

**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 sobre diabetes tipo 2 en pacientes dispensarizados en el centro de salud “Adolfo Largaespada”, San Carlos, Río San Juan, durante el año 2012.**

**Autor: Wilber Enrique Bustamante Chavarría**

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

León, Noviembre del año 2012

## INDICE

<b>CONTENIDO</b>	<b>PAGINAS</b>
Dedicatoria	
Agradecimientos	
Resumen	
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	2
JUSTIFICACIÓN	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
OBJETIVOS	5
MARCO TEÓRICO	6
MATERIALES Y MÉTODOS	17
RESULTADOS	
DISCUSION	
CONCLUSIONES	
RECOMENDACIONES	
REFERENCIAS	21
ANEXOS	23

- Instrumento de recolección de datos

## **DEDICATORIA**

En primer lugar agradezco a Dios, nuestro Padre Todo Poderoso, quien guía mis Pasos en mi formación como servidor suyo.

A mis padres: Wilber Bustamante y Nery Chavarria, quienes depositaron en mí toda la esperanza del mañana; a quienes rindo el honor por su sacrificio en la forja de mi formación. En especial a mi abuelo Marcelino Chavarria que a sido de mucha inspiración para mí; a ellos que Dios me los bendiga siempre.

A mi esposa, Suyen López e hija Nery Isabella quienes son parte del sacrificio de mi formación.

A mis hermanos Auxiliadora, Bosco, Sthephny, Moisés quien de manera directa han aportado con sacrificios y limitaciones a mi preparación

## **AGRADECIMIENTOS.**

A mi tutor **Dr. Francisco Tercero** que con mucha paciencia supo guiarme en este trabajo de investigación se realizara y de esta manera contribuir con el desarrollo científico y la atención de nuestros pacientes.

A mis maestros, docentes y amigos que con sus conocimientos y valores transmitidos han hecho posible nuestra formación. En especial a los Dres. German Valdez, Félix Zelaya (Q.E.P.D) y la Dra. Mercedes Cáceres.

A las personas que apoyaron de una u otra forma la realización de este estudio investigativo.

**GRACIAS**

## RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes diabéticos que acuden al componente de dispensarizados del Centro de Salud "Adolfo Largaespada", San Carlos, Río San Juan, durante 2012.

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, a través de una encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas. La población fueron todos los pacientes urbanos con diabetes mellitus tipo 2 (n=95) registrados en el componente de dispensarizados. Las fuentes fueron secundaria (expedientes) y primaria (encuesta). Se usó el software SPSS versión 18.0.

La mayoría de pacientes eran adultos entre 45-64 años, mujeres, baja escolaridad, casado/acompañado, ama de casa y bajo ingreso familiar. La principal patología asociada fue hipertensión arterial y la principal complicación fue hiperglucemia. Una quinta parte de los pacientes tenía conocimientos deficientes y la mayoría de pacientes tenían un elevado número de actitudes positivas. Sin embargo, 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.

Se recomienda evaluar las razones del bajo conocimiento y promover hábitos de una vida saludable.

**Palabras claves:** *diabetes mellitus, pacientes dispensarizados, atención primaria, conocimientos, actitudes y prácticas.*

## INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad metabólica crónica, asociada al desarrollo de complicaciones irreversibles, invalidantes y aun mortales con notable afectación de la calidad de vida si el tratamiento es inadecuado y una condición básica para que mejore su calidad de vida, es que el paciente se adhiera al mismo, lo que solo puede conseguirse si el paciente interioriza lo que significa ser portador de la enfermedad, las potenciales complicaciones a las que está expuesto y entiende la racionalidad y riesgos del tratamiento. Para lograr todo esto se necesita que el paciente tenga conocimientos adecuados sobre la enfermedad.<sup>1-4</sup>

La diabetes mellitus es una epidemia emergente del siglo XXI, que amenaza con abrumar los sistemas de salud en el futuro, teniendo en cuenta la alta prevalencia de la DM la que varía según las regiones, pero se estima que a nivel global la diabetes mellitus afecta a casi el 30% de los adultos, especialmente aquellos en edad productiva. De los diversos tipos de DM, la tipo 2 es la más frecuente y representa aproximadamente el 90% del total de casos.<sup>1,2</sup>

Dado el alto costo que representan las complicaciones crónicas para el paciente y para el sistema de salud se hace imprescindible evaluar el nivel de conocimientos que sobre la enfermedad tienen los pacientes, pues esa es la única forma de prevenir daño, con la consiguiente prevención de morbimortalidad y reducción de costos.<sup>5-6</sup>

## ANTECEDENTES

De acuerdo a cifras del MINSA, el porcentaje de defunciones debidas a las 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.<sup>7,8</sup>

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.<sup>9</sup>

Un reporte de las Jornadas Universitarias de III año de Medicina de la UNAN-León, concluyó que en el puesto de salud “El Recreo” que las principales razones en la baja asistencia de los pacientes diabéticos al programa de dispensarizados fueron: localización de sus hogares y lugar de trabajo, falta de tiempo, largas distancia al centro. Además, la mayoría de pacientes no llevan control de su enfermedad, lo que genero más complicaciones como hiperglucemia, lesiones de la piel, y amputaciones por pie diabético.<sup>10</sup>

En una población semi-urbana de Omani, se entrevistaron a 563 adultos y encontraron que la mitad tuvo sabia 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.<sup>11</sup>

Diversos estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas realizados en otros países en desarrollo revelan que no solamente los pacientes tienen pobres conocimientos y actitudes que se reflejan en la baja adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus,<sup>5-6,11-15</sup> sino también el personal de salud.<sup>16</sup>

En un estudio transversal se estudió una muestra de 253 pacientes con diabetes tipo 2 que habían medido la hemoglobina glucosilada (HbA1c) dentro de los 3 meses siguientes a la fecha de la encuesta. Las principales barreras del autocuidado de la diabetes fueron diversas, pero los costos fue la barrera más común. La creencia de que la diabetes tipo 2 es un problema serio y la depresión se asociaron a mayores niveles de HbA1c, pero los niveles bajos de HbA1c se asociaron significativamente con estar casado, mayor adherencia al tratamiento, la satisfacción con tomar la medicación y pruebas de glucosa en sangre.<sup>12</sup>

En Perú, se realizó un estudio cualitativo para medir el nivel de conocimiento, sobre diabetes mellitus 2 en pacientes hospitalizados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Se incluyeron 31 pacientes y la mayoría tuvieron un nivel de conocimiento sobre la enfermedad intermedio e inadecuado. No se halló asociación estadística entre el nivel de conocimiento con ninguna de las variables estudiadas.<sup>13</sup>

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.<sup>14</sup>

Mann et al. (2009) 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.<sup>15</sup>

Khan et al. (2011) 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.<sup>16</sup>

## JUSTIFICACIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 es un importante problema de salud pública a nivel mundial, en términos de mortalidad, morbilidad y discapacidad. Afecta tanto a países desarrollados y en desarrollo, como Nicaragua. Un elevado porcentaje de estos pacientes podrían mejorar sus condiciones de salud y calidad de vida si tuvieran un conocimiento, prácticas de adherencia al tratamiento y de autocuidado adecuadas. Existe suficiente evidencia de que el conocimiento es la principal herramienta para el manejo de la diabetes mellitus, ya que la información puede ayudar a estos pacientes a evaluar sus riesgos, a buscar atención y tratamiento adecuado, así como estimularlos a formar parte activa en el control de su enfermedad.<sup>1-4</sup>

Por lo tanto, el presente trabajo tiene como finalidad explorar el nivel de conocimiento, las actitudes y los factores que están incidiendo en el cumplimiento o no de las indicaciones médicas para el control de la diabetes mellitus tipo 2. Se determinará cuáles son las limitaciones de conocimientos y actitudes negativas que afectan el cumplimiento del tratamiento de estos pacientes para sugerir acciones al Ministerio de Salud para mejorar este creciente problema.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes diabéticos que acuden al componente de dispensarizados del Centro de Salud “Adolfo Largaespada”, San Carlos, Río San Juan, durante 2012?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes diabéticos que acuden al componente de dispensarizados del Centro de Salud “Adolfo Largaespada”, San Carlos, Río San Juan, durante 2012.

### **Objetivos específicos:**

1. Describir las características sociodemográficas de los pacientes diabéticos.
2. Identificar los conocimientos sobre diabetes mellitus de los pacientes.
3. Determinar las actitudes hacia la diabetes de los pacientes diabéticos.
4. Identificar las prácticas relacionadas al tratamiento de los pacientes diabéticos.

## MARCO TEÓRICO

### Subtipos conocidos de la diabetes mellitus:<sup>1</sup>

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 adultos que se 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 tomar la 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 y, en muchos casos, falta de adherencia a la terapia de insulina es la causa probable.
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. Esta 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 de 1 a 2% de todos los casos diagnosticados de diabetes.

## **Epidemiología de Diabetes tipo 2<sup>1,2</sup>**

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.

## **Factores de riesgo para el desarrollo de diabetes<sup>17</sup>**

### **1. Edad y sexo**

La prevalencia de la diabetes aumenta con la edad. Es inferior al 10% en personas menores de 60 años y entre el 10%-20% entre los 60-79 años de edad. Existe una mayor prevalencia en varones entre 30 y 69 años y en las mujeres mayores de 70 años.

### **2. Etnia**

El estudio Nurses' HealthStudy (n=78,419 pacientes) concluye, tras 20 años de seguimiento, que el riesgo de desarrollar diabetes era menor en caucásicos que en el resto de etnias estudiadas (raza negra, asiáticos e hispanos).

### **3. Susceptibilidad genética**

La mayoría del riesgo genético para el desarrollo de la DM 2 se basa en una compleja interacción entre diversos factores poligénicos y ambientales. Un estudio de cohorte de 20 años de duración concluye que hay un mayor riesgo de DM en descendientes de diabéticos; el riesgo es parecido si es diabética la madre o diabético el padre [Riesgo relativo (RR) 3,5 (IC 95%: 2,3-5,2)] y mucho mayor cuando lo son ambos progenitores [(RR 6,1(IC 95%: 2,9-13,0)]. Si un gemelo homocigótico padece diabetes, su hermano desarrollará diabetes en el 90% de los casos. Varios estudios han implicado la variante del gen 2 TCF7L2 en el riesgo de presentar DM 2.

### **4. Diabetes gestacional**

El riesgo de desarrollar DM 2 es mayor en mujeres con antecedentes de diabetes gestacional. La incidencia de desarrollar DM 2 en mujeres con antecedentes de diabetes gestacional era mayor durante los primeros cinco años tras el parto, con un aumento más lento a partir de los 10 años.

### **5. Bajo peso al nacer**

No está clara la relación entre el bajo peso al nacer y la incidencia de DM. En un metaanálisis de alta calidad de 14 estudios (n=132,180) la odds ratio (OR) fue de 1,49 (IC 95%: 1,36-1,64). Los resultados de este estudio son heterogéneos y están determinados por la influencia de un solo estudio; omitiendo éste, desaparece la significación estadística. Este metaanálisis también asocia un incremento de riesgo de DM 2 al alto peso al nacer (>4 kg) [OR 1,25 (IC 95%: 1,12-1,42)]. Los autores concluyen la dificultad de conocer el verdadero impacto de los factores de confusión en la relación entre el bajo peso al nacer y la DM 2.

### **6. Lactancia materna**

Una revisión sistemática (RS) (20) concluye que podría existir una asociación entre la lactancia materna y la disminución de la incidencia de DM 2 [OR: 0,61 (IC 95%: 0,44-0,85)]; no obstante, el resultado puede estar sobreestimado al no estar ajustado por los factores de confusión en todos los estudios.

Estos resultados son coincidentes a los mostrados en el Nurses' HealthStudy (21) en el que el efecto beneficioso se produjo a partir de los 11 meses de lactancia.

## 7. Obesidad

Un estudio de cohorte realizado en mujeres (n=84,991) con un seguimiento medio de 16 años concluyó que el factor de riesgo más importante para la DM 2 era el IMC elevado. El riesgo relativo (RR) para mujeres con un IMC 23-24,9 era 2,67 (IC 95%: 2,13-3,34); IMC 25-29,9, RR 7,59 (IC 95%: 6,27-9,19); IMC 30-34,9, RR 20,1 (IC 95%: 16,6-24,4), IMC >35, RR 38,8 (IC 95%: 31,9-47,2). En el caso de los hombres se realizó un estudio de cohorte (23) y, tras un seguimiento de cinco años, se concluyó que los hombres con un IMC >35 tenían un RR 42,1 (IC 95%: 22-80,6) comparado con tener un IMC <23. La obesidad abdominal (índice cintura-cadera >0,95) aumentó el riesgo de diabetes [RR: 42,2 (IC 95% 22-80,6)] en una cohorte de varones. En otro estudio de cohorte realizado en población general alemana, el mayor riesgo de DM fue en hombres con un alto IMC combinado con un alto índice cintura-cadera.

## 8. Dieta y alcohol

**Tipo de dieta:** El patrón dietético influye en el riesgo de presentar DM 2. De un estudio de cohorte de 20 años de duración, tras realizar un ajuste multivariante (edad, IMC, etnia), se concluye que una dieta sana (alta en fibra y grasa poliinsaturada y baja en ácidos grasos trans y azúcares) tiene mayor impacto en el riesgo de diabetes en algunas etnias (raza negra, asiáticos e hispanos) que en la raza blanca (RR 0,54 (IC 95%: 0,39-0,73) vs. RR 0,77 (0,72-0,84)).

En otro estudio realizado en 42,000 profesionales sanitarios varones, una dieta con un alto consumo de carne roja, carne procesada, productos lácteos grasos, dulces y postres se asoció con un incremento del riesgo de diabetes independientemente del IMC, la actividad física, la edad o la historia familiar [RR 1,6 (IC 95%: 1,3-1,9)] (26). El riesgo era mayor [RR 11,2 (IC 95%: 8,07-15,6)] si además los pacientes eran obesos (IMC >30 kg/m<sup>2</sup>). Por otro lado, los varones que realizaban una dieta con alto consumo

de vegetales, fruta, pescado y aves tenían una reducción del riesgo que rozaba la significación estadística [RR 0,8 (IC 95%: 0,7-1,0)]. Estos resultados son similares en las mujeres (27). El consumo de **productos lácteos** bajos en grasa está asociado con un menor riesgo de DM 2 (independientemente del IMC) en hombres [RR 0,77 (IC 95%: 0,62-0,95)] (28) y en mujeres [RR 0,79 (IC 95%: 0,67-0,94) (29)].

**Frutos secos:** según un estudio de cohorte (30) con unas 83.000 mujeres (Nurses' HealthStudy), el incremento del consumo de nueces está inversamente asociado con el riesgo de padecer DM 2 (consumo  $\geq 5$  unidades por semana vs. no consumo), el riesgo relativo ajustado por otros factores de riesgo era RR 0,73 (IC 95%: 0,6-0,89).

**Café:** El consumo a largo plazo de café puede asociarse con un descenso en el riesgo de DM 2. En una RS (31) de nueve estudios de cohorte (n 193.473), el riesgo de diabetes era menor en las personas con alto consumo de café. Un estudio prospectivo (32) con 88.000 mujeres de entre 26 y 46 años de edad encontró que el riesgo de diabetes era menor para los mayores consumos de café. El RR era 0,87 (IC 95%: 0,73-1,93) para una taza por día; 0,58 (IC 95%: 0,49-0,68) para dos a tres tazas al día; y 0,53 (IC 95% 0,41-0,68) para cuatro o más tazas, comparado con no consumidores.

**Té verde:** en un estudio (33) con 17.000 japoneses entre 40 y 65 años, el consumo habitual de té verde (seis o más tazas diarias) se asoció a un menor riesgo de desarrollar diabetes a los cinco años de seguimiento [OR 0,67 (IC 95%: 0,47-0,94)]. Estos datos no prueban una relación causa-efecto, con lo cual es difícil recomendar un incremento del consumo de café o té verde como estrategia preventiva.

**Bebidas azucaradas:** en un estudio de cohorte de mujeres adultas (n 91.249) (34), tras un seguimiento de ocho años, se concluye que un consumo de una o más bebidas azucaradas por día (colas, bebidas carbonatadas azucaradas y ponche de fruta) se asocia con un mayor riesgo de sobrepeso y de DM 2 [RR 1,83 (IC 95%: 1,42-2,36)].

**Alcohol:** un metaanálisis (35) y una RS (36) concluyeron que el consumo moderado de alcohol (5-30 g de alcohol por día) reduce el riesgo de DM 2; las personas que consumen aproximadamente de una a tres bebidas al día tienen un 33%-56% de reducción del riesgo de diabetes (36). No se pueden sacar conclusiones entre el consumo elevado de alcohol (>30 g de alcohol por día) y riesgo de DM 2.

## **9. Actividad física**

La actividad física moderada (intensidad  $\geq 5,5$  MET, Metabolic Equivalent T, y de duración mayor a 40 minutos/semana) reduce la incidencia de nuevos casos de DM 2.

## **10. Tabaco**

Un estudio de cohorte (40) (n 41.372) evaluó la asociación entre el tabaco y el riesgo de DM 2. Tras un seguimiento de 21 años concluyó que fumar menos de 20 cigarrillos por día incrementa un 30% el riesgo de presentar DM 2 y fumar más de 20 cigarrillos diarios lo incrementa un 65%.

## **11. Síndrome del ovario poliquístico**

En un estudio transversal realizado en Italia (n 121) (41) en pacientes con síndrome del ovario poliquístico, la prevalencia de DM e intolerancia a hidratos de carbono fue mayor que la correspondiente a la población general de la misma edad.

## **12. Insuficiencia cardiaca**

La asociación entre la insuficiencia cardiaca y el aumento del riesgo de DM 2 ha sido estudiada en 2,616 pacientes no diabéticos con enfermedad coronaria (infarto de miocardio y angina estable). El subgrupo con una insuficiencia cardiaca avanzada (clase III de la NYHA) tenía un mayor riesgo de desarrollar diabetes [RR 1,7 (IC 95%: 1,1- 2,6)], pero no así la clase II de la NYHA. El estudio no estaba diseñado inicialmente para este objetivo y tampoco se recogía la actividad física de los pacientes.

### 13. Fármacos

**Antipsicóticos atípicos:** algunos estudios sugieren que los pacientes con esquizofrenia presentan una prevalencia de DM superior a la de la población general, pero no se conoce bien la causa. Una revisión de 17 estudios sugiere que el tratamiento con olanzapina y clozapina se asocia con un mayor riesgo de desarrollar DM 2, en comparación con aquellos pacientes que no están tratados o reciben tratamientos con neurolepticos clásicos. También concluyen que se precisan más estudios comparativos entre los diferentes neurolepticos.

**Diuréticos y betabloqueantes:** la Guía de Práctica Clínica de HTA del National Institute for Clinical Excellence (NICE) sugiere un mayor riesgo de desarrollar diabetes cuando se utiliza una combinación de betabloqueantes y diuréticos tiazídicos. Una RS evaluó el efecto de las diferentes clases de antihipertensivos en la incidencia de DM, incluyendo estudios muy heterogéneos. Concluyó que los ARA-II y los IECA eran los antihipertensivos menos asociados con la diabetes, seguidos de los antagonistas del calcio y placebo, los betabloqueantes y los diuréticos.

**Otros fármacos,** relacionados a la diabetes son: glucocorticoides, anticonceptivos orales, tacrolimus, ciclosporina, ácido nicotínico, antirretrovirales inhibidores de la proteasa, hormonas agonistas de la gonadotropina, clonidina y pentamidina.

#### **Prevalencia de la adherencia a recomendaciones para el tratamiento de diabetes<sup>1</sup>**

A partir del estudio de la adherencia a los tratamientos para la diabetes, 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 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 las comportamientos independientes de cuidado personal, lo que sugiere que la adhesión no es un constructo unidimensional. Por otra

parte, parece que hay diferentes relaciones entre la adherencia y el control metabólico de las personas con diferentes tipos de diabetes.

### **Adherencia en la 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.). 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 a la de otras enfermedades crónicas. Muszbek y sus colegas 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 científica para las recomendaciones de tratamiento, están por lo general muy por encima de 80% (Tabla 1) <sup>3,4</sup>.

Tabla 1 Adherencia total en diabetes tipo 2.

<b>Medicación</b>	<b>Tasa de adherencia (%)</b>
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.<sup>3,4</sup>

Tabla 2 Barreras a la adherencia total en diabetes.

<b>Barreras</b>
No comprensión de la naturaleza de la enfermedad.
No comprensión del régimen terapéutico.
Nocomprensión 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.

Tabla 3 Barreras al uso de medicamentos en diabetes mellitus<sup>3</sup>

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

## Adherencia al tratamiento

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). En 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 tienden 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.<sup>18</sup>

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.

## **Complicaciones**

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). A continuación se presentan las principales complicaciones.<sup>19</sup>

### **Enfermedad cardíaca y derrame cerebral**

Las personas con diabetes tienen una razón más para preocuparse por las enfermedades cardíacas y vasculares (de los vasos sanguíneos). La diabetes implica un aumento en el riesgo de ataque cardíaco, derrame cerebral y complicaciones relacionadas con una circulación pobre.

### **Enfermedad renal**

La diabetes puede dañar los riñones, lo cual no sólo puede provocar que dichos órganos fallen, sino que también pierdan la capacidad de filtrar y eliminar los productos de desecho.

### **Complicaciones en la vista**

La diabetes puede causar problemas oculares y hasta puede provocar la ceguera. Las personas con diabetes corren un riesgo mayor de perder la vista que las personas que no tienen diabetes. La detección y el tratamiento tempranos de los problemas oculares pueden salvarle la vista.

### **Neuropatía y daño nervioso**

Una de las complicaciones más comunes de la diabetes es la neuropatía diabética. El término "neuropatía" significa daño en los nervios que recorren todo el cuerpo y que conectan la médula espinal con los músculos, la piel, los vasos sanguíneos y otros órganos.

### **Complicaciones en los pies**

Las personas con diabetes pueden desarrollar muchos problemas en los pies. Dichos problemas ocurren con más frecuencia cuando existen daños nerviosos en los pies o problemas de mala circulación. Sepa cómo proteger sus pies cumpliendo con algunas reglas básicas.

### **Complicaciones en la piel**

Hasta un tercio de las personas con diabetes tendrán algún tipo de problema de piel causado o agravado por la diabetes en algún momento de sus vidas. De hecho, a veces, esos problemas son la primera señal de que una persona tiene diabetes. Por suerte, es posible evitar o tratar fácilmente la mayoría de esos problemas de la piel si se los detecta a tiempo

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

### **Tipo de estudio**

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, a través de una encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas.<sup>20</sup>

### **Área de estudio:**

El centro de salud "Adolfo Largaespada", San Carlos, Río San Juan, durante 2012.

### **Población**

La población de estudio fueron todos los pacientes de todas las edades con diabetes mellitus tipo 2 (95 son urbanos y 105 rurales), que se encontraban registrados en el componente de dispensarizados del centro de salud bajo estudio, durante mayo del 2012. Los criterios de exclusión fueron no aceptar participar en el estudio o que vivieran en áreas rurales (n=105).

### **Tamaño de la muestra**

Se estudiaron todos los pacientes urbanos (n=95), debido a la dificultad en la localización de pacientes en áreas rurales y al costo relacionado. Por lo tanto no hubo muestreo en los pacientes urbanos.

### **Procedimiento de recolección de la Información.**

Las fuentes fueron secundaria, a través de los expedientes clínicos de pacientes diabéticos; y 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 el investigador directamente durante la visita domiciliar, en caso que no se encontró el paciente al momento de la visita, se planificó nuevamente en un horario en que estuvo disponible el paciente.

Para medir las actitudes se utilizó un instrumento para medir actitudes y motivaciones hacia la diabetes mellitus tipo 2, la cual ha sido validada por Hernández y cols. en 14 áreas básicas de salud en Cataluña, España.<sup>21</sup>

### **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 se hicieron en base a datos absolutos, porcentuales, medidas de centro y de dispersión. Para determinar si las diferencias fueron significativas se hizo uso de la prueba de Chi cuadrado o de la prueba exacta de Fisher, considerándose significativa un valor de P menor a 0.05.

- Se definieron los siguientes niveles de conocimiento en base los ítems respondidos correctamente (n=13):
  - Puntaje mayor al cuartil 3: Muy bueno.
  - Puntaje entre el cuartil 2 y 3: Bueno.
  - Puntaje menor al cuartil 2: Deficiente.
  
- Se valoró la actitud de la población encuestada hacia la diabetes mellitus por medio de la creación de una escala aditiva tipo Likert<sup>22</sup> y luego se clasificaron como actitudes positivas o negativas, y se definieron en base a los cuartiles mencionados anteriormente.
  
- Las prácticas fueron clasificadas como buenas y malas en base a las directrices del manejo de la diabetes mellitus tipo 2.

### **Aspectos Éticos:**

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

### 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 Cardiópatas Asmáticos Otros
Escolaridad	Nivel escolar de los miembros de la familia.	Analfabeta Alfabeto Primaria Secundaria Universitaria
Estado civil	Tipo de relación conyugal del paciente al momento de la encuesta.	Soltero Casado Acompañado Separado Viudo

Variables:	Concepto:	Escala:
Ocupación	Estatus laboral que tenia el paciente antes de morir.	Ama de casa Doméstica Obrero Jornalero Técnico Profesional Desempleado
Ingreso familiar mensual	Total de ingresos económicos que aportan todos los miembros de la familia.	< 1000 1000-2000 2001-4000 > 4000
Duración de la enfermedad.	Años de padecer diabetes mellitus tipo 2, desde el momento de su diagnostico 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 tipo 2.	Deficiente Bueno Muy bueno
Actitudes	Es la predisposición a responder de alguna manera información sobre diabetes mellitus tipo 2, en base a la escala de Likert.	Positiva Negativa
Prácticas	Grado de cumplimiento de la recomendaciones médicas para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2	Buenas Malas

## RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se registraron 88 pacientes diabéticos ingresados al componente de dispensarizados en el centro de salud “Adolfo Largaespada”, San Carlos, Río San Juan. Siete casos fueron excluidos porque no aceptaron participar en el estudio y por encontrarse fuera del área de estudio. La mayoría de pacientes tenían entre 45-64 años de edad (62.5%), sexo femenino (71.6%), baja escolaridad (78.4%), casado/acompañado (67%), y ocupación ama de casa (56.8%) (Cuadro 1). El promedio de edad fue de  $53.4 \pm 10.9$  años, la mediana de 53 y el rango de 25 a 81 años.

Cuadro 1 Características sociodemográficas de pacientes diabéticos, centro de salud “Adolfo Largaespada”, San Carlos, Río San Juan. 2012.

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>No.</b>	<b>% (n=88)</b>
<b>Edad (años):</b>		
20-44	19	21.6
45-64	55	62.5
≥ 65	14	15.9
<b>Sexo:</b>		
Femenino	63	71.6
Masculino	25	28.4
<b>Escolaridad:</b>		
Analfabeto	17	19.3
Primaria	52	59.1
Secundaria	16	18.2
Universitaria	1	1.1
Sin dato	2	2.3
<b>Estado civil:</b>		
Soltero	16	18.2
Casado/acompañado	59	67.0
Separado	5	5.7
Viudo	6	6.8
Sin dato	2	2.3
<b>Ocupación:</b>		
Ama de casa	50	56.8
Técnico	8	9.1
Jornalero	7	8.0
Obrero	4	4.5
Profesional	3	3.4
Otro	16	18.1

Del total de pacientes el 26.1% no dio información sobre el ingreso mensual familiar. Sin embargo, en aquellos que respondieron la mayoría reportaron ingresos superiores a 4,000 córdobas (34%), seguido por ingresos entre 2,001 a 4,000 córdobas (27.3%) (Cuadro 2). El promedio de ingreso fue de  $4,440 \pm 2,541$  córdobas, la mediana de 3,800 córdobas y el rango fue de 0 a 15,000 córdobas.

Cuadro 2 Ingreso familiar de pacientes diabéticos dispensarizados, centro de salud “Adolfo Largaespada”, San Carlos, Río San Juan. 2012.

Ingreso (Córdobas)	No.	% (n=88)
< 1000	2	2.3
1000-2000	9	10.2
2001-4000	24	27.3
> 4000	30	34.0
Sin dato	23	26.1

La principal patología asociada fue hipertensión arterial (69.3%), seguido por artritis y cardiopatías con 17% y 11.3%, respectivamente. Otras patologías menos frecuentes fueron insuficiencia renal crónica y asma bronquial. El 14.8% no reportó patologías asociadas (Cuadro 3).

Cuadro 3 Patologías asociadas de pacientes diabéticos dispensarizados, centro de salud “Adolfo Largaespada”, San Carlos, Río San Juan. 2012.

Patologías asociadas	No.	% (n=88)
Hipertensión arterial	61	69.3
Artritis	15	17.0
Cardiopatía	10	11.3
Insuficiencia renal crónica	6	6.8
Asma bronquial	2	2.3
Ninguna	13	14.8

Durante el año previo al estudio el 83% de los pacientes habían sufrido algún tipo de complicación relacionada a la diabetes mellitus. El promedio de complicaciones fue de  $3.1 \pm 2.7$ , la mediana de 2 y el rango fue de 0 a 9. La principal complicación reportada fue la hiperglicemia (62.5%), seguida por lesiones en la piel de pie diabético (9.1%), renales (6.8%), crisis hipertensivas (5.7%) y visuales (2.3%) (Cuadro 4).

Cuadro 4 Complicaciones en pacientes diabéticos dispensarizados, centro de salud “Adolfo Largaespada”, San Carlos, Río San Juan. 2012.

<b>Complicaciones</b>	<b>No.</b>	<b>% (n=88)</b>
Hiperglucemia	55	62.5
Lesiones en la piel por pie diabético	8	9.1
Renales	6	6.8
Crisis hipertensivas	5	5.7
Visuales	2	2.3
Ninguna	15	17.0

En el cuadro 5 se presentan los porcentajes de conocimientos adecuados relacionados a la diabetes mellitus. Más del 80% de los pacientes sabían los factores que descompensan la enfermedad, el daño que producen en su organismo, el tipo de tratamiento y apoyo familiar que está recibiendo, el efecto de la falta de tratamiento y el por qué le realizan análisis de sangre. Un menor porcentaje sabía en qué consistía la diabetes, las medidas no farmacológicas, la duración del tratamiento, las complicaciones relacionadas al tratamiento y la durabilidad de la diabetes.

De los 13 ítems para valorar los conocimientos, el 20.5% tuvo un conocimiento deficiente (respondieron adecuadamente menos de 7 ítems), en el 50% el conocimiento fue considerado bueno (respondió adecuadamente entre 7-10 ítems) y en el 29.5% el conocimiento fue considerado muy bueno (respondió adecuadamente entre 11-13 ítems) (Cuadro 6).

Cuadro 5 Conocimientos sobre diabetes que tienen los pacientes diabéticos Dispensarizados, centro de salud “Adolfo Largaespada”, San Carlos, Río San Juan. 2012.

<b>Conocimientos adecuado sobre</b>	<b>% (n=88)</b>
En qué consiste la diabetes mellitus.	78
Es una enfermedad incurable.	7
Factores que descompensan su enfermedad.	87
Daños produce la diabetes en su organismo.	83
Tipo de daño en el organismo provocado por la diabetes.	53
Efecto de la falta de tratamiento.	93
Tipo de tratamiento que está recibiendo para la diabetes.	85
Complicaciones producidas por el tratamiento que recibe.	18
Medidas no farmacológicas que ayuden a controlar la diabetes.	78
Duración del tratamiento.	60
El por qué es tan largo el tratamiento.	67
Sabe para que le toman análisis de sangre.	95
Tiene apoyo familiar y tipo de apoyo.	86

Cuadro 6 Conocimientos sobre diabetes que tienen los pacientes diabéticos dispensarizados, centro de salud “Adolfo Largaespada”, San Carlos, Río San Juan. 2012.

<b>Conocimientos adecuados</b>	<b>No.</b>	<b>% (n=88)</b>
Deficiente	18	20.5
Bueno	44	50.0
Muy bueno	26	29.5

En el cuadro 7 se presentan los porcentajes de actitudes positivas hacia la diabetes mellitus. El menor porcentaje de actitudes positivas se relacionaron al considerar un tipo de diabetes menos peligrosa que otra, considera arriesgado el control de la glicemia, al autocuidado, las repercusiones sociales y emocionales. La mayoría de pacientes tenían un elevado número de actitudes positivas, muy bueno (76.1%), en el 21.6% el número de actitudes positivas oscilaba entre 10-14 (bueno) y solamente el 2.3% tenía menos de 10 actitudes positivas (deficiente) (Cuadro 8).

Cuadro 7 Actitudes positivas hacia la diabetes mellitus que tienen los pacientes diabéticos dispensarizados, centro de salud “Adolfo Largaespada”, San Carlos, Río San Juan. 2012.

<b>Actitudes</b>	<b>%</b>
El personal de salud debería estar entrenado para comunicarse.	98
La gente que no necesita insulina tiene una enfermedad menos grave.	36
No tiene sentido el control de azúcar en sangre.	74
La diabetes afecta casi todos los aspectos de la vida de un diabético.	74
El personal de salud debiera ser entrenado en el cuidado de los pacientes.	95
El personal de salud debería ayudar a los pacientes a tomar decisiones.	97
Los diabéticos tratados sólo con dieta no deben preocuparse por complicaciones.	69
Los diabéticos debieran mantener su nivel de azúcar próximo a la normalidad.	95
Las repercusiones emocionales de la diabetes son bastante leves.	74
La hipoglucemia hace que un control estricto sea demasiado arriesgado.	50
El personal de salud debería colaborar con los pacientes en vez de decirles que hacer.	95
La persona diabética es el elemento más importante del equipo de cuidado.	94
La diabetes tipo 2 es una enfermedad muy grave.	92

El hecho de tener diabetes cambia la perspectiva de vida de la persona.	82
Los diabéticos deberían ser informados sobre su enfermedad para su autocuidado.	94
El autocuidado tiene más impacto sobre el manejo de la diabetes.	87
Los diabéticos bajo tratamiento deben preocuparse por su nivel de azúcar en sangre.	86
Las personas con diabetes tienen el derecho a cuidarse de su enfermedad.	76
El apoyo de la familia y de los amigos es importante en el tratamiento de la diabetes.	93

Cuadro 8 Número de actitudes positivas hacia la diabetes mellitus que tienen los pacientes diabéticos dispensarizados, centro de salud “Adolfo Largaespada”, San Carlos, Río San Juan. 2012.

<b>Actitudes</b>	<b>No.</b>	<b>% (n=88)</b>
Deficiente	2	2.3
Bueno	19	21.6
Muy bueno	67	76.1

Las buenas prácticas del manejo de la diabetes que tuvieron mayor porcentaje fueron: el cumplimiento del tratamiento y la asistencia a sus citas, seguido por la reducción del consumo de alcohol, tabaco y el cuidado de los pies. En menor porcentaje fueron: la reducción del consumo de sal, grasa, sedentarismo, incremento de la actividad física, control del peso y manejo del estrés (Cuadro 9).

Cuadro 9 Buenas prácticas de pacientes diabéticos dispensarizados, centro de salud “Adolfo Largaespada”, San Carlos, Río San Juan. 2012.

<b>Buenas prácticas</b>	<b>% (n=88)</b>
Asiste a sus citas.	93
Cumplimiento del tratamiento.	95
Reducción del consumo de sal.	34
Reducción del consumo de grasa.	36
Manejo del estrés.	9
Reducción del sedentarismo.	16
Control del peso corporal.	27
Reducción del consumo de alcohol.	81
Eliminación del hábito de fumar.	81
Incremento de la actividad física.	25
Cuido de sus pies.	81

De la 11 prácticas evaluadas en el estudio, 51.1% realizaba adecuadamente menos de 6, 38.6% entre 6-8, y solamente 10.2% entre 9-11.

Cuadro 10 Número de buenas prácticas de pacientes diabéticos dispensarizados, centro de salud “Adolfo Largaespada”, San Carlos, Río San Juan. 2012.

<b>Prácticas</b>	<b>No.</b>	<b>% (n=88)</b>
Deficiente	45	51.1
Bueno	34	38.6
Muy bueno	9	10.2

## DISCUSIÓN

Las características sociodemográficas encontradas en este estudio fueron similares a la reportada en otros estudios en donde la prevalencia de diabetes mellitus es mayor en adultos y sexo femenino. Según la literatura, una característica como el bajo ingreso familiar, como el encontrado en este estudio, constituye una barrera a la adherencia al tratamiento de la diabetes u otra enfermedad crónica no transmisible.<sup>3,4,18</sup>

La principal patología asociada fue la hipertensión arterial, lo cual es similar a lo reportado por la mayoría de estudios, consistente la evidencia epidemiológica de que la hipertensión arterial es una comorbilidad extremadamente frecuente en los diabéticos, y se estima que afecta entre el 20-60% de la población con diabetes mellitus y la prevalencia de hipertensión en la población diabética es de 1.5-3 veces superior que en no diabéticos. Además, la hipertensión contribuye en el desarrollo y la progresión de las complicaciones crónicas de la diabetes como insuficiencia renal y retinopatía diabética, así como un riesgo mayor de sufrir enfermedad cardiovascular.<sup>24-26</sup>

Por otro lado, la principal complicación fue hiperglucemia, pero otras complicaciones menos frecuentes pero más severas y discapacitantes como las visuales, renales y las relacionadas a lesiones en pie diabético y a la hipertensión arterial fueron reportadas. Estos hallazgos son también similares a lo reportado por estudios nacionales<sup>10</sup> e internacionales.<sup>1-4,19</sup>

Aunque solo una quinta parte de los pacientes tenía conocimientos deficientes y la mayoría tenía un elevado número de actitudes positivas, 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, la asistencia a sus citas, la reducción del consumo de alcohol, tabaco y el cuidado de los pies. Sin embargo, las prácticas menos frecuentes fueron las relacionadas al estilo de vida, por ejemplo, la reducción del consumo de sal, grasa, sedentarismo, incremento de la actividad física, control del peso y manejo del estrés.

La principal limitación de este estudio fue la exclusión de pacientes originarios de áreas rurales, en quienes el cumplimiento del tratamiento o el seguimiento de las indicaciones médicas pueden diferir marcadamente de aquellos pacientes urbanos por problemas de accesibilidad geográfica e inferior escolaridad. La decisión de este criterio de exclusión fue debido a limitaciones económicas y de tiempo, y al porcentaje de no participación que se esperaba que fuera mayor al encontrado en la población estudiada que fue de 7%. Este porcentaje es superior al encontrado en un reciente estudio similar en Sutiava, León (Comunicación personal Dra. Damaris Salinas). Por otro lado, en este estudio se estableció un periodo de recuerdo de un año para las complicaciones más severas, el cual es adecuado para reducir el sesgo de recuerdo.

La frecuencia de complicaciones en pacientes diabéticos dispensarizados encontrada en este estudio fue superior a la reportada en diversos estudios en León.<sup>10</sup> Además, la principal complicación fue hipoglicemia, seguida por lesiones en la piel de pie diabético, complicaciones renales y visuales, esto ha sido reportado también en estudios nacionales e internacionales.

Aunque la mayoría de pacientes no tenía conocimientos y un elevado número de actitudes positivas. 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, pero las menos frecuentes fueron la reducción del consumo de sal, grasa, sedentarismo, incremento de la actividad física, control del peso y manejo del estrés. Esta información podría ser de utilidad para las autoridades de salud para emprender campañas de promoción de estilos de vida saludable para la prevención de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus.

## CONCLUSIONES

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 hiperglucemia.

Una quinta parte de los pacientes tenía conocimientos deficientes, pero la mayoría de pacientes tenían un elevado número de actitudes positivas.

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.

## **RECOMENDACIONES**

Dar seguimiento a investigaciones de este orden en pacientes con Diabetes Mellitus.

Capacitar al personal de salud que trabaja en las unidades de salud de atención primaria ya que en sus mayorías la mayoría de las complicaciones se pueden prevenir

Evaluar las razones del bajo conocimiento que tienen los pacientes diabéticos dispensarizados sobre su enfermedad.

Promover hábitos de una vida saludable como una dieta equilibrada con bajo consumo de grasas, así como realizar más ejercicios físicos y evitar el sedentarismo.

## REFERENCIAS

1. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO. 2003: 71-86.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. Moodley M, Rambiritch V. An assessment of the level of knowledge about diabetes mellitus among diabetic patients in a primary healthcare setting. South Africa Family Practice 2007; 49 (10): 16-19.
6. Kiberenge W, et al. Knowledge, attitude and practices related to diabetes among community members in four provinces in Kenya: a cross-sectional study. Pan Africa Medical Journal 2010; 7: 1-10.
7. Normas del programa de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. MINSA, Nicaragua, Septiembre 2000.
8. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas: 2007. Vol II. Publicación Científica y Técnica No. 622). Washington D.C.: OPS. 2007.
9. 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.
10. Pérez GA, et al. Baja asistencia de pacientes diabéticos al programa de crónicos del puesto de salud "El Recreo", territorio "Perla María Norori", León, mayo-octubre 2002. UNAN-León. Reporte Final JUDC (III año de Medicina).

11. Al Shafae MA, et al. Knowledge and perceptions of diabetes in a semi-urban Omani population. BMC Public Health 2008;8: 249-256.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. Mann DM, et al. Misconceptions about diabetes and its Management among low-income minorities with diabetes. Diabetes Care 2009; 32 (4): 591-593.
16. KhanAR, 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.
17. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008.
18. Figuerola D. Manual de educación en diabetes. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos. 2010.
19. American Diabetes Association. Complicaciones. Disponible en:
20. <http://www.diabetes.org/espanol/todo-sobre-la-diabetes/diabetes-tipo-2/complicaciones/>
21. Last J. A dictionary of epidemiology. Forth edition. Oxford: OxfordUniversity Press. 2001.
22. 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):542-8

23. Jupp V. The SAGE Dictionary of Social Research Methods. London: SAGE Publications. 2006.
24. Arauz-Pacheco C, Parrot MA, Raskin P. The Treatment of Hypertension in Adult Patients With Diabetes (Technical Review). *Diabetes Care* 2002; 25 (1):134-147.
25. American Diabetes Association. Standards of Medical Care for Patients With Diabetes Mellitus (Position Statement). *Diabetes Care* 2001; 24 (Suppl 1): S33-S43.
26. AHA Scientific Statement. Diabetes and Cardiovascular Disease. A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association. *Circulation* 1999; 100: 1134-1146.

**ANEXOS**

Instrumento de recolección de datos

**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.**

**I. Datos generales:**

1. No. De ficha: \_\_\_\_\_
  2. No. De expediente: \_\_\_\_\_
  3. Nombre del paciente: \_\_\_\_\_
  4. Dirección: \_\_\_\_\_
  5. Edades años cumplidos: \_\_\_\_\_
  6. Sexo: a) Femenino b) Masculino
  7. Estado civil: a) Soltero b) Casado/acompañado c) Separado d) Viudo
  8. Escolaridad: a) Analfabeto b) Primaria c) Secundaria d) Universitario
  9. Profesión/oficio: a) Ama de casa b) Doméstica c) Obrero d) Jornalero  
e) Técnico f) Profesional e) Desempleado g)
  - Otro: \_\_\_\_\_
  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. ¿Sabe usted qué es o en qué consiste la diabetes mellitus?
16. ¿Es una enfermedad curable?
17. ¿Sabe qué factores descompensan su enfermedad? ¿provocan recaídas?
18. ¿Sabe usted qué daños produce la diabetes en su organismo?/¿Qué órganos afecta?
19. ¿Sabe usted si tiene algún daño en su organismo provocado por la diabetes?
20. ¿Sabe usted qué les pasa a las personas que tienen esta enfermedad y no toman su tratamiento?

21. ¿Sabe usted cuál es el tratamiento que está recibiendo para la diabetes?
22. ¿Sabe usted si el tratamiento que recibe puede tener alguna complicación? ¿Cuál?
23. ¿Qué otras medidas conoce, además de la medicación e insulina, que ayuden a controlar la diabetes?
24. ¿Sabe cuánto dura el tratamiento?
25. ¿Sabe por qué es tan largo el tratamiento?
26. ¿Le han tomado análisis de sangre? ¿Sabe usted para qué le toman dichos análisis? ¿Conoce sus resultados?
27. ¿Tiene apoyo de su familia? ¿Cómo lo apoyan?

**III. Prácticas sobre diabetes mellitus o adherencia al tratamiento:**

En qué medida usted práctica las recomendaciones del programa:	Nunca	Pocas veces	Algunas Veces	Muchas veces	Siempre
15. Asiste a sus citas.					
16. Cumplimiento del tratamiento.					
17. Reducción del consumo de sal.					
18. Reducción del consumo de grasa.					
19. Manejo del estrés.					
20. Reducción del sedentarismo.					
21. Control del peso corporal.					
22. Reducción del consumo de alcohol.					
23. Eliminación del hábito de fumar.					
24. Incremento de la actividad física.					
25. Cuido de sus pies.					

**IV. Actitudes hacia la diabetes mellitus:**

Actitudes	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. El personal de la salud que atienden a personas con diabetes debería estar entrenado para comunicarse.					
2. La gente que no necesita insulina para tratar su diabetes tiene una enfermedad menos grave.					
3. No tiene mucho sentido un buen control del nivel de azúcar en sangre porque de todas formas aparecerán complicaciones.					
4. La diabetes afecta casi todos los aspectos de la vida de un diabético.					
5. El personal de salud deberían ser entrenados sobre como el cuidado diario de la diabetes afecta las vidas de los pacientes.					
6. El personal de salud debería ayudar a sus pacientes a tomar decisiones razonadas sobre sus planes de salud.					
7. Las personas cuya diabetes es tratada sólo con dieta no deben preocuparse por padecer muchas complicaciones a largo plazo.					
8. Prácticamente casi todos los diabéticos deberían de hacer lo que fuera para mantener su nivel de azúcar próximo a la normalidad.					
9. Las repercusiones emocionales de la diabetes son bastante leves (no tienen importancia).					
10. 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.					

11. El personal de salud debería aprender a fijar objetivos en colaboración con sus pacientes, no solo decirles lo que deben de hacer.					
12. La persona diabética es el elemento más importante del equipo de cuidado de esta enfermedad.					
13. La diabetes tipo 2 es una enfermedad muy grave.					
14. El hecho de tener diabetes cambia la perspectiva de vida de la persona.					
15. Las personas diabéticas deberían estar bien informadas sobre su enfermedad para poder ocuparse por sí mismas, de su propio control.					
16. 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.					
17. Las personas que toman pastillas para su diabetes deben de preocuparse por su nivel de azúcar en sangre. Tanto como aquellas que utilizan insulina					
18. Las personas con diabetes tienen el derecho a no cuidarse de su enfermedad.					
19. El apoyo de la familia y de los amigos es importante en el tratamiento de la diabetes mellitas.					