

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**



**TESIS
Para optar al título de
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA**

**Conocimientos, actitudes y prácticas en pacientes diabéticos ingresados al
componente de dispensarizados en las unidades de salud del municipio de San Pedro
del Norte, Chinandega, durante marzo del 2013.**

Autores: Luis Giovanni Reyes Rivera
Oscar Danilo Rentería Ruíz

Tutor: Dr. Francisco Tercero Madriz, PhD.
Prof. Titular Dpto. Salud Pública.

León, abril de 2013

[Escribir texto]

DEDICATORIA

A Dios.

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

A Nuestros Padres.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida.

A Nuestro Tutor.

Dr. Francisco Tercero por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales y para la elaboración de esta tesis; por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional.

[Escribir texto]

RESUMEN

Los objetivos de este estudio fueron describir las características generales, los conocimientos, actitudes y prácticas del tratamiento de pacientes diabéticos ingresados al componente de dispensarizados en las unidades de salud del municipio de San Pedro del Norte, Chinandega, durante marzo del 2013. Se realizó un estudio transversal, aplicado a los programas educativos en la población, a través de una encuesta CAP.

La mayoría de pacientes eran adultos entre 45-64 años de edad, hombres, con baja escolaridad, estado civil casado/acompañados, ocupaciones ama de casa y jornalero, de bajo ingreso, diabetes tipo 2 y con 5 años o más de estar en el componente de dispensarizados. La principal enfermedad asociada fue la hipertensión arterial y las principales complicaciones estuvieron relacionadas con: hiperglicemia, hipoglicemia, úlceras por pie diabético y retinopatía. El nivel de conocimiento sobre la diabetes mellitus fue considerado deficiente en 45%, bueno 23% y muy bueno 32%. Dos terceras partes de los pacientes diabéticos tuvieron un mayor número de actitudes positivas y solamente una tercera parte realizaban un mayor número de prácticas de auto-cuidado positivas.

Se recomienda promover estudios para determinar el grado de adherencia al tratamiento, valorar las estrategias educativas empleadas por el personal de salud e implementar campañas dirigidas a mejorar el conocimiento sobre la diabetes mellitus y promover la adherencia de todos los componentes del régimen terapéutico de estos pacientes.

Palabras claves: diabetes mellitus, pacientes dispensarizados, conocimientos, actitudes, prácticas.

[Escribir texto]

INDICE

| CONTENIDO | PAGINAS |
|--|----------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Dedicatoria• Resumen | |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 5 |
| OBJETIVOS | 6 |
| MARCO TEÓRICO | 7 |
| MATERIALES Y MÉTODOS | 15 |
| RESULTADOS | 20 |
| DISCUSIÓN | 28 |
| CONCLUSIONES | 31 |
| RECOMENDACIONES | 32 |
| REFERENCIAS | 33 |
| ANEXOS | 36 |
| <ul style="list-style-type: none">• Instrumento de recolección de datos. | |

INTRODUCCIÓN

La transición demográfica experimentada en los países desarrollados y en muchos países en desarrollo se asocia a envejecimiento y a la prolongación de la esperanza de vida, lo que se ha visto acompañado de un importante incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas (Transición epidemiológica) como la diabetes mellitus (DM), debido principalmente a estilos de vida no saludables (Transición en salud).¹⁻⁴ Actualmente la diabetes es una causa importante de morbilidad y mortalidad su prevalencia ha alcanzado proporciones epidémicas. Se prevé que su número aumente de 170 millones en 2000 a aproximadamente 370 millones en 2030.⁵

La adherencia inadecuada al tratamiento ha sido reconocido como un problema clave en los resultados para la salud de estos pacientes y los esfuerzos para mejorarla es identificando sus barreras. Este problema reduce la efectividad del tratamiento, conduciendo a complicaciones, deterioro de la salud, calidad de vida y finalmente la muerte. Además, representa una carga significativa no solo para los pacientes sino también para el personal de salud, sistema de salud y la sociedad.⁶⁻⁸

Los factores identificados como obstáculos para una buena adherencia son múltiples, incluyendo los factores relacionados al paciente (conocimiento de la enfermedad y manejo, percepciones, actitudes, etc.), a la medicación (complejidad del régimen, reacciones adversas, costo, disponibilidad) y a los proveedores de salud (tipo de seguimiento, relación medico-paciente, atención proveída, satisfacción, etc.).^{3,6}

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) y la Asociación Europea de Diabetes resaltan que la DM requiere del cuidado clínico y de una educación continua para prevenir sus complicaciones agudas y crónicas, además del tratamiento farmacológico. Por otro lado, el cuidado integral de la persona con diabetes debe incluir aspectos psicosociales y culturales, además de los terapéuticos, todo englobado en lo que denominamos educación diabetológica.^{7,8}

[Escribir texto]

Según publicaciones del Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el porcentaje de muertes por enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, diabetes mellitus y las enfermedades hipertensivas están dentro de las 10 principales causas de mortalidad en Nicaragua con un incremento considerable durante las últimas dos décadas.^{9,10} A continuación se presentan los resultados de algunos estudios nacionales relacionados:

En el SILAIS Estelí en centro de salud Leonel Rugama valoró la satisfacción de usuarios externos de pacientes dispensarizados y se encontró que los principales problemas encontrados fueron el tiempo de espera, falta de medicamento, y limpieza deficiente de institución.¹¹

Salinas realizó un estudio de evaluación de servicios sobre adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos ingresados al componente de dispensarizados del centro de salud de Sutiava “Félix Pedro Picado”, León (n=105), se determinó que la mayoría de pacientes tenían entre 45-64 años, mujeres, con baja escolaridad, ama de casa y sin seguridad social. La hipertensión arterial fue la principal enfermedad crónica asociada y casi la mitad se complicó durante el último año, predominando hiperglicemia y lesiones del pie, por lo cual más de la mitad buscó atención en el hospital. Además, un considerable porcentaje de pacientes no cumplen con su dieta, ejercicios ni con la toma de medicamentos. La principal barrera a la adherencia al tratamiento fue la dificultad para recargar las recetas.¹²

Bustamante realizó un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre diabetes tipo 2 en pacientes dispensarizados en el centro de salud “Adolfo Largaespada”, en San Carlos, Río San Juan, durante 2012, y encontró que las principales características sociodemográficas fueron edad entre 45-64 años, sexo femenino, baja escolaridad, casado/acompañado, ocupación ama de casa y bajo ingreso familiar. La principal patología asociada fue hipertensión arterial y la principal complicación fue hiperglicemia. Una quinta parte de los pacientes tenía conocimientos deficientes, pero la mayoría de pacientes tenían un elevado número de actitudes positivas.¹³

[Escribir texto]

La mayoría de pacientes realizan pocas prácticas positivas con respecto al manejo de la diabetes mellitus. Las buenas prácticas más realizadas fueron el cumplimiento del tratamiento, asistencia a sus citas, reducción del consumo de alcohol, tabaco y el cuidado de los pies. Prácticas menos frecuentes fueron la reducción del consumo de sal, grasa, sedentarismo, incremento de la actividad física, control del peso y manejo del estrés.¹³

A continuación se presentan los resultados de algunos estudios internacionales relacionados:

En una población semi-urbana de Omani, se entrevistaron a 563 adultos y encontraron que la mitad tuvo sabida la definición de diabetes, ni sus síntomas y complicaciones. Menos de la quinta parte identificaba la obesidad y la inactividad física, historia familiar como factores de riesgo de diabetes. El conocimiento estuvo asociado positivamente a mayor nivel educacional e ingreso.¹⁴

Diversos estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas realizados en otros países en desarrollo revelaron que no solamente los pacientes tienen pobres conocimientos y actitudes que se reflejan en la baja adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus,^{5-6,11,12} sino también el personal de salud.¹⁵

En Perú, se realizó un estudio hospitalario para medir el nivel de conocimiento, sobre diabetes mellitus 2 y se concluyó que la mayoría tuvieron un nivel de conocimiento sobre la enfermedad intermedio e inadecuado.¹⁶

En 2008 se realizó un estudio de corte transversal en una unidad de salud municipal de Brasil y participaron 79 pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Se utilizaron el Cuestionario de Conocimientos (DKN-A) y de Actitudes Psicológicas de la Diabetes (ATT-19) y se determinó que la mayoría tenían entre 30 y 80 años de edad, femenino (63,3%), casados (63,3%) y alfabetizados (96,3%), con obesidad grado II. La mayoría tenía conocimiento insatisfactorio sobre el autocuidado y las actitudes mostraban dificultad para enfrentar la enfermedad.¹⁷

[Escribir texto]

Mann et al. realizaron un estudio transversal en 151 diabéticos tipo 2. Un porcentaje considerable no conoce los niveles normales de la glucosa, creen saber cuando los niveles de glucosa se elevan, piensan que no siempre se tiene diabetes, piensan que su médico le curará la diabetes, y que no hay necesidad de tomar medicamentos para la diabetes cuando los niveles de glucosa son normales. Además, manifestaron otros conocimientos y creencias incompatibles con la diabetes.¹⁸

Khan et al. realizaron un estudio CAP en un distrito de Arabia Saudita a médicos de atención primaria. Ellos identificaron la necesidad de mejorar su conocimiento y prácticas para educar y tratar a los pacientes con diabetes tipo 2 que asisten a atención primaria. También recomendaron actualizar a los médicos sobre epidemiología, diagnóstico y manejo de diabetes tipo 2, adherencia y prevención de complicaciones.¹⁹

Aunque se han realizado estudios previos para medir la frecuencia de la diabetes mellitus, así como los conocimientos sobre la enfermedad, las actitudes y prácticas relacionadas de estos pacientes, muchos de estos estudios se han realizado en áreas urbanas, y no en zonas rurales en donde estos pacientes tienen limitado acceso a servicios de salud y con mayor incidencia de pobreza extrema. Según el INIDE el municipio de San Pedro del Norte, Chinandega, es clasificado como de alta pobreza, con una incidencia extrema de 51.7%.²⁰

El principal uso de las encuestas sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), es para el diseño de intervenciones educativas que logren que los sujetos adopten comportamientos de autocuidado, por lo que la difusión de sus resultados debería compartirse entre todos aquellos organismos (Gubernamentales, no gubernamentales, académicos, etc.) involucrados en el mejoramiento de salud de la población.

Es por eso que con los resultados sobre conocimientos, actitudes y prácticas del estudio obtenidos en este estudio se pretende proveer de información a las autoridades de salud para que elaboren estrategias para mejorar los conocimientos, actitudes, prácticas de estos pacientes y mejorar el tratamiento y la calidad de vida de los pacientes dispensarizados en las unidades de salud de San Pedro del Norte, Chinandega.

[Escribir texto]

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas en pacientes diabéticos ingresados al componente de dispensarizados en las unidades de salud del municipio de San Pedro del Norte, Chinandega, durante marzo del 2013?

[Escribir texto]

OBJETIVOS

Objetivo General:

Describir los conocimientos, actitudes y prácticas en pacientes diabéticos ingresados al componente de dispensarizados en las unidades de salud según características generales, en el municipio de San Pedro del Norte, Chinandega, durante marzo del 2013.

Objetivo específicos:

1. Describir las características generales de pacientes diabéticos ingresados al componente de dispensarizados.
2. Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas del tratamiento de pacientes diabéticos ingresados al componente de dispensarizados.

[Escribir texto]

MARCO TEÓRICO

Definición^{6,21}

La **diabetes mellitus** (DM) es un conjunto de trastornos metabólicos, que afecta a diferentes órganos y tejidos, dura toda la vida y se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre: hiperglucemia. La causan varios trastornos, siendo el principal la baja producción de la hormona insulina, secretada por las células β de los Islotes de Langerhans del páncreas endocrino, o por su inadecuado uso por parte del cuerpo, que repercutirá en el metabolismo de los hidratos de carbono, lípidos y proteínas. Los síntomas principales de la diabetes mellitus son emisión excesiva de orina (poliuria), aumento anormal de la necesidad de comer (polifagia), incremento de la sed (polidipsia), y pérdida de peso sin razón aparente.

Clasificación de la diabetes mellitus^{6,21}

Actualmente existen dos clasificaciones principales. La primera, correspondiente a la OMS, en la que sólo reconoce tres tipos de diabetes (tipo 1, tipo 2 y gestacional), cada una con diferentes causas y con distinta incidencia. La segunda, propuesta por la Asociación Americana de Diabetes (ADA) en 1997 y el Comité de expertos clasifica la DM en 4 grupos:

1. Tipo 1.
2. Tipo 2
3. Gestacional
4. Otros tipos

1. **La diabetes tipo 1**, antes llamada diabetes mellitus insulino-dependiente (DMID) o diabetes juvenil, representa el 5-10% de todos los casos diagnosticados de diabetes. Es causada por la falta de las células beta del páncreas para producir insulina, puede afectar tanto a niños como a adultos que necesitan inyecciones diarias de insulina. El uso inadecuado de los resultados de la insulina en la cetoacidosis y la consecuencia inevitable limita el grado en que los pacientes pueden pasar por alto la recomendación de tomarla insulina exógena y todavía sobrevivir. La cetoacidosis es una causa importante de mortalidad en personas jóvenes con diabetes tipo 1. Los pacientes con cetoacidosis diabética a menudo requieren hospitalización, en muchos casos, falta de adherencia a la terapia de insulina es la causa probable.

[Escribir texto]

2. **La diabetes tipo 2**, antes llamada diabetes mellitus no insulino-dependiente (DMNID) o del inicio de la diabetes en adultos, pueden ser responsables de alrededor del 90% de los casos diagnosticados de la enfermedad. Está típicamente asociada con el sobrepeso y es causada por resistencia a la insulina. Para los pacientes con diabetes tipo 2, el control de peso, por medio de regímenes de alimentación y actividad física, es la piedra angular del tratamiento. Sin embargo, la función de células beta del páncreas disminuye con el tiempo, por lo que muchos pacientes requieren de vez en tratamiento con medicamentos orales o insulina exógena.
3. **La diabetes gestacional** se desarrolla en 2-5% de todos los embarazos, pero desaparece después del parto. Los factores de riesgo incluyen la raza/origen étnico y antecedentes familiares de diabetes y obesidad.
4. **Otros tipos específicos de diabetes** resultado de síndromes genéticos específicos, cirugía, drogas, malnutrición, infecciones y otras enfermedades, dan cuenta del 1 a 2% de todos los casos diagnosticados de diabetes.

Epidemiología de Diabetes^{6,21-23}

Para el año 2000, se estimó que casi 171 millones de personas eran diabéticas en el mundo y que llegarán a 370 millones en 2030. Produce diversas complicaciones, dañando frecuentemente ojos, riñones, nervios y vasos sanguíneos. Sus complicaciones agudas (hipoglucemia, cetoacidosis, coma hiperosmolar no cetósico) son consecuencia de un control inadecuado de la enfermedad mientras sus complicaciones crónicas (cardiovasculares, nefropatías, retinopatías, neuropatías y daños microvasculares) son consecuencia del progreso de la enfermedad. Predomina el sexo femenino y es más frecuente en el grupo de edad de 45 a 64 años. La prevalencia es mayor en los países desarrollados que en los países en vías de desarrollo.^{21,23}

El incremento mayor en la prevalencia se observa en China (68%) e India (59%). En Fiji (10.1%) se observó la prevalencia más alta en el grupo de islas y otros países asiáticos, el resto mostró prevalencias menores de 7%. Los países africanos cuentan con prevalencias entre 0.9% y 1.6% se espera un incremento de 3 a 8 millones de casos para el año 2025.³³ En Latinoamérica y el Caribe la prevalencia global es de 5.7%, para el año 2025 se espera 8.1%. La prevalencia más alta se encuentra en Uruguay 8.1%. El país latinoamericano con mayor incremento en la prevalencia es México (7.7-12.3%) y en el mundo es la India.²³

[Escribir texto]

En los últimos 50 años, los cambios en el estilo de vida han dado lugar a un aumento dramático en la prevalencia de diabetes tipo 2 en prácticamente todas las sociedades de todo el mundo. Las reducciones en la actividad física, el aumento de la ingesta alimentaria, y el envejecimiento de la población son factores claves en el logro de este cambio rápido. La occidentalización de la dieta y de otros aspectos del estilo de vida en los países en desarrollo ha puesto de manifiesto importantes diferencias genéticas en la susceptibilidad de los diferentes grupos étnicos de la diabetes tipo 2. Esto es más evidente en las islas del Pacífico y poblaciones indígenas de América del Norte y Australasia, entre las cuales la diabetes tipo 2 ha pasado de ser casi desconocida hace 100 años, hasta afectar hasta el 30% de la población adulta hoy en día. A medida que la prevalencia de diabetes tipo 2 ha aumentado, la edad de inicio de la enfermedad también ha disminuido. El paradigma tradicional de la diabetes tipo 1 afecta niños o adultos jóvenes y la diabetes tipo 2 que afectan a las personas de mediana edad y ancianos está empezando a cambiar. Un número cada vez mayor de niños y de adultos jóvenes que presentan diabetes tipo 2 está borrando la distinción entre los dos tipos de diabetes y anuncia un tiempo mucho más largo para las personas con diabetes tipo 2 para desarrollar complicaciones debilitantes.

Adherencia a la diabetes^{6,24,25}

Es importante evaluar el nivel de la adhesión a cada componente del régimen de tratamiento de forma independiente (es decir, auto-monitoreo de la sangre de la glucosa, la administración de insulina o agentes hipoglucemiantes orales, dieta, actividad física, cuidado de los pies y otras prácticas de cuidado personal) en lugar de utilizar una única medida para evaluar la adherencia al tratamiento en general. Esto se debe a que parece que hay poca correlación entre la adherencia a los comportamientos independientes de cuidado personal, lo que sugiere que la adhesión no es un constructo unidimensional. Este hallazgo ha sido consignado para la diabetes tipo 1 y 2. Por otra parte, parece que hay diferentes relaciones entre la adherencia y el control metabólico de las personas con diferentes tipos de diabetes.

La mayoría de estudios reportan tasas de adherencia a los agentes antidiabéticos orales del 65-85%, con tasas más bajas en los regímenes complejos y en ciertas poblaciones (34 a 54% reportado de beneficiarios de Medicaid en los EE.UU.).

[Escribir texto]

En un estudio comparativo de la persistencia con la monoterapia con sulfonilurea, la monoterapia con metformina o una combinación de ambos, la persistencia, ya sea con monoterapia fue de 50% después de 1 año, disminuyendo a 40% después de 2 años. Con el tratamiento combinado, 30% fueron persistentes después de 1 año y sólo el 16% después de 2 años. El patrón se asemeja al de otras enfermedades crónicas. Muszbek et al. reportaron una persistencia de 12 meses variando desde 62% hasta 66% en la dislipidemia, la hipertensión y la diabetes con los valores para el cumplimiento fue de 67 a 76% después de 12 meses. No parece haber margen de mejora, teniendo en cuenta que la adhesión en los principales ensayos clínicos, que constituyen la base para las recomendaciones de tratamiento, están por lo general muy por encima de 80% (Tabla 1).

Tabla 1 Adherencia total en diabetes tipo 2.

| Medicación | Tasa de adherencia (%) |
|-------------------------|---------------------------------|
| Hipoglicemiantes orales | 65-85 (Promedio de 25 estudios) |
| Insulina | 60-80 (Promedio de 2 estudios) |

Factores que afectan la adherencia

Los factores identificados como obstáculos para una buena adherencia en la diabetes no difieren mucho de los reportados en otras condiciones. Dos revisiones sistemáticas recientes identificaron patrones muy similares en la literatura, con un número de factores potencialmente ajustables establecer barreras a la adherencia (Tabla 2). En la Tabla 3 se presentan algunas barreras relacionadas al uso de medicamentos en la diabetes mellitus.^{3,4}

Tabla 2 Barreras a la adherencia total en diabetes.

| Barreras |
|---|
| No comprensión de la naturaleza de la enfermedad. |
| No comprensión del régimen terapéutico. |
| No comprensión del efecto positivo de las drogas así como efectos adversos. |
| La complejidad del régimen, la necesidad de mezclar o dividir los fármacos. |
| Frecuencia de la dosificación. |
| Enfermedades concomitantes, particularmente depresión. |
| Factores económicos. |

[Escribir texto]

Tabla 3 Barreras al uso de medicamentos en diabetes mellitus³

| Factor paciente | Factor medicación | Factor proveedor o sistema |
|--|--|--|
| Teme: empeoramiento de la enfermedad, hipoglucemia, agujas, estigma social, el aumento de peso | Complejidad del régimen (por ejemplo, más de una droga DM, insulina) | El miedo que el paciente no podrá utilizar la terapia |
| Conocimientos y habilidades: la educación | Frecuencia de dosis (dos o más veces los resultados diarios de adherencia más pobre) | Conocimiento: medicamentos, el uso de la insulina, seguimiento, tratamiento de la diabetes |
| La autoeficacia | Costo | |
| Creencias sobre salud Depresión | Los efectos adversos | Habilidades: en condiciones de demostrar el uso adecuado de dispositivos |
| La falta de confianza en el futuro inmediato o beneficios de la medicación | | |
| Recordar las dosis y recambios | | Inadecuado apoyo educativo Un seguimiento inadecuado de los recursos |

Adherencia al tratamiento²⁶

La adscripción a las recomendaciones depende de muchos factores. Algunos psicológicos personales, como la autoestima, el locus de control y las habilidades para enfrentarse a los problemas (o coping). Es este sentido, el perfil tranquilo, la autoestima elevada, el locus interno y una puntuación alta en el coping serían factores relacionados con buena adscripción y control. Otros factores no psicológicos como el estatus económico, por ejemplo si no se tienen resueltas las necesidades básicas difícilmente podrán adoptar actitudes de autocuidado y cumplimiento terapéutico. Otro factor que no es personal en el sentido estricto y que influye poderosamente es el soporte familiar y social, de manera que las personas apoyadas por los amigos y la familia tiende mucho más a cuidarse que si están solos o el medio familiar es hostil o desestructurado. Finalmente, uno de los elementos clave es la relación de colaboración establecida entre el paciente y el equipo asistencial y que se sustenta en el respeto y la confianza. En la Tabla 4 se resumen los factores relacionados con la adherencia al tratamiento.

[Escribir texto]

Tabla 4 Factores que favorecen la adherencia al tratamiento.

| | |
|----------------------------|--|
| Enfermedad. | Percibida como amenazante (riesgo para la vida o causa de invalidez). Que tenga tratamiento para curarla o reducir consecuencias. |
| Tratamiento. | Fácil de realizar: instrucciones sencillas, recordatorio escrito. Instrumentos necesarios accesibles. Conocer sus beneficios. Efectos secundarios escasos y controlables. Resultados evaluables. Individualizado, adecuado a las necesidades personales. |
| Paciente. | Concepto de salud como valor primordial. Conocimientos y habilidades para cumplir el tratamiento. Actitud y competencia para realizar los cambios necesarios. Estabilidad emocional. |
| Entorno familiar y social. | Soporte familiar y del entorno afectivo. La comunidad da soporte educativo y financiero. |
| Equipo asistencial. | Escucha activa, capacidad de dar soporte sin juzgar. Identificar el problema, explorar sentimientos, definir objetivos precisos y concretos, desarrollar un plan a largo plazo. Utilización del error como base para nuevos aprendizajes. Relación basada en la confianza y el respeto. |

Complicaciones²⁷

El tener diabetes tipo 2 aumenta el riesgo de desarrollar muchas complicaciones serias. Algunas de las complicaciones de la diabetes tipo 2 incluyen: enfermedad cardíaca (enfermedad cardiovascular), ceguera (retinopatía), lesiones nerviosas (neuropatía) y daño renal (nefropatía).

[Escribir texto]

Encuesta CAP (conocimientos, actitudes y prácticas)

Es una encuesta formal, utilizando entrevistas personales cara a cara, en la que se realizan preguntas estandarizadas pre-probadas sobre conocimiento de, actitudes hacia, y prácticas de algún método o acción, como por ejemplo el manejo de diabetes mellitus. El análisis de las respuestas proporciona mucha información útil y da un estimado de las posibles tendencias futuras en estas prácticas en la población. El término a veces se ha utilizado para describir otras variedades de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas (por ejemplo, promoción de la salud en general o, en particular, fumar cigarrillos).²⁸ Estas encuestas están destinadas a medir conocimientos, actitudes y prácticas. En estos estudios se entiende por conocimiento la captación cognitiva y la comprensión de un hecho o de un hallazgo clínico o de la investigación comúnmente aceptado. Al hablar de prácticas se hace referencia al comportamiento o características de comportamiento del individuo. Por otra parte, el término actitud se refiere a uno de los conceptos centrales de la psicología social. La actitud social es “una disposición a responder favorablemente o desfavorablemente a un objeto, persona, institución o acontecimiento”. Las actitudes hacen referencia, por definición, a algo específico e identificable.²⁸⁻³¹

El principal uso de las encuestas CAP, es para el diseño de intervenciones educativas que logren que los sujetos adopten comportamientos de autocuidado, por lo que la difusión de sus resultados debería compartirse entre todos aquellos organismos (Gubernamentales, no gubernamentales, académicos, etc.) involucrados en el mejoramiento de salud de la población.

Conocimiento

El conocimiento humano es la tenencia de información precisa o que justifica la comprensión y las creencias sobre el universo y cualquier cosa, idea o concepto que reside dentro de ella. Esto incluye la comprensión de fenómenos materiales y no materiales, las características de estos fenómenos y sus relaciones. Otros refieren que el conocimiento es el mantenimiento de información precisa o entendimientos y creencias razonables sobre el universo y cualquier cosa, idea o concepto que se encuentra dentro de ese conocimiento. Sin embargo, no existe una definición universalmente aceptada de conocimiento.^{29,31}

[Escribir texto]

Actitud

Estado de disposición nerviosa y mental, organizado mediante la experiencia, que ejerce un flujo dinámico u orientador sobre las respuestas que un individuo da a todos los objetos y situaciones con los que guarda relación. En este sentido, puede considerarse la actitud como cierta forma de motivación social -de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario- que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas. También se consideran reacciones evaluativas o disposiciones favorables o desfavorables hacia una situación, persona, o grupo, expresado como la creencia de uno, sentimientos, o conducta. La actitud que una persona toma hacia la diabetes mellitus o hipertensión arterial, por ejemplo, podría influenciar la intención de la conducta con respecto al problema.^{30,31,32}

Práctica

Práctica es perteneciente o relativa a la práctica. Se dice de los conocimientos que enseñan el modo de hacer algo. Que piensa o actúa ajustándose a la realidad y persiguiendo normalmente un fin útil. Que comporta utilidad o produce provecho material inmediato. El comportamiento está determinado por la práctica, conducta, reacciones, es decir todo lo que acontece el individuo y de lo que le participe, las prácticas regulares se llaman hábitos y se definen como una respuesta establecida por una situación común.^{28,29,32}

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio transversal, aplicado a los programas educativos en la población, a través de una encuesta CAP.

Área y población de estudio:

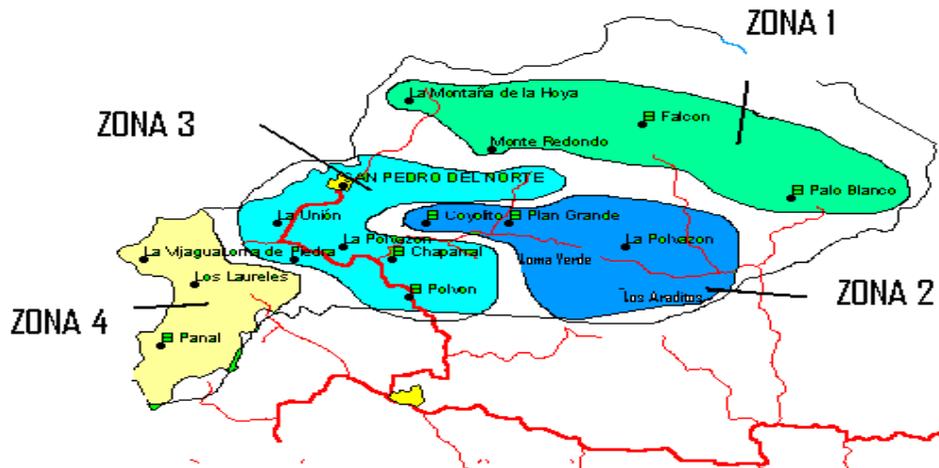
San Pedro del Norte es un municipio del departamento de Chinandega y está ubicado a 110 km. de la cabecera departamental de Chinandega y a 240 km. de Managua. Tiene una extensión territorial de 71.5 Km². Limita al norte y al oeste con la república de Honduras; al sur con el municipio de Cinco Pinos; y al este con el municipio de San Francisco del Norte. La población total es de 5,091 habitantes, de los cuales 1,815 son menores de 15 años, 2,967 entre 15-64 años de edad, 307 con 65 años o más. La población es atendida por los servicios de salud que se presentan en la tabla 1.

Tabla 1 Ubicación y cobertura de las unidades de salud de San Pedro del Norte.

| Unidades de salud | Area | Comunidad | Distancia a la cabecera municipal | Comunidades atendidas |
|--|--------|---------------------|-----------------------------------|--|
| Centro de Salud "Germán Pomares Ordoñez" | Urbana | San Pedro del Norte | 0 km | Todo el Municipio |
| Puesto de Salud "El Chaparral" | Rural | El Chaparral | 4.5 km | Loma de piedra, loma verde, Polvón, laureles y chaparral. |
| Puesto de Salud "Plan Grande" | Rural | Plan Grande | 7 km | Coyolito, Polvazón, Palo Blanco, Falcón, Monte Redondo y el Plan Grande. |

Las unidades de análisis fueron todos los pacientes con diabetes mellitus registrados en el componente de dispensarizados de centro de salud Germán Pomares (n=36), y los puestos de salud Rigoberto López Pérez (n=11) y del Chaparral (n=6). Los criterios de exclusión fueron: pacientes que no desearan participar en el estudio o que estuvieran fuera del área de estudio. A continuación se presenta el mapa del área de estudio.

[Escribir texto]



La población de estudio fueron todos los pacientes urbanos y rurales (n=53), por lo tanto no hubo muestreo.

Procedimiento de recolección de la Información.

Las fuentes fueron: 1) secundaria, a través de los expedientes clínicos de pacientes diabéticos; y 2) primaria, a través de las encuestas. Se realizaron encuestas dirigidas a los pacientes diabéticos dispensarizados seleccionados, previo consentimiento informado verbal. El instrumento de recolección de datos o encuesta (Anexo), fue aplicado por los investigadores directamente durante la visita domiciliar. Para medir las actitudes se utilizó un instrumento para medir actitudes y motivaciones hacia la diabetes mellitus, la cual ha sido validada por Hernández y cols. en España.³³

Procesamiento y análisis de la información

Se usó el software SPSS versión 18.0. Los conocimientos se determinaron a través de preguntas abiertas. Todos los análisis basaron en números absolutos, porcentajes, medidas de centro y de dispersión.

Aspectos Éticos:

El presente estudio se realizó con previa autorización del director del centro de salud, y del consentimiento informado verbal de los pacientes.

[Escribir texto]

Operacionalización de Variables

| Variables: | Concepto: | Escala: |
|--------------------------|--|--|
| Edad: | Edad en años cumplidos al momento de la entrevista. | < 20 20-44 45-64 ≥ 65 |
| Sexo: | Dato registrado en el certificado de defunción o referido por el informante clave. | Femenino Masculino |
| Enfermedad | Se refiere solamente a otros padecimientos crónicos no transmisibles del paciente. | Hipertensión Artritis Asma bronquial Epilepsia Otros |
| Escolaridad | Nivel escolar de los miembros de la familia. | Ninguna Primaria Secundaria Universitaria |
| Estado civil | Tipo de relación conyugal del paciente al momento de la encuesta. | Soltero Casado/Acompañado Separado Viudo |
| Ocupación | Estatus laboral del paciente al momento de la encuesta. | Ama de casa Obrero Jornalero Otro |
| Ingreso familiar mensual | Total de ingresos económicos que aportan todos los miembros de la familia. | < 1000 1000-2000 2001-4000 > 4000 |

[Escribir texto]

| VARIABLES: | CONCEPTO: | ESCALA: |
|----------------------------|---|----------------------------------|
| Tipo de diabetes mellitus | Clasificación de la diabetes mellitus en el componente de dispensarizados. | Tipo 1 Tipo 2 |
| Duración de la enfermedad. | Años de padecer diabetes mellitus, desde el momento de su diagnóstico hasta la entrevista. | <1 1-4 5-9 ≥ 10 |
| Complicaciones | Evolución tórpida del paciente dispensarizado que pone en peligro su vida o que lo obliga a buscar atención médica de urgencia. | Si No |
| Conocimientos | Se refiere a evaluar si las personas encuestadas tienen conocimientos sobre diabetes mellitus. A cada ítem respondido adecuadamente se le dará un puntaje de 1 y de 0 cuando sea incorrecto. Se considerará deficiente cuanto la sumatoria de todos los ítems sea inferior al segundo cuartil; bueno cuando este entre el segundo y tercer cuartil; y muy bueno cuando sea superior al cuartil 3. | Deficiente Bueno Muy bueno |
| Actitudes | Es la predisposición a responder de alguna manera a información sobre diabetes mellitus, en base a la escala de Likert. ³³ Las respuestas se reagruparán como actitudes positivas o negativas y se definirán si están por debajo del segundo cuartil o igual o superior al segundo cuartil. | Positiva Negativa |
| Prácticas | Grado de cumplimiento de la recomendaciones médicas para el tratamiento de la diabetes mellitus. Las prácticas serán clasificadas como buenas y malas en base a las directrices del manejo de la diabetes mellitus. | Buenas Malas |

[Escribir texto]

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se entrevistaron a todos los pacientes con diabetes mellitus ingresados al componente de dispensarizados de las unidades de salud del municipio de San Pedro del Norte, durante marzo del 2013. El promedio de edad de los pacientes fue de 56 ± 13.5 años, la mediana de 58 años y el rango de 18-57 años. El promedio de tiempo en que los pacientes habían estado ingresados a dicho componente fue de 7.4 ± 4.5 años, la mediana de 7 años y el rango de 0-20 años.

Las principales características de los pacientes estudiados se presentan en los cuadros 1-3. Con respecto a la edad la mayoría tenía entre 45-64 años (53%), seguido por pacientes con 65 años o más (28%), de 20-44 años (17%), solamente un paciente era menor de 20 años. El 53% eran hombres, 71% tenía una escolaridad de primaria o menos, 70% eran casados o acompañados, las principales ocupaciones eran ama de casa y jornalero, el 49% tenía ingresos entre 2000-4000 córdobas mensuales, el 87% de pacientes tenían diabetes tipo 2 y 71% tenían 5 años o más de estar en el componente de dispensarizados.

Al asociar las características generales de los pacientes diabéticos con el conocimiento que estos tienen sobre su enfermedad se encontró que quienes tuvieron mejor conocimiento fueron: los adultos entre 45-64 años de edad; con menor escolaridad; estado civil casado-acompañado y viudo; ocupación ama de casa y jornalero; con mayor ingreso; con diabetes tipo 2; y con mayor tiempo de haber ingresado al componente de dispensarizados. Con respecto al sexo el comportamiento fue muy similar. Solamente en el estado civil y ocupación las diferencias observadas fueron estadísticamente significativas (Valor $P < 0.05$) (Cuadro 1). Al valorar las actitudes en base a las características generales de los pacientes se determinó que las actitudes positivas fueron mayores en los pacientes con edades entre 20-64 años; sexo femenino; en pacientes con escolaridades extremas, ninguna y universitaria; estado civil casado-acompañado y viudo; ocupación jornalero y ama de casa; con mayor ingreso; con diabetes tipo 2; y con mayor tiempo de haber ingresado al componente de dispensarizados. Solamente en el estado civil y ocupación las diferencias observadas fueron estadísticamente significativas (Valor $P < 0.05$) (Cuadro 2).

[Escribir texto]

Cuadro 1 Conocimiento sobre la diabetes según características generales de pacientes diabéticos dispensarizados en San Pedro del Norte, Chinandega, 2013.

| Características generales | Conocimiento | | | Total (n=53) [¶] | |
|---------------------------------|--------------|-------|-----------|---------------------------|----|
| | Deficiente | Bueno | Muy bueno | No. | % |
| Edad (años): | | | | | |
| < 20 | 100 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| 20-44 | 67 | 22 | 11 | 9 | 17 |
| 45-64 | 25 | 25 | 50 | 28 | 53 |
| ≥ 65 | 67 | 20 | 13 | 15 | 28 |
| Sexo: | | | | | |
| Femenino | 44 | 24 | 32 | 25 | 47 |
| Masculino | 46 | 21 | 32 | 28 | 53 |
| Escolaridad: | | | | | |
| Ninguna | 0 | 29 | 71 | 7 | 12 |
| Primaria | 48 | 29 | 23 | 31 | 59 |
| Secundaria | 55 | 9 | 36 | 11 | 21 |
| Universitaria | 75 | 0 | 25 | 4 | 8 |
| Estado civil:* | | | | | |
| Soltero | 100 | 0 | 0 | 6 | 11 |
| Casado/Acompañado | 35 | 22 | 43 | 37 | 70 |
| Separado | 67 | 33 | 0 | 3 | 6 |
| Viudo | 43 | 43 | 14 | 7 | 13 |
| Ocupación:* | | | | | |
| Ama de casa | 19 | 38 | 44 | 16 | 30 |
| Jornalero | 17 | 25 | 58 | 12 | 23 |
| Obrero | 72 | 14 | 14 | 7 | 13 |
| Otro | 57 | 14 | 29 | 7 | 13 |
| Ninguna | 91 | 9 | 0 | 11 | 21 |
| Ingreso familiar: | | | | | |
| < 1000 | 80 | 0 | 20 | 5 | 9 |
| 1000-2000 | 50 | 30 | 20 | 10 | 19 |
| 2001-4000 | 46 | 27 | 27 | 26 | 49 |
| > 4000 | 25 | 17 | 58 | 12 | 23 |
| Tipo de diabetes: | | | | | |
| Tipo 1 | 86 | 14 | 0 | 7 | 13 |
| Tipo 2 | 39 | 24 | 37 | 46 | 87 |
| Duración de la diabetes: | | | | | |
| <1 | 50 | 50 | 0 | 2 | 4 |
| 1-4 | 62 | 31 | 8 | 13 | 25 |
| 5-9 | 44 | 13 | 44 | 23 | 43 |
| ≥ 10 | 33 | 27 | 40 | 15 | 28 |

* Valor P < 0.05

¶ Porcentaje en base al total de cada fila.

[Escribir texto]

Cuadro 2 Actitudes sobre la diabetes según características generales de pacientes diabéticos dispensarizados en San Pedro del Norte, Chinandega, 2013.

| Características generales | Actitudes | | Total (n=53) ¶ | |
|---------------------------------|-----------|-----------|----------------|----|
| | Positivas | Negativas | No. | % |
| Edad (años):* | | | | |
| < 20 | 0 | 100 | 1 | 2 |
| 20-44 | 78 | 22 | 9 | 17 |
| 45-64 | 79 | 21 | 28 | 53 |
| ≥ 65 | 40 | 60 | 15 | 28 |
| Sexo: | | | | |
| Femenino | 76 | 24 | 25 | 47 |
| Masculino | 57 | 43 | 28 | 53 |
| Escolaridad: | | | | |
| Ninguna | 100 | 0 | 7 | 12 |
| Primaria | 61 | 39 | 31 | 59 |
| Secundaria | 55 | 45 | 11 | 21 |
| Universitaria | 75 | 25 | 4 | 8 |
| Estado civil:* | | | | |
| Soltero | 18 | 82 | 6 | 11 |
| Casado/Acompañado | 73 | 27 | 37 | 70 |
| Separado | 33 | 67 | 3 | 6 |
| Viudo | 86 | 14 | 7 | 13 |
| Ocupación:* | | | | |
| Ama de casa | 81 | 19 | 16 | 30 |
| Jornalero | 92 | 8 | 12 | 23 |
| Obrero | 57 | 43 | 7 | 13 |
| Otro | 86 | 14 | 7 | 13 |
| Ninguna | 9 | 91 | 11 | 21 |
| Ingreso familiar: | | | | |
| < 1000 | 20 | 80 | 5 | 9 |
| 1000-2000 | 80 | 20 | 10 | 19 |
| 2001-4000 | 62 | 38 | 26 | 49 |
| > 4000 | 83 | 17 | 12 | 23 |
| Tipo de diabetes: | | | | |
| Tipo 1 | 57 | 43 | 7 | 13 |
| Tipo 2 | 67 | 37 | 46 | 87 |
| Duración de la diabetes: | | | | |
| <1 | 100 | 0 | 2 | 4 |
| 1-4 | 39 | 61 | 13 | 25 |
| 5-9 | 70 | 30 | 23 | 43 |
| ≥ 10 | 80 | 20 | 15 | 28 |

* Valor P < 0.05

¶ Porcentaje en base al total de cada fila.

[Escribir texto]

Con respecto a las prácticas de autocuidado en base a las características generales de los pacientes se determinó que el porcentaje de buenas prácticas fueron mayores en los pacientes con menor edad; sexo femenino; en pacientes con mayor escolaridades; estado civil soltero; ocupación obrero; con ingresos extremos, o sea en pacientes con menor y mayor ingreso; con diabetes tipo 1; y con 1-9 años de haber ingresado al componente de dispensarizados. Solamente en el tipo de diabetes se observaron diferencias estadísticamente significativas (Valor $P < 0.05$) (Cuadro 3).

Las principales enfermedades asociadas en los pacientes diabéticos dispensarizados fueron la hipertensión arterial (55%), artritis (10%), asma bronquial (8%) y epilepsia (6%). El 25% de los pacientes no reporto tener enfermedades asociadas (Cuadro 4).

Durante el ultimo año antes de la entrevista realizada en este estudio, la frecuencia de complicaciones en los pacientes estudiados fue de 40%, de los cuales 14 casos tuvieron solamente una complicación, pero 7 casos manifestaron haber tenido entre 2-4 complicaciones. El 86 de las complicaciones fueron agudas y 33% crónicas. Las principales complicaciones agudas estuvieron relacionadas con hiperglicemia e hipoglicemia; mientras que las complicaciones crónicas fueron úlceras por pie diabético, retinopatía y neuropatía (Cuadro 5).

[Escribir texto]

Cuadro 3 Prácticas sobre la diabetes según características generales de pacientes diabéticos dispensarizados en San Pedro del Norte, Chinandega, 2013.

| Características generales | Prácticas | | Total (n=53) ¶ | |
|---------------------------------|-----------|-------|----------------|----|
| | Buenas | Malas | No. | % |
| Edad (años): | | | | |
| < 20 | 100 | 0 | 1 | 2 |
| 20-44 | 44 | 66 | 9 | 17 |
| 45-64 | 36 | 74 | 28 | 53 |
| ≥ 65 | 27 | 73 | 15 | 28 |
| Sexo: | | | | |
| Femenino | 48 | 52 | 25 | 47 |
| Masculino | 25 | 75 | 28 | 53 |
| Escolaridad: | | | | |
| Ninguna | 29 | 71 | 7 | 12 |
| Primaria | 29 | 71 | 31 | 59 |
| Secundaria | 55 | 45 | 11 | 21 |
| Universitaria | 50 | 50 | 4 | 8 |
| Estado civil: | | | | |
| Soltero | 67 | 33 | 6 | 11 |
| Casado/Acompañado | 35 | 65 | 37 | 70 |
| Separado | 0 | 100 | 3 | 6 |
| Viudo | 29 | 71 | 7 | 13 |
| Ocupación: | | | | |
| Ama de casa | 36 | 64 | 16 | 30 |
| Jornalero | 17 | 83 | 12 | 23 |
| Obrero | 57 | 43 | 7 | 13 |
| Otro | 43 | 57 | 7 | 13 |
| Ninguna | 36 | 64 | 11 | 21 |
| Ingreso familiar: | | | | |
| < 1000 | 60 | 40 | 5 | 9 |
| 1000-2000 | 30 | 70 | 10 | 19 |
| 2001-4000 | 23 | 77 | 26 | 49 |
| > 4000 | 58 | 42 | 12 | 23 |
| Tipo de diabetes:* | | | | |
| Tipo 1 | 86 | 14 | 7 | 13 |
| Tipo 2 | 28 | 72 | 46 | 87 |
| Duración de la diabetes: | | | | |
| <1 | 0 | 100 | 2 | 4 |
| 1-4 | 39 | 61 | 13 | 25 |
| 5-9 | 44 | 56 | 23 | 43 |
| ≥ 10 | 27 | 73 | 15 | 28 |

* Valor P < 0.05

¶ Porcentaje en base al total de cada fila.

[Escribir texto]

Cuadro 4 Enfermedades asociadas en pacientes diabéticos dispensarizados en San Pedro del Norte, Chinandega, 2013.

| Enfermedades asociadas | Total (n=53) | |
|-------------------------------|---------------------|----------|
| | No. | % |
| Hipertensión arterial | 29 | 55 |
| Artritis | 5 | 10 |
| Asma bronquial | 4 | 8 |
| Epilepsia | 3 | 6 |
| Insuficiencia renal crónica | 2 | 4 |
| Cardiopatía | 1 | 2 |
| Ninguna | 13 | 25 |

Cuadro 5 Complicaciones en pacientes diabéticos dispensarizados en San Pedro del Norte, Chinandega, 2013.

| Complicaciones | Total (n=53) | |
|---------------------------------------|---------------------|----------|
| | No. | % |
| Número(n=53): | | |
| 0 | 32 | 60 |
| 1 | 14 | 26 |
| 2-4 | 7 | 14 |
| Tipo de complicaciones(n=21) : | | |
| Hiperglicemia | 11 | 52 |
| Hipoglicemia | 7 | 33 |
| Pie diabético | 4 | 19 |
| Retinopatía | 2 | 10 |
| Neuropatía diabética | 1 | 5 |

En el cuadro 6 se observa la asociación entre el nivel de conocimiento de los pacientes con las actitudes y practicas sobre la diabetes mellitus. De forma general se observa que el conocimiento del 45% de pacientes era deficiente, 23% bueno y 32% muy bueno. El 66% de los pacientes tuvieron un mayor número de actitudes positivas y 34% negativas. El 36% de los pacientes realizaban un mayor número de prácticas de autocuidado positivas, mientras que la mayoría (64%) tenían pocas prácticas de autocuidado. El porcentaje de mejor conocimiento fue mayor en pacientes con actitudes positivas, mientras que en el conocimiento en los pacientes con actitudes negativas fue deficiente en el 83%. Sin embargo, el conocimiento considerado como deficiente fue mayor en aquellos pacientes que realizaban buenas practicas que en aquellos pacientes con malas practicas (53% vs. 41%). Sin embargo, las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Cuadro 6 Actitudes y prácticas según conocimiento sobre la diabetes de pacientes diabéticos dispensarizados en San Pedro del Norte, Chinandega, 2013.

| Variables | Conocimiento | | | Total [¶] | |
|--------------------|--------------|-------|-----------|--------------------|-----|
| | Deficiente | Bueno | Muy bueno | No. | % |
| Actitudes: | | | | | |
| Positivas | 26 | 28 | 46 | 35 | 66 |
| Negativas | 83 | 11 | 6 | 18 | 34 |
| Prácticas: | | | | | |
| Buenas | 53 | 5 | 42 | 19 | 36 |
| Malas | 41 | 32 | 27 | 34 | 64 |
| Total (No.) | 24 | 12 | 17 | 53 | |
| (%) | 45 | 23 | 32 | | 100 |

¶ Porcentaje en base al total de cada fila.

Al asociar las actitudes con las prácticas se observó un mayor porcentaje de buenas prácticas de autocuidado en pacientes con actitudes positivas que en aquellos pacientes con actitudes negativas (40% vs. 28%), pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas (Cuadro 7).

[Escribir texto]

Cuadro 7 Actitudes y prácticas sobre la diabetes de pacientes diabéticos dispensarizados en San Pedro del Norte, Chinandega, 2013.

| Actitudes | Prácticas | | Total¶ | |
|--------------------|-----------|-------|--------|-----|
| | Buenas | Malas | No. | % |
| Positivas | 40 | 60 | 35 | 66 |
| Negativas | 28 | 72 | 18 | 34 |
| Total (No.) | 19 | 34 | 53 | |
| (%) | 36 | 64 | | 100 |

¶ Porcentaje en base al total de cada fila.

Las principales prácticas relacionadas al manejo que cumplían los pacientes siempre o muchas veces fueron: eliminar el habito de fumar 66%; asistir a sus citas, cumplir su tratamiento farmacologico y no consumir o reducir el consumo de alcohol 64% cada una; incremento de la actividad fisica 43%; reducir el consumo de grasas y de sal 32% cada uno; el cuidado de sus pies 30%; control de su peso 22%; y manejo del estrés 19% (Cuadro 8).

Cuadro 8 Prácticas sobre la diabetes mellitus o adherencia al tratamiento de pacientes dispensarizados en San Pedro del Norte, Chinandega, 2013.

| Práctica o adherencia al tratamiento: | Nunca | Pocas veces | Algunas Veces | Muchas veces | Siempre |
|---------------------------------------|-------|-------------|---------------|--------------|---------|
| Asiste a sus citas. | 0 | 8 | 28 | 21 | 43 |
| Cumplimiento del tratamiento. | 0 | 6 | 30 | 32 | 32 |
| Reducción del consumo de sal. | 21 | 24 | 23 | 15 | 17 |
| Reducción del consumo de grasa. | 19 | 28 | 21 | 11 | 21 |
| Manejo del estrés. | 23 | 36 | 23 | 6 | 13 |
| Reducción del sedentarismo. | 23 | 26 | 17 | 15 | 19 |
| Control del peso corporal. | 32 | 19 | 26 | 11 | 11 |
| Reducción del consumo de alcohol. | 15 | 11 | 9 | 13 | 51 |
| Eliminación del hábito de fumar. | 13 | 8 | 13 | 15 | 51 |
| Incremento de la actividad física. | 19 | 25 | 13 | 28 | 15 |
| Cuido de sus pies. | 30 | 28 | 11 | 11 | 19 |

[Escribir texto]

DISCUSIÓN

La epidemiología de la diabetes mellitus en este estudio es muy similar al reportado por otros autores. Por ejemplo, el porcentaje de diabetes mellitus tipo 2 en este estudio es muy similar a lo reportado por la literatura (87% vs. 90%).^{6,21} De acuerdo a la literatura internacional consultada la mayoría de pacientes diabéticos son adultos mayores con edades comprendidas entre 45-64 años de edad y del sexo femenino,^{21,23} en este estudio la edad fue consistente con este pero no el sexo ya que predominaron ligeramente los hombres. También hubo similitud de hallazgos con otros estudios nacionales en León¹² y San Carlos, Río San Juan,¹³ en donde se determinó que la mayoría de pacientes tenían entre 45-64 años, tenían baja escolaridad, ama de casa y bajo ingreso familiar. Además, la hipertensión arterial fue la principal enfermedad crónica asociada.

La frecuencia de las complicaciones en este estudio fue de 40%. Del total de complicaciones las agudas predominaron con 85%, principalmente hiper e hipoglicemia y las complicaciones crónicas se presentaron en el 29%, predominado el pie diabético, retinopatía y neuropatía, las cuales son consistentes con lo reportado por la literatura internacional.²⁷ En estudios nacionales casi la mitad de pacientes sufre complicaciones durante el último año.^{12,13} Las complicaciones encontradas en este estudio pueden ser consecuencia del progreso de la enfermedad, pero su elevada frecuencia puede estar relacionado a la falta de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, ya que en este estudio solamente una tercera parte de pacientes realizaba un mayor número de prácticas de autocuidado positivas.

Con respecto al manejo, la literatura refiere que la tasa de adherencia de los pacientes diabéticos a los hipoglicemiantes orales oscila entre 65-85% y para la insulina entre 60-80%.^{6,24,25} En este estudio la tasa podría ser similar ya que 64% de los pacientes dijo que cumplía el tratamiento farmacológico muchas veces o siempre. La evaluación del nivel de adherencia de este estudio se hizo según lo recomendado por la literatura consultada que señala que no se debe de utilizar una única medida, sino que se deben de evaluar cada componente del régimen de tratamiento de forma independiente (por ejemplo, el cumplimiento farmacológico, dieta, actividad física, cuidado de los pies y otras prácticas de autocuidado personal).^{6,24,25}

[Escribir texto]

Dos terceras partes de los pacientes cumplieron las prácticas de no fumar, ni consumir alcohol, asistir a sus citas y cumplir su tratamiento farmacológico. Un 43% incrementa la actividad física; y menos de un tercio reduce el consumo de grasas/sal, cuida sus pies, controla su peso y el estrés.

La literatura reporta diversos factores que afectan la adherencia en la diabetes mellitus, como la falta de comprensión de la naturaleza de la enfermedad (conocimiento) y del régimen terapéutico, así como enfermedades concomitantes, factores económicos, entorno familiar, apoyo educativo del personal de salud, actitud y competencia para realizar los cambios necesarios.^{3,4,26} En un estudio realizado en León, un considerable porcentaje de pacientes no cumplen con su dieta, ejercicios ni con la toma de medicamentos y la principal barrera a la adherencia al tratamiento fue la dificultad para recargar las recetas.¹²

El conocimiento sobre diabetes mellitus de los pacientes fue considerado bueno o muy bueno en el 55% y deficiente en el 45%. Por otro lado, dos tercios de los pacientes tuvieron un mayor número de actitudes positivas y solo una tercera parte de los pacientes realizaban un mayor número de prácticas positivas de autocuidado de la diabetes. Fue interesante observar que el porcentaje de pacientes con conocimiento sobre la diabetes considerado como bueno y muy bueno fue mucho mayor en pacientes con actitudes positivas que en aquellos con actitudes negativas, mientras que este porcentaje fue ligeramente superior en pacientes con prácticas negativas de autocuidado (59% vs. 47%). Además, se observó que el porcentaje de buenas prácticas de autocuidado o de adherencia fue mayor en pacientes con actitudes positivas, pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Los hallazgos anteriores sugieren que probablemente existen deficiencias relacionadas en la atención brindada a los pacientes diabéticos, lo cual puede estar afectando el interés y la conducta adecuada que deben seguir estos pacientes sobre su autocuidado, ya que los pacientes con actitudes positivas tienen un mejor conocimiento de su enfermedad y a la vez tienen mayores prácticas de autocuidado.

Diversos estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas realizados en otros países en desarrollo revelan que los pacientes diabéticos con deficientes conocimientos y actitudes negativas tienen una baja adherencia al tratamiento,^{5-6,11,12,14,17-19} También se ha determinado que el personal de salud tiene limitados conocimientos sobre la diabetes mellitus.¹⁵

[Escribir texto]

Los resultados de este estudio revelan que los pacientes diabéticos tienen serias limitaciones en el conocimiento de su enfermedad, así como actitudes negativas y poca adherencia al manejo de su enfermedad. Esta situación debe ser considerada por las autoridades de salud del SILAIS de Chinandega para que realicen un monitoreo más detallado sobre el desarrollo del componente de dispensarizados en todas las unidades de salud del municipio de San Pedro del Norte, de Chinandega para tomar las medidas que sean necesarias para mejorar los conocimientos sobre la diabetes mellitus, así como la actitud y adherencia al tratamiento para reducir la morbimortalidad por esta causa ya que según cifras del MINSA y de la OPS, la diabetes mellitus está incluida dentro de las 10 principales causas de mortalidad en Nicaragua.

[Escribir texto]

CONCLUSIONES

Las principales características de los pacientes diabéticos fueron: adultos entre 45-64 años de edad, hombres, con baja escolaridad, estado civil casado/acompañados, ocupaciones ama de casa y jornalero, de bajo ingreso, diabetes tipo 2 y con 5 años o más de estar en el componente de dispensarizados.

La principal enfermedades asociada fue la hipertensión arterial y las principales complicaciones estuvieron relacionadas con: hiperglicemia, hipoglicemia, úlceras por pie diabético y retinopatía.

El nivel de conocimiento sobre la diabetes mellitus fue considerado deficiente en 45%, bueno 23% y muy bueno 32%.

Dos terceras partes de los pacientes diabéticos tuvieron un mayor número de actitudes positivas y solamente una tercera parte realizaban un mayor número de prácticas de autocuidado positivas.

[Escribir texto]

RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud que brinde equipos didácticos como: Rotafolio, videos, afiches a fin de una mejor educación a la población sobre los factores de riesgo de la Diabetes Mellitus.

A los organismos gubernamentales y no gubernamentales para una capacitación continua del personal de salud sobre educación diabetológica.

Al equipo de dirección a la creación de clubes, que fortalezcan y afiancen los conocimientos de los pacientes.

Elaborar un programa educativo por el equipo de dirección del centro de salud de San Pedro de carácter interactivo, multi e interdisciplinario que estén relacionados a la responsabilidad individual con respecto a la salud y seguimiento de las indicaciones médicas.

Establecer Planes Operacionales Anuales (POA) para mejorar la captación y la evolución, así como enlentecer las complicaciones de la Diabetes Mellitus.

[Escribir texto]

REFERENCIAS

1. Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *MilbankMemFund Q* 1971; 49: 50-538.
2. Olshansky SJ, Ault AB. The fourth stage of epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases. *MilbankMemFund Q* 1986; 64: 355-391.
3. Wall S. (Editorial) Public health in transition. *Scand J PublicHealth* 2000; 28 (1): 2-3.
4. Shrestha L. Population aging in developing countries. *HealthAffairs* 2000; 19 (3): 204-212.
5. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H: Global prevalence of diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004, 27:1047-53.
6. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO. 2003: 71-86.
7. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*. 2007;30Suppl 1:4-41.
8. Nathan DM, et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy. A consensus statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care*. 2006;29:1963-72.
9. Normas del programa de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. MINSA, Nicaragua, Septiembre 2000.
10. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas: 2007. Vol II. Publicación Científica y Técnica No. 622). Washington D.C.: OPS. 2007.
11. Salgado.T, Zúñiga. L. Satisfacción de usuarios Externos del programa de dispensarizados con respecto a la atención brindada en el centro de salud Leonel Rugama De la ciudad de Estelí (Julio- Agosto 2006). León: UNAN-León. Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía). 2007.
12. Salinas D. Adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos ingresados al componente de dispensarizados del centro de salud de Sutiava “Felix Pedro Picado”, León, durante mayo de 2012. León: UNAN-León. Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía). 2012.

[Escribir texto]

13. Bustamante WE. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre diabetes tipo 2 en pacientes dispensarizados en el centro de salud “Adolfo Largaespada”, San Carlos, Río San Juan, durante 2012. León: UNAN-León. Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía). 2012.
14. Al Shafae MA, et al. Knowledge and perceptions of diabetes in a semi-urban Omani population. *BMC Public Health* 2008;8: 249-256.
15. Daly JM, et al. An assessment of attitudes, behaviors, and outcomes of patients with type 2 diabetes. *J Am Board Fam Med* 2009; 22: 280-290.
16. Noda JR, et al. Conocimientos sobre “su enfermedad” en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales. *RevMedHered* 2008; 19 (2): 68-72.
17. Silva de Oliveira KC, Zanetti ML. Knowledge and attitudes of patients with diabetes mellitus in a primary health care system. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45 (49): 860-865.
18. Mann DM, et al. Misconceptions about diabetes and its Management among low-income minorities with diabetes. *Diabetes Care* 2009; 32 (4): 591-593.
19. Khan AR, et al. Knowledge, attitude and practice of ministry of health primary healthy care physicians in the Management of type 2 diabetes mellitus: a cross sectional study in the Al Hasa District of Saludi Arabia, 2010. *Nigerian Journal of Clinical Practice* 2011;14(1):52- 59.
20. Instituto Nacional de Información y Desarrollo. Chinandega en Cifras. Managua: INIDE. Marzo de 2008.
21. http://es.wikipedia.org/wiki/Diabetes_mellitus
22. Shaw JE, Sicre R. Epidemiology of type 2 diabetes. Chapter 1. In Feinglos MN, Bethel MA, editors: *Type 2 diabetes mellitus: An evidence-based approach to practical management*. New Jersey: Humana Press. 2008: 1-16.
23. Moreno L. Epidemiología y diabetes. *RevFacMed UNAM* 2001; 44 (1): 35-37.
24. Rungby J, Brock B. What can we do to improve adherence in patients with diabetes? In Barnett AH, editor: *Clinical challenges in diabetes*. Oxford: Clinical Publishing.2010:155-161.
25. Wagner EH, et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action: Interventions that encourage people to acquire self-management skills are Essentials in chronic illness care. *Health Affairs* 2001; 20 (6): 64-78.
26. Figuerola D. *Manual de educación en diabetes*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos. 2010.

[Escribir texto]

27. American Diabetes Asociación. Complicaciones. Disponible en:
<http://www.diabetes.org/espanol/todo-sobre-la-diabetes/diabetes-tipo-2/complicaciones/>
28. Programa Mundial sobre el SIDA. Servicio de Investigación Social y Conductuales. Protocolo de Investigación: conocimientos, actitudes, creencias y prácticas relativas al SIDA/VIH (CACP). Fase II. Organización Mundial de la Salud.
29. Given LM. The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods. Los Angeles, CA: SAGE. 2008.
30. Miller RL, Brewer JD. The A-Z of social research. A dictionary of key social science research concepts. First edition. London: Sage Publications Inc. 2003.
31. Modeste NN, Tamayose TS. Dictionary of public health promotion and education: Terms and concepts. San Francisco, CA: John Wiley & Sons, Inc. 2004.
32. Henerson ME, Lyons L, Taylor C. How to measure attitudes. Newbury Park, California: SAGE Publications. 1987.
33. Hernández JM. La importancia de la adaptación transcultural y la validación de la DAS-3 (Diabetes AttitudeScale) a la lengua vernácula (DAS-3cat): la versión catalana de un instrumento de medición de actitudes y motivaciones en la diabetes mellitus. EndocrinolNutr 2004;51(10):542-548.

ANEXOS

[Escribir texto]

Instrumento de recolección de datos

Conocimientos, actitudes y prácticas en pacientes diabéticos ingresados al componente de dispensarizados en las unidades de salud del municipio de San Pedro del Norte, Chinandega, durante marzo del 2013.

I. Datos generales:

1. No. de ficha: _____
2. No. de expediente: _____
3. Nombre del paciente: _____
4. Dirección: _____
5. Tipo de diabetes: a) Tipo 1 b) Tipo 2
6. Edad en años cumplidos: _____
7. Sexo: a) Femenino b) Masculino
8. Estado civil: a) Soltero b) Casado/acompañado c) Separado d) Viudo
9. Escolaridad: a) Ninguna b) Primaria c) Secundaria d) Universitario
Ocupación actual: _____
10. Ingreso familiar total promedio mensual: _____
11. Otras patologías que padecen: a) Hipertensos b) Cardiópata d) Epiléptico
e) Artrítico f) Asmático g) Insuficiencia renal crónica h) Otro: _____
12. Fecha de ingreso al programa: ____/____/____
13. Durante el último año cuantas veces se ha complicado por la diabetes: _____
14. Diga cuales fueron las complicaciones: _____

II. Conocimientos sobre diabetes mellitus:

15. ¿Podría decirme si usted sabe qué es o en qué consiste la diabetes mellitus?
16. ¿Cree que esta enfermedad se podría curar? a) Si b) No
17. ¿Sabe qué factores empeoran su enfermedad o pueden provocarle recaídas? a) Si b) No
18. Por favor diga cuales serian:
19. ¿Sabe usted qué órganos de su cuerpo son afectados en los pacientes que padecen de diabetes?
a) Si b) No
20. Diga que órganos serian los afectados:
21. ¿Sabe usted si tiene algún daño en su organismo provocado por la diabetes?

[Escribir texto]

22. ¿Sabe usted qué les pasa a las personas que tienen esta enfermedad y no toman su tratamiento?
23. ¿Sabe usted cuál o cuales son los tratamientos que está recibiendo para la diabetes?
24. ¿Sabe usted si el tratamiento que recibe puede tener alguna complicación? Si responde positivamente diga cuál.
25. ¿Qué otras medidas conoce, además de la medicación e insulina, que ayuden a controlar la diabetes?
26. ¿Sabe usted cuánto dura la toma o administración de medicamentos para su enfermedad?
27. ¿Cree que el tratamiento de la diabetes se basa solamente en medicamentos?
28. ¿Le han tomado análisis de sangre? ¿Sabe usted para qué le toman dichos análisis?

III. Prácticas sobre diabetes mellitus o adherencia al tratamiento:

| En que medida usted practica las recomendaciones del programa: | Nunca | Pocas veces | Algunas Veces | Muchas veces | Siempre |
|--|-------|-------------|---------------|--------------|---------|
| 1. Asiste a sus citas. | | | | | |
| 2. Cumplimiento del tratamiento. | | | | | |
| 3. Reducción del consumo de sal. | | | | | |
| 4. Reducción del consumo de grasa. | | | | | |
| 5. Manejo del estrés. | | | | | |
| 6. Reducción del sedentarismo. | | | | | |
| 7. Control del peso corporal. | | | | | |
| 8. Reducción del consumo de alcohol. | | | | | |
| 9. Eliminación del hábito de fumar. | | | | | |
| 10. Incremento de la actividad física. | | | | | |
| 11. Cuido de sus pies. | | | | | |

[Escribir texto]

IV. Actitudes hacia la diabetes mellitus:

| Actitudes | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Indiferente | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|--|-----------------------|------------|-------------|---------------|--------------------------|
| 1. La gente que no necesita insulina para tratar su diabetes tiene una enfermedad menos grave. | | | | | |
| 2. No tiene mucho sentido un buen control del nivel de azúcar en sangre porque de todas formas aparecerán complicaciones. | | | | | |
| 3. La diabetes afecta casi todos los aspectos de la vida de un diabético. | | | | | |
| 4. Las personas cuya diabetes es tratada sólo con dieta no deben preocuparse por padecer complicaciones a largo plazo. | | | | | |
| 5. Prácticamente casi todos los diabéticos debieran de hacer lo que fuera para mantener su nivel de azúcar próximo a la normalidad. | | | | | |
| 6. Las repercusiones emocionales de la diabetes son bastante leves (no tienen importancia). | | | | | |
| 7. Los problemas derivados de reacciones debidas a niveles bajos de azúcar en sangre (hipoglucemia) hacen que un control estricto sea demasiado arriesgado para la mayoría de los pacientes. | | | | | |
| 8. La persona diabética es el elemento más importante del equipo de cuidado de esta enfermedad. | | | | | |
| 9. La diabetes tipo 2 es una enfermedad muy grave. | | | | | |
| 10. El hecho de tener diabetes cambia la perspectiva de vida de la persona. | | | | | |
| 11. Las personas diabéticas deberían estar bien informadas sobre su enfermedad para poder ocuparse por sí mismas, de su propio control. | | | | | |
| 12. Lo que el paciente hace tiene más impacto sobre el resultado del cuidado de la diabetes que cualquier cosa que haga un profesional de la salud. | | | | | |
| 13. Las personas que toman pastillas para su diabetes deben de preocuparse por su nivel de azúcar en sangre. Tanto como aquellas que utilizan insulina | | | | | |
| 14. Las personas con diabetes tienen el derecho a no cuidarse de su enfermedad. | | | | | |
| 15. El apoyo de la familia y de los amigos es importante en el tratamiento de la diabetes mellitas. | | | | | |