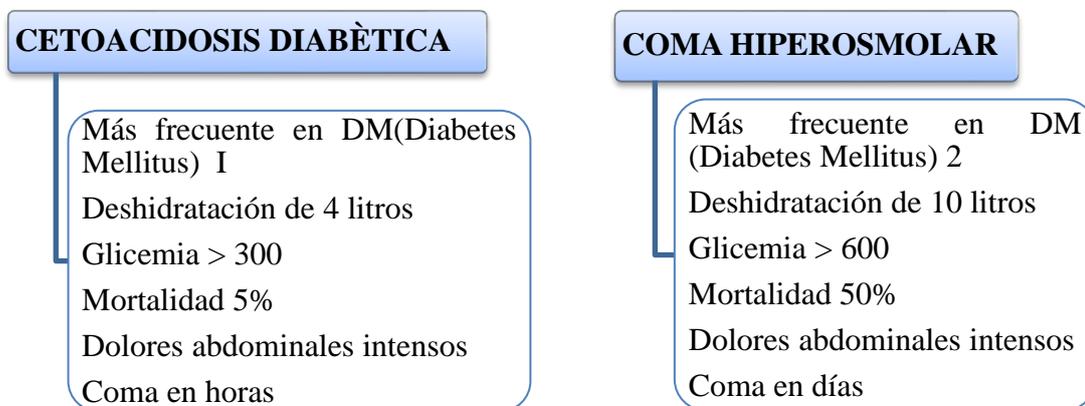
Algunas manifestaciones clínicas necesidad de orinar con frecuencia, en grandes cantidades y como consecuencia sed. Si el problema avanza aparecerán los cuerpos

cetónicos, que provocan inapetencia, náuseas o vómitos, dolor abdominal y dificultad en la respiración, decaimiento general.

b) Prevención

- Compruebe el nivel de azúcar en su sangre: Es posible que deba revisar el nivel de azúcar en su sangre al menos 3 veces al día. Si el nivel de azúcar en su sangre es demasiado alto, adminístrese insulina.
- Análisis de orina para detectar cetonas cada algunas horas si está enfermo, estresado o si su nivel de azúcar en la sangre es mayor de 250 mg/dl.
- Los pacientes deben aprender a reconocer los signos y síntomas preliminares de advertencia de la Cetoacidosis.
- Si tiene signos de cetoacidosis diabética, consuma más líquidos que no contengan azúcar, como el agua y las bebidas dietéticas. Adminístrese correctamente la insulina. (Drugs.com, 2013)

Figura N° 2 Diferencias entre cetoacidosis diabética y coma Hiperosmolar



Fuente: Villa Bastidas & Fresno, 2011

2.7.7.1.2. Estado Hiperosmolar no Cetòsico

También conocido como “coma diabético” es la complicación aguda que predomina en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en este caso el aumento de la glicemia y el estado de deshidratación conllevan a un aumento de la osmolaridad plasmática y

se manifiesta principalmente por alteraciones neurológicas. (America Diabetes Association, 2013)

a) Síntomas

- El nivel de glucosa en la sangre es de más de 600 mg/dl
- Boca seca, labios agrietados
- Sed excesiva
- Piel seca y caliente sin sudor
- Fiebre alta
- Somnolencia o confusión
- Disminución de la visión
- Alucinaciones
- Deshidratación
- Debilidad
- Taquicardia (Ona Gómez, 2014)

b) Prevención

- Controlar en forma regular el nivel de glucosa.
 - Administrar la insulina o medicamento para la diabetes
 - Compruebe la presencia de cetonas.
 - En la medida de lo posible, continúe con su régimen regular de comidas
- (America Diabetes Association, 2013)

2.7.7.1.3. Hipoglucemia

Disminución del nivel de glucosa en sangre por debajo de 54 mg./dl suele presentarse en pacientes tratados con insulina o con hipoglucemiantes orales como consecuencia del uso inadecuado de estos fármacos la mayor parte de veces ocurre por errores de la dosificación, retraso o omisión de la comida , exceso de actividad física etc. (Ona Gómez, 2014)

a) Síntomas

- Inestabilidad
- Nerviosismo o ansiedad
- Sudoración, escalofríos
- Irritabilidad
- Confusión, incluyendo el delirio
- Latidos cardíacos rápidos
- Mareo o vértigo
- Somnolencia
- Visión borrosa
- Hormigueo o entumecimiento de los labios o la lengua
- Dolores de cabeza
- Debilidad o fatiga
- Ira, la terquedad, o tristeza
- Falta de coordinación
- Convulsiones
- Estar inconsciente/perder el conocimiento (Ona Gómez, 2014)

b) Prevención

- La mejor manera para prevenir la hipoglucemia es el buen control de la diabetes.
- Mantener controlados los niveles de glucosa.
- Educar al paciente que debe ingerir alimentos que le permitan mantener los niveles adecuados de glucosa para evitar la hipoglucemia.
- Si es necesario un ajuste de tipo y dosis de insulina, la frecuencia de la administración junto con la adecuada proporción de las comidas (Ona Gómez, 2014)

2.7.7.1.4.. Complicaciones crónicas

a) Cambios microvasculares

- Retinopatía diabética
- Nefropatía diabética
- Neuropatías diabética

2.7.7.1.5. Retinopatía diabética

Es una complicación ocular de la diabetes que está causada por el deterioro de los vasos sanguíneos que irrigan la retina. El daño de los vasos sanguíneos de la retina puede tener como resultado que estos sufran una fuga de fluido o sangre, seguido de una oclusión de los capilares retinianos y la formación de aneurismas fusiformes. Si la enfermedad avanza se forman nuevos vasos sanguíneos y prolifera el tejido fibroso en la retina, lo que tiene como consecuencia que la visión se deteriore, pues la imagen enviada al cerebro se hace borrosa. (Harrison, 1998)

a) Síntomas

Es posible que en los inicios no se evidencien síntomas, dolor ni pérdida de la visión, pero a medida que la enfermedad avanza se producen cuadros graves, como el edema macular y otras complicaciones que conducen a una pérdida de visión.

1) Tipos de retinopatía

Existen dos tipos fundamentales de Retinopatía Diabética:

La forma no proliferativa más común en la diabetes tipo 2. Provoca un edema de la retina con engrosamiento de las capas internas y alteración de la agudeza visual secundaria a la degeneración de las células de la retina. (Visium, 2013)

Forma proliferativa más frecuente en pacientes tratados con insulina que en los diabéticos que no utilizan insulina, provoca el crecimiento de neovasos como consecuencia de la isquemia sanguínea y secundariamente produce el desarrollo de hemorragias y desprendimiento de retina traccional esto puede ocasionar la pérdida brusca de la visión. (Harrison, 1998)

b) Prevención

- Un examen oftalmológico periódico que puede realizarse una vez al año o cada 2 años.

- Control estricto de la diabetes, mediante el uso de insulina o los medicamentos prescritos por el médico.
- Hacer ejercicio físico y una dieta adecuada para mejorar el control de la diabetes (Fundación Española del Corazón, 2014)

2.7.7.1.6. Nefropatía diabética

Es un trastorno o patología del riñón, que incluye procesos inflamatorios, degenerativos relacionados a hiperglucemia persistente asociado a otros factores (hipertensión, dislipemia, predisposición genética)

Alteraciones en la estructura y función renal pueden ser de cuatro tipos:

- Pielonefritis
- Lesiones glomerulares
- Arteriosclerosis de las arterias renales
- Lesiones tubulares

La nefropatía diabética se caracteriza por albuminuria hipertensión e insuficiencia renal progresiva. Puede aparecer una hipertrofia glomerular relacionada con el agrandamiento del mesangio (tejido contráctil compuesto principalmente por proteínas del colágeno tipo 4 el cual se entrecruza entre los capilares del glomérulo) capilar a menudo se asocia con un mayor tamaño del riñón, con frecuencia se encuentra un aumento en la velocidad de filtración glomerular después del comienzo de la hiperglucemia.

La nefropatía diabética puede permanecer silenciosa durante muchos tiempo (10-15 años) al principio suele haber unos riñones grandes e hiperfuncionantes ósea con un filtrado glomerular que puede ser un 40% mayor de lo normal, el estadio siguiente se caracteriza por la aparición de microproteinuria (microalbuminuria) con excreción de albúmina de 30-300mg/día. (Harrison, 1998)

a) Síntomas

- Ascitis
- Edema de miembros inferiores
- Pérdida de apetito
- Cansancio
- Fatiga
- Apariencia espumosa o espuma excesiva en la orina
- Sensación de malestar general
- Prurito generalizado
- Dolor de cabeza
- Náuseas y vómitos (Fundación Española del Corazón, 2014)

b) Prevención

- Consulte regularmente al médico el controlará su presión arterial, orina, sangre y órganos para detectar complicaciones causadas por la diabetes.
- Controle los niveles de glucemia
- Trabaje con su médico para mantener una presión arterial saludable (menos de 130/80 mmHg).
- Hacer ejercicio diariamente.
- Dejar de fumar. (Kerr, 2014)

2.7.7.1.7. Neuropatía Diabética

Es el daño de uno o varios de los nervios que atraviesan todo el organismo (nervios periféricos) conectando la médula espinal a los músculos, piel, vasos sanguíneos y otros órganos. Los nervios periféricos, que son todos los que están fuera del sistema nervioso central (conformado por el cerebro, cerebelo, y médula espinal), se van dañando por los elevados niveles de glicemia por mucho tiempo, y debido a la gran cantidad de nervios periféricos. . (Harrison, 1998)

a) Síntomas

- Sensación de adormecimiento, hormigueo o ardor en los dedos de las manos, de los pies, en las manos o pies o en ambos.
- Dolor agudo que es peor de noche
- Cortaduras, úlceras o vesículas en los pies que no duelen tanto como debieran y que también sanan muy despacio.
- Debilidad muscular y dificultad para caminar
- Problemas de la vejiga tales como infecciones del sistema urinario e incontinencia urinaria.
- Problemas del sistema digestivo tales como sensación de hinchazón, dolor abdominal, estreñimiento, náuseas, vómito y diarrea.
- Disfunción eréctil en el hombre, y resequedad vaginal en la mujer (Motolla, 2011)

b) Prevención

- Mantener bajo control los niveles de azúcar en la sangre.
- Usar calzado que tenga la medida correcta para evitar la formación de llagas.
- Revisar los pies diariamente. Si nota cualquier cortadura, enrojecimiento, úlcera o hinchazón, consulte inmediatamente al médico para prevenir complicaciones de la diabetes en los pies.
- Consulte periódicamente a su médico o endocrinólogo. (foot health facts, 2013)

2.7.7.1.8. Cambios Macrovasculares

- Enfermedad Cerebro Vascular
- Infarto agudo al miocardio
- Enfermedad vascular periférica
- Pie diabético (Medigrafic, 2004)

La diabetes mellitus tipo 2 es un factor de riesgo independiente de enfermedad cardiovascular y con frecuencia se presenta asociada a otros factores de riesgo cardiovascular, como hipertensión arterial, dislipidemia y obesidad.

La glucemia se relaciona de manera directa con el aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular en la población general y en los pacientes con intolerancia a la glucosa o diabetes mellitus tipo 2. (Mata Cases, Fernandez Bertolín, & Otros, 2010)

Si la producción de insulina es insuficiente como si existe una resistencia a su acción, la glucosa se acumula en la sangre (lo que se denomina hiperglucemia), daña progresivamente los vasos sanguíneos (arterias y venas) y acelera el proceso de arteriosclerosis aumentando el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular: angina, infarto agudo de miocardio (así como sus complicaciones y la mortalidad posterior al infarto) y la muerte cardiaca súbita. (Fundación Española del Corazón, 2014)

2.7.7.1.9. Pie diabético

Es una infección, ulceración o destrucción de los tejidos profundos relacionados con alteraciones neurológicas y distintos grados de enfermedad vascular periférica en las extremidades inferiores que afecta a pacientes con diabetes mellitus. (Rincon, Gil, & Otros, 2012)

a) Síntomas

1) Vasculares

Pies fríos, claudicación intermitente, dolor en reposo (nocturno), disminución de la irrigación, disminución temperatura, rubor

2) Neurológicos

Ardor, hormigueo, alteración reflejos osteotendinosos, parestesias, dolor e hiperestesia, hipersensibilidad, sequedad piel, disminución de la sudoración, heridas que no cicatrizan, cambios de coloración piel.

2) Gangrena

La progresión de la isquemia lleva a desarrollar gangrena es la muerte y putrefacción del tejido, puede ser causada por una embolia, un trombo, condiciones vasoespásticas (síndrome de Raynaud), traumas, temperaturas extremas o infecciones. (Yeste Calle, 2006)

2.7.7.1.10. Enfermedad cerebro vascular

Los accidentes cerebrovasculares ocurren cuando la circulación de la sangre al cerebro falla. Las células que se encuentran en este órgano pueden morir por la disminución en el flujo sanguíneo y la consiguiente falta de oxígeno.

Existen dos tipos de accidentes cerebrovasculares: los causados por un bloqueo del flujo sanguíneo y los causados por un sangrado, la obstrucción de un vaso sanguíneo en el cerebro o en el cuello, llamado ataque isquémico, es la causa más frecuente de una afección en el cerebro y es responsable de aproximadamente el 80 por ciento de los accidentes cerebrovasculares.

Estos bloqueos se originan por tres condiciones: la formación de un coágulo en un vaso sanguíneo del cerebro o del cuello llamado trombosis; el movimiento de un coágulo de otra parte del cuerpo como del corazón al cuello o al cerebro conocido como embolismo; o un estrechamiento severo de una arteria en el cerebro, o que conduzca al mismo, llamado estenosis.

Asimismo, el sangrado en el cerebro o en los espacios alrededor del órgano causa el segundo tipo de accidente cerebrovascular, llamado accidente cerebrovascular hemorrágico. (Feriz Bonelo, 2011)

Las personas con Diabetes son mucho más propensas a tener un accidente cerebrovascular, pero el riesgo es aún mayor en las siguientes condiciones:

- Mantener presión arterial alta.
- No controlar los niveles de colesterol en la sangre.
- Fumar.
- Tener familiares que presentaron derrame o accidente cerebrovascular.

Se puede reducir el riesgo de presentar estas complicaciones al mantener los niveles de glucosa (azúcar) estables, el cuidado de la presión arterial y el colesterol con la planificación de comidas, actividad física y medicamentos

Mantener unos niveles constantes de glucosa en la sangre (entre 60-110 mg/dl) evita que se produzcan daños a nivel del sistema nervioso (Harrison, 1998)

2.7.7.1.11. Enfermedad vascular periférica

Se presenta consecuencia de la obstrucción de las arterias de las piernas por la acumulación de grasa la cual la circulación se dificulta.

a) Síntomas

- Dolor en las pantorrillas al andar , que obliga a detenerse la marcha
- adormecimiento
- debilidad
- dolor intenso

b) Prevención

- Controlarse los pies a diario
- Dejar de fumar
- modificar los hábitos alimenticios
- Bajar de peso
- Mantener controlada la diabetes
- Realizar ejercicio (Harrison, 1998)

2.7.7.1.12 Enfermedad coronaria

Es consecuencia del endurecimiento de las arterias coronarias del corazón estas pueden disminuir el flujo sanguíneo del corazón.

a) Síntomas

- Dolor torácico, en cuello, en el hombro o brazo izquierdo o en la zona del estómago, cuando realizan esfuerzos físicos o estrés emocional.
- Sensación de ahogo o de dificultad para respirar cuando realiza esfuerzo físico.

b) Prevención

- Realizar ejercicio físico
- Controlar los niveles de Glucosa
- Mantener controlada la Presión Arterial , los niveles de Colesterol
- Mantener hábitos nutricionales adecuados (Harrison, 1998)

2.7.7.2. Cuidados de enfermería al paciente con DM (Diabetes Mellitus)

La labor de la Enfermera en la atención al paciente diabético, tiene como propósito disminuir la morbilidad y mortalidad por diabetes mellitus y como objetivo fundamental elevar la calidad de la atención a este tipo de paciente. Uno de los cuidados primordiales que brinda el personal de enfermería al paciente diabético es la educación diabetológica. Entre las acciones realizadas tenemos: (Fajardo, 1998)

- Informar al paciente sobre la enfermedad dentro de lo que su conocimiento le permita.
- Ayudar al paciente a cumplir con sus controles médicos.
- Detectar posibles complicaciones que requieran derivación atención médica urgente.
- Detectar y prevenir complicaciones y riesgos.
- Proporcionar confort y bienestar al paciente
- Impartir educación para el mantenimiento de la salud.
- Control de Peso.
- Recomendar al paciente que se aplique insulina o hipoglucemiantes orales a la dosis y a la hora prescrita.
- Recomendar al paciente a visitar al médico si aparecen signos de alergia local a la insulina, lipodistrofia, edema por insulina o rebeldía a la insulina.

- Alentar al paciente a vigilar los niveles de glucosa en sangre y de cetonas en orina si ocurren síntomas de hipoglucemia o hiperglucemia.
- Educar que ingiera alimento adicional antes de periodos de ejercicio vigoroso.
- Educar sobre la administración de insulina, a la misma hora, todos los días manejo de las jeringuillas y las diferentes zonas de punción (mapa de rotación)
- Vigilar diariamente en el paciente los niveles de glucosa en sangre.
- Recomendar al paciente que se comunique con el médico para cambiar la dosis de insulina o dar mayor dosis de ésta, si está indicado, por el aumento de la glucosa en sangre, existencia de cetonas en orina, o ambas cosas.
- Educar sobre cuidado de los pies en el secado, corte de las uñas, uso de calzado cómodo.
- Realizar ejercicios físicos, previa evaluación del paciente.
- Educar al paciente que debe asistir al especialista por lo menos una vez al año.
- Contribuir a que el paciente se realice análisis de orina una vez al año.
- Educar sobre el tipo de dieta del diabético en cuanto a calidad y cantidad de la misma.
- Cuidados de la Vista para el cuidado de la vista, se debe consultar frecuentemente al oftalmólogo, ya que es la mejor forma de preservar la visión, porque permite el diagnóstico precoz de retinopatía (Martinez Ortega, 2012)

2.7.7.3. Cuidado de los pies

- Cada día, los pies deben ser lavados en agua caliente, cuya temperatura ha sido probada previamente con la mano. Se deben secar con meticulosidad, prestando una atención especial a los espacios interdigitales (entre los dedos).
- Las uñas de los pies deben cortarse con cuidado, los pacientes con mala vista o manos temblorosas deben pedir a otras personas que se las corten, las uñas no deben ser más cortas que el extremo del dedo.
- Los pies se deben inspeccionar con frecuencia, buscando detenidamente zonas resacas y fisuras en la piel, sobre todo alrededor de las uñas y en los espacios interdigitales. Deben espolvorearse con talco, si la piel está húmeda, o recubrirse con crema hidratante, si la piel está seca. Las plantas deben ser inspeccionadas con un espejo o por otra persona. Debe tenerse un cuidado especial con los callos y las durezas, que deben ser atendidas por un podólogo.
- No se deben utilizar antisépticos potentes (yodo), ni callicidas.

- Si aparecen ampollas o infecciones, debe consultarse inmediatamente al médico.
- No deben utilizarse bolsas de agua caliente. Es preferible utilizar unos calcetines.
- Los zapatos deben ajustar bien (sin apretar) y ser confortables, dejando espacio para que los dedos descansen en su posición natural.
- Los zapatos nuevos deben calzarse progresivamente, cada vez durante un tiempo un poco más largo.
- Se deben utilizar calcetines de algodón o lana, mejor que de nylon. Deben ser de la talla adecuada y no tener zurcidos ni costuras que puedan producir presiones. Deben cambiarse diariamente.
- Caminar con los pies descalzos es peligroso, ya que una pequeña herida puede tardar mucho en curarse.
- Dejar de fumar. El tabaco es muy perjudicial para los diabéticos, porque produce vasoconstricción. (Philipps Casmeyer, 2008)

2.7.7.3.1. Tratamiento

El tratamiento básico de la diabetes mellitus se basa sobre estos pilares básicos: alimentación, ejercicio físico y fármacos (hipoglucemiantes o insulina), basado todo ello sobre una completa educación diabetológica los objetivos inmediatos del tratamiento son tratar la cetoacidosis diabética y los altos niveles de glicemia, los objetivos del tratamiento a largo plazo son:

- Prolongar la vida
- Reducir los síntomas
- Prevenir las complicaciones relacionadas con la diabetes tales como ceguera, insuficiencia renal, cardiopatías y amputación de extremidades.

Estos objetivos se logran a través de:

- Control de la presión arterial y del colesterol
- Autocontrol cuidadoso de la glucemia
- Educación
- Ejercicio
- Cuidado de los pies
- Uso de medicamentos e administración de insulina (Harrison, 1998)

2.7.7.4. Tratamiento no farmacológico de la diabetes

Los pilares fundamentales en los que se debe sustentar el manejo de la diabetes son: plan de alimentación, ejercicio físico y hábitos saludables.

2.7.7.4.1. Dieta

- La ingesta de grasas saturadas ha de ser inferior al 7 por ciento del total de calorías.
- El aceite de oliva tiene que ser la grasa predominante.
- Disminuir o eliminar las grasas de origen animal: mantequilla, crema de leche, tocino, etc. Es preferible sustituirlas por el consumo de pescado.
- Las carnes, pescados y huevos son ricos en proteínas y también contienen grasas, pero no hidratos de carbono.
- Comer poco y varias veces al día, evitando comidas copiosas y los azúcares de absorción rápida que elevan bruscamente los niveles de glucosa en la sangre.

2.7.7.4.2. Ejercicio

La actividad física controla los niveles de glucemia en sangre, reduce el sobrepeso, mejora la calidad de vida del paciente y evita las posibles complicaciones que puedan surgir por el desarrollo de la enfermedad. El ejercicio físico ideal para la mayoría de los diabéticos es caminar, correr o montar en bicicleta. (Fundación Española del Corazón, 2014)

2.7.7.5. Tratamiento farmacológico

2.7.7.5.1. Antidiabéticos orales o Hipoglucemiantes orales

Propiedades

- Estimulan las células Beta del páncreas que secretan insulina, y disminuyen los niveles de glucosa en sangre.
- Estimulan los receptores para usar la insulina disponible de forma más efectiva. (Océano, 2008)

Los hipoglucemiantes orales abarcan 4 familias que abarcan;

- Sulfonilureas
- Biguanidas
- Tiazolidinedionas
- Inhibidores de las alfa-glucosidasas (Bioki - Wiki Metabólica, 2012)

2.7.7.5.2. Sulfonilureas

a) Mecanismo de acción

Comprende tanto efectos pancreáticos como extrapancreáticos. Los mecanismos pancreáticos se caracterizan por incrementar la secreción de insulina por parte de las células beta del páncreas. Esto se debe a que dichos fármacos se unen a los receptores de membrana e inducen el cierre de los canales de potasio sensibles a ATP (Adenosin trifosfato) y en consecuencia aumenta las concentraciones de potasio intracelular y por ende un cambio potencial eléctrico en la célula. Este cambio eléctrico facilita la entrada de calcio a la célula, lo que genera la liberación de insulina mediante gránulos secretores al torrente sanguíneo.

Los mecanismos extrapancreáticos consisten en el aumento de receptores de insulina en monocitos, eritrocitos y adipocitos, también aumentan los transportadores de dicha hormona. (Bioki - Wiki Metabólica, 2012)

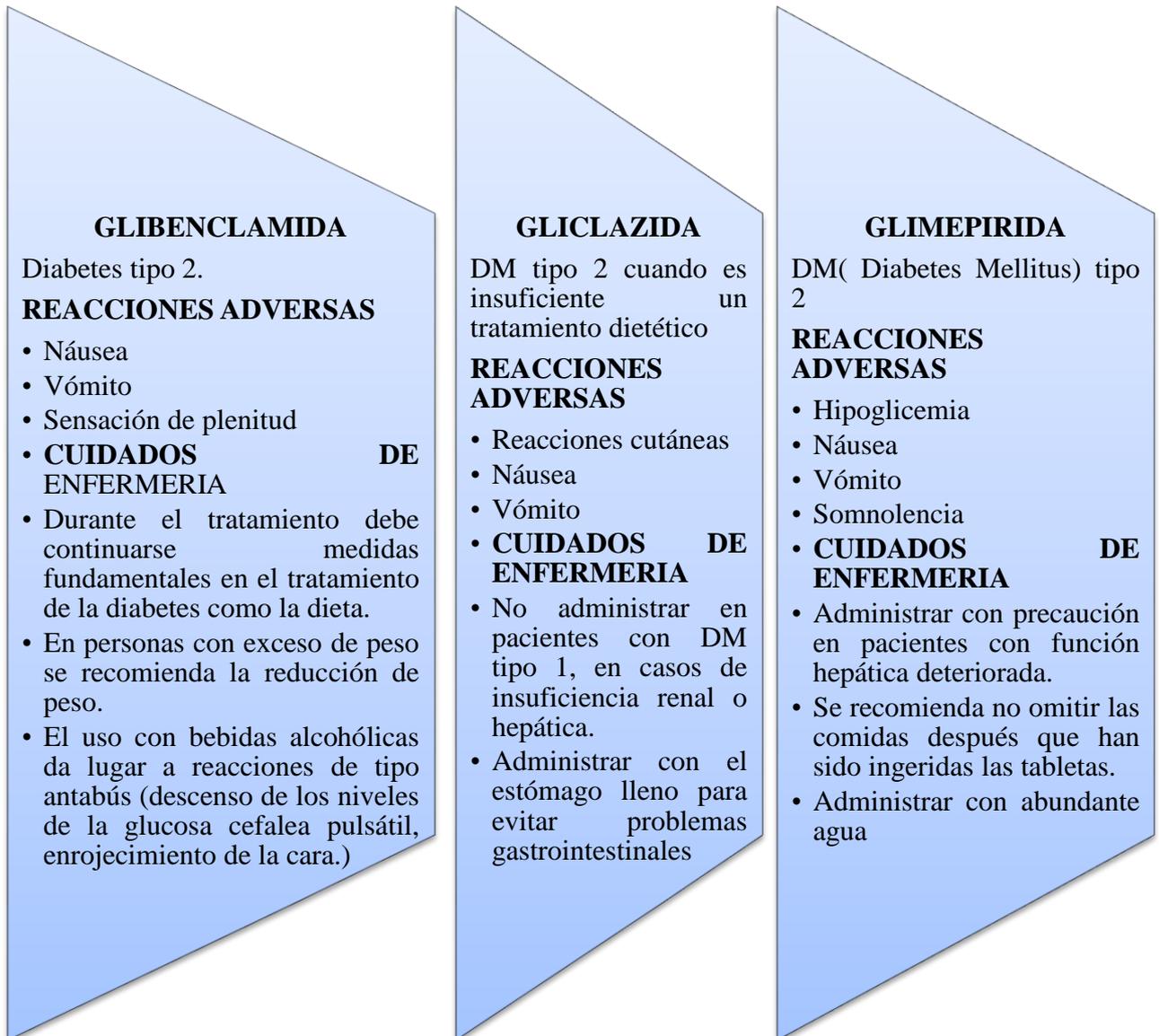
Primera generación (menos utilizadas)

- Clorpropamida (Diabinese)
- Tolbutamida (Rastinon)
- Tolazolamida
- Acetohexamida

Segunda generación

- Glibenclamida (Daonil, Euglucón, Norglicem, Glucolon)
- Gliclazida (Diamicrón)
- Glimepirida (Amaryl, Roname)
- Glipizida (Minodiab Glibenese)
- Gliquidona (Glurenol)

Figura N.- 3 Fármacos Sulfonilureas



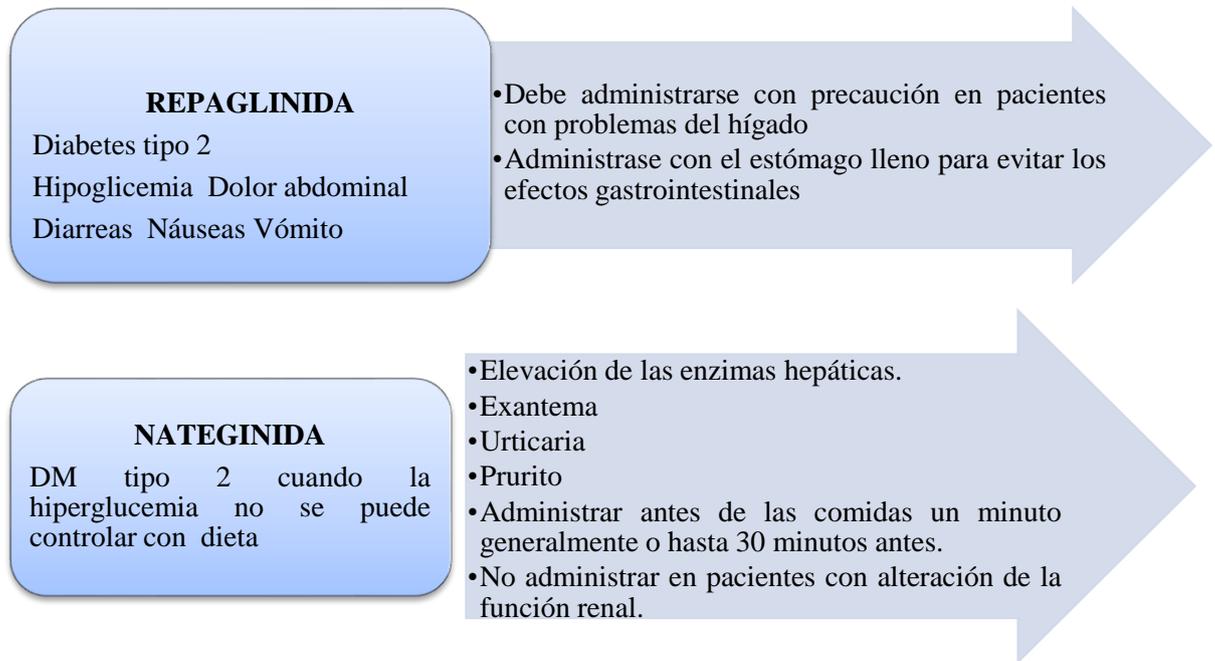
Fuente: Vademécum Farmacológico Ecuatoriano, Guía de consulta sobre el manejo de los medicamentos sus riesgos y beneficios. Ediciones Medicas Internacionales S.A Colombia 2004.

2.7.7.5.3 Meglitinidas o glinidas

Son secretagogos de acción rápida y corta, son insulíntrópicos, no sulfonilureas. Al igual que las SU, la acción de estos depende de la capacidad secretora de las células beta, de la liberación de insulina dependiente de glucosa y de niveles reducidos de insulina a concentraciones bajas de glucosa.

- Repaglinida (Novonorm, Prandin)
- Nateglinida (Starlix)

Figura N° 4 Fármacos Meglitinidas o glinidas



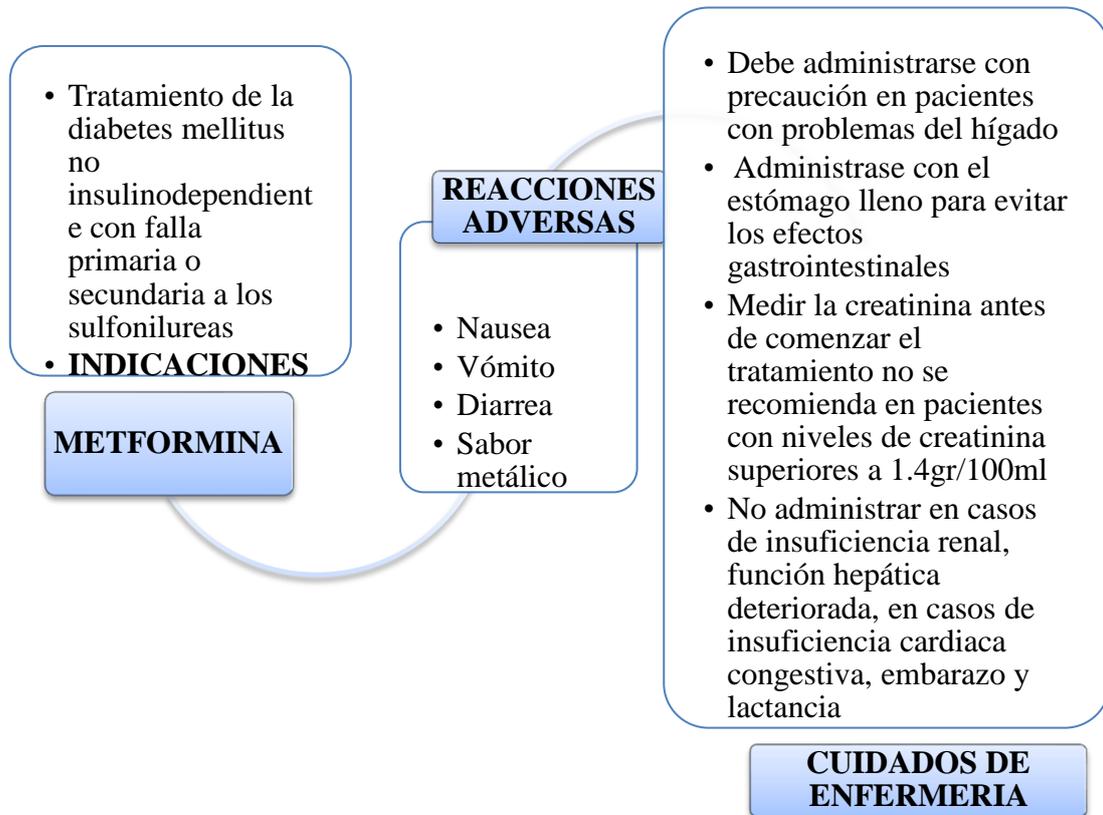
Fuente: Vademécum Farmacológico Ecuatoriano, Guía de consulta sobre el manejo de los medicamentos sus riesgos y beneficios. Ediciones Medicas Internacionales S.A Colombia 2004.

2.7.7.5.4. Biguanidas

Son derivados de la guanidina. Su efecto principal es la disminución de la producción hepática de glucosa. También aumentan en menor grado la sensibilidad de los tejidos periféricos (músculo) y hepático a la acción de la insulina.

- Metformina (Dianben)
- Butformina

Figura N° 5 Fármacos Biguanidas



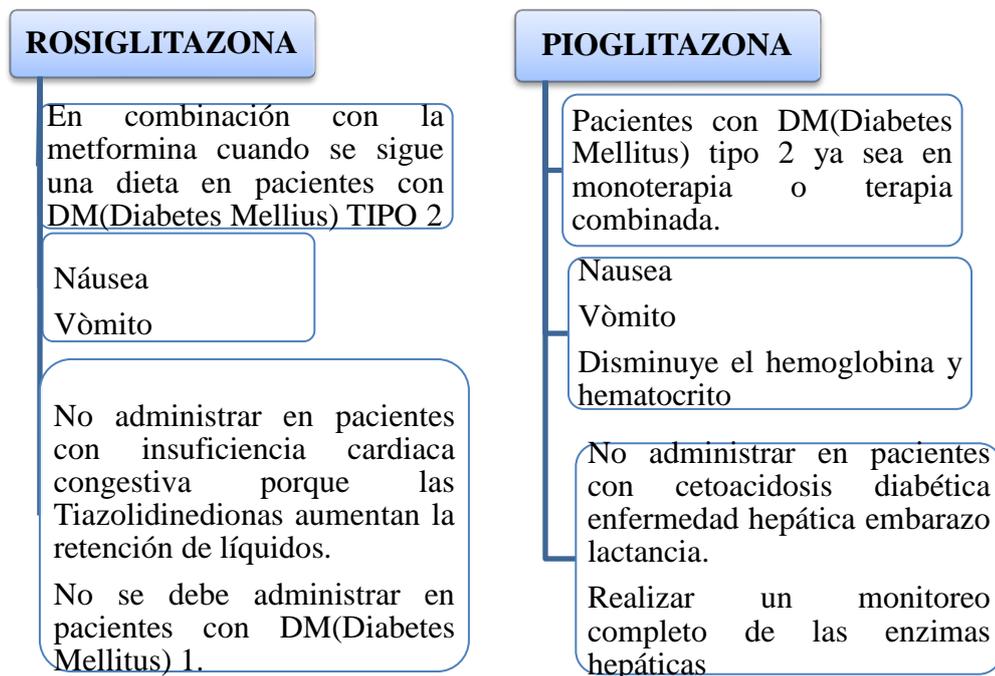
Fuente: Vademécum Farmacológico Ecuatoriano, Guía de consulta sobre el manejo de los medicamentos sus riesgos y beneficios. Ediciones Medicas Internacionales S.A Colombia 2004.

2.7.7.5.5. Tiazolidindionas o glitazonas.

Derivados de las ciglitazonas. Son agonistas selectivos y potentes de los receptores activadores de la proliferación de peroxisomas. Aumentan la sensibilidad periférica a la insulina en el músculo y el tejido adiposo. (Pizzolante, 2003)

- Rosiglitazona (Avandia)
- Pioglitazona (Actos)

Figura N° 6 Fármacos Tiazolidindionas



Fuente: Vademécum Farmacológico Ecuatoriano, Guía de consulta sobre el manejo de los medicamentos sus riesgos y beneficios. Ediciones Medicas Internacionales S.A Colombia 2004.

2.7.7.5.6. Inhibidores de la alfa-glucosidasa

Retrasan la absorción intestinal de hidratos de carbono.

- ACARBOSA (Glucobay, Glumida)
- MIGLITOL (Diastabol, Plumarol)

Figura N° 7 Fármacos Inhibidores de la alfa-glucosidasa

Fármaco	ACARBOSA
Indicaciones	Ayuda en el tratamiento de la diabetes mellitus
Reacciones adversas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Distensión abdominal ➤ Formación de gases intestinales
Cuidados de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No administrar en pacientes menores de 18 años ➤ No administrar en casos de obstrucción intestinal. ➤ No consumir alimentos azucarados pueden provocar molestias intestinales y diarrea como consecuencia de la fermentación de los hidratos de carbono en el colón.

Fuente: Vademécum Farmacológico Ecuatoriano, Guía de consulta sobre el manejo de los medicamentos sus riesgos y beneficios. Ediciones Medicas Internacionales S.A Colombia 2004.

2.7.7.5.7. Insulina

La función más importante de la insulina es contrarrestar la acción concertada de varias hormonas que causan hiperglicemia y de mantener niveles de glucosa sanguínea bajos. Debido a que existen varias hormonas hiperglucemiantes, enfermedades que no se tratan y que están asociadas con la insulina generalmente conducen a hiperglicemia severa y una disminución de la expectativa de vida (King, 2013)

a) La insulina de acción rápida tiene aspecto claro como el agua comienza a funcionar a los 15 minutos de su inyección, el pico máximo tiene lugar entre los 30 y los 90 minutos tras el comienzo de la acción y su duración es de hasta 5 horas.

b) La insulina de acción corta comienza a funcionar a los 30 minutos, el pico máximo tiene lugar entre 2 y 4 horas después del comienzo, y la duración oscila entre 4 y 8 horas.

c) La insulina de acción intermedia o lenta tiene un comienzo entre las 2 y las 6 horas, un pico máximo que tiene lugar entre 4 y 14 horas tras el comienzo, y dura entre 14 y 20 horas.

d) La insulina de acción prolongada o retardada aspecto lechoso turbio, tiene un comienzo de 6 a 14 horas, el pico máximo es muy débil y tiene lugar entre 10 y 16 horas después de la inyección, y la duración es de entre 20 y 24 horas. (Soto, 2009)

c) Cuidados de enfermería

- La dosis se ajustan basándose en los niveles de glucosa en sangre y orina.
- La insulina se administra subcutáneamente en un ángulo de 90 a 45°, las personas muy delgadas pueden necesitar de un ángulo de 45°.
- El sitio de la inyección debe rotarse de manera que el mismo sitio de punción no debe ser utilizado más de una vez por mes los sitios de inyección de preferencia son los muslos, las nalgas y la pared abdominal
- Luego de la inyección no masajee el sitio de inyección.

- Instruir a los pacientes sobre las técnicas de inyección adecuadas para la administración de la insulina debe ser reforzada paulatinamente.
 - Utilizar siempre una jeringa calibrada con las mismas unidades de la insulina.
 - No inyecte la insulina fría deje que alcance la temperatura ambiente si ha estado guardada en el refrigerador.
 - Examine la insulina si tiene apariencia turbia no administre.
 - Revise y elimine todas las burbujas de aire en la insulina antes de inyectarla.
- (MSP , 2012)

f) Prevención de complicaciones de la Diabetes Mellitus

Las complicaciones que eventualmente pueden aparecer a lo largo de la evolución de la diabetes pueden prevenirse. Para lograrlo es preciso:

- Mantener el nivel de azúcar en la sangre bajo control.
- Verificar el nivel de azúcar en la sangre a menudo.
- Consumir alimentos que ayuden a alcanzar el peso ideal.
- Realizar ejercicio a menudo.
- Tomar los medicamentos prescritos.
- No fumar.
- Evitar el exceso de alcohol.
- Examinar los pies diariamente.
- Visitar al médico regularmente.
- Realizar las pruebas necesarias para detectar señales tempranas de enfermedades en los ojos, riñones y vasos sanguíneos.
- Mantener la presión sanguínea controlada.
- Mantener controlado tu nivel de grasas en la sangre (lípidos o colesterol).

g) Exámenes y frecuencia con que se debe realizar

- Examen físico de rutina: una vez al año.
- Presión sanguínea: una vez al año o cada dos años.
- Prueba de lípidos (colesterol): en cada examen de rutina.

- Examen completo de pies: una vez al año, incluyendo la prueba de sensibilidad (nervios).
- Examen de los ojos: una vez al año, por un oftalmólogo. Para diabetes tipo 1, el primer examen entre 3 a 5 años después del diagnóstico. Para diabetes tipo 2 realizar inmediatamente.
- Prueba de microalbúmina (proteínas) en la orina: una vez al año. Para diabetes tipo 1, realizar la prueba 5 años después del diagnóstico. Para diabetes tipo 2, realizar inmediatamente.
- Hemoglobina A1c: cada 3 meses. (Clinica Las Conde, 2012)

2.8 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Albumina.- Proteína que se encuentra en gran proporción en el plasma sanguíneo, siendo la principal proteína de la sangre, y una de las más abundantes en el ser humano.

Ascitis.- Presencia de líquido seroso en el espacio que existe entre el peritoneo visceral y el peritoneo parietal.

Biguanidas.- Grupos de medicamentos que funcionan como antidiabéticos orales para el tratamiento de la diabetes mellitus y algunos como antimaláricos.

Cetoacidosis es un estado metabólico asociado a una elevación en la concentración de los cuerpos cetónicos en la sangre, que se produce a partir de los ácidos grasos libres y la desaminación (liberación del grupo amino) de los aminoácidos.

Claudicación intermitente.- Dolor en los músculos distales debido a una obstrucción arterial crónica, generalmente en miembros inferiores, y que se desencadena por el ejercicio y desaparece en reposo obliga a la persona que lo padece a detenerse durante la marcha y la desaparición subsecuente de la sintomatología.

Complicaciones microvasculares.- Enfermedades de los vasos sanguíneos más pequeños, como los que se encuentran en los ojos, los nervios y los riñones.

Dislipemia.- Es la alteración en los niveles de lípidos en sangre fundamentalmente colesterol y triglicéridos. El exceso de colesterol en sangre produce la acumulación del mismo dentro de las arterias, esto hace que las arterias disminuyan su calibre y endurezcan, comprometiendo la llegada de oxígeno y nutrientes al órgano al cual irrigan, (corazón, cerebro, miembros inferiores), con la consecuente afectación del mismo.

Gangrena.- Muerte de las células de la piel acompañada de una decoloración característica y pérdida irreversible de este tejido.

Glucogènlisis.- Proceso por el cual el glucógeno presente en el hígado se transforma en glucosa que pasa a la sangre.

Palatabilidad: Conjunto de características organolépticas de un alimento, independientemente de su valor nutritivo, que hacen que para un determinado individuo dicho alimento sea más o menos placentero.

Sulfonilureas Tipo de medicamento ayuda al cuerpo a producir más insulina la misma que ayuda a disminuir el nivel de azúcar en la sangre.

2.9 HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.9.1. Hipótesis

El abandono del régimen terapéutico influye en la aparición de complicaciones de la diabetes en los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.- 3

2.9.2. Variables

VARIABLE DEPENDIENTE: Abandono del régimen terapéutico

VARIABLE INDEPENDIENTE: Complicaciones de la diabetes

2.10 OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

.VARIABLES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	CATEGORIAS	INDICADORES	ESCALA	TECNICAS E INSTRUMENTOS
VARIABLES DEPENDIENTES Abandono del régimen terapéutico	El no cumplimiento del régimen terapéutico se refiere a la conducta del paciente que no cumple con las prescripciones médicas que puede deberse a diversos factores, que pueden mejorarse mediante las actividades de enfermería en la atención del paciente diabético.	Cumplimiento del régimen terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple con el régimen terapéutico para el control de la su enfermedad • Ha olvidado alguna vez tomar la medicación • Cumple con el horario en la toma de la medicación • Cuando mejoran sus síntomas usted deja de tomar la medicación • Razones por la que Ud. Deja de tomar la medicación 	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Si • No • Si • No • Porque me hace daño • No tengo para comprar • No comprende la prescripción medica 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas Observación Encuesta • Instrumentos HCL Cuestionario

		<p>Factor socioeconómico</p> <p>Factores relacionados con el paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ingreso económico • Disponibilidad económica para adquirir medicación • Sexo • Estado civil • Instrucción • tipo de apoyo recibe de parte de su familia 	<ul style="list-style-type: none"> • Sueldo o Pensión • Trabajo informal • Ninguno • Siempre • A veces • Nunca • Masculino • femenino • Soltero • Casado • Unión libre • Viudo • Divorciado • Primaria • Secundaria • Superior • Sin instrucción • apoyo económico • apoyo moral • ninguno 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas Observación Encuesta • Instrumentos HCL Cuestionario
--	--	---	--	--	--

		Factores relacionados con el conocimiento de la patología	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de la diabetes • Se interesa por conocer sobre su condición de salud • Conoce que tipo de diabetes que padece • Padece otras patologías adicionales a la diabetes. • Tipo de tratamiento que recibe para la diabetes • Educación sobre el manejo y beneficios de los hipoglucemiantes orales o de insulina • Recibe charlas educativas sobre la diabetes 	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce • No conoce • Si • No • Diabetes tipo I no insulino dependiente • Diabetes tipo II insulino dependiente • Desconoce • Hipertensión • Enfermedades degenerativas • Ninguna • Medicamentos orales (hipoglucemiantes orales) • Inyectables (Insulina) • Los dos • Si • No • Si • No 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas Observación Encuesta • Instrumentos HCL Cuestionario
		Actividades de enfermería			

			<ul style="list-style-type: none"> • Realiza seguimiento a los pacientes que no acuden a sus controles • Control glicémico quien lo realiza 	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Enfermera • Auxiliar de enfermería • Medico 	
VARIABLE INDEPENDIENTE Complicaciones de la diabetes	Alteraciones que sobreviene en el transcurso de una enfermedad a consecuencia de las lesiones provocadas por ella, que se pueden prevenir cuando un tienen conocimiento sobre las complicaciones y realizan controles de prevención en especialidades médicas.	Conocimiento sobre las complicaciones Alteraciones Controles de especialidad	Conoce las complicaciones de su enfermedad Pie diabético Retinopatía Nefropatía Neuropatías Especialistas acudido que	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Si • No • Si • No • Si • No • Oftalmólogo • Endocrinólogo • Nutricionista • Médico general • Cardiólogo 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas Observación Encuesta • Instrumentos HCL Cuestionario

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. MÉTODO

3.1.1. Tipo de Investigación.

3.1.1.1. Tipo descriptiva

Describe una realidad de un hecho, y se determinó las causas de abandono del régimen terapéutico en los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3 y su relación con la aparición las complicaciones.

3.1.1.2. Explicativa.

Se estableció la relación causa y efecto proporcionando alternativas a la solución de problema del abandono del tratamiento para prevenir complicaciones en los pacientes diabéticos que acuden al Club.

3.1.2. Diseño de la Investigación

El trabajo investigativo tiene el carácter documental porque se recopiló información sobre las complicaciones mediante las Historias Clínicas de los pacientes y se cuenta con el sustento de otras fuentes impresas nos permitirá realizar la revisión bibliográfica para la documentación del marco teórico.

3.1.3. Tipo de Estudio

Es un estudio transversal se realizó en un lapso corto de tiempo de seis meses utilizando como instrumentos encuestas, y la observación las cuales permitirá analizar y obtener información.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se realizó en el Centro de Salud N.- 3 de la ciudad de Riobamba se estudiaron a 70 pacientes que asisten al Club no se requirió tomar muestra por ser una población pequeña.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

3.3.1. Técnicas

- Observación
- Encuesta

3.3.2. Instrumentos

- HCL
- Cuestionario

La encuesta.- Se planteó de forma clara, sencilla y objetiva, se aplicó a los pacientes del Club de Diabéticos se utilizaron preguntas de opción múltiple, en la primera sección consta de preguntas sobre datos generales del paciente se investigó los factores socioeconómicos, situación familiar, factores relacionados con el conocimiento de la patología, factores relacionados con el cumplimiento del tratamiento, preguntas para evaluar las causas de abandono al régimen terapéutico

3.4. TECNICAS DE PROCEDIMIENTO PARA EL ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Se realizó el procesamiento de datos a través del programa Microsoft Excel, para la presentación de datos se emplearon tablas estadísticas y gráficos, aplicando como medida los porcentajes con los respectivos análisis que faciliten la interpretación de los resultados cuantitativos; en cuanto a los datos cualitativos, estos fueron procesados y presentados en base al análisis de contenido.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. ENCUESTAS DIRIGIDAS A LOS PACIENTES DEL CLUB DE DIABÉTICOS DEL CENTRO DE SALUD N.- 3

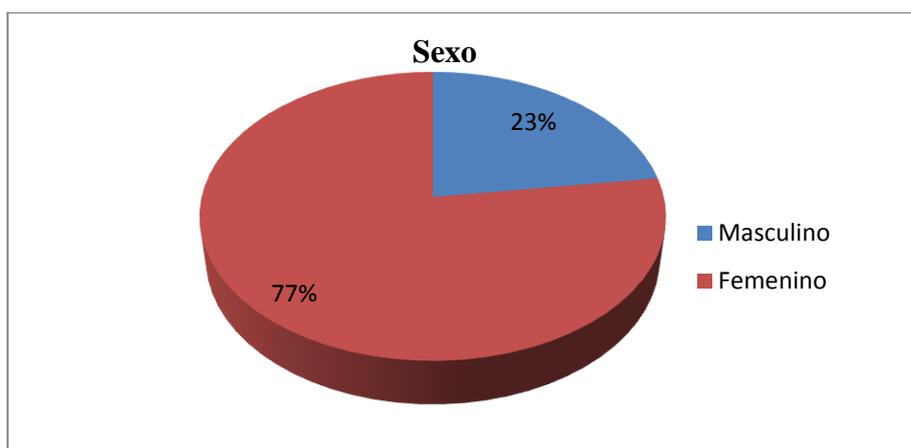
Cuadro N° 1 Sexo de los pacientes del Club de Diabéticos

Sexo		
Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	54	77%
Masculino	16	23%
Total	70	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3

Elaborado: Magaly Morales

Gráfico N° 1 Sexo de los pacientes del Club de Diabéticos



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3

Elaborado: Magaly Morales

ANÁLISIS.- El 77% de los pacientes encuestados son de sexo femenino y el 23% del sexo masculino.

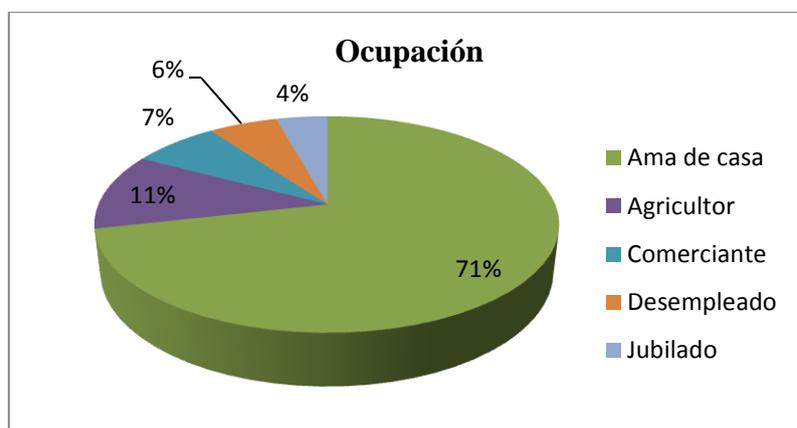
INTERPRETACIÓN.- Evidenciándose que el sexo femenino tiene mayor predisposición para la diabetes quizá por un estilo de vida sedentario lo que concuerda con el comportamiento epidemiológica de la patología.

Cuadro N° 2 Ocupación de los pacientes del Club de Diabéticos

Ocupación		
Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	50	71%
Agricultor	8	11%
Comerciante	5	7%
Desempleado	4	6%
Jubilado	3	4%
Total	70	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3
Elaborado: Magaly Morales

Gráfico N° 2 Ocupación de los pacientes del Club de Diabéticos



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3
Elaborado: Magaly Morales

ANÁLISIS.- El 71% son amas de casa, el 11% agricultores, el 7% comerciantes, el 6% desempleados, y el 4% jubilados.

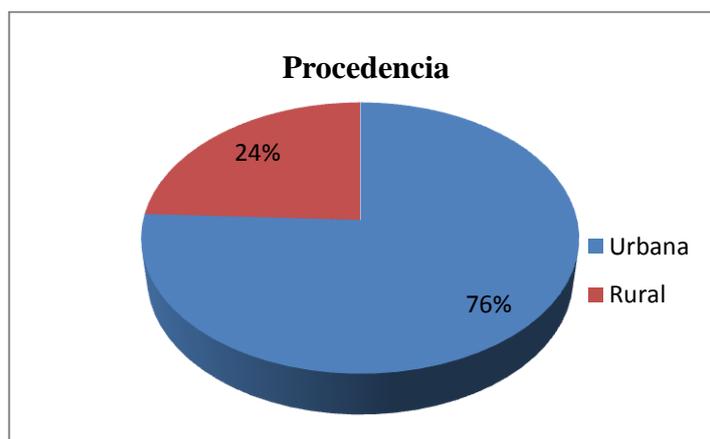
INTERPRETACIÓN.- Un porcentaje mayor son amas de casa, quizás porque desconocen de una alimentación balanceada y nutritiva, la importancia de la realizar ejercicio evitando el sedentarismo conllevando al sobrepeso, siendo un riesgo para contraer la diabetes.

Cuadro N° 3 Procedencia de los pacientes del Club de Diabéticos

Procedencia		
Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	53	76%
Rural	17	24%
Total	70	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3
Elaborado: Magaly Morales

Gráfico N° 3 Procedencia de los pacientes del Club de Diabéticos



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3
Elaborado: Magaly Morales

ANÁLISIS.- El 76% de los pacientes son de procedencia urbana, el 24% corresponden a zonas rurales.

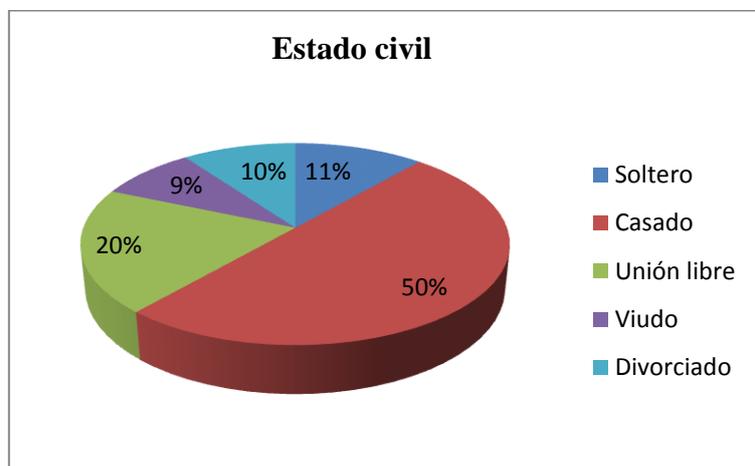
INTERPRETACIÓN.- Pudiendo influenciar el estilo de vida, la falta de actividad física, el consumo de alimentos de escaso valor nutricional, abundantes hidratos de carbono y grasas pueden tener más susceptibilidad de padecer Diabetes, mientras que en la zona rural se dedican al trabajo en el campo su alimentación a base de productos producidos en sus tierras. Puede que otra causa sea el diagnóstico tardío, debido que prefieren en primera instancia acudir a métodos culturales o tradicionales, al no evidenciar mejoras acuden al médico.

Cuadro N° 4 Estado civil de los pacientes del Club de Diabéticos

Estado civil		
Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Casado	35	50%
Unión libre	14	20%
Soltero	8	11%
Viudo	6	9%
Divorciado	7	10%
Total	70	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3
Elaborado: Magaly Morales

Gráfico N° 4 Estado civil de los pacientes del Club de Diabéticos



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3
Elaborado: Magaly Morales

ANÁLISIS.-El 50% de los pacientes son de estado civil casadas, el 20% unión libre, el 9% viudas, el 10% divorciados y el 11 % solteros.

INTERPRETACIÓN.- Lo que determina que los pacientes casados pueden tener el apoyo de su esposa/o, las personas solteras dependerán de sus familiares para que les ayude a sobrellevar la enfermedad, evidenciándose que la estabilidad familiar asegura el cumplimiento de buenas conductas terapéuticas.

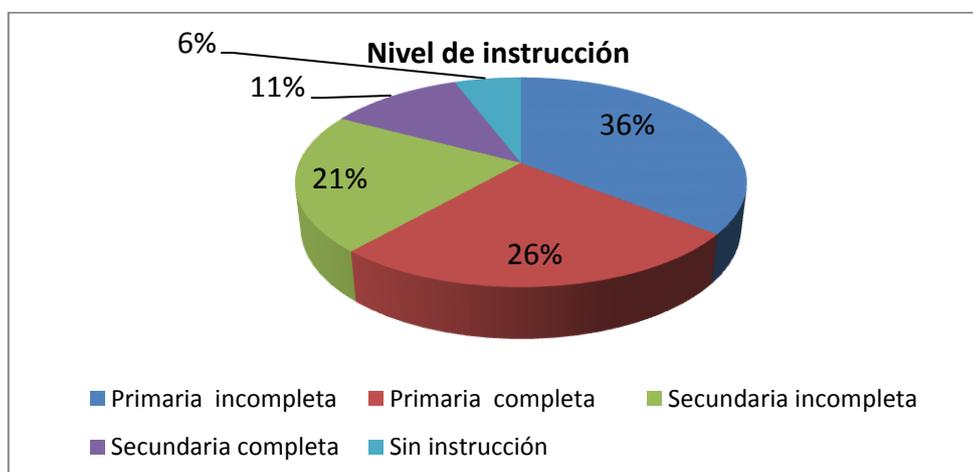
Cuadro N° 5 Nivel de instrucción de los pacientes del Club de Diabéticos

Nivel de instrucción		
Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Primaria incompleta	25	36%
Primaria completa	18	26%
Secundaria incompleta	15	21%
Secundaria completa	8	11%
Superior	0	0%
Sin instrucción	4	6%
Total	70	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3

Elaborado: Magaly Morales

Gráfico N° 5 Nivel de instrucción de los pacientes del Club de Diabéticos



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3

Elaborado: Magaly Morales

ANÁLISIS.- El 36% de los pacientes tienen un nivel de instrucción Primaria completa, el 26% Primaria incompleta, el 11% Secundaria completa, el 21% Secundaria incompleta y el 6% Sin instrucción.

INTERPRETACIÓN.- El mayor porcentaje tiene un nivel de educación básica lo que determina que el grado de conocimiento es importante porque facilita el cumplimiento del tratamiento. Por otro lado la población que está en mayor riesgo de adquirir alguna complicación en su salud son las personas sin nivel de instrucción por la falta de comprensión y cumplimiento del régimen terapéutico.

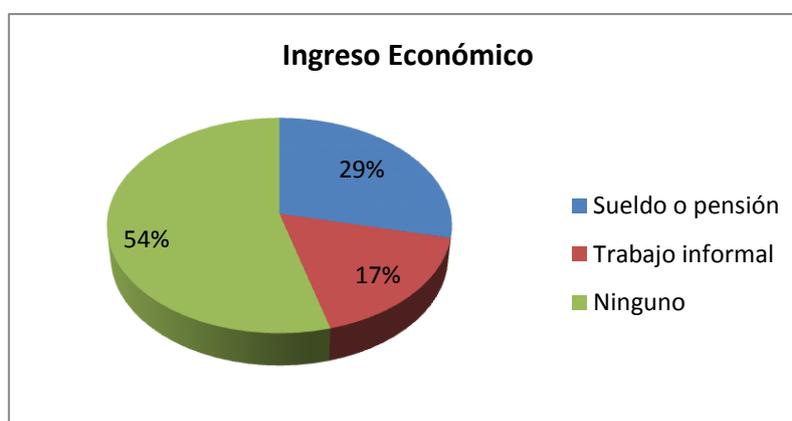
Cuadro N° 6 Ingreso económico de los pacientes del Club de Diabéticos

Ingreso económico		
Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Sueldo o pensión	20	29%
Trabajo informal	12	17%
Ninguno	38	54%
Total	70	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3

Elaborado: Magaly Morales

Gráfico N° 6 Ingreso económico de los pacientes del Club de Diabéticos



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3

Elaborado: Magaly Morales

ANÁLISIS.-El 54% de los pacientes no tienen un ingreso económico fijo, el 29% posee un ingreso económico estable, en cambio el 17% realiza trabajo informal.

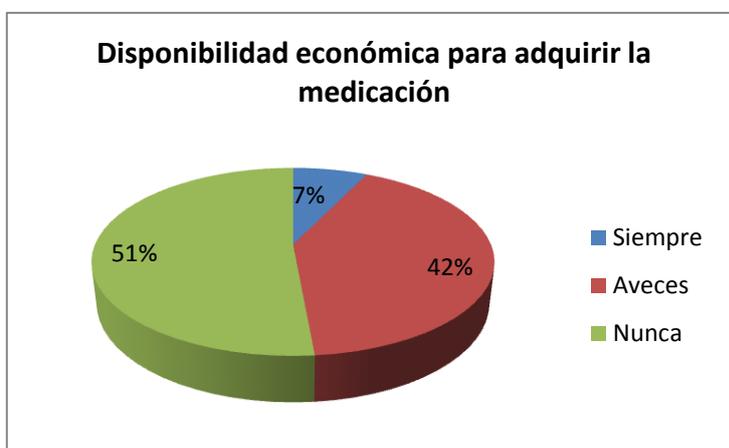
INTERPRETACIÓN.- es importante señalar que la condición económica de los pacientes encuestados que no tienen un sueldo fijo, lo que puede influenciar en el cumplimiento del régimen terapéutico por los costos que pueden generar este tratamiento para el paciente a pesar de ser el tratamiento gratuito en cierto caso no tienen recursos para adquirir el fármaco, lo que puede afectar en el cumplimiento del tratamiento y aparición de las complicaciones en su salud.

Cuadro N° 7 Disponibilidad económica para adquirir la medicación para tratar su enfermedad

Disponibilidad económica para adquirir la medicación		
Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	5	7%
A veces	29	41%
Nunca	36	51%
Total	70	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3
Elaborado: Magaly Morales

Gráfico N° 7 Disponibilidad económica para adquirir la medicación para tratar su enfermedad



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3
Elaborado: Magaly Morales

ANÁLISIS.- De las 70 encuestas realizadas el 51% no tienen disponibilidad para comprarse la medicación, el 42% respondieron a veces el 7% contestaron que siempre.

INTERPRETACIÓN.- La tercera parte de la población tiene el deseo y la voluntad de seguir las recomendaciones médicas prescritas pero carecen del acceso al medicamento por la falta de recursos económicos, puesto que más del 50% de los pacientes no tienen un ingreso económico estable, siendo el factor limitante en el cumplimiento del cuidado farmacológico de los pacientes diabéticos, pudiendo ser el mayor riesgo para la complejidad de la diabetes. Por otro lado es alarmante que solo el 7% adquieran la medicación alejándose de un desequilibrio en su salud.

Cuadro N° 8 Tipo de apoyo que recibe por parte de su familia

Tipo de apoyo recibe por parte de su familia		
Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Apoyo económico	14	20%
Apoyo moral	34	49%
Ninguno	22	31%
Total	70	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3

Elaborado: Magaly Morales

Gráfico N° 8 Tipo de apoyo que recibe por parte de su familia



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3

Elaborado: Magaly Morales

ANÁLISIS.-El 49% de los pacientes encuestados tienen apoyo moral, en cambio el 31% no tiene apoyo familiar para cumplir con su tratamiento ya sea por vivir solos no hay quien les recuerde los horarios, les motiven al tratamiento, y apenas el 20% de los pacientes tiene apoyo económico por parte de sus hijos esposa/o y/o hermanos

INTERPRETACIÓN.- el apoyo familiar juega un papel muy importante para el paciente diabético porque puede contribuir a que el paciente mejore su estilo de vida, y cumpla con las prescripciones médicas manteniéndose una hemostasia adecuada.

Cuadro N° 9 Conocimiento de la diabetes

Conocimiento de la diabetes		
Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Conoce	26	37%
No conoce	44	63%
Total	70	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3

Elaborado: Magaly Morales

Gráfico N° 9 Conocimiento de la diabetes



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3

Elaborado: Magaly Morales

ANÁLISIS.- En esta pregunta el 63% no conocen de la patología que padecen, el 37% de los encuestados contestaron que si tienen conocimiento de la diabetes.

INTERPRETACIÓN.- Esto quizá se deba porque no tienen una debida información en el Centro de Salud o no buscan información acerca de su enfermedad, el desinterés o por no estar conscientes de la gravedad de la diabetes, lo que puede ocasionar que no exista un autocuidado y el no cumplimiento del régimen terapéutico, siendo un gran riesgo para padecer las complicaciones que provoca la patología.

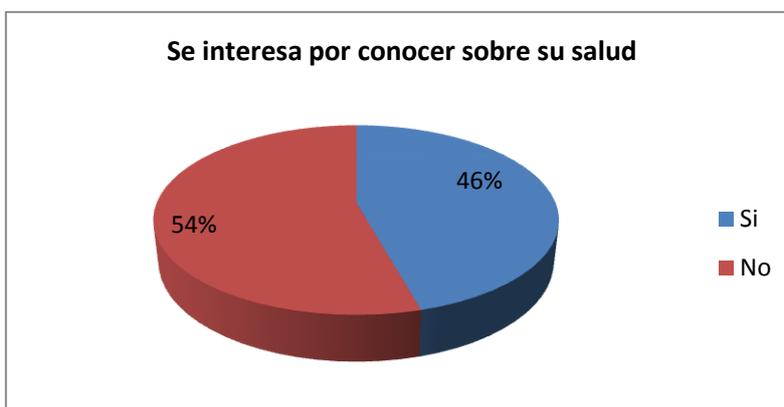
Cuadro N° 10 Se interesa por conocer sobre su condición de salud

Se interesa por conocer por su salud		
Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	32	46%
No	38	54%
Total	70	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3

Elaborado: Magaly Morales

Gráfico N° 10 Se interesa por conocer sobre condición de salud



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3

Elaborado: Magaly Morales

ANÁLISIS.- El 54% de los encuestados manifestaron que no, el 46 % contestaron que sí.

INTERPRETACIÓN.- Más del cincuenta por ciento no les interesa conocer sobre el estado de salud, tal vez están desmotivados o los servicios de salud no da énfasis a la educación a los pacientes para que estén conscientes de la gravedad de las complicaciones que pueden aparecer a largo plazo. Mientras tanto solo un bajo porcentaje se interesa conocer la condición de su salud esto se deba al apoyo moral que recibe por parte de sus familiares o porque en realidad están conscientes de que la diabetes es una enfermedad mortal si no se controla adecuadamente.

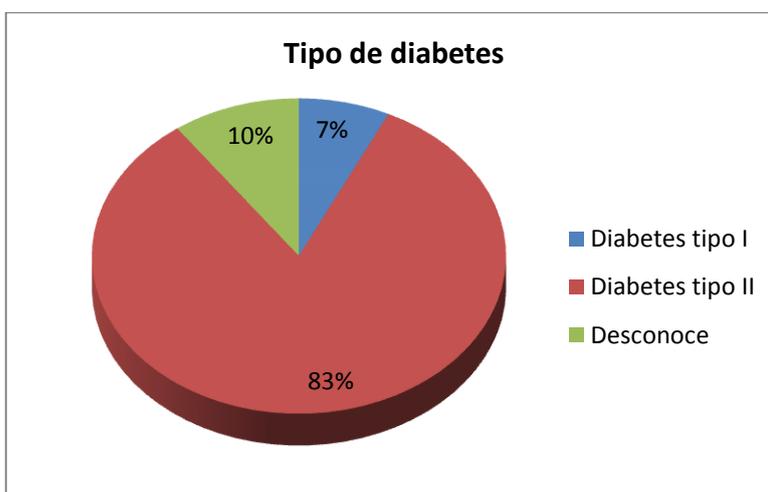
Cuadro N° 11 Tipo de diabetes de los pacientes que asisten al Club

Tipo de diabetes		
Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes tipo I	5	7%
Diabetes tipo II	58	83%
Desconoce	7	10%
Total	70	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3

Elaborado: Magaly Morales

Gráfico N° 11 Tipo de diabetes de los pacientes que asisten al Club



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3

Elaborado: Magaly Morales

ANÁLISIS.-el 83% padecen de Diabetes tipo II , mientras que el 7% Diabetes tipo I, el 10% desconocen.

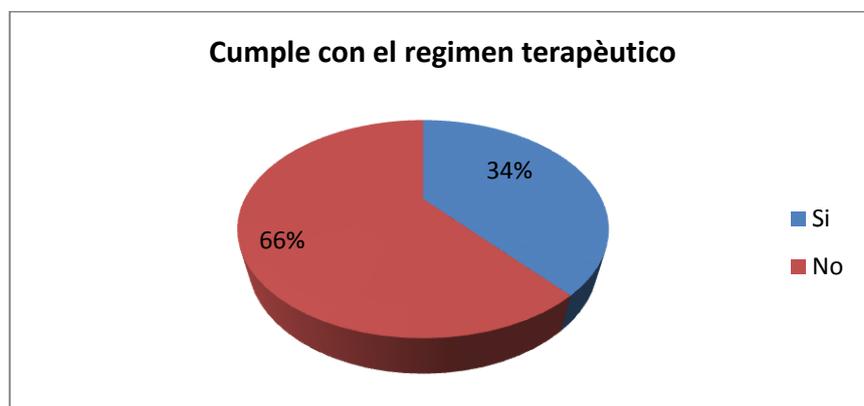
INTERPRETACIÓN.- Por lo que se deduce que la Diabetes Tipo II tiene mayor incidencia posiblemente por los estilos de vida inadecuados especialmente en la alimentación, la falta de ejercicio, a esto se suma la edad y los antecedentes familiares.

Cuadro N° 12 Cumplimiento del régimen terapéutico para el control de la diabetes

Cumple el régimen terapéutico		
Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	24	34%
No	46	66%
Total	70	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3
Elaborado: Magaly Morales

Gráfico N° 12 Cumplimiento del régimen terapéutico para el control de la diabetes



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3
Elaborado: Magaly Morales

ANÁLISIS.- El 66% respondieron que no cumplen con el régimen terapéutico, cambio el 34% respondieron que si cumplen con las prescripciones médicas.

INTERPRETACIÓN.- La gran parte de la población en estudio no cumplen con el tratamiento indicado por el medico a lo mejor se deba a la falta de recursos económicos, apoyo moral, desinterés, miedo a los efectos adversos, la complejidad del tratamiento todo esto puede provocar que el paciente no siga el régimen terapéutico. Los pacientes que cumplen lo hacen para mantener el estado de salud puesto que la diabetes implica un tratamiento de por vida por lo que estos pacientes toman la medicación por los beneficios del tratamiento, en especial para mitigar los efectos a largo plazo.

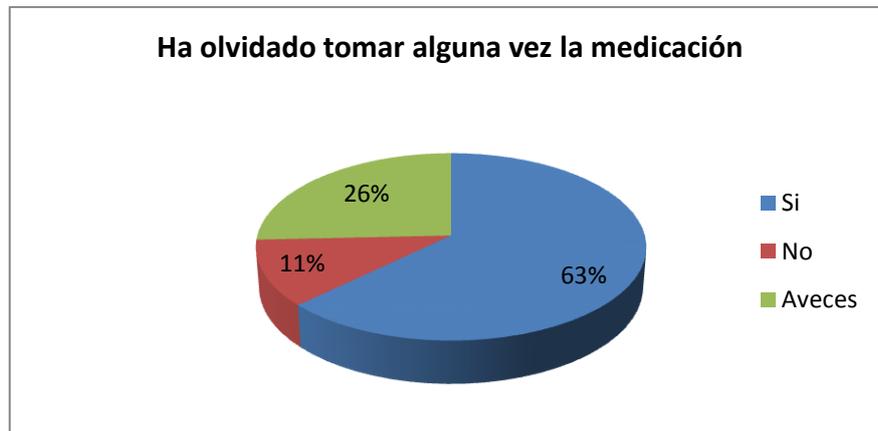
Cuadro N° 13 Ha olvidado tomar alguna vez la medicación prescrita

Ha olvidado tomar alguna vez la medicación		
Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	44	63%
No	8	11%
A veces	18	26%
Total	70	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3

Elaborado: Magaly Morales

Gráfico N° 13 Ha olvidado tomar alguna vez la medicación prescrita



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3

Elaborado: Magaly Morales

ANÁLISIS.- El 63% manifestaron que si se han olvidado de tomar la medicación, el 26% respondieron que a veces, el 11% contestaron que no se olvidan de tomar la medicación.

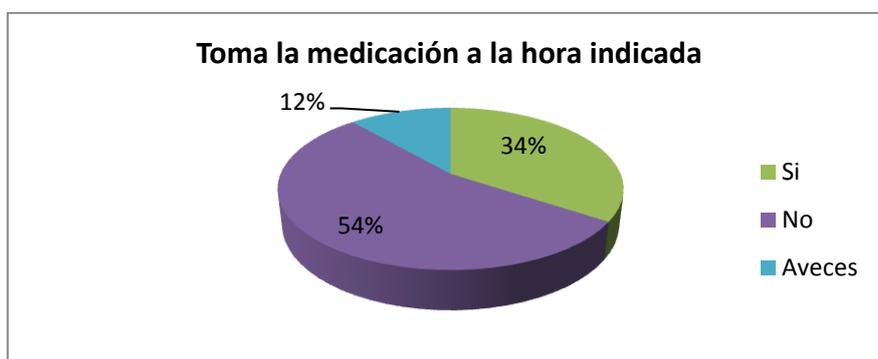
INTERPRETACIÓN.- La mayoría de los pacientes en estudio se olvida, esto puede ser debido a situaciones imprevistas, estrés, carga laboral, rol familiar, baja motivación, desinterés, creencias negativas respecto a la efectividad del tratamiento, la no aceptación de la patología provoca que los pacientes releguen del tratamiento. Pero la población que no se olvida de la medicación lo hace por mantener controlada la patología y prevenir complicaciones.

Cuadro N° 14 Toma la medicación a la hora indicada

Toma la medicación a la hora indicada		
Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	24	34%
No	38	54%
Aveces	8	12%
Total	70	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3
Elaborado: Magaly Morales

Gráfico N° 14 Toma la medicación a la hora indicada



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3
Elaborado: Magaly Morales

ANÁLISIS.- El 54% contestaron que no toman la medicación a la hora indicada el 34% respondieron que sí y el 12% contestaron que aveces toman a la hora adecuada.

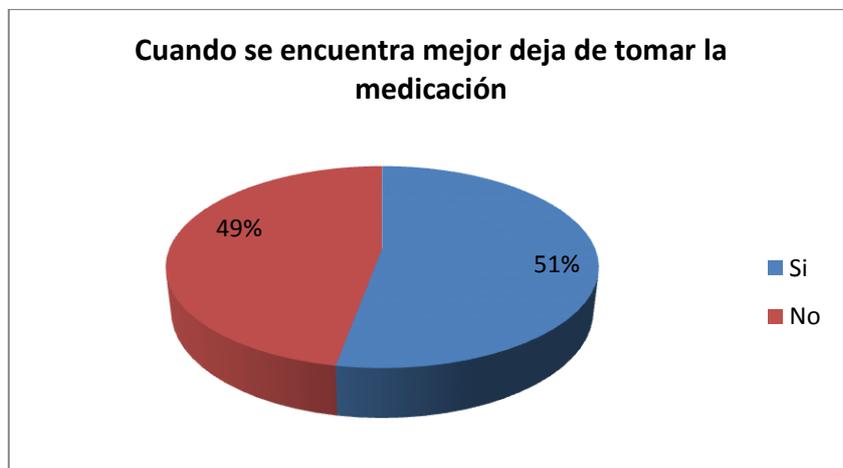
INTERPRETACIÓN.- El gran número de pacientes no toman la medicación a la hora indicada, señalan que la causa es el olvido y lo hacen al momento que se acuerdan, esto ocasionaría que la acción farmacológica se retrase en el organismo y no tenga el efecto deseado. Poca es la población que toma en el horario indicado porque están conscientes de la importancia del cumplimiento del régimen terapéutico la misma que ayuda a disminuir los síntomas de la patología.

Cuadro N° 15 Cuando se encuentra mejor deja de tomar la medicación prescrita

Cuando se encuentra mejor deja de tomar la medicación		
Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	36	51%
No	34	49%
Total	70	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3
Elaborado: Magaly Morales

Gráfico N° 15 Cuando se encuentra mejor deja de tomar la medicación prescrita



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3
Elaborado: Magaly Morales

ANÁLISIS.- El 51% contestaron que si dejan de tomar la medicación parcial o totalmente cuando se sienten mejor y el 49% dijeron que no.

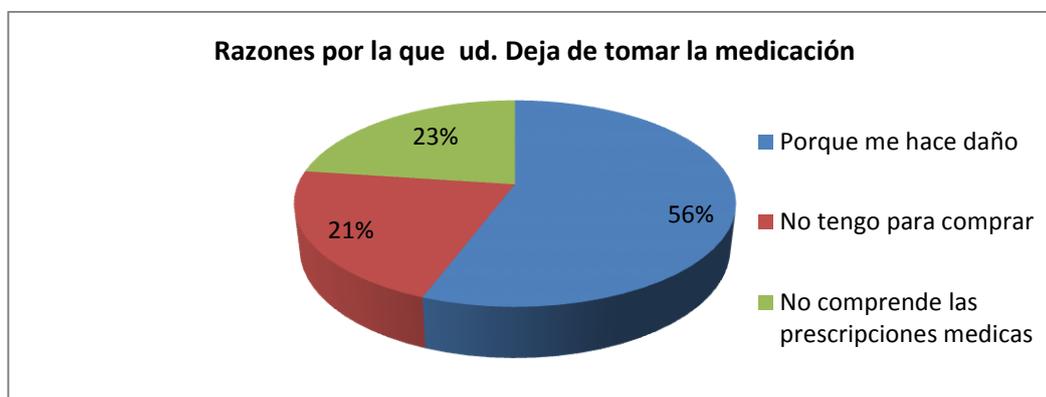
INTERPRETACIÓN.- La población que deja el tratamiento al sentirse mejor puede ser porque no tienen el conocimiento de la enfermedad y las complicaciones, o falta de información por parte del personal de salud que no les educan sobre la importancia de la continuidad del tratamiento a pesar de sentir mejoras en su salud. Por otra parte la población está consciente que su enfermedad es degenerativa, que el tratamiento es por toda la vida de esa manera atenúan los efectos adversos que provoca la excesiva acumulación de glucosa en la sangre.

Cuadro N° 16 Razones por la que usted deja de tomar la medicación

Razones por la que deja de tomar la medicación		
Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Porque me hace daño	39	56%
No tengo para comprar	15	21%
No comprende las prescripciones medicas	16	23%
Total	70	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3
Elaborado: Magaly Morales

Gráfico N° 16 Razones por la que usted deja de tomar la medicación



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3
Elaborado: Magaly Morales

ANÁLISIS.- El 56% contestaron que si por que les hace daño, el 21 lo suspende por falta de recursos económicos, el 23% por no comprender las prescripciones médicas.

INTERPRETACIÓN.- La mayoría de los pacientes dejan la medicación porque los efectos adversos son fuertes los más referidos son náusea, vómito, mareos, cefalea y epigastalgía., otra causa que el paciente se ve obligado a suspender es porque carecen de recursos económicos no les alcanza para adquirir la medicación en ciertos casos en los que no les proporcionan en las unidades de Salud de la Red Pública, o dependen de otra persona para que les ayude cuando tenga que administrarse insulina como es el caso de los adultos mayores. Las prescripciones médicas incompresibles, la necesidad de educación individualizada y colectiva sobre la importancia del cumplimiento del tratamiento por parte del personal de salud para evitar el incumplimiento del tratamiento.

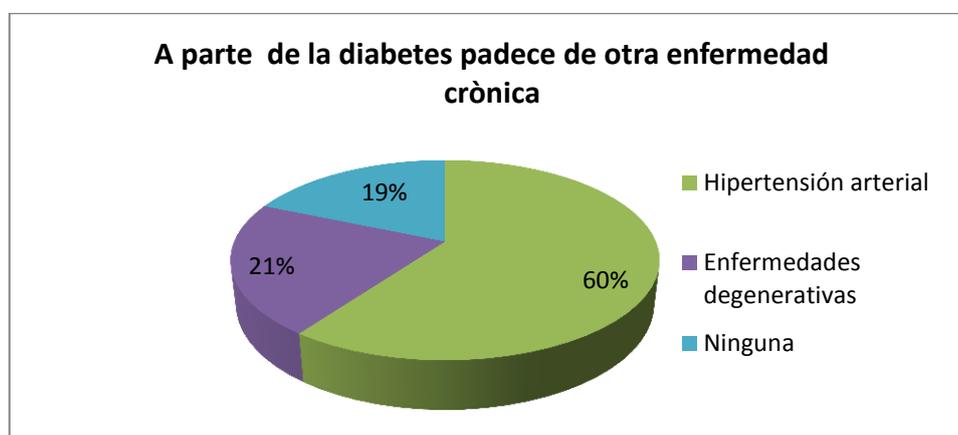
Cuadro N° 17 A parte de la diabetes padece de otra enfermedad crónica

A parte de la diabetes padece de otra enfermedad crónica		
Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión arterial	42	60%
Enfermedades degenerativas	15	21%
Ninguna	13	19%
Total	70	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3

Elaborado: Magaly Morales

Gráfico N° 17 A parte de la diabetes padece de otra enfermedad crónica



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3

Elaborado: Magaly Morales

ANÁLISIS.- El 60% padecen de Hipertensión arterial, el 21% padecen de enfermedades degenerativas como la artrosis, osteoporosis, el 19% no tienen otra patología asociada.

INTERPRETACIÓN.- Lo que se deduce que además del tratamiento de la diabetes requieren de otros fármacos para el control, es decir un factor de riesgo la polifarmacia esta situación interfiere en el cumplimiento del tratamiento.

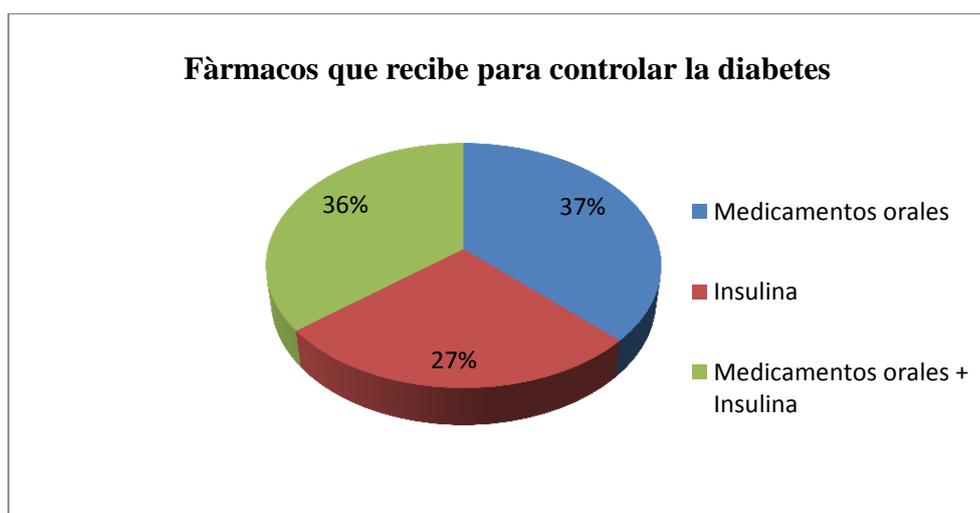
Cuadro N° 18 Fármacos que recibe para controlar la diabetes

Fármacos que recibe para controlar la Diabetes		
Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Medicamentos orales	26	37%
Insulina	19	27%
Medicamentos orales + Insulina	25	36%
Total	70	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3

Elaborado: Magaly Morales

Gráfico N° 18 Fármacos que recibe para controlar la Diabetes



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3

Elaborado: Magaly Morales

ANÁLISIS.- El 37% utilizan medicamentos orales, el 36% utilizan una terapia combinada es decir medicamentos orales más insulina, el 27% solo requieren de insulina para el tratamiento

INTERPRETACIÓN.- Un mayor porcentaje requiere de medicación por vía oral pero como no están educados, concientizados no cumplen el tratamiento farmacológico el mismo que le ayudara a bajar y mantener el nivel adecuado de azúcar en la sangre, los pacientes que requieren tomar más de un medicamento diariamente en diferentes horarios puede resultar difícil, la clave es educar al paciente que establezca una rutina que se adapte a su vida.

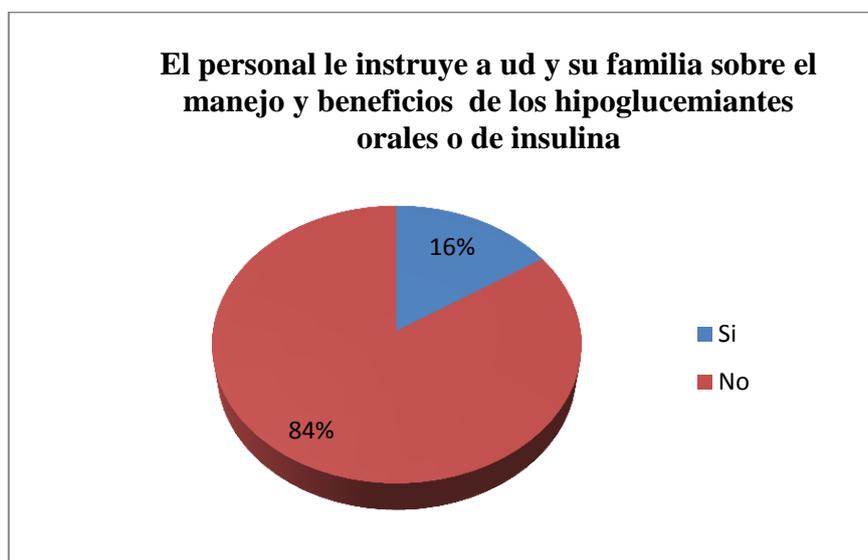
Cuadro N° 19 El personal de salud le educa a Usted y su familia sobre el manejo y beneficios de los hipoglucemiantes orales o de insulina

El personal le educa a Ud. y su familia sobre el manejo y beneficios de los hipoglucemiantes orales o de insulina		
Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	16%
No	59	84%
Total	70	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3

Elaborado: Magaly Morales

Gráfico N° 19 El personal de salud le educa a Usted y su familia sobre el manejo y beneficios de los hipoglucemiantes orales o de insulina



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3

Elaborado: Magaly Morales

ANÁLISIS.- El 84% manifestaron que no, el 16% contestaron que sí.

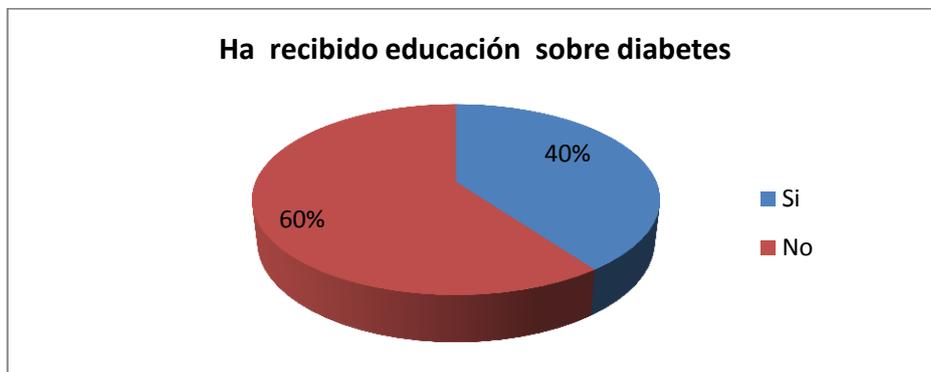
INTERPRETACIÓN.- Lo que se puede determinar es que no existe una educación adecuada por parte del personal de salud, la educación proporcionada al paciente va más allá de atender las inquietudes se debe generar un ambiente de comunicación, empatía y confianza que permitan generar compromisos en las conductas en salud.

Cuadro N°20 A recibido educación sobre diabetes

Ha recibido educación sobre diabetes		
Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	28	40%
No	42	60%
Total	70	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3
Elaborado: Magaly Morales

Gráfico N° 20 Ha recibido educación sobre diabetes



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3
Elaborado: Magaly Morales

ANÁLISIS.- 60% dijeron que no en cambio el 40% respondieron que si han recibido educación sobre la diabetes.

INTERPRETACIÓN.- Lo que determina que la educación en las personas con diabetes es importante, tienen que asumir la responsabilidad del control diario de su enfermedad por ello es clave que entiendan la enfermedad, sus causas y consecuencias y sepan cómo tratarla, el objetivo de la educación es mejorar el conocimiento y las habilidades sobre el cuidado de la Diabetes, capacitándolas para asumir el control e integrar el manejo de la enfermedad en la vida cotidiana.

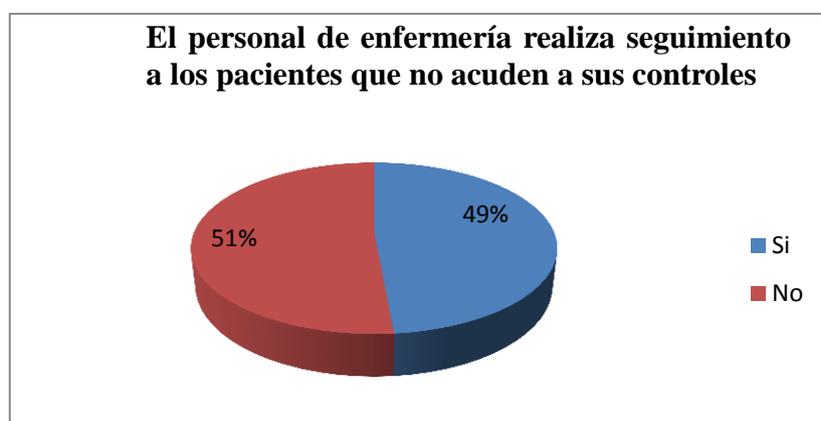
Cuadro N° 21 El personal de enfermería realiza seguimiento a los pacientes que no acuden a sus controles

El personal de enfermería realiza seguimiento a los pacientes que no acuden a sus controles		
Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	34	49%
No	36	51%
Total	70	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3

Elaborado: Magaly Morales

Gráfico N° 21 El personal de enfermería realiza seguimiento a los pacientes que no acuden a sus controles



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3

Elaborado: Magaly Morales

ANÁLISIS.- El 51% respondieron que no, el 49% contestaron que sí realizan seguimiento.

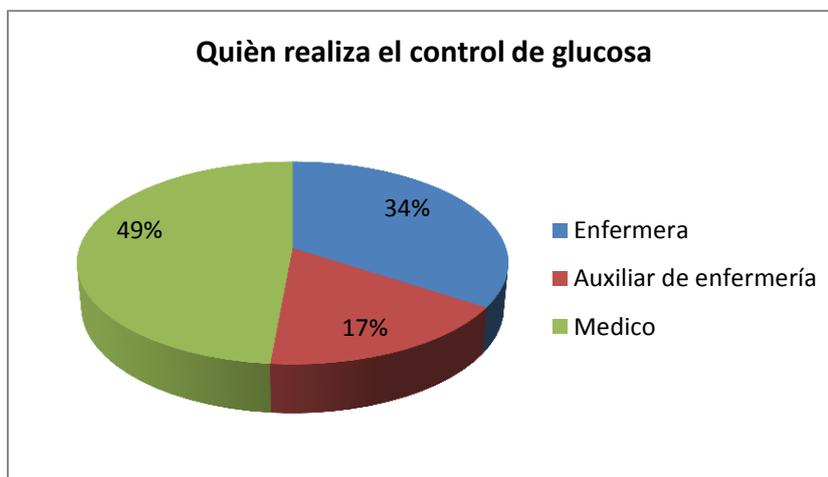
INTERPRETACIÓN.- Quizá se deba al exceso de trabajo del personal de salud o cuando salen a realizar las visitas domiciliarias no les encuentran a los pacientes, lo que se evidencia que es importante el trabajo extramural del personal de salud para la detección de casos nuevos lo que permitirá iniciar un tratamiento oportuno, o a su vez verificar que el paciente cumpla con sus controles médicos.

Cuadro N.- 22 ¿Quién le realiza a usted su control de la glucosa?

Quién realiza el control de glucosa		
Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Enfermera	24	34
Auxiliar de enfermería	12	17
Medico	34	49
Total	70	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3
Elaborado: Magaly Morales

Gráfico N. 22 ¿Quién le realiza a usted su control de la glucosa?



Fuente:

Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3
Elaborado: Magaly Morales

ANÁLISIS.- El 49% indica que el médico, el 34% realiza la enfermera, el 17% respondieron que el personal auxiliar.

INTERPRETACIÓN.- Lo que se evidencia que esto es una actividad de enfermería muy importante el mantener controlada los niveles de glucemia nos permitirá tomar medidas urgentes para evitar la aparición o el agravamiento de ciertas complicaciones con consecuencias a veces trágicas

Cuadro N°23 Conoce las complicaciones que puede ocasionar la diabetes

Conoce las complicaciones que presenta la enfermedad		
Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	20%
No	56	80%
Total	70	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3

Elaborado: Magaly Morales

Gráfico N° 23 Conoce las complicaciones que puede ocasionar la diabetes



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3

Elaborado: Magaly Morales

ANÁLISIS.- el 80% no están conscientes de las complicaciones que a largo plazo ocasiona esta enfermedad, el 20% respondieron que si conocen las complicaciones.

INTERPRETACIÓN.- Un mayor porcentaje no conocen las complicaciones que puede ocasionar la diabetes lo que se puede dar cuenta que es importante conocer cuáles son las percepciones que el paciente tiene sobre las consecuencias de esta enfermedad y corregir lo que es erróneo dándoles a conocer las consecuencias a corto o largo plazo se presentan.

Cuadro N° 24 Ha presentado alguna complicación de la diabetes

Ha presentado alguna de estas complicaciones		
Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Pie diabético	34	49%
Retinopatía	22	31%
Nefropatías	8	11%
Ninguna	6	9%
Total	70	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3

Elaborado: Magaly Morales

Gráfico N° 24 Ha presentado alguna complicación de la diabetes



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3

Elaborado: Magaly Morales

ANÁLISIS.- El 49% tienen Pie diabético, el 31% presentan Retinopatía esta complicación se presenta debido al daño de los pequeños vasos de la retina acumulada a lo largo del tiempo, el 11% presenta Nefropatías y el 9% no tiene ningún tipo de complicación.

INTERPRETACIÓN.- lo que se puede deducir que la diabetes no controlada produce complicaciones que afecta la salud del paciente.

Cuadro N° 25 Especialistas que acudido para el control de las complicaciones presentadas por la enfermedad.

Especialistas que acudido		
Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Oftalmólogo	27	39%
Endocrinólogo	5	7%
Nutricionista	4	6%
Cardiólogo	5	7%
Médico general	29	41%
Total	70	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3
Elaborado: Magaly Morales

Gráfico N° 25 Especialistas que acudido para el control de las complicaciones presentadas por la enfermedad.



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N.-3
Elaborado: Magaly Morales

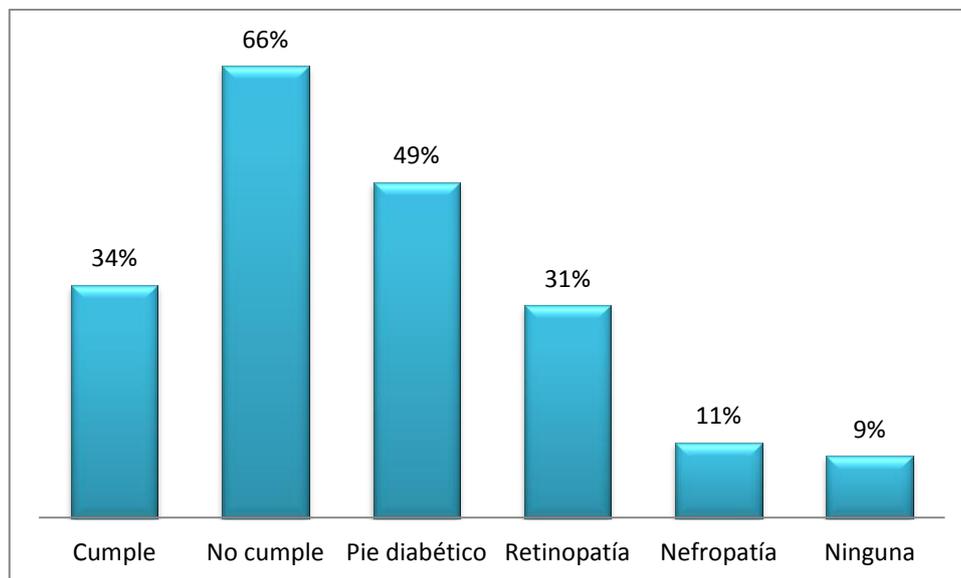
ANÁLISIS.- Según los resultados obtenidos en este ítem el 39% han acudido al Oftalmólogo el 7% al Endocrinólogo el 6% al Nutricionista el 7% al Cardiólogo sin embargo el 41% al Médico general.

INTERPRETACIÓN.- Lo que podemos darnos a pesar que en el Centro de Salud cada mes los pacientes tienen controles médicos con el especialista pero la falta de conciencia o por descuido de los pacientes no acuden, lo que se puede deducir una vez más que la falta de recursos económicos o la falta de conciencia es un inconveniente para acudir al especialista por lo menos una vez al año permite una detección precoz de complicaciones.

4.2. COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Cómo se relaciona el abandono del régimen terapéutico en la aparición de complicaciones en los pacientes del club de diabéticos del centro de salud N° 3 en el periodo julio- diciembre del 2013

Luego de haber realizado el procesamiento de los datos del análisis e interpretación de los resultados que se tomó como base los objetivos planteados en la investigación, la hipótesis quedó comprobada, teniendo como resultado que el 66 % no cumplen con el tratamiento lo que se demuestra que el abandono del régimen terapéutico se relaciona con la aparición de complicaciones tales como Pie Diabético un 49%, Retinopatía 31 %, Nefropatías 11% en los pacientes que no controlan adecuadamente su enfermedad, por lo que es de gran importancia crear una guía sobre medidas de prevención de complicaciones para los pacientes les ayude a mejorar el interés por cumplir al máximo el régimen terapéutico y sobre todo prevenir las complicaciones que ponen en riesgo la vida del paciente.



Elaborado: Magaly Morales

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Al término del trabajo investigativo se ha podido establecer las siguientes conclusiones:

- A través de este estudio se demostró que el abandono del régimen terapéutico provoca la aparición de complicaciones como son Retinopatías, Nefropatías y Pie Diabético afectando a varios órganos por lo que es necesario que los pacientes cumplan con su tratamiento para así poder disminuir la rápida aparición de complicaciones que produce un impacto socioeconómico importante.
- El 83 % de los pacientes que pertenecen al Club padecen Diabetes tipo II, el 7 % padecen Diabetes tipo I y el 10% lo desconoce, evidenciándose que la mayor población en estudio son adultos mayores, el riesgo de padecer Diabetes aumenta con la edad por los estilos de vida inadecuados y la falta de ejercicio, el 66% de los pacientes abandonan el tratamiento por lo que es un problema prevalente y relevante especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas que se puede reflejar en la aparición de complicaciones a corto y largo plazo.
- Mediante esta investigación se pudo determinar que las principales causas de abandono son: el olvido de la toma, el temor a efectos secundarios el no tener una disponibilidad económica para adquirir la medicación para tratar su enfermedad además el no recibir ningún tipo de apoyo por parte de su familia y la falta de conocimiento de su enfermedad, las mismas que repercuten en la aparición de complicaciones tales como Pie Diabético, Retinopatía y Nefropatías.
- Dentro de los cuidados de enfermería están el 16% realizan educación sobre los beneficios y manejo de los fármacos hipoglucemiantes, el 40% brindan charlas educativas sobre diabetes al paciente y su familia, el 49% realizan seguimiento a los pacientes que no acuden regularmente a sus controles con el fin de conocer su estado de salud, el 34% realizan control de la glucosa lo que se ve reflejado que el personal de enfermería representa un apoyo fundamental en las personas con enfermedades crónicas como la diabetes conjuntamente con la educación que

permite adquirir conocimientos y actitudes que permiten que el paciente mejore su calidad de vida.

- La guía será entregado a los pacientes con la finalidad que se instruyan y cumplan con el tratamiento ya que las consecuencias de un cumplimiento terapéutico deficiente produce complicaciones en el estado de salud y en un aumento de los costes sanitarios.

5.2. RECOMENDACIONES

- El paciente Diabético debe tomar conciencia de su enfermedad que padece cumplir adecuadamente con el tratamiento a las dosis y hora indicada para evitar complicaciones.
- Es importante que se realicen acciones de promoción enfocados en el diagnóstico oportuno para iniciar un tratamiento precoz y evitar las complicaciones a corto o largo plazo, se recomienda mantener un control estricto a los pacientes que no cumplen adecuadamente con el tratamiento farmacológico se pueden utilizar técnicas como los calendarios recordatorios de la toma, el uso de tarjetas de control, la utilización de relojes o alarmas para evitar que los pacientes empeoren su estado de salud.
- El abandono del tratamiento requiere un enfoque de acción multidisciplinario liderado por la enfermera, donde le permita conocer los factores que interfieren en el cumplimiento del tratamiento, la educación diabetologica es esencial para un manejo efectivo del régimen terapéutico cuyo resultado es el buen control de la enfermedad y mejore la calidad de vida de los pacientes y sus familias evitando complicaciones tardías de la diabetes.
- El personal de salud debe tener una metodología más participativa coordinada con todo el personal realizando actividades extramurales, desarrollar proyectos educativos, para de esta manera el paciente diabético tome conciencia de su tratamiento y lograr disminuir la morbilidad y mortalidad por diabetes mellitus con el objetivo de proporcionar una atención más eficiente para los pacientes con esta enfermedad..
- Usar esta guía para que los pacientes tomen conciencia de la importancia de cumplir con el tratamiento además se recomienda al personal de salud desarrollar programas de capacitación dirigidas a los pacientes y familiares con el fin de que el paciente tome conciencia de la gravedad de su enfermedad y cumpla con el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA- LINGÜÍSTICA

- Aguiar Pezantes Martina, B. C. (2010). *Conocimientos Actitudes y Practicas en salud en pacientes Diabeticos*. Cuenca , Ecuador .
- America Diabetes Association. (2013). *Sociedad americana de diabetes*. 2014, de Síndrome hiperglucémico hiperosmolar no cetósico: Disponible en: <http://www.diabetes.org/es/vivir-con-diabetes/complicaciones/sindrome-hiperglucemico-hiperosmolar-no-cetosico.html>
- Bioki - Wiki Metabólica. (2012). *Mecanismo de acción de los Hipoglicemiantes* This is a featured page . Disponible el 2014, de <http://bioquimicaenelhospitalm2.wikifoundry.com/page/Mecanismo+de+acci%C3%B3n+de+los+Hipoglicemiantes>
- C Martín Escudero y otros. (04 de 05 de 2007). *Prevalencia, grado de detección, tratamiento y control de la hipertensión arterial en población general*. el 16 de 04 de 2014 Disponible , de www.elsevier.es/.../hipertension.../prevalencia-grado-deteccion-tratamiento-...
- Cardenas Hernandez , J. (2009). *Adherencia terapéutica en los pacientes del Programa de Salud Cardiovascular atendidos en atención primaria. CESFAM Rosita Renard, Santiago*. Santiago: Universidad Mayor.
- CIE . (2006). *Código Deontológico del CIE para el Profesional De Enfermería*. Recuperado el 21 de Marzo de 2014, de medi.usal.edu.ar/archivos/medi/otros/14_codigo_deontologico.pdf.
- Clinica Las Conde. (2012). *¿Cómo evitar las complicaciones en la diabetes?* Recuperado el 2014. Disponible en <http://www.clinicalascondes.cl/CENTROS-Y-ESPECIALIDADES/Centros/Centro-de-Diabetes/Complicaciones-en-la-diabetes.aspx>

- Constitucion de la Republica . (20 de Octubre de 2008). *Seccion Segunda Salud Art.360.* 10 de Febrero de 2014, Disponible en: www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf.
- Departamento de Salud de Puerto Rico. (2013). *Prevención y Control de la Diabetes.* Disponible en : <http://www.salud.gov.pr/Services/PrevencionControlDiabetes/Pages/InformacionGeneralDeDiabetes.aspx>
- Diabetes.com. (2010). *Diaabetes.com.* Disponible en : http://diabetespuntocom.blogspot.com/2010_01_01_archive.html
- Dillan, T., Valladares, A., Lizambic, L., & Sacristana, J. A. (2009). *Adherencia y persistencia Terapeutica causas, consecuencias, y estrategia de mejora.* Madrid: Serie Resultados en salud percibidos por los pacientes.
- Drugs.com. (2013). *Cetoacidosis Diabética.* Disponible en: http://www.drugs.com/cg_esp/cetoacidosis-diab%C3%A9tica-aftercare-instructions.html
- Echenque, S. (10 de 05 de 2013). *Promocion de la Salud.* Disponible en : es.wikipedia.org/wiki/Enfermería_comunitaria.
- Fajardo, E. M. (1998). Labor de la enfermera en el control del paciente diabético. *Rev Cubana Enferme.*
- Feriz Bonelo, K. (2011). *Complicaciones macrovasculares.* Disponible en: http://www.endocrino.org.co/files/Complicaciones_Macrovasculares_de_la_DM_K_Feriz.pdf
- Figeroa Pineda, C. L. (2010). *Factores asociados con la no adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos en un programa de control de riesgo cardiovascular de una empresa promotora de salud de Bucaramanga .* Colombia.
- Foot health facts. (2013). *Neuropatía Diabética Periférica.* Disponible en : <http://www.foothealthfacts.org/Content.aspx?id=1521>

- Fundación Española del Corazón. (2014). *Diabetes y ejercicio*. Disponible en : <http://www.fundaciondelcorazon.com/ejercicio/para-enfermos/980-diabetes-y-ejercicio.html>
- Gaicaman Kompatzki, J. A. (2010). *Adherencia del tratamiento a pacientes con diabetes Mellitus Tipo II en el Hospital de Ancud*. Valdivia: Universidad Austral de Chile.
- GEOSALUD. (2009). *Complicaciones de la Hipertension*. Disponible en : http://www.geosalud.com/hipertension/HTA_complicaciones.htm.
- González, S. L. (11 de 05 de 2010). *Tema 1. Introducción a la Promoción de la Salud*. Disponible en : <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-la-salud/material-de-clase/introduccion>.
- Guía de practica Clinica. (Junio de 2007). *Diagnostico y Tratamiento de la Hipertension Arterial en el primer nivel de Atencion*. Disponible en : www.cvsp.cucs.udg.mx/...HIPERTENSION_ARTERIAL/IMSS_076_08_G.
- Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. (2010). Ramiro A. Sánchez, Miryam Ayala, Hugo Bagliv. *Revista Chilena de Cardiología*, Vol. 29 N°1.
- Guicaman Kompatzki, J. (2010). *ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES*. Valdivia, Chile.
- Harrison. (1998). *Principios de Medicina Interna*. Mac Graw Hill.
- Hoyos•, I. G. (6 de 10 de 2011). *El modelo de promoción de la salud*. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>.
- IMBIOMED. (2013). *Revistas Médicas*. Disponible en : <http://www.imbiomed.com.mx/1/1/catalogo.html>
- INEC. (2010). *Ecuador en Cifras*. Recuperado el 12 de Febero de 2014, Disponible en: www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/.../chimborazo.pdf.
- INEC. (2011). *Defunciones en Cifras*. Disponible en : www.inec.gob.ec/estadisticas/index.php?option=com.

- INEC. (abril de 2013). *Análisis Revista Coyuntural*. Disponible en :<http://www.inec.gov.ec/inec/revistas/analisis.pdf>.
- INEC. (Abril de 2013). *Análisis Revista coyuntural*. Diponible en : <http://www.inec.gov.ec/inec/revistas/e-analisis8.pdf>.
- infac . (8 de enero de 2011). *ADHERENCIA AL TRATAMIENTO*. Recuperado el 16 de febrero de 2014, de FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA: Disponible en : <http://www.osanet.euskadi.net/cevime/es>
- Iñesta García, A. (2001). Atención Farmacéutica, estudios sobre uso de medicamentos y otros. *Revista española de Salud publica*, 285 - 290.
- Iñesta García, A. (2011). *Sobre Medicamentos y Farmaco economía*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad.
- Jacome Coloma, E. M. (2011). *Estado nutricional, ingesta alimentaria y relación con el control metabólico. En pacientes mayores de 65 años, con diabetes mellitus tipo 2 en dos centros hospitalarios de la provincia de Santa Elena, 2010*. Riobamba: Espoch.
- JEFFERI C.TAMAYO . (2006). *HIPERTENSION ARTERIAL*. Recuperado el 12 de febreo de 2014, de webs.ono.com/aniorte_nic/archivos/trabaj_hipertens_arterial.pdf.
- Kerr, S. (2014). *Nefropatía diabética*. Disponible en: <http://www.med.nyu.edu/content?ChunkIID=644596>
- King, M. (2013). *Introducción a las Actividades de Insulina*. Disponible en: <http://themedicalbiochemistrypage.org/es/insulin-sp.php>
- L. Fernández a, *. L. (2010). Papel del personal de enfermería en el control de la hipertensión. *ELSEVIER DOYMA*, 41-42.
- Laboratorios LEO PharmaS.A. (s.f.). <http://www.leo-pharma.es/Inicio/Areas-terap%C3%A9uticas/Dermatolog%C3%ADa/Profesionales-sanitarios/Cumplimiento-terap%C3%A9utico.aspx>.

- Lefebvre, D. R. (2003). Actuemos ya contra la Diabetes. *OMS*, 4.
- Lilia E. Fragoso-Morales, M. G.-M. (2013). Causas de desapego a tratamiento, dieta y. *revista de Salud publica* , 407.
- Martinez Ortega, R. M. (2012). *Aula Dae*. Recuperado el 2014, de Prevención y cuidados en diabetes: <http://www.auladae.com/cuidados-en-diabetes.php>
- Mata Cases, M., Fernadez Bertolín, E., & Otros. (2010). Prevalencia de enfermedad Cardio Vascular en personas recién diagnosticadas de diabetes mellitus 2. *Gaceta Sanitaria*.
- Medigraphic. (2004). *Medigráfico.com*. Recuperado el 2014, de Revista de endocrinología y Nutrición: <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2004/ers041d.pdf>
- Medynet. (2009). *Hipertension Arterial*. Recuperado el 14 de Marzo de 2014, de www.medynet.com/usuarios/jraguilar/.../htaurg.pdf.
- Motolla, T. (2011). *NEUROPATIA DIABETICA*. Recuperado el 2014, de <http://mididiabetes.jimdo.com/neuropatia-diabetica/>
- MSP . (2011). *Protocolos Terapeuticos*. Quito: MSP.
- MSPGaceta Epidemiológica Ecuador . (2012). *Anuario de Vigilancia Epidemiologica Enfermedades Cronicas*. Recuperado el 12 de Febrero de 2014, de www.salud.gob.ec/tag/sive-alerta/.
- News, E. (2013). El 75% de los Diabeticos no sigue el tratamiento . *Expok Comunicacion de RSE y Sustentabilidad* , 1.
- Nuevo Manual de enfermeria*. (2008). Barcelona España: Oceano.
- OMS. (2004). *ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS A LARGO PLAZO*. Ginebra.
- OMS. (s.f.). Datos y Cifras . *Datos sobre la Diabetes*, 2-6-7 .
- Ona Gómez, F. (2014). *Manual de enfermería en cuidados médicos Quirúrgicos*.

- Organización Mundial de la Salud. (07 de Abril de 2013). *Día Mundial de la Salud 2013 Hipertension*. Disponible en:<http://www.paho.org/hipertension/>.
- Pérez, R. M. (2011). *ADHERENCIA FARMACOTERAPÉUTICA Y CONOCIMIENTO*. Madrid .
- Philipps Casmejer, L. (2008). *enfermería Médica Quirúrgica*. Madrid.
- Pizzolante, I. (2003). *Consejo Nacional de Diabetes 2*. Venezuela.
- Quisiguiña Jarrin, D. C. (2010). *Factores que inciden en el incrementop de las complicaciones cronicas e la diabetes Mellitus tipo 2, en el servicio de medicina interna del Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el cantón Guaranda*. Riobamba: Espoch.
- Redalyc. (Agosto de 2009). *cuidado en la práctica profesional de enfermería*. Disponible en :www.redalyc.org/pdf/741/74112142002.pdf.
- Rincon, Y., Gil, V., & Otros. (2012). Evaluación y tratamiento del pie diabético. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*.
- Sacyl. (2012). *Salud Castilla y León*. Recuperado el 2014, de Validez y Fiabilidad de los instrumentos de media adherencia terapeutica, detectar los no cumplidores: www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/profesionales/images
- Soto, A. (2009). *Insulina*. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos14/insulina/insulina.shtml#ixzz2xZUyrp1o>
- Teorías y modelos en enfermería. (10 de Abril de 2010). *Dorothea E. Orem*. Recuperado el 12 de febrero de 2014, de teorias-modelos.blogspot.com/2010/06/dorothea-e-orem.html.
- Tome, M. A. (2007). *FISIOPATOLOGIA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2*. Estados Unidos.

- Torres, G. (2012). *Diabetes: factor de riesgo prevenible*. Disponible en : <http://asumyreditorial.blogspot.com/2012/01/diabetes-factor-de-riesgo-prevenible.html>
- Tortora, G. J., & Derrickson, B. (2006). *Principios de Anatomía y fisiología*.
- Vademecum Farmacológico Ecuatoriano. (2004). *Guía de consulta sobre el manejo de los medicamentos sus riesgos y beneficios*. Colombia: Ediciones Médicas Internacionales S.A.
- Villa Bastidas, E., & Fresno, A. y. (2011). *Complicaciones Agudas en pacientes de Diabetes II*.
- Visium. (2013). *Retinopatía Diabética*. Recuperado el 2014, de <http://www.vissum.com/es/defectos-visuales/00008/retinopatia-diabetica/>
- Yeste Calle, A. (2006). *Detección y prevención del pie diabético en las clases de Educación Física*. Disponible en : <http://www.efdeportes.com/efd95/diabet.htm>

ANEXOS

ANEXO N.- 1 Encuestas aplicadas a los pacientes del club de diabéticos del CSN.- 3



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERÍA

TEMA DE LA TESINA.-Abandono del régimen terapéutico y su relación con la aparición de complicaciones en los pacientes del club de diabéticos del CSN.-3 en el periodo de julio – diciembre del 2013.

OBJETIVO: Determinar las causas de abandono del régimen terapéutico, y su relación con la aparición de complicaciones en los pacientes del Club de Diabéticos del Centro de Salud N° 3.

Instrucciones:

- Llene los espacios en blanco con los datos que se le solicitan en cada una de las preguntas.
- Marcar con una "X" a la respuesta que el/la encuestado/a refiera
- En las preguntas de opción múltiple debe escogerse una respuesta y marcar con una "X".

Fecha: _____ **Encuesta #** _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Sexo: a) Masculino _____ b) Femenino _____ **Edad:** _____

Ocupación:

a) Ama de Casa _____ b) Agricultor _____ c) Comerciante _____
d) Desempleado _____ e) Jubilado _____ f) Otros _____

Procedencia

a) Urbana _____ b) Rural _____

Estado civil:

a) Soltero ____ b) Casado ____ c) Unión libre ____ d) Viudo ____ e) Divorciado ____

Nivel de Instrucción:

a) Primaria completa ____ b) Primaria Incompleta ____ c) Secundaria incompleta ____
c) Secundaria completa ____ c) Superior ____ f) sin instrucción _____

FACTOR SOCIOECONÓMICO

1. ¿El ingreso económico que usted tiene es?
- a) Sueldo o Pensión _____ b) trabajo informal _____ c) Ninguno _____
2. ¿Usted tiene disponibilidad económica para comprar la medicación?
- a) Siempre _____ b) A veces _____ c) Nunca _____
3. ¿Qué tipo de apoyo recibe usted de parte de su familia?
- a) apoyo económico _____ b) apoyo moral _____ c) ninguno _____

FACTORES RELACIONADOS CON EL CONOCIMIENTO DE LA PATOLOGÍA

4. ¿Tiene usted conocimiento de la diabetes ?
- a) Conoce _____ b) No conoce _____
5. ¿Se interesa usted por conocer sobre su condición de salud?
- a) Si _____ b) No _____
6. ¿Conoce usted qué tipo de diabetes padece?
- a) Diabetes tipo I no insulino dependiente _____
- b) Diabetes tipo II insulino dependiente _____
- c) Desconoce _____

FACTORES RELACIONADOS CON EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

7. ¿Cumple usted con el régimen terapéutico para el control de la diabetes?
- a) Si _____ b) No _____
8. ¿Ha olvidado Ud. alguna vez de tomar la medicación prescrita?
- a) Sí _____ b) No _____ c) A veces _____
9. ¿Toma usted la medicación a la hora indicada?
- a) Sí _____ b) No _____ c) A veces _____
10. ¿Cuándo se encuentra mejor usted deja de tomar la medicación?
- a) Sí _____ b) No _____
11. ¿Razones por la que usted deja de tomar la medicación?
- a) Porque me hace daño _____ b) No tengo para comprar _____
- c) No comprende las prescripciones médicas _____
12. ¿Además de la diabetes padece de otra patología adicional o concomitante.
- a) Hipertensión arterial _____ b) Enfermedades degenerativas _____
- b) Ninguna _____
- 13.- Tipo de tratamiento que recibe para la diabetes
- a) Medicamentos orales (hipoglucemiantes orales) _____

- b) Inyectables (Insulina) _____
c) Los dos _____

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

14.- ¿El personal de salud le educa a usted y su familia sobre el manejo y beneficios de los hipoglucemiantes orales o de insulina?

- a) Si _____ b) No _____

15.- ¿Ha recibido usted charlas educativas sobre la Diabetes?

- a) Si _____ b) No _____

16.- ¿El personal de enfermería realiza seguimiento a los pacientes que no acuden a sus controles continuos?

- a) Sí _____ b) No _____

17.- ¿Quién le realiza a usted su control de la glucosa

- a) Enfermera _____ b) Auxiliar de enfermería _____ c) Medico _____

18.- ¿Usted tiene conocimiento de las complicaciones que se presenta en esta enfermedad?

- a) Sí _____ b) No _____

19.- ¿A presentado usted algunas de las siguientes complicaciones?

Pie diabético a) Sí _____ b) No _____

Retinopatía a) Sí _____ b) No _____

Nefropatías a) Sí _____ b) No _____

Ninguna a) Sí _____ b) No _____

20.-¿Del siguiente listado indique a que médicos especialistas ha acudido Ud. alguna vez?

- a) Oftalmólogo _____ b) Endocrinólogo _____ c) Nutricionista _____
d) Cirujano _____ e) Cardiólogo _____ f) Nefrólogo _____
g) Médico general _____ h) Otros _____ i) Ninguno _____

ANEXO N.- 2 Lista de pacientes del club de diabéticos del centro de salud N° 3

N.-	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD
1.-	Andrade Checa María Elida	77
2.-	Hidalgo Estrada Luz María	76
3.-	Orozco Barba Adela Elva	70
4.-	Gadvay Gadvay Rosa Amelia	53
5.-	Ortega Chávez Norma Elizabeth	67
6.-	Valverde Silva Arnulfo Euclides	55
7.-	Ibarra Zúñiga Emma Concepción	59
8.-	Arévalo Arévalo Elva Noemí	42
9	Mejía Broncano Segundo Salvador	54
10	Lasso Sagñay Víctor Manuel	48
11	Yupa Pintag Mirian	36
12	Yupa Pintag Pilar	37
13	Serrano Valdivieso Johnson Eduardo	41
14	Hurtado Lucero Dolores María	78
15	Alcocer Andino Doris Odalis	38
16	Lema Vinuesa María del Carmen	60
17	Pincay Luisa Aleja	49
18	España Torres Nelly Judith	37
19	Ruiz Saravino María Lucila	62
20	Montesdeoca Vallejo Diego Iván	27
21	Erazo Samaniego Aida Bertha	74
22	Cuzco Ambi Edelina	62
23	Vallejo Casco Rosa María	53
24	Campos Naranjo Hilda Marina	62
25	López Noriega Carlos Antonio	74
26	Colcha Ramírez María Magdalena	50
27	Orejuela Masabanda Edith Alicia	59
28	Damián Alcocer Luis Gerardo	59
29	Almeida Mora Balbina Segunda	51
30	Poma Castro María Josefina	55
31	Urquizo Buenaño Elsa Judith	53
32	Gualli Caicho Dolores Oderay	57
33	Daquilema Chirau Carlos Humberto	62
34	Estrada Velastegui Deysi Virginia	50
35	Ajo Chafla Ángela	69
36	Sagba Caisaguano Rosa María	62
37	Cabrera Azanca Ángel Bolívar	73
38	Guanolema Guaranga María Eugenia	56

39	Ronquillo Morocho María Dolores	59
40	Orozco Padilla Blanca Cecilia	54
41	Robalino Paredes María Graciela	68
42	Cando Grijalva Edith Mercedes	57
43	Ausay Chipantiza Elsa Eulalia	52
44	Miranda Velastegui Evangelina	58
45	Logroño Hinojosa Cleotilde Cecilia	67
46	Berrones Brito Alicia Luz	60
47	Tanqueño Gualpa María Rosario	52
48	Casco Aldas Jorge Aníbal	50
49	Llugna Huaraca María Dolores	73
50	Espinoza Flores Gladys Guadalupe	62
51	Espinoza Flores Nelly Cumandá	57
52	Tamayo María Inés	70
53	Llanga Sanaguano Martha Imelda	53
54	Aynaguano Aynaguano María Magdalena	55
55	Galarraga Brito Juana Isabel	57
56	Salazar Machado María Felicidad	58
57	Bonilla Cando Delia María	55
58	Logroño Román Milton Franklin	58
59	Paz Barros Italia Dalila	72
60	Colcha Ortega María Norma	56
61	Erazo Janeth Elvira	55
62	Llinin Pozo Mariana de Jesús	50
63	Urquizo Hernández Georgina	56
64	Pilco Lata María Inés	65
65	Samaniego Barzallo Rosa Esperanza	70
66	Ibarra Rea Mercy Marlene	50
67	Quitio Conde Juana Piedad	54
68	Paredes Calles Ana Yolanda	62
69	Ramírez Inca Martha Yolanda	65
70	Berrones Parra Barbarita	71

ANEXO N.- 3 Aplicación de las encuestas a los pacientes del club

APLICANDO LAS ENCUESTAS



PACIENTES DEL CLUB DE DIABÉTICOS





Fuente.- Magaly Morales